

Document Technique No. 3



FAIRE DES HOMMES DES PARTENAIRES:
nouvelle approche à l'égard
de la santé en matière de
sexualité et de reproduction



Document Technique N°3

Faire des hommes des partenaires: nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Sylvie I. Cohen,

Chef, Branche plaidoyer et IEC, Division de l'appui technique
et

Michèle Burger,

Consultante

FNUAP
Fonds des Nations Unies pour la population



Décembre 2000

Les **Études techniques** sont une série de publications périodiques du FNUAP faisant rapport sur des questions techniques ou de politique générale revêtant une grande importance pour les programmes nationaux et internationaux relatifs à la population et à la santé de la reproduction.

Le FNUAP publie aussi les séries de rapports suivantes: **Rapports d'évaluation, Notes d'orientation de programme, Rapports techniques et Rapports techniques et directifs.**

Copyright © UNFPA

220 East 42nd street
New York, NY 10017
États-Unis

ISBN: 0-89714-549-6

Notes: Les vues exprimées et les interprétations données dans le présent rapport technique sont celles des auteurs uniquement et ne sont pas nécessairement celles du Fonds des Nations Unies pour la population.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Le terme «pays» tel qu'utilisé dans le texte du présent rapport s'entend aussi des territoires et des zones, selon les cas. Les appellations "pays développé" ou "pays en développement" sont employées pour des raisons de commodité et n'expriment pas nécessairement une opinion quant au stade de développement de tel pays ou de telle zone.

Il est permis de citer le présent document sans autorisation préalable du FNUAP, mais il doit être dûment fait mention de la source.

Avant-propos

La Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994), a ouvert la voie en se déclarant en faveur de la participation des hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction, domaine qui jusqu'alors n'avait pas dûment pris en considération leur rôle actif. En 1995, le FNUAP a publié son premier rapport technique sur le thème de la participation des hommes à la santé de la reproduction, y compris la planification familiale et la santé en matière de sexualité. Les progrès considérables réalisés ces cinq dernières années s'agissant de la recherche sur les hommes et les formes de masculinités, du sentiment d'urgence lié à la pandémie de VIH/sida, de la visibilité de la violence fondée sur le sexe et de la compréhension du rôle joué par les déséquilibres entre les sexes dans les relations sexuelles et la santé de la reproduction nous ont contraints à réfléchir sur de nouvelles orientations pour travailler avec les hommes. Un certain nombre de bonnes pratiques tirées des interventions de programme novatrices du FNUAP et d'autres organisations dans ces domaines méritent aussi d'être reconnues et suivies ailleurs. Le présent rapport vise à saisir ces progrès et à recommander des possibilités de programmation prometteuses dans les domaines du partenariat avec les hommes, de l'équité entre les sexes et des efforts faits pour inciter les hommes à s'occuper de questions pressantes telles que la prévention des MST et du VIH/sida, la réduction des grossesses non désirées, la mortalité et la morbidité maternelles, et la violence fondée sur le sexe, et à satisfaire leurs besoins dans le domaine de la santé de la reproduction et de l'éducation. On s'accorde de plus en plus à penser qu'il convient de mettre l'accent sur les jeunes hommes du fait du rôle critique que leur socialisation et leur éducation jouent dans la façon dont ils perçoivent les femmes et de l'incidence de celles-ci sur leurs comportements futurs en matière de sexualité et de reproduction, consensus qui est porteur d'espoir. Je suis persuadée que des interventions précoces auprès des jeunes hommes et des garçons constituent une très bonne occasion de promouvoir l'équité entre les sexes et de réduire les comportements à risque. Il est essentiel de doter les garçons et les jeunes hommes de compétences en matière de négociation, de leur donner des modèles à émuler et des réseaux qui les soutiennent, des notions positives sur la sexualité et les relations entre hommes et femmes dans les écoles et au moyen d'approches communautaires, et d'assurer un accès adéquat à des services accueillants pour les jeunes. De même, des efforts concertés sont nécessaires pour permettre aux hommes d'étudier de nouveaux rôles dans la famille, d'exprimer leurs besoins et de chercher de l'aide, de discuter avec leur partenaire de questions sensibles telles que la contraception, la réduction des risques et la prévention des MST et du VIH/sida et les intentions de procréation, et les inviter à prendre des décisions conjointes sur ce type de question. Le présent document montre que le FNUAP est résolu à plaider en faveur de ces changements et à les mettre en œuvre, avec l'appui d'autres entités des Nations Unies, des ONG, les dirigeants politiques et les autorités religieuses, les militants, les éducateurs, les employeurs, les médias, les maris, les partenaires, les parents, les adolescents de sexe masculin, les membres de la communauté et les prestataires de services. J'espère que ce sera une source d'inspiration en vue d'obtenir des résultats plus conséquents et plus concrets dans ce domaine complexe mais critique.

Mme. Nadis Sadik



Directrice Exécutive, FNUAP

Remerciement

Les auteurs remercient les personnes qui ont accepté de partager leurs écrits encore inédits: Dr Berit Autsveg, Gary Barker, Sam Clark, Margaret E. Greene, Paul Bloem, Ruth Hayward et Michael Kaufman ; celles qui ont discuté différentes parties du présent document à différentes étapes de son élaboration : Maria Jose Alcala, Delia Barcelona, Stan Bernstein, Dr France Donnay, Dr Nick Dodd, Dr Lindsay Edouard, Riet Groenen, Dr Carlo Laudari, Annemiecke de Los Santos, Wariara Mbugua, Luis Mora, Mohamed Nizamuddin, Dr N. Sadik, Mari Simonen, Kerstin Trone et Marcela Villareal ; et celles qui, dans un esprit de coopération, ont partagé des écrits récents grâce auxquels le présent document a pu être à jour, notamment Patrick Friel, Judith Helzner, Shireen Jejeebhoy, Dirk Jena, Dr Malika Ladjali, Ann Leonard, Dr A. Olukuya, Julie Pulerwitz, Dr Iqbal Shah, John Townsend, Mary Nell Wegner et d'autres membres du sous-comité de la Agency for International Development des États-Unis sur les hommes et la santé en matière de reproduction.

Iram Batool, stagiaire au FNUAP, a établi les études de cas sur les données d'expérience des programmes du FNUAP; Tarik Benbahmed, stagiaire au FNUAP, a organisé les matériaux, effectué une recherche documentaire générale et à réalisé un examen des ouvrages ayant trait expressément aux adolescents de sexe masculin et au VIH/sida; Maria Holtsberg, stagiaire au FNUAP, a contribué aux recherches et aux études de cas. Madeleine Sacco, de la Division d'appui technique du FNUAP, a formaté les encadrés, tâche qui ne lui avait pas été assignée.

Préparation du manuscrit pour l'impression: Judith McCullough

Maquette de couverture: Lynn Martin

Plan du texte/composition: Andy Musilli

Traduction en français: Mansouria Mokhefi

Table des Matières

<i>Résumé analytique</i>	i
<i>Introduction</i>	1
<i>Chapitre premier</i> L'ÉQUATION DE LA MASCULINITÉ	19
■ Comprendre les pressions sociales qui s'exercent sur les hommes	20
■ Stéréotypes acquis de l'identité masculine	21
■ Implications des études sur la masculinité pour les programmes futurs	23
■ Les stéréotypes sexuels enracinés accroissent les risques et la vulnérabilité des hommes et des femmes	27
■ De nouveaux modèles de la paternité et de l'éducation des enfants sont nécessaires	31
■ Les hommes et la violence fondée sur le sexe	36
■ La prévention de la mortalité maternelle et les hommes	40
■ Changements politiques nécessaires pour forger des partenariats entre les hommes et les femmes	42
<i>Chapitre deux</i> ATTITUDES ET PRATIQUES ACTUELLES DANS LES DOMAINES DE LA REPRODUCTION, DE LA SEXUALITÉ ET DES SERVICES	45
■ Rôles joués par les hommes dans la crise du sida	45
■ Intentions, connaissances et pratiques en matière de reproduction des hommes en tant que partenaires mariés	49
■ Les rôles des hommes dans la prise de décisions concernant la reproduction et la sexualité ..	54
■ Les besoins des hommes en tant que clients dans le domaine de la santé en matière de reproduction	60
■ Les systèmes de santé qui renforcent les positions inégales des hommes et des femmes ..	62

<i>Chapitre trois</i>	ORIENTATIONS DES PROGRAMMES FUTURS	65
■	Quatre cadres de programmation, les approches suivies et les produits escomptés	67
—	<i>Le cadre de la planification familiale antérieur à la CIPD</i>	
—	<i>Le modèle fondé sur les hommes et la planification familiale</i>	
—	<i>Le cadre de l'égalité masculine</i>	
—	<i>Le cadre fondé sur l'équité entre les sexes dans le domaine de la santé en matière de reproduction</i>	
■	Produits escomptés de l'établissement de partenariats et indicateurs relatifs	74
<i>Chapitre quatre</i>	CONSIDÉRATIONS LIÉES À LA PROGRAMMATION	81
■	Faire face aux questions d'éthique	82
■	Allocation de ressources et coûts des programmes ciblant les hommes: des ressources sont-elles détournés des programmes ciblant les femmes ?	83
■	La nécessité d'une approche holistique plurifrontale	85
■	Adoption d'une approche fondée sur le cycle de la vie pour évaluer les profils et les besoins des hommes	89
■	La nécessité de poursuivre les recherches, le suivi et l'évaluation en vue de mieux connaître les perspectives qu'ont les hommes	90
<i>Chapitre cinq</i>	CHANGER LA CULTURE, LES POLITIQUES ET LE COMPORTEMENT AU MOYEN DE LA COMMUNICATION	95
■	Plaidoyer: l'accent mis depuis peu sur des programmes de communication qui ciblent les hommes	96
■	Stratégies de plaidoyer visant à changer la culture et les politiques en mettant l'accent sur les hommes et les rôles sexesociaux	100
■	Changements apportés au comportement des individus au moyen de stratégies d'information, d'éducation et de communication (IEC)	112
■	Quelques tuyaux en matière de communication stratégique: enseignements tirés de l'expérience	115

<i>Chapitre six</i>	FOURNITURE DE SERVICES EN MATIÈRE DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION CIBLANT LES HOMMES	127
■	Satisfaire les besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité	128
■	Méthodes masculines disponibles pour la planification familiale et la prévention du VIH/sida	130
■	La gamme des services de santé en matière de reproduction et de sexualité pour les hommes	136
■	Intégrer la prévention des MST et la planification familiale dans les services de santé	139
■	Faut-il fournir des services spéciaux aux hommes ou utiliser les services existants?	140
■	Y a-t-il une notion spéciale de qualité des soins pour les hommes?	142
■	Former des prestataires à travailler avec les hommes	149
■	Systèmes de distribution des produits relatifs à la santé de la reproduction	151
■	Atteindre les hommes par des programmes fondés sur le travail	155
■	Atteindre les hommes par le biais des groupes organisés	157
<i>Chapitre sept</i>	ATTEINDRE LES JEUNES HOMMES ET LES GARÇONS	163
■	L'adolescence, période au cours de laquelle se forme l'identité des jeunes hommes	164
■	Les besoins des jeunes hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction	166
■	Les programmes relatifs à la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction	170
■	Services de santé de la reproduction accueillants pour les jeunes	182
<i>Conclusion</i>		191
<i>Bibliographie</i>		195

Liste des encadrés

Introduction

Conférences récentes sur la participation des hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction	9
--	---

Chapitre premier

Attentes communément acquises s'agissant de ce que les hommes sont supposés faire dans le domaine de la sexualité et des rôles sexosociaux	24
Réflexions tirées d'un atelier CANTERA sur la sexualité et la masculinité	30
Contraste entre le modèle de la masculinité hégémonique et les nouveaux paradigmes de la paternité	35
Ce que les hommes ont dit sur la violence contre les femmes en Tanzanie	38

Chapitre trois

Cadres et approches correspondantes dans le domaine du «partenariat»	73
Résultats escomptés, sur le plan du comportement, de l'application des programmes fondés sur l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité et des programmes relatifs aux droits, l'accent étant mis sur les hommes	75
Indicateurs du comportement équitable à l'égard des femmes chez les jeunes hommes	77

Chapitre quatre

La gamme des services de santé de la reproduction pour les hommes classés en fonction de leur coût	86
--	----

Chapitre cinq

Plaidoyer novateur à la base en Ouganda	102
Le partage des tâches ménagères au Burkina Faso	104
Partenariats avec la société civile dans le domaine de la violence sexuelle et de la violence dans la famille	106
Le travail du FNUAP avec le système judiciaire	109
Segmenter les caractéristiques des hommes par âge	117

Les hommes bénéficieraient de l'amélioration de l'égalité entre les sexes	120
Enseignements tirés en matière de communication visant à atteindre les hommes	126

Chapitre six

Symptômes actuels indiqués par les hommes dans le cadre d'une enquête de la population	129
Raisons pour lesquelles il faut avoir confiance dans les préservatifs	130
Kiribati: l'utilisation des hommes satisfaits comme promoteurs de la planification familiale	132
Prototypes contraceptifs masculins	135
Services inclus dans les soins de santé de la reproduction pour les hommes, répartis selon qu'ils sont dispensés dans un dispensaire de planification familiale ou après aiguillage vers d'autres établissements	137
Aux Philippines, des ONG fournissent des services de soins de santé en matière de reproduction, qui sont de qualité et sensibles aux différences entre les sexes	141
Façons d'aider les hommes à se sentir plus confortables dans un établissement	143
Nouvelles stratégies pour atteindre les hommes: les coiffeurs en République dominicaine	154
Population, développement et santé de la reproduction dans les forces armées paraguayennes	159
Recentrage sur la santé des hommes en Australie	161

Chapitre sept

Données d'expérience relatives à l'éducation par les pairs	178
Région arabe : éducation en matière de la santé de la reproduction pour les éclaireurs et les éclaireuses	180
Thaïlande : Participation des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité et des droits de la reproduction pour les adolescents dans les communautés musulmanes du Sud	181
Caractéristiques des services accueillants pour les jeunes	182
La santé des adolescents en matière de reproduction au Panama	184
Travailler avec les jeunes Péruviens au centre pour les jeunes 'Futuro' de INPPARES	187
Enseignements tirés du SMASH	189

Abréviations et acronymes

ASACR	Association sud-asiatique de coopération régionale
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
CIPD	Conférence internationale sur la population et le développement
EDS	Enquête démographique et sanitaire
FHI	Family Health International
HARSAH	Hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes
IEC	Information, communication, éducation
IPPF	Fédération internationale pour la planification familiale
MGF	Mutilations génitales féminines
MST	Maladie sexuellement transmissible
OCE	Organisation de coopération économique
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé

ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
sida	Syndrome d'immunodéficience acquise
UIESP	Union internationale pour l'étude scientifique de la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNIFEM	Fonds des Nations Unies pour la femme
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WHR	Région de l'hémisphère occidental

Résumé analytique



Comme son titre le laisse entendre, le présent rapport technique et document directif publié en 2000, intitulé «Faire des hommes des partenaires: nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction» traite de ce qu'est une perspective sexospécifique de la santé en matière de sexualité et de reproduction et de la recherche de moyens constructifs de forger des partenariats entre les hommes et les femmes. Un moyen d'y parvenir est de mieux comprendre la virilité. L'épidémie de sida, les efforts faits actuellement en vue de promouvoir l'émancipation des femmes et de réaliser l'équité entre les sexes, le mandat de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) qui est de répondre aux besoins des adolescents en matière de reproduction et de sexualité, et la reconnaissance internationale croissante de la violence à l'encontre des femmes qui a les dimensions d'une véritable pandémie ont tous ensemble eu pour effet de faire de la population un domaine qui reflète par excellence la transformation sociale. Tout comme la planification familiale et la pilule étaient révolutionnaires il y a 50 ans, l'établissement de partenariats avec les hommes dans des domaines tels que la sexualité, les intentions en matière de reproduction, les nouveaux rôles sexospécifiques, la paternité et le règlement des conflits constituent la révolution du début de ce XXI^e siècle. Ce processus a pour origine le Programme d'action de la CIPD, qui relie les questions de population à celles du développement avec des conditions facilitatrices telles que des relations améliorées entre les sexes, des choix en matière de reproduction et la santé en matière de reproduction, et qui relie la reproduction à la sexualité. La Conférence internationale sur la population et le développement a adopté une attitude positive à l'égard de la sexualité et a déclaré que la santé en matière de sexualité vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser des conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.^a Les mesures à prendre pour la poursuite de l'application de la conférence prônent aussi la diffusion de normes et d'attitudes interdisant tous les comportements nuisibles et discriminatoires, la discrimination et la violence à l'égard des fillettes, et toutes les formes de violence à l'égard des femmes.^b

^a Nations Unies, «Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement» (Le Caire, 5-13 septembre 1994), A/CONF.171/13, par. 7.2.

^b Organisation des Nations Unies, «Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement», adopté par la 21^e session extraordinaire de l'Assemblée générale, New York, 30 juin – 2 juillet 1999, par. 48.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Le nouveau paradigme propose trois attentes de base: l'une concerne le partenariat dans le cadre de la santé en matière de sexualité et de reproduction, qui conduit à la deuxième – un homme respectueux de l'équité entre les sexes; la troisième est que les hommes se sentent concernés par les problèmes et fassent partie de la solution qui y est apportée.

- Dans le cadre des partenariats, les hommes et les femmes uniraient librement et délibérément leurs forces et leurs choix en vue d'atteindre des objectifs communs sur le plan de la sexualité et de la reproduction. D'autres facteurs liés à la création d'un partenariat durable sont la confiance, le respect, l'appropriation des décisions et de leurs résultats, et l'égalité. La confiance concerne la communication et la négociation de conditions permettant d'être à l'abri des MST, du VIH et du sida; le respect concerne des relations exemptes de violence; et l'appropriation invite les deux partenaires à prendre des décisions en commun sur les questions relatives à la sexualité, à la grossesse, à la planification familiale, aux soins postnatals et à l'éducation des enfants.
- La notion d'homme équitable à l'égard des femmes est tirée d'une définition opératoire formulée par Barker concernant des jeunes hommes «qui sont respectueux dans leurs relations avec les femmes et cherchent des relations basées sur l'égalité avec leurs partenaires et l'intimité plutôt que des conquêtes sexuelles».^c
- Enfin, le fait que des hommes soient concernés par les questions touchant à l'inégalité des relations hommes-femmes et aient le sentiment de faire partie des solutions est le fait nouveau le plus récent et le plus positif dont nous ayons été témoins et qu'il convient d'encourager. Jamais auparavant les chercheurs de sexe masculin eux-mêmes ne s'étaient efforcés de comprendre le contexte qui renforce les comportements stéréotypés, et les hommes et les garçons sont de plus en plus mobilisés pour trouver de nouveaux modèles, traiter des dimensions sexospécifiques de toutes les questions et respecter les droits des femmes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

Les thèmes récurrents du présent rapport sont l'influence des systèmes d'identités sexosociales sur la formation de l'identité des hommes et sur les relations hommes-femmes, et les multiples attentes et défis inhérents au fait d'être un homme; les connaissances, les attitudes et le comportement des hommes dans les domaines de la sexualité et de la reproduction; le rôle que les hommes jouent dans l'épidémie du VIH/sida; le fait qu'il soit urgent de traiter des différents types de relations sexuelles qu'ont les hommes, y compris avec des partenaires du même sexe, et de trouver des moyens pour que les couples puissent négocier la sûreté et la satisfaction dans leurs relations sexuelles; ce que sont les besoins des hommes touchant à la santé en matière de sexualité et de reproduction et comment les services de santé en matière de reproduction peu-

^c G. Barker, «Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men» (notes tirées de recherches doctorales, juillet 2000).

Résumé Analytique

vent mieux y répondre; la nécessité d'aller au-delà d'une approche axée strictement sur les besoins en matière de santé et la fécondité en vue d'inclure la législation, le plaidoyer et l'éducation pour changer les cultures qui ferment les yeux sur la violence et ont un pouvoir d'inhibition sur les rôles et les choix des hommes et des femmes; il est nécessaire également d'éliminer les pratiques discriminatoires, y compris la préférence pour les fils, les mariages précoces, les mutilations génitales féminines (MGF) et la violence fondée sur le sexe, qui interfèrent avec la croissance du couple et des individus.

La prise de décisions par le couple et la communication au sein du couple sont aussi l'objet de nouvelles recherches et interventions. Des facteurs facilitateurs telles que des réseaux d'appui et l'éducation sont essentiels pour aider les hommes et les adolescents de sexe masculin à être en mesure de résister à la pression de leurs pairs et de faire l'expérience des nouveaux rôles masculins. De nouveaux modèles de masculinité sont nécessaires pour réduire la violence et faire participer les hommes à la prévention de la mortalité maternelle et à de nouvelles façons d'être parent et père. Heureusement, jamais les gouvernements et les ONG non pris autant d'initiatives qui sont autant de faits saillants dans ce nouveau domaine; les hommes sont aussi de plus en plus engagés dans le débat et se mobilisent dans le cadre de nouveaux réseaux.

Non seulement le présent rapport permet de mieux comprendre combien il est difficile de répondre de façon équitable aux besoins des hommes et des femmes, mais il souligne aussi qu'il est important d'avoir des services de santé en matière de reproduction qui soient bien organisés, qui intègrent la planification familiale dans les programmes de prévention des maladies sexuellement transmissibles, y compris l'infection au VIH et le sida. Les prestataires de services informés peuvent être capables d'envisager les circonstances physiques, émotionnelles et sociales des clients de sexe masculin en tant que partenaires et individus. Tous les professionnels de la santé, y compris les responsables de l'élaboration des programmes, les gestionnaires, les médecins et le personnel de première ligne doivent être en mesure d'offrir des services qui ne rebutent pas les hommes, en particulier en matière de conseils, de réponse aux questions des hommes, et de promotion d'une double protection contre les grossesses non désirées et les MST. Ils doivent gérer des intérêts potentiellement conflictuels concernant les intentions des femmes et des hommes en matière de reproduction, envisager les répercussions sur le plan de la santé, en particulier pour les femmes, qui courent les risques inhérents à la grossesse et à l'accouchement et qui sont plus vulnérables aux infections sexuellement transmissibles et aux MST, dont le VIH/sida. Ils doivent aussi veiller à établir des liens de partenariat avec les hommes afin que le contrôle ne passe pas des femmes aux hommes.

Quant aux adolescents de sexe masculin, la fourniture à ceux-ci de modèles à émuler et de compétences en matière de règlement des conflits, ainsi que d'autres compétences utiles pour la vie de tous les jours, une éducation sexuelle et des informations et des services en matière de santé de la reproduction constituent des investissements clés pour l'avenir. En ayant accès à ce type de ressources, les nouvelles générations masculines se sentiront à l'aise avec leur identité et avec des aptitudes qui sont propices à des relations équitables avec les filles et les femmes et qui orientent vers un comportement sexuel informé et sans risque.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Le rapport donne une vue d'ensemble des connaissances théoriques et opérationnelles actuelles; il propose des orientations de programme, des indicateurs de programme, discutent des questions de programmation et présente des informations sur les approches novatrices utilisées dans les services de santé de la reproduction sexospécifiques et dans des interventions de communication visant à forger des partenariats avec les hommes. Il présente à la fois les raisons pour lesquelles il convient de formuler des stratégies d'ensemble plus complexes et des exemples d'initiatives intéressantes prises par les gouvernements, les ONG et le secteur privé. Il met aussi l'accent sur l'importance de l'utilisation continue d'outils sexospécifiques pour l'évaluation des programmes de services et de communication.

Le résumé ci-dessous présente les éléments clés de chaque chapitre

L'introduction passe en revue le consensus international sur la participation des hommes à la santé en matière de reproduction et de sexualité et définit les notions de base qui constituent un cadre dans lequel s'inscrivent les programmes dans le domaine de la population et du développement.

Les **chapitres I et II** présentent le contexte et la raison d'être de programmes qui s'appuient sur les hommes en tant que partenaires. Le **chapitre I** décrit la masculinité et étudie certains facteurs déterminants et effets des stéréotypes de la masculinité sur les femmes et les hommes s'agissant de la santé en matière de sexualité et de reproduction; il met aussi l'accent sur la nécessité du changement social. Ce chapitre discute aussi les incidences des recherches récentes qui ont été effectuées sur la masculinité en Amérique latine, en Afrique et en Asie du Sud pour les spécialistes de la planification des programmes, en particulier en adoptant de nouvelles perspectives, telles que le processus que recouvre devenir un homme et le coût de la masculinité. Une perspective tenant compte de l'environnement est proposée en vue d'inclure des facteurs contextuels tels que la culture sexuelle et les milieux à risque, pour situer le milieu dans lequel s'inscrivent les comportements. Des exemples sont fournis sur la façon dont les hommes changent et comment ils abandonnent un modèle qui est de plus en plus intenable dans un monde où les normes sociales sont en évolution constante.

Le **chapitre II** est une présentation générale de ce que l'on sait des attitudes et pratiques masculines les plus répandues dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, ainsi que des besoins non satisfaits des hommes. Les statistiques, qui confirment que les hommes jouent un rôle critique dans la propagation du sida, nous conduisent à les inclure afin qu'ils contribuent à endiguer la propagation de cette épidémie. La vulnérabilité des hommes aux problèmes de santé en matière de sexualité et de reproduction font que les femmes et les hommes risquent de propager le sida ainsi que les autres MST. Les données montrent clairement qu'il est nécessaire d'éduquer les hommes en matière de relations sexuelles sans risque et de prendre en compte les multiples types de relations sexuelles qui sont les leurs. Les hommes connaissent de mieux en mieux la planification familiale et ils y sont de plus en plus favorables. Les hommes sont plus susceptibles d'approuver la planification familiale et de connaître la contraception que les stéréotypes sur les hommes le donnent à penser. Dans la plupart des pays, les préférences des hommes et des femmes en matière de reproduction et leurs attitudes à l'égard de la planification familiale sont similaires. Certains hommes considèrent encore que la planification familiale est une responsabilité qui incombe aux femmes, du fait de la grande disponibilité des contra-

Résumé Analytique

ceptifs féminins et aussi parce que les programmes de planification familiale ont eu tendance à exclure les hommes. Il faut pour les hommes des services de santé en matière de sexualité et de reproduction qui soient flexibles et adaptés à leurs comportements sexuels et à l'évolution de leurs besoins tout au long de leur vie. Les hommes ont leurs propres problèmes et préoccupations en matière de santé, qui diffèrent de ceux de leurs partenaires. La propagation du VIH et des autres infections sexuellement transmises a fait mieux percevoir l'importance des préservatifs masculins et accru leur utilisation, mais les hommes ne sont pas toujours bien informés sur le VIH. Les hommes connaissent fort bien les préservatifs masculins dans le monde entier, mais leur utilisation n'est pas aussi étendue qu'elle pourrait l'être. En effet, leur utilisation continue d'être irrégulière et généralement associée à des partenaires occasionnels, notamment des professionnels du sexe. Les enquêtes démographiques et de santé (EDS) révèlent aussi un écart "CAP" (pour connaissances, attitudes et pratiques) important, c'est-à-dire entre d'une part le niveau de connaissances et les attitudes des hommes envers la planification familiale et d'autre part leur pratique dans ce domaine. Leur taux d'utilisation des contraceptifs est moins élevé qu'on aurait pu s'y attendre vu leur niveau de connaissances et l'acceptation des moyens de contraception.

Le **chapitre III** analyse une série de cadres de référence qui orientent les efforts déployés au titre des programmes de population en vue de faire participer les hommes; il propose un cadre équitable pour les deux sexes visant à forger des partenariats entre les hommes et les femmes. Si le «cadre des hommes et de la planification familiale^d» est apparu juste après la réunion du Caire, un «cadre pour l'équité entre les sexes», accompagné d'approches en matière d'éducation et de droits de l'homme, convient mieux pour l'exécution du mandat de la CIPD et pour l'application de stratégies sexospécifiques. Le cadre pour l'équité entre les sexes s'intéressait aux besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction en tant que partenaires égaux des femmes (et d'autres hommes). Il reconnaît que l'inégalité entre les hommes et les femmes influence non seulement le comportement procréateur, mais aussi les risques et les choix touchant à la reproduction et à la santé en matière de sexualité. Dans ce cadre, l'approche éducative atteint les hommes au début de leur vie en intégrant une perspective soucieuse d'équité entre les sexes dans l'éducation familiale, l'éducation par les pairs et l'éducation sexuelle. Son objectif est de produire des adolescents de sexe masculin et des garçons qui soient soucieux de l'équité entre les sexes, conscients des inégalités entre les hommes et les femmes au plan de la sexualité et de la reproduction, des stéréotypes et des implications des rôles assignés à chacun des sexes, et de les doter d'outils leur permettant de se développer. Ce cadre prône une justice sociale qui ne tolère aucune violence fondée sur le sexe ni pratique discriminatoire, y compris la préférence pour les fils, les MGM et les mariages précoces, qui constituent des violations des droits fondamentaux de la personne. Il exige des systèmes juridiques qui protègent les droits en matière de reproduction, l'égalité des sexes et les droits de l'enfant, et qui prévoient des filets de sécurité.

Les questions d'éthique, une approche axée sur tous les stades de l'existence, les besoins en matière d'allocation de ressources et de recherches sont les aspects des programmes abordés

^d M.E. Greene, «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health» (document présenté à la Association for Women in Development et à USAID en novembre 1999).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

au **chapitre IV**. Les programmes qui font participer les hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction doivent aborder les questions liées aux spécificités de chaque sexe. Une organisation qui est prête à aborder ces questions doit commencer par s'évaluer elle-même sur ce plan et étudier les incidences qu'elle a d'après les relations entre hommes et femmes en son sein. Les cadres doivent examiner les ressources qu'ils peuvent affecter à un programme axé sur les hommes et le coût de l'ajout des services qui ne sont pas offerts dans le cadre des programmes existants. Il convient d'envisager d'engager des dépenses aux fins de la formation, de la promotion et éventuellement de la modification des dispensaires afin de fournir des services aux hommes. Il est nécessaire de poursuivre les recherches, tant théoriques sur la masculinité qu'opérationnelles en vue de mettre à l'essai et d'évaluer de nouvelles approches qui permettent d'atteindre les hommes et les couples.

Le **chapitre V** aborde les éléments clés des programmes de communication qui travaillent avec les hommes en vue de changer les politiques, les normes sociales et les comportements. En fait, pour incorporer une perspective sexospécifique incluant les hommes en matière de santé et de droits de la sexualité et de la reproduction, il faut que les relations hommes-femmes soient considérées non seulement avec soin comme des réalités qui évoluent avec le temps, mais aussi comme des cibles du changement. Compte tenu du mandat de la CIPD, les programmes de population ont pour vocation de promouvoir le changement. Deux instruments de programme sont à leur disposition: la communication de plaidoyer, qui vise à changer les politiques et les normes sociales, et la communication (information, éducation et communication, où IEC) axée sur le changement des comportements, qui vise à changer les connaissances, attitudes, croyances et comportements des individus. L'expérience acquise en matière de changement des comportements au moyen d'une approche dite sociale, c'est-à-dire les activités de plaidoyer, est de plus en plus vaste; le changement social enraciné est le plus difficile à réaliser, mais le FNUAP et ses partenaires s'y emploient de plus en plus en vue de lutter contre l'épidémie de sida et la violence. Les enseignements tirés de l'expérience acquise et d'approches novatrices sont présentés, notamment la mobilisation des hommes contre la violence au moyen d'activités de plaidoyer à la base et celle des autorités religieuses dans le domaine de la santé de la reproduction; de nouvelles méthodologies sont proposées, telles que l'analyse transactionnelle, le règlement des conflits, le réseautage, la communication dans le couple et les outils sexospécifiques servant à analyser les campagnes de communication.

Le **chapitre VI** traite de la fourniture de services aux hommes adultes. Les trois catégories de services les plus couramment accessibles aux hommes sont les tests de dépistage, le diagnostic et les traitements cliniques; l'information, l'éducation et les services de conseil. Toutefois, les programmes axés sur les hommes innovent dans plusieurs domaines. Les prestataires offrent des conseils individuels ou en groupes; des conseils aux couples sont également fournis si la femme y consent. L'épidémie de sida contribue à accroître l'attention prêtée à la prévention des MST et du VIH/sida. Les préservatifs et la vasectomie continuent d'être les seules méthodes de contraception masculine efficaces, mais de nouvelles initiatives assurent la promotion des préservatifs en tant que méthode de double protection pour la prévention des grossesses et des MST, y compris le VIH/sida. La prise en charge syndromique est l'approche utilisée pour gérer les infections de l'appareil génital et les MST. Former les prestataires à travailler avec les hommes

Résumé Analytique

et incorporer une perspective sexospécifique dans leur formation sont des mesures essentielles pour intégrer les services destinés aux hommes dans les programmes existants et pour améliorer la qualité des soins. Enfin, des programmes de distribution tels que la distribution communautaire, la commercialisation sociale et l'établissement de partenariat avec les secteurs privé et public en vue d'atteindre les hommes là où ils se réunissent, ont gagné en expérience et ont été mieux évalués. Les organisations acquièrent aussi de l'expérience en fournissant des services sur le lieu de travail, y compris dans l'armée, et dans les situations d'urgence.

Au **chapitre VII**, l'accent est mis sur les besoins des adolescents de sexe masculin. Les jeunes hommes passent par un processus critique de formation de leur identité. Différentes approches éducatives, l'éducation communautaire, l'éducation en milieu scolaire et l'éducation par les pairs, informent les jeunes hommes sur les MST et le VIH/sida ainsi que sur les comportements qu'ils peuvent adopter en vue de se protéger. Les stratégies novatrices comprenant la commercialisation sociale, les lignes téléphoniques de téléassistance et les programmes radiophoniques avec participation des auditeurs, l'Internet et les CD-ROM et les programmes de divertissement éducatifs fournissent en temps voulu aux adolescents de sexe masculin les conseils confidentiels et anonymes qu'ils ont tendance à préférer. Sont également examinés les avantages de la formation à la vie active assurant l'autonomie fonctionnelle, de l'éducation en matière de population, de la préparation à la vie familiale et de l'éducation sexuelle pour ce qui est d'enseigner aux jeunes hommes les compétences dont ils ont besoin pour négocier des relations saines, prendre en main leur vie, résister aux pressions négatives et réduire leur propre vulnérabilité aux infections et aux grossesses non désirées.

VII

En conclusion, notre époque offre des possibilités excitantes, les programmes de population pouvant adopter des stratégies ambitieuses de grande portée en vue de gagner l'engagement des hommes dans des partenariats fondés sur l'équité. Les recherches fort novatrices sur la masculinité et le comportement sexuel menées dans certaines régions doivent être étendues au reste du monde et se concrétiser dans des programmes qui sont non seulement axés sur les hommes mais maîtrisés par ceux-ci.

Introduction



Le rôle des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité n'a jamais été aussi largement reconnu. La crise du sida est le facteur principal non seulement de l'inclusion des hommes dans les politiques et programmes actuels relatifs à la population et à la santé de la reproduction, mais aussi de l'incitation des donateurs et des prestataires à élaborer rapidement des programmes de prévention du sida ciblant les hommes et les adolescents. La pandémie a aussi appelé une attention accrue sur le lien existant entre la sexualité et les relations hommes-femmes et a changé les implications des maladies sexuellement transmissibles qui, de question sanitaire sont devenues une question sociale: elle a aussi donné naissance à une campagne mondiale visant à accroître l'utilisation des préservatifs et des méthodes de barrières. En outre, du fait de la persistance des inégalités, le mouvement international visant à renforcer les droits des femmes a appelé à faire face à la violence fondée sur le sexe et à changer les vues et les comportements des hommes dans ce domaine. Une troisième tendance est l'acceptation relative de la santé de la reproduction dans nombre de pays en développement et l'accent accru mis sur la mortalité maternelle, une plus grande attention étant prêtée aux hommes en tant que prochaine étape¹. Alors que les programmes de population paraissent plus que jamais s'efforcer d'amener les hommes à prendre part de façon positive à la santé en matière de reproduction et de sexualité, les programmes de pays ne reflètent pas encore cette préoccupation dans un ensemble cohérent d'interventions faisant correspondre aux préoccupations relatives à la santé et à l'équité entre les sexes des objectifs sur le long terme et le court terme.

L'objectif du présent document est de faire le bilan sur les résultats des recherches et les débats récents touchant aux grandes orientations et de préciser quelque peu les nouvelles priorités. Il visait à l'origine à mettre à jour un rapport technique précédent, intitulé «Male Involvement in Reproductive Health²» publié juste après la Conférence du Caire, mais il est apparu clairement que pour réexaminer les questions, il était nécessaire d'adopter un nouveau paradigme. Le paradigme s'appuie sur trois attentes: premièrement, un partenariat en matière de santé en matière de reproduction et de sexualité: qui conduit à une seconde—un homme respectueux de l'égalité entre les sexes: troisièmement, l'appropriation par les hommes des problèmes et le sentiment de faire partie des solutions.

¹ S.Clark, et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport établi pour le Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999.

² C.P. Green et al., «Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health». Technical Report 28. FNUAP, New York, 1995, p. 104.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- Les partenariats entre hommes et femmes signifient qu'ils uniraient librement et délibérément leurs forces et leurs choix en vue d'atteindre des objectifs communs sur le plan de la sexualité et de la reproduction. Les autres facteurs liés à la création d'un partenariat durable sont la confiance, le respect, le sentiment d'être concerné par les décisions et leurs résultats, et l'égalité. La confiance serait instaurée au moyen de la communication et de négociations touchant les conditions permettant d'être à l'abri des MST/VIH/sida; le respect se refléterait dans des relations exemptes de violence; et au titre de l'appropriation, les deux partenaires prendraient des décisions librement et de façon responsable sur les questions relatives à la sexualité, la grossesse, la planification familiale, les soins post-natals et l'éducation des enfants.
- La notion d'homme équitable à l'égard des femmes est tirée d'une définition opératoire formulée par Barker concernant des jeunes hommes qui «sont respectueux dans leurs relations avec les femmes et cherchent des relations basées sur l'égalité avec leurs partenaires et l'intimité plutôt que des conquêtes sexuelles»³.
- Enfin, le fait que des hommes soient concernés par les questions touchant à l'inégalité des relations hommes-femmes et aient le sentiment de faire partie des solutions est le fait nouveau le plus récent et le plus positif dont nous ayons été témoins et qu'il convient d'encourager. Jamais auparavant les chercheurs de sexe masculin eux-mêmes ne s'étaient efforcés de comprendre le contexte qui renforce les comportements stéréotypés, et les hommes et les garçons sont de plus en plus mobilisés pour trouver de nouveaux modèles, traiter des dimensions sexospécifiques de toutes les questions et respecter les droits des femmes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

Les «nouveaux hommes» existent déjà: des hommes courageux et engagés montrent la voie, mettant en question les valeurs et normes culturelles et intervenant en public et en privé. Toutefois, il leur reste important d'acquérir plus de connaissances sur ce qui empêche les partenariats entre hommes et femmes de se réaliser pleinement, de reconnaître le problème et de s'y attaquer. Ce faisant, adopter des positions moralisatrices ou stigmatiser les hommes en utilisant des stéréotypes rigides irait à l'encontre du but recherché.

Le public auquel le présent document s'adresse est fort vaste. Il comprend les parties prenantes des programmes multinationaux, régionaux et nationaux du FNUAP, c'est-à-dire les praticiens, les chercheurs, les équipes de conseillers régionaux, les planificateurs et les responsables de la gestion, les activistes, les responsables gouvernementaux et les ONG internationales et nationales, qui souhaitent contribuer aux efforts déployés par les pays en vue d'élaborer et d'appliquer des stratégies d'ensemble qui mobilisent les hommes en tant que partenaires. À cette fin, les auteurs ont réuni les ouvrages et les études de cas récents sur ce domaine, en présentant les orientations, les indicateurs et les enseignements tirés des programmes, en espérant que cet ensemble sera utile pour la planification et l'évaluation des programmes à l'avenir. Du fait que les analyses de situation portent toujours sur une région ou un pays donné, il est risqué de

³ G. Barker, «Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men», notes tirées de recherches doctorales, juillet 2000.

Introduction

généraliser des tendances, mais des données relatives à une région ou un pays ont toutefois été incluses dans l'espoir qu'elle seront une source d'inspiration pour des recherches opérationnelles et des évaluations de besoins. S'agissant de l'équilibre régional, la plupart des données qualitatives sur l'identité masculine, par exemple, proviennent de chercheurs d'Amérique du Nord ou d'Amérique latine, et pour quelques exceptions d'Asie du Sud et d'Afrique de l'Est. Par ailleurs, les enquêtes, telles que les enquêtes démographiques et de santé (EDS), ont été effectuées principalement en Afrique, ce qui se reflète dans les données comparatives. Le présent rapport ne vise pas à l'exhaustivité ni à la représentation régionale, mais mentionne des données préliminaires qui permettent de comprendre quelles sont les racines des comportements masculins, le contexte des pressions qui s'exercent sur les hommes et les changements envisageables. De même, il arrive que des programmes novateurs, tels qu'une nouvelle loi sur le congé de paternité ou la violence, les réseaux masculins, les campagnes d'hommes contre la violence à l'égard des femmes, l'éducation sexuelle et les compétences spécialisées destinées aux garçons, n'aient pas été mis en œuvre dans de nombreux pays du Sud; ils sont toutefois intéressants et méritent d'être reconnus et diffusés.

Il s'agit d'un nouveau domaine qui évolue rapidement. Il reste à assimiler différentes perspectives des macroéconomistes (qui mettent l'accent sur la pauvreté, les systèmes d'appui et l'éducation comme causes profondes de la plupart des questions, y compris les rôles masculins), des démographes (qui par le passé ont eu tendance à réduire les hommes et les autres groupes sociaux à des contextes dans lesquelles la fécondité s'inscrit), des théoriciens de la santé publique (qui mettent l'accent sur la prévention des risques en matière de mauvaise santé), des psychosociologues (qui se concentrent sur les facteurs liés aux processus de socialisation, et les systèmes de formation des valeurs et des croyances) et des activistes (qui recherchent la justice sociale) afin de dégager un point de vue institutionnel unique. La discussion vise à éclairer des questions délicates et à mettre en évidence des efforts prometteurs encore dans une phase pilote⁴. Pour cette raison, les ouvrages et les données d'expérience des programmes proviennent non seulement du FNUAP, mais aussi de nombreux autres institutions et secteurs. L'objectif est de relier les données sur les causes profondes du statu quo à l'ensemble des stratégies qui ciblent les hommes et les garçons en vue de les faire participer au changement social, en mettant l'accent sur la santé en matière de sexualité et de reproduction. Dans le cadre de cette entreprise, le FNUAP a bénéficié de la coopération exceptionnelle du sous-comité sur les hommes et la santé de la reproduction du Groupe de travail interorganisations sur l'égalité entre les sexes parrainé par USAID, le Ministère norvégien des affaires étrangères, AVSC [EngenderHealth], IPPF/WHO, l'OMS, ONUSIDA, le Population Council et l'UNICEF, qui ont mis à disposition des auteurs du rapport leurs données les plus récentes, encore inédites, afin d'enrichir le débat.

⁴Une partie des termes employés et des notions sont encore nouveaux et des définitions opérationnelles ont été énoncées en cas de besoin, l'objectif étant uniquement d'être clair.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

UN CONSENSUS INTERNATIONAL PLUS SOLIDE SUR LA PARTICIPATION DES HOMMES À L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES, LA SEXUALITÉ ET LA REPRODUCTION

L'engagement pris d'inclure les hommes dans la santé en matière de reproduction et de sexualité n'a jamais été réaffirmé aussi clairement depuis les conférences du Caire et de Beijing et leurs processus de suivi.

Les mandats énoncés lors des conférences du Caire et de Beijing: une orientation fondée sur les droits et sur l'équité entre les sexes

Le Programme d'action adopté par consensus lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 est passé d'une approche purement démographique à l'égard de la planification familiale au cadre plus holistique de la santé de la reproduction, qui relie la santé à l'égalité entre les sexes et au développement durable. Il abandonne la pensée traditionnelle qui isole la fécondité des femmes et ne tient pas compte des facteurs qui y contribuent, préférant un modèle qui examine le rôle actif des hommes dans le domaine de la santé des femmes et leur propre santé, ainsi que leurs responsabilités en matière d'éducation des enfants. La CIPD établit aussi une relation plus explicite entre la reproduction, les relations de pouvoir et la sexualité et elle prône activement l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes comme moyen d'atteindre les objectifs du développement durable. Un accord s'est dégagé lors de la Conférence du Caire:

Il faudrait en particulier mettre l'accent sur la part de responsabilité qui incombe aux hommes dans la fonction parentale et le comportement en matière de sexualité et de procréation et les encourager à assumer activement cette responsabilité, notamment en ce qui concerne la planification familiale, la santé prénatale, maternelle et infantile, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, dont la contamination par le VIH, la prévention des grossesses non désirées ou à haut risque, la gestion commune des revenus de la famille et la contribution à ces revenus, l'éducation, la santé et la nutrition des enfants ainsi que la nécessité d'admettre et de promouvoir que les filles valent autant que les garçons. L'apprentissage des responsabilités de l'homme dans la vie familiale doit commencer dès le plus jeune âge. Il faudrait veiller tout particulièrement à prévenir les actes de violence dirigés contre les femmes et les enfants⁵.

Un an plus tard, le programme d'action de Beijing a été plus loin, déclarant que «le droit des femmes de jouir du meilleur état de santé possible doit être garanti pendant toute leur vie, à égalité avec les hommes»⁶.

A Beijing, les participants sont convenus de ce qui suit:

Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière respon-

⁵ Organisation des Nations Unies, «Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement» (Le Caire, 5-13 septembre 1994), 18 octobre 1994, par. 4.27.

⁶ «Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes» (Beijing, 4-15 septembre 1995), 17 octobre 1995, par. 92.

Introduction

*sable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences*⁷.

La CIPD et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes ont énoncé clairement les raisons pour lesquelles il faut faire participer les hommes aux programmes relatifs à la santé en matière de sexualité et de reproduction. Essentiellement, ces conférences ont appelé l'attention sur les différentes façons dont les contextes sociaux façonnent l'utilisation de la planification familiale et des autres services de santé de la reproduction et elles ont promu l'idée de créer les conditions permettant aux femmes d'exercer leurs droits. De fait, une orientation axée sur les droits oblige à reconnaître l'importance des contextes sociaux qui limitent les choix de la population; cela conduit à mettre l'accent sur l'équité entre les sexes en tant qu'objectifs sous-jacents des programmes de population et de développement⁸.

L'intérêt porté à la participation des hommes a culminé en 1998, quatre ans après la Conférence du Caire, un an avant l'examen quinquennal des progrès réalisés dans la mise en œuvre du Programme d'action de la Conférence. Une combinaison de facteurs, notamment la bonne connaissance que les défenseurs de la cause des femmes et les hommes progressistes ont du Programme d'action, la crise du sida et le besoin de faire connaître les initiatives prises dans le cadre du processus cet examen quinquennal, ont contribué à des activités intenses dans le domaine de la participation des hommes entre 1998 et 2000.

Le processus d'examen a validé les objectifs de la CIPD et a loué les progrès accomplis. L'examen quinquennal de la mise en œuvre de la CIPD maintient l'élan sur le plan des droits des femmes, mais il a aussi eu pour effet d'inviter les hommes en tant que partenaires à participer aux efforts visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles en soulignant le rôle de défenseurs des femmes qu'ils jouent en éliminant les pratiques nuisibles, notamment la violence, et en appuyant l'accès des femmes aux soins de santé. L'examen a conclu qu'il était nécessaire de prendre des mesures d'urgence en vue de répondre aux besoins des jeunes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction, de prévenir le VIH/sida et de fournir des soins de santé de la reproduction aux femmes et aux jeunes dans les situations d'urgence. Les mesures relatives à l'égalité entre les sexes recommandées par cet examen étaient les suivantes:

- Répondre aux besoins des hommes concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité ne devrait pas porter préjudice à la fourniture des mêmes services aux femmes;
- Interdire tous les comportements nuisibles et discriminatoires, notamment la préférence accordée aux fils;
- Encourager les hommes à s'identifier à des modèles.

⁷ Organisation des Nations Unies, «Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes».

⁸ M. E. Greene, «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health» (document présenté à la Association for Women in Development et à USAID en novembre 1999).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

En vue d'atteindre ces objectifs, l'examen a précisé les rôles et les responsabilités des hommes, comme indiqué ci-après:

- Sensibiliser les hommes pour qu'ils comprennent le rôle qu'ils ont à jouer et les devoirs qui leur incombent: respect des droits fondamentaux des femmes;
- Protéger la santé des femmes, notamment en appuyant l'accès de leur partenaire aux services de santé en matière de sexualité et de reproduction;
- Prévenir les grossesses non désirées; réduire la mortalité et la morbidité maternelles; prévenir la transmission des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida; partager les responsabilités au sein du ménage et en ce qui concerne l'éducation des enfants;
- Promouvoir l'élimination des pratiques dangereuses telles que les mutilations sexuelles féminines, les sévices sexuels et les autres formes de violence à l'égard des femmes, en éliminant la coercition et la violence à l'égard des femmes et des jeunes filles⁹.

L'examen Beijing + 5 est allé au-delà du Programme d'action de Beijing dans ses dispositions ayant trait à la santé de la reproduction en soulignant les aspects sexospécifiques de la pandémie du VIH/sida et des MST. L'examen a renforcé les engagements pris de faire face à la violence fondée sur le sexe en organisant des campagnes prônant un degré zéro de tolérance pour condamner la violence à l'égard des femmes, en exigeant des lois et d'autres mesures pour lutter contre les pratiques traditionnelles nuisibles, y compris les crimes d'honneur, et en recommandant la fourniture aux agents de santé d'une formation aux sexospécificités afin qu'ils puissent reconnaître la violence fondée sur le sexe et y apporter une réponse appropriée. L'examen a demandé un renforcement des législations contre toutes les formes de violence dans la famille, y compris le viol et les sévices sexuels conjugaux, et contre la violence dirigée contre les femmes et les filles en tant que violation des droits fondamentaux, ainsi que des programmes visant à encourager les hommes et à leur permettre d'adopter un comportement responsable en matière de sexualité et de reproduction et à utiliser efficacement des méthodes visant à prévenir les grossesses non désirées et les maladies sexuellement transmises, dont le VIH/sida¹⁰.

PROGRÈS REALISÉS DANS L'APPLICATION DE PARTENARIATS AVEC DES HOMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES DROITS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION ET DIFFICULTÉS QUI SUBSISTENT

L'intérêt des partenariats avec les hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction tient dans l'accroissement de la sensibilisation des donateurs et de l'appui pour les initiatives des gouvernements et des ONG. De nombreux organismes multilatéraux et

⁹ Organisation des Nations Unies, « Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement », 1er juillet 1999, chap. IV, 52 (g).

¹⁰ Organisation des Nations Unies, Division de la promotion de la femme, « Preliminary Analysis of the Beijing + 5 Outcome Document », www.un.org/Womenwatch/daw/followup/analysis.html.

Introduction

bilatéraux ont fait de nouveaux efforts en vue de tirer parti de l'établissement de partenariats. Outre le FNUAP, d'autres organisations ont reconnu la nécessité d'inclure les hommes dans les activités relatives à la santé maternelle et infantile. La plupart des pays nordiques ont apporté un appui aux initiatives importantes dans ce domaine. Le PNUD a formé un groupe d'hommes de l'ONU sur l'égalité entre les sexes. En automne 1997, USAID a créé un sous-comité hommes et santé de la reproduction (Men in Reproductive Health Subcommittee) sous l'égide de son groupe de travail interinstitutions sur l'égalité entre les sexes (Interagency Gender Working Group)¹¹. La plupart des pays ont enregistré une sensibilisation accrue et un accroissement du nombre des activités concrètes, tant au niveau des organismes affiliés à la Fédération internationale pour la planification familiale et des ONG qu'à celui des programmes administrés par les gouvernements¹².

Au cours des cinq dernières années, une série de ressources et matériaux importants ont aussi vu le jour, dont quelques-uns sont cités ci-après en exemple: les initiatives des pays nordiques tels que les réseaux masculins et les dispensaires pour jeunes hommes en Suède¹³; le programme Men as Partners, lancé par AVSC International [EngenderHealth] et le Programme pour la participation des hommes de l'hémisphère nord de la Fédération internationale pour la planification familiale, ces deux derniers programmes ayant parrainé l'élaboration d'une vaste gamme de matériaux pour les programmes et les formations: le projet Horizons du Population Council; et le programme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) relatif à la reproduction humaine.

Des progrès sans précédent ont aussi été enregistrés s'agissant de la base de connaissances relatives au comportement des hommes en matière de santé de la reproduction, ce qui permettra de mieux comprendre comment améliorer la santé de la reproduction pour les hommes, les femmes et les enfants. Nous disposons à présent de données d'enquête quantitatives plus représentatives sur la santé de la reproduction des hommes ainsi que des données qualitatives sur eux. Des progrès sont en cours pour trouver les moyens d'utiliser les informations sur les hommes, telles que la mesure des besoins non satisfaits, en vue d'élaborer des stratégies améliorées aux fins de la santé de la reproduction et un nouveau questionnaire plus détaillé sur les hommes est en cours d'élaboration, qui sera incorporé dans la troisième série d'enquêtes démographiques et de santé. Les nouvelles études qualitatives sur la masculinité, telles que les nouveaux travaux menés actuellement par la Faculté latino-américaine des sciences sociales, le International Reproductive Rights Research Group (IRRAAG) («groupe international de recherche sur les droits en matière de reproduction») décrit par Petchesky (1999) et un récent travail de Barker (1998) ont la capacité de dégager des connaissances qui ne paraissent guère pouvoir être tirées des données quantitatives et qui se traduiront probablement par des programmes plus novateurs et plus efficaces. La Faculté latino-américaine des sciences sociales, au Chili, a récemment publié un ouvrage sur la masculinité¹⁴ qui a été bien reçu et elle continue de se consacrer à la recherche

¹¹ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes».

¹² Ibid.

¹³ S. Laack et al., Report on the RFSU Young Men's Clinic, Swedish Family Planning Association (RFSU), Stockholm, 1997.

¹⁴ T. Valdés et J. Olvarría, (éd.), «Masculinidades y equidad de género en América Latina», FLACSO, FNUAP, Santiago, 1998.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

sur les hommes en temps que partenaires. Des recueils de ressources¹⁵ et des bibliothèques électroniques, par exemple le CD-ROM «HIM» et les CD-ROM Frontiers, Summaries of Operations Research projects: un bulletin informatif «Toward a New Partnership: Encouraging the Positive Involvement of Men as Supportive Partners in Reproductive Health», publié par le Population Council, développent la capacité des programmes de profiter de ces connaissances.

Par ailleurs, un nombre sans précédent de conférences se sont tenues sur le thème de la participation des hommes à la santé de la reproduction (voir encadré sur la page suivante). Le petit nombre de programmes en cours et les ouvrages disponibles sur la masculinité, la socialisation des garçons, la sexualité, la violence fondée sur le sexe et la paternité étaient des thèmes communs partagés et discutés lors des conférences régionales en Afrique, en Amérique latine, en Europe de l'Est et dans le monde musulman. Ces conférences ont contribué à stimuler les programmes de pays, à mettre de nouveau l'accent sur la perspective sexospécifique de la participation des hommes aux programmes, à identifier les priorités en matière de recherche et elles ont facilité la création à l'échelle des pays, des régions et du monde de réseaux de spécialistes, principalement des universitaires, désireux de partager des connaissances qui contribueront à la réalisation de l'ordre du jour de la CIPD.

8 | Toutefois, la difficulté rencontrée en s'efforçant de tirer parti de ces connaissances, de ces mandats et de ces directives, a été de les concrétiser dans des stratégies d'ensemble et des changements mesurables au niveau des politiques et programmes tout en maintenant une perspective sexospécifique. Un document de synthèse élaboré sous la responsabilité de la Norvège a non seulement noté que les déficiences au niveau de la mémoire institutionnelle et de la communication interinstitutions entrave les progrès de la programmation, mais aussi identifié les questions en suspens suivantes: les initiatives non viables; les préjugés des décideurs à l'égard des préservatifs; les effets en retour imprévus des campagnes de communication mal orientées et des hommes qui tiennent à conserver leurs prérogatives; l'absence de consensus sur le libellé des programmes; la façon de concilier les besoins des hommes en matière de santé de la reproduction avec les besoins de stratégies pour les couples sans réduire les ressources disponibles pour la santé des femmes; et les moyens d'améliorer la participation des hommes aux formations dans le domaine de la sexualité et de l'équité entre les sexes¹⁶.

Sans prétendre régler ces questions en suspens, le présent document vise à mettre en évidence les orientations des programmes futurs et à stimuler de nouveaux débats en vue de parvenir à un consensus sur les priorités. Pour cela, il présente une mise à jour mondiale sur les résultats des recherches récentes ainsi que sur les tendances qui se dégagent concernant les programmes ayant pour objectif d'accroître les stratégies de communication, la fourniture de services et les programmes spéciaux visant à atteindre les jeunes hommes.

¹⁵ Voir par exemple les matériaux du FNUAP (Green et al., 1995), IPPF (Planned Parenthood Challenges, vol. 2, 1996), USAID (Danford et Greene, 1997), PATH (Khorram et Wells in *Outlook*, vol. 4, No 3, janvier 1997), Family Health International (*Network en français* 18, No 3, 1998) et Johns Hopkins University Population Information Program Population Reports (Drennan et al., 1998)

¹⁶ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes»

Conférences récentes sur la participation des hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction

1996

- ▶ *Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme Workshop*. The Population Council, AVSC International, National Institute of Population Research and Training, Deutsche Gesellschaft Für Technische Zusammenarbeit. Dhaka, Bangladesh, juin 1996. (National)

1997

- ▶ *Men as Partners in Reproductive Health*. AVSC International. Mombassa, Kenya, mai 1997. (International)
- ▶ *Better Together: African Regional Conference on Men's Participation in Reproductive Health*. Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins, Zimbabwe National Family Planning Council, IPPF Africa. Harare, Zimbabwe, avril 1997. (Regional)
- ▶ *Male Involvement in Reproductive Health and Mainstreaming Gender in Population and Development Programmes*. FNUAP, équipe d'appui au pays à Addis Abeba (Éthiopie), octobre 1997. (Régional)

1998

- ▶ *Seminar on Family Men, Family Formation and Reproduction*. International Union for the Scientific Study of Population (IUSSP). Buenos Aires, Argentina, mai 1998. (International)
- ▶ *Male Participation in Reproductive Health: New Paradigms*. AVSC International et IPPF/WHR (Fédération internationale pour la planification familiale, Région de l'hémisphère occidental). Oaxaca (Mexique), octobre 1998. (International)
- ▶ *Thematic Workshop on Male Involvement in Sexual and Reproductive Health Programmes and Services*. FNUAP, Services d'appui technique (SAT), Rome (Italie), novembre 1998. (International).
- ▶ *Première Conférence des pays francophones en Afrique sur la participation des hommes à la santé de la reproduction*. Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins (JHU/PCS). Ouagadougou (Burkina Faso), avril 1998. (Régional)
- ▶ *Men as Supportive Partners in Reproductive and Sexual Health*. Population Council, Kathmandu, (Népal), été 1998. (Régional)
- ▶ *The Role of men in Reproductive Health Programmes*. FNUAP et Organisation de coopération économique (OCE), Bakou (Azerbaïdjan), septembre 1998. (Régional)
- ▶ *Seminar on Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Research Findings and Future Directions*. Population Council, Asia and Near East Operations Research and Technique Assistance Project, Alexandrie (Égypte), mai 1998. (National)

1999

- ▶ *How Can Men Gain from Improved Gender Equality? Sexuality, Fatherhood and Male Identity in a Changing Society*. Ministère suédois des affaires étrangères. Lusaka (Zambie), janvier 1999. (International)
- ▶ *Men as Supportive Partners, Consultation for ICPD+5*. Population Council. New Delhi (Inde), janvier 1999. (National)

2000

- ▶ *Inter-Country Workshop Adolescent Reproductive Health for East and South East Asia and the Pacific Island Countries*. FNUAP, équipe d'appui de pays à Bangkok, Pattaya (Thaïlande), mai 2000. (Régional)
- ▶ *Meeting on the Health and Development Needs of Male Adolescents and Young*. ONUSIDA et OMS. Pretoria (Afrique du Sud), septembre 2000. (Régional)

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

NOTIONS DE BASE GUIDANT LES PROGRAMMES S'OCCUPANT DE PARTENARIATS AVEC LES HOMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

Il convient d'abord de se mettre d'accord sur le sens de certaines notions et pour cette raison, vous trouverez ci-après une compilation des notions de base utilisées pour atteindre les objectifs. Ces notions ainsi définies dans le présent chapitre sont la santé de la reproduction, les droits en matière de reproduction, la sexualité et la santé en matière de sexualité, les droits en matière de sexualité, l'identité sexuelle, l'équité entre les sexes, les rôles sexosociaux, les relations entre les hommes et les femmes, la masculinité et les partenariats.

Santé de la reproduction

L'Organisation mondiale de la santé a proposé une définition de la santé de la reproduction, tirée de la définition de la santé en général: «Situation dans laquelle le processus de reproduction est complété par un état de bien-être physique, mental et social complet et ne se limite pas seulement à l'absence de maladies ou de problèmes touchant le processus de reproduction.» Cela implique que les gens «ont la capacité de se reproduire, de contrôler leur fécondité, d'avoir des relations sexuelles avec plaisir et que les femmes peuvent mener à bien grossesse et accouchement sans complications, que la régulation de la fécondité peut s'effectuer sans problème pour la santé et que les gens se sentent en sécurité lorsqu'ils ont des relations sexuelles»¹⁷.

10 | Hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé¹⁸. La santé de la reproduction concerne à la fois les droits et la santé. Elle comprend:

l'orientation, l'information, l'éducation, la communication et les services en matière de planification familiale; l'éducation et les services relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement sans risque et aux soins postnatals, en particulier l'allaitement naturel, les soins dispensés aux nourrissons et aux femmes; la prévention et le traitement de la stérilité; l'avortement tel qu'il est décrit au paragraphe 8.25, y compris la prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique; le traitement des affections de l'appareil génital; les maladies sexuellement transmissibles et autres conditions de santé en matière de reproduction; et le cas échéant, l'information, l'éducation et l'orientation en matière de sexualité humaine, de santé en matière de reproduction et de parenté responsable¹⁹.

Ces notions, dont les définitions ont été décidées d'un commun accord lors des conférences du Caire et de Beijing, placent les hommes dans des positions fort différentes de celles auxquelles ils étaient habitués depuis des siècles. Elles accordent aux femmes et aux hommes des droits égaux en matière de décisions touchant à la reproduction et à la sexualité et assigne la responsabilité

¹⁷ M. Fathalla, «Reproductive Health: A Global Overview», *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28 juin 1991, p.1.

¹⁸ Organisation des Nations Unies, «Rapport de la Conférence internationale sur la population et développement», par. 7.2.

¹⁹ *Ibid.*, para. 7.6.

Introduction

des grossesses sans danger, de l'accouchement et de la santé de la progéniture à la fois aux hommes et aux femmes. Les critères de la santé en matière de sexualité remettent en question aussi les compétences des prestataires de soins de santé en élargissant le champ des services au-delà de la fécondité. La CIPD rejette le modèle démographique précédent utilisé pour identifier les facteurs qui ont une incidence sur la reproduction, qui considère les femmes comme l'unité d'analyse; là où les hommes se retrouvent est un autre facteur indépendant; ils sont considérés comme des facilitateurs ou des obstacles pour les décisions que les femmes prennent concernant leur fécondité²⁰.

Droits en matière de reproduction

Ces droits sont définis comme les droits fondamentaux des femmes et des hommes d'être maîtres de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de reproduction, sans aucune contrainte, discrimination et violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. Le programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes renforce le lien existant entre la sexualité, la reproduction et l'égalité entre les sexes en déclarant que:

«L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences»²¹.

Sexualité

La sexualité est étroitement liée à l'identité sexuelle. Il s'agit d'une construction sociale de pulsions biologiques. La sexualité d'un individu est fonction de la personne avec qui il a des rapports sexuels, de la nature et de la raison de ces rapports, des conditions dans lesquelles ils s'inscrivent et de leurs résultats. C'est une notion multidimensionnelle et dynamique qui ne se limite pas au comportement sexuel. Les règles explicites et implicites imposées par la société, qui sont définies par l'identité sexuelle, l'âge, la condition socioéconomique, l'appartenance ethnique et d'autres facteurs, ont une influence sur la sexualité d'un individu²². Damien Rwegera, chroniqueur rwandais, fait observer que la sexualité consiste dans les éléments suivants:

La recherche du plaisir, le désir d'intimité, l'expression de l'amour, la définition de soi, la procréation, la domination, la violence ou toute combinaison des éléments ci-dessus. La façon dont les gens ont des relations sexuelles peut être reliée à l'estime de soi, au respect de soi, au respect d'autrui, à l'espoir, à la joie, à la souffrance. Dans des contextes différents, les rapports sexuels sont perçus comme un bien, un droit ou un impératif biologique²³.

²⁰ J.G. Figuera, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes» (à paraître, in «Male Sexuality and Reproduction», El Colegio de Mexico, Union Internacional para el Estudio Científico de la Población y Sociedad Mexicana de Demografía), p. 3.

²¹ Organisation des Nations unies, «Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes», par. 96.

²² G.R. Gupta, «Gender, Sexuality and HIV/AIDS».

²³ M. Foreman, éd., *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres : The Panos Institute et Zed Books, 1998), p. 2

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Depuis la Conférence du Caire, les programmes relatifs à la santé de la reproduction s'intéressent à la sexualité, aspect sensible et intime de la reproduction, et ne se limitent plus aux risques liés à la grossesse et aux maladies; ils abordent aussi les questions relatives au plaisir sexuel et sont aux prises avec des idéologies relatives aux droits des hommes qui menacent les droits et la santé des femmes en matière de sexualité et de reproduction²⁴. Le Centre international de recherche sur les femmes (ICRW) a identifié quatre composantes de la sexualité: les pratiques, les partenaires, le plaisir/les pressions/la souffrance et la procréation. Le Centre a aussi constaté que chaque composante de la sexualité est étroitement liée aux autres, mais que l'équilibre des pouvoirs dans une interaction sexuelle détermine son résultat²⁵. Ruth Dixon-Mueller identifie quatre autres dimensions de la sexualité et du comportement sexuel. «Ce que les gens font sur le plan sexuel avec d'autres ou eux-mêmes, comment ils se présentent sexuellement, comment ils parlent et agissent.» Elle examine aussi comment l'identité sexuelle recoupe et façonne chacun de ces aspects²⁶.

La sexualité est importante pour l'identité masculine dans différentes cultures. Toutefois, l'expression de la sexualité chez les hommes peut être fort diverse. Les relations de pouvoir, dans lesquelles les hommes jouent un rôle prédominant, sont présentes dans le domaine de la sexualité car il s'agit d'un espace essentiel dans lequel se déroulent les relations entre les hommes et femmes²⁷.

Santé en matière de sexualité

«La sexualité et les relations entre les sexes sont interdépendantes et, ensemble, influent sur la capacité qu'ont les hommes et les femmes d'avoir une vie saine et de maîtriser leur destin en matière de procréation»²⁸. Il est difficile de formuler une définition universelle de la santé en matière de sexualité, car la sexualité est fort diverse, variée et dynamique. La CIPD a considéré la santé en matière de sexualité d'un point de vue fort positif, déclarant qu'elle «vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles»²⁹. La définition utilisée par l'Organisation mondiale de la santé approfondit plus la complexité et les multiples dimensions de l'identité personnelle et de l'interaction sociale qui ont une incidence sur la santé. L'OMS définit la santé en matière de sexualité comme «l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de l'être sexuel de façons qui enrichissent et développent la personnalité, la communication et l'amour»³⁰. Les professionnels de la santé doivent intégrer

²⁴ R. Dixon-Mueller, «The Sexuality Connection on Reproductive Health», *Studies of Family Planning* 24, No 5 (septembre-octobre 1993), p. 269-282.

²⁵ G. R. Gupta, «Gender, Sexuality and HIV/AIDS: The What, the Why and the How», intervention en séance plénière, XIIe Conférence internationale sur le sida, Durban (Afrique du Sud), 12 juillet 2000, p. 2.

²⁶ R. Dixon-Mueller, «The Sexuality Connection on Reproductive Health».

²⁷ M. Villarreal, «Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health» (exposé fait lors de l'atelier sur la participation des hommes aux programmes et services relatifs à la santé en matière de reproduction et de sexualité, FAO/OMS/FNUAP, Rome, novembre 1998), p. 7.

²⁸ Organisation des Nations Unies, «Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement», par. 7.34.

²⁹ Ibid., par. 7.2.

³⁰ OMS, «Définitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health Used in the Regional Office for Europe», mars 1999.

Introduction

de plus en plus la sensibilité aux spécificités sexuelles dans leurs programmes, prenant conscience du fait que l'identité sexuelle, les rôles sexosociaux et les inégalités entre les sexes sont des facteurs qui affectent la fécondité et la santé en matière de sexualité.

La santé en matière de sexualité implique aussi la satisfaction, aspect de la sexualité qui est plus perçu comme un droit des hommes que comme un droit des femmes dans nombre de sociétés. Une vie sexuelle et une santé en matière de sexualité satisfaisantes impliquent aussi des actes consensuels. En fait, le plaisir est un aspect central de la sexualité masculine, mais il y a souvent un prix à payer, tant pour les hommes que pour les femmes. Le plaisir sexuel des hommes est souvent considéré comme plus important, à la fois par les hommes et par les femmes, que les craintes des femmes de se retrouver enceintes ou de contracter une MST. Souvent, les accomplissements sexuels sont un autre aspect essentiel de la sexualité masculine. De nombreuses sociétés renforcent la perception selon laquelle la puissance sexuelle fait partie de ce qui en fait de «vrais hommes»³¹. Outre la question évidente des rapports sexuels sans risques, les préoccupations des hommes touchant à leurs accomplissements, que l'on qualifie habituellement de dysfonctionnements sexuels ou de problèmes psychosexuels, offrent l'occasion de travailler avec les hommes et de les sensibiliser aux mythes qui contribuent peut-être à leurs préoccupations.

Identité sexuelle

«L'identité sexuelle se réfère à des idées et attentes (normes) largement partagées au sujet des femmes et des hommes dans une société donnée. Ces idées et attentes prennent forme auprès de la famille, des amis, des personnalités influentes, des institutions religieuses et culturelles, des écoles, du lieu de travail et des médias: elles définissent les caractéristiques, aptitudes et comportements typiques féminins et masculins dans différentes situations et elles reflètent les différents rôles et conditions sur les plans sanitaire, social, économique et politique, des femmes et des hommes dans une société donnée»³².

La notion d'identité sexuelle pose comme principes que les différences existant entre les hommes et les femmes sont construites par la société, qu'elles changent avec le temps et qu'elles varient grandement au sein d'une culture et d'une culture à une autre. L'identité sexuelle est une variable socioéconomique et politique qui permet d'analyser les rôles, les responsabilités, les contraintes et les possibilités des gens; elle concerne à la fois les hommes et les femmes et leurs relations de pouvoir. La marque culturelle de l'identité sexuelle fait que les individus absorbent et reproduisent ce qui est permis et ce qui est interdit; l'identité sexuelle marque leur perception et leur sens des responsabilités face à tous les aspects sociaux de la vie³³. Identité sexuelle et sexe ne sont pas des synonymes, pas plus qu'identité sexuelle et femmes. Identité sexuelle se réfère à des rôles, sexe se réfère à un état biologique d'être une femme ou un homme³⁴. Dans ce contexte, la masculinité est le construit social qui identifie les hommes en tant qu'hommes.

³¹ M. Villarreal, op. cit., p. 7 et 9.

³² ONUSIDA, «Report of a workshop on Planning for Gender and AIDS Mainstreaming» (Genève, 14-17 juin 1999), p. 8.

³³ M.I. Matalama, "Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services", *Reproductive Health Matters* 6, No 11, 1998, p. 11.

³⁴ C. Laudari, «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health», (document présenté à l'atelier thématique TSS du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services relatifs à la santé en matière de reproduction et de sexualité, FAO/OMS/FNUAP, Rome, novembre 1998), p. 1.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

«L'identité sexuelle est un contexte fondamental pour les travaux sur les hommes en tant que partenaires – du fait des incidences qu'elle a sur le rôle des hommes en tant que clients et de l'influence que les hommes exercent sur la vie de leur partenaire. L'identité sexuelle façonne la manière dont les partenaires communiquent et dont ils prennent des décisions, gagnent et dépensent de l'argent, ont accès à l'enseignement scolaire et élèvent leurs enfants. Tous ces éléments sont liés aux soins de santé»³⁵.

L'équité entre les sexes

L'équité entre les sexes concerne l'état de subordination des femmes dans la plupart des sociétés et les discriminations dont sont l'objet les filles et les femmes et que reflètent les faibles niveaux d'investissement dans leur santé, leur nutrition et leur éducation: leur souffrance du fait de la violence; et les lois qui privent les femmes de la terre, de l'argent et des autres ressources économiques (Greene 1999³⁶, Das Gupta, 1987³⁷, Leslie, Ciemins et Essama 1997³⁸, Leach 1998³⁹, Heise 1995⁴⁰, Argawal 1994⁴¹). Cela remet en question les divisions fondées sur l'identité sexuelle et s'attaque à la discrimination qui découle de ces divisions, notamment en prenant des mesures correctives. L'égalité des droits et des chances est son principal objectif⁴². La notion d'équité entre les sexes s'oppose directement au modèle traditionnel de l'identité sexuelle masculine qui repose pour beaucoup sur la puissance et la supériorité masculines et à la prédominance des hommes dans les relations sociales s'agissant de la production et de la reproduction.

L'équité entre les sexes est promue par la Convention sur l'élimination de la discrimination contre les femmes que l'Assemblée générale de l'ONU a adoptée en 1979. La Convention constitue la base de la réalisation de l'égalité entre les femmes et les hommes en assurant aux femmes l'égalité d'accès et l'égalité des chances en matière de santé, d'éducation et d'emploi, ainsi que dans la vie politique publique⁴³.

Rôles sexosociaux

Les rôles sexosociaux sont attribués aux hommes et aux femmes en fonction de leur sexe. Dans le système patriarcal, le rôle des hommes se situe de façon prédominante dans la sphère publique de production et dans la politique, celui des femmes dans la sphère du ménage, du foyer et de

³⁵ AVSC International, "Men as Partners in Reproductive Health" [Rapport sur un atelier tenu à Mombassa (Kenya), mai 1997], p. 5.

³⁶ M.E. Greene, «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health» (document présenté à AWID et USAID, novembre 1999).

³⁷ M. Das Gupta, «Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab (Inde)», *Population Review* 13, No 1, 1987, p. 77-100.

³⁸ J. Leslie et al., «Female Nutritional Status across the Life-Span in Sub-Saharan Africa: Prevalence Patterns», *Food and Nutrition Bulletin* 18, No 1, 1997, p. 20-43.

³⁹ F. Leach, «Gender Education and Training: An International Perspective», *Gender and Development* 6, No 2, 1998, p. 9-18.

⁴⁰ L.L. Heise, «Violence, Sexuality and Women's Lives», in *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in a Postmodern World* (New York: Routledge, 1995), chap. 7.

⁴¹ B. Argawal, «Gender and Command over Property: A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia», *World Development* 22, No 110, 1994, p. 1445-1478.

⁴² C. Laudari, «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health», p.1.

⁴³ www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm

l'éducation des enfants⁴⁴. Le cantonnement des femmes dans les responsabilités domestiques et relatives à l'éducation des enfants contribue à la réticence des hommes à y prendre part. Les «responsabilités domestiques» ont plusieurs connotations négatives qui compromettent la volonté des hommes de s'en acquitter. Les travaux domestiques ne sont pas rémunérés ou sont mal rémunérés, ils n'exigent pas de qualifications et les femmes s'en sont toujours chargées. Nettoyer la maison, changer les couches et préparer à manger sont des tâches que les femmes sont «censées» effectuer. Que les hommes les accomplissent pourrait menacer l'idée que se font certains hommes de la virilité.

Relations entre les hommes et les femmes

Les relations entre les hommes et femmes ne sont pas des données biologiques, mais en grande partie les produits de processus sociaux et culturels. En tant que telles, elles ne sont pas universelles et ne se situent pas en dehors de l'histoire. Elles sont dynamiques et évoluent⁴⁵. Le pouvoir et la domination sont des éléments critiques dans les relations entre les hommes et les femmes. «Dans le domaine de la santé de la reproduction, le pouvoir réside dans les relations entre les femmes et les hommes et dans les intérêts que les uns ont pour la santé des autres. Il s'agit de savoir qui maîtrise la fécondité de qui. Il s'agit de savoir qui prend les décisions en matière de programmes et qui les gère – et comment les précieuses ressources sont allouées»⁴⁶. Les hommes parviennent souvent à une position de pouvoir ou la maintiennent en recourant à la violence verbale, émotionnelle ou physique contre leur partenaire, d'autres hommes et, dans certains cas extrêmes, contre eux-mêmes⁴⁷. Le rôle que le pouvoir joue a des implications pour le rôle des hommes dans la reproduction et leur sexualité. Il faut parvenir à faire face à l'utilisation du pouvoir par les hommes et à la réorienter afin d'améliorer leur santé et celle de leur partenaire et les relations des hommes avec leur partenaire, les enfants et les autres membres de leur communauté.

La masculinité

L'identité masculine est construite par la société, c'est-à-dire qu'elle est une expression de l'image sociale que les hommes ont d'eux-mêmes par rapport aux femmes et aux autres hommes et un ensemble de caractéristiques et de comportements que l'on attend des hommes dans une culture donnée. Une partie importante de l'identité masculine dans les sociétés qui s'appuient fortement sur la condition dominante des hommes est constituée par la capacité des hommes d'avoir la mainmise sur les femmes⁴⁸. Ainsi, les recherches menées dans cinq pays fortement touchés par le VIH/sida ont montré que l'identité masculine est fortement liée aux accomplissements sur le plan sexuel: les hommes se sentent poussés à avoir de nombreuses conquêtes féminines pour «prouver» leur virilité. Des rapports sexuels plus sûrs, qui entraînent une réduction du nombre des partenaires possibles, en évitant les relations occasionnelles, et une

⁴⁴ M. Silberschmidt, «Rethinking Men and Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Households and the Implications for Gender Relations in Kissii District, West Kenya», CDR Report, No 16 (Centre for Development Research, Copenhagen), p. 12.

⁴⁵ H. Moore, *Identity: Personal and Socio-Cultural* (Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1988).

⁴⁶ C. Steele et al., «The Language of Male Involvement: What do You Mean by That?» *Populi* (Novembre 1996), p. 11.

⁴⁷ AVSC International et IPPF/WHO, «Male Participation in Sexual and Reproductive Health», rapport de colloque, p. 8.

⁴⁸ M. Villarreal, «Construction of Masculinity(ies)», p. 8.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

sélectivité accrue en matière de partenariat sexuel peuvent par conséquent être considérés comme une menace pour la masculinité. Par ailleurs, les femmes jugent qu'il est difficile de négocier des rapports sexuels protégés parce que faire preuve d'assurance va à l'encontre du comportement respectueux et soumis qu'on attend d'elles. Cela signifie que pour instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes il est nécessaire de changer à la fois les identités masculines et féminines⁴⁹.

Partenariats: comment aller de l'avant

En conclusion, on reconnaît de plus en plus que les partenariats entre les femmes et les hommes sont le fondement des familles solides et des sociétés viables dans un monde qui évolue rapidement⁵⁰. Dans le présent rapport, l'expression «partenariat avec les hommes dans les domaines de la santé et des droits en matière de reproduction et de sexualité» est employée en vue de saisir le champ des orientations futures des programmes. La notion de partenariat, bien connue dans la communauté internationale de développement, est principalement utilisée pour se référer à des relations entre le secteur public et le secteur privé. Le partenariat est considéré comme une forme de relations entre des individus ou des groupes instaurées en vue d'atteindre des objectifs communs. D'autres facteurs liés à la création d'un partenariat durable sont la confiance, le respect, l'appropriation des décisions et des réalisations qui en découlent et l'égalité. Si des personnes ne se font pas confiance, un partenariat entre les unes et les autres est impossible. La confiance est le produit des expériences des personnes qui vivent et travaillent ensemble, d'ententes mutuelles et du partage de valeurs et d'un engagement communs. «Le respect a quelque chose à voir avec la reconnaissance d'une certaine valeur chez l'autre. Respect ne signifie pas nécessairement accord. On peut respecter les vues politiques ou la foi religieuse [d'une personne] sans nécessairement les partager ou être d'accord avec elles... L'appropriation se réfère à la mesure dans laquelle les parties participent effectivement à la prise de décision et sont tenues responsables de tout ce qui est réalisé dans le cadre du partenariat. Si l'appropriation fait défaut où est perçu comme telle, il sera très difficile pour le partenariat de durer... Enfin, il faut qu'il y ait une égalité réelle et fonctionnelle entre les partenaires»⁵¹.

S'agissant des hommes et des femmes et de leur santé sur les plans de la sexualité et de la reproduction, un partenariat signifierait qu'ils uniraient librement et délibérément leurs forces et leurs choix en vue de réaliser des objectifs communs en matière de sexualité et de reproduction. La confiance serait instaurée au moyen de la communication et de négociations touchant les conditions permettant d'être à l'abri des MST/VIH/sida; le respect se refléterait dans des relations exemptes de violence: et au titre de l'appropriation, les deux partenaires prendraient des décisions librement et de façon responsable sur les questions relatives à la sexualité, la grossesse, la planification familiale, les soins post-natals et l'éducation des enfants.

⁴⁹ A. Wouters, rapport de visite en Zambie, équipe d'appui du FNUAP à Harare, 15 janvier 1999.

⁵⁰ FNUAP, «Vivre ensemble, dans des mondes séparés : Hommes et Femmes à une époque de changements», *L'état de la population mondiale 2000*, p. 2.

⁵¹ Adapté de A. Mohiddin, «Partnership: A New Buzz-word or Realistic Relationship?» Society for International Development, www.sidint.org/publications/development/vol41/no4/41-4b.htm.

Introduction

STRUCTURE DU DOCUMENT

Le présent document est structuré en vue de ressembler à un plan de route, c'est-à-dire qu'il commence par une analyse de situation dans les deux premiers chapitres. Ensuite, le chapitre 3 contient une discussion sur les produits escomptés des interventions de programme; ce chapitre présente aussi des indicateurs éventuels pour chaque produit. Le chapitre quatre contient des discussions sur les principes et hypothèses communs que les planificateurs devraient garder à l'esprit. Aux chapitres 5, 6 et 7, on trouvera des stratégies et des activités de programme et des enseignements tirés des expériences réussies dans le monde entier, dans le domaine de la communication, des services de santé, et des adolescents de sexe masculin et des garçons.

Chapitre 1



L'équation de la masculinité

Le présent chapitre vise à présenter les contextes dans lesquels les rôles et comportements masculins s'inscrivent et à comprendre ce qui façonne le sentiment que les hommes ont de leur identité. Les connaissances sur l'identité masculine revêtent une grande importance pour les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction, parce que la sexualité s'inscrit dans le contexte de normes et de valeurs du système d'identités sexuelles qui prévaut et que les relations entre hommes et femmes déterminent dans une large mesure les résultats obtenus sur les plans sanitaire et social. Afin de pouvoir mettre en place des programmes adéquats en vue d'améliorer la santé de l'ensemble de la population—et non seulement d'un seul sexe—en matière de sexualité et de reproduction, nous devons en savoir beaucoup plus sur le système d'identités sexuelles, en particulier sur la partie masculine de ce système⁵². L'identité sexuelle et le déséquilibre actuel entre les hommes et femmes en matière de pouvoir sont en effet des considérations primordiales pour les programmes relatifs à la santé de la reproduction. Un ensemble nouveau d'écrits analyse effectivement l'existence de relations de pouvoir inégales, les rôles prescrits dominants, la diversité des réponses masculines et féminines, ainsi que leurs effets sur les questions touchant à la santé en matière de sexualité et de reproduction sur les plans institutionnel et individuel. Peut-être du fait que ce type d'analyse a été effectué d'abord dans certaines régions plus que dans d'autres (par exemple l'Europe du Nord et l'Amérique latine), il n'est pas encore répandu comme il le mérite et il est peut-être sous utilisé dans le cadre des activités de programme. À l'évidence, les rôles et les réponses sexospécifiques diffèrent selon les pays et la culture et toute généralisation irait à l'encontre du but recherché. En outre, l'analyse de la reproduction et de la sexualité peut être entreprise à différents niveaux dans l'ensemble d'une région: en Amérique latine, l'accent semble être placé sur les dimensions psychosociales, tandis qu'en Afrique, les chercheurs ont adopté des perspectives plus démographiques et générales⁵³. Pourtant, on remarque des traits similaires concernant l'identité masculine dans le monde entier. Par ailleurs, au fur et à mesure que les chercheurs obtiennent des informations plus nombreuses, les stéréotypes laissent place à un portrait des hommes plus factuel. De plus, les recherches récentes sur les hommes montrent que la plupart d'entre eux s'efforcent de s'écarter de ces stéréotypes. L'ensemble des connaissances existantes, bien que limité, contribue à nour-

⁵² J. du Guerny et al., «The Male Side of Gender throughout the Life Cycle» [document présenté à l'atelier thématique des services d'appui techniques (SAT) du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998], p. 17

⁵³ W. Mbugua, communication personnelle, 20 octobre 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

rir les futures analyses de la situation. En examinant les questions relatives à l'identité masculine, on démontre qu'il est urgent de mieux comprendre les points de vue des hommes.

COMPRENDRE LES PRESSIONS SOCIALES QUI S'EXERCENT SUR LES HOMMES

Lorsqu'on tente de comprendre le comportement des hommes fondé sur leur identité sexuelle, il est important d'adopter comme perspective celle que certains théoriciens qualifient d'écologique. Ce type de perspective considère le comportement comme une fonction des circonstances culturelles et socioéconomiques, c'est-à-dire des obstacles et contextes politiques, sociaux et économiques qui favorisent ou entravent la diffusion de pratiques nuisibles ou souhaitables dans tout secteur de la population. Cette approche reconnaît le contexte des vies des hommes (et des femmes), traite de leurs craintes et désirs et encourage la responsabilité, la communication avec les partenaires et le respect des autres et de soi-même. En cherchant les facteurs contextuels de la santé en matière de sexualité et de reproduction (voir aussi le chapitre 5 sur les cadres de communication), Herdt⁵⁴ propose deux notions utiles : la «culture sexuelle» et les «milieux à risque culturels» pour guider les investigations relatives au contexte des hommes et à leurs pratiques en matière de prise de risques.

Les cultures sexuelles et les milieux de prise de risques

Toute culture possède une forme de conduite humaine qu'elle considère comme souhaitable et qu'elle admire, non seulement pour le présent mais aussi pour toutes les phases de la vie. «Une 'culture sexuelle' est un modèle consensuel d'idées culturelles concernant le comportement sexuel dans un groupe. Ce type de modèle cognitif met en jeu une conception du monde constituée de normes, de valeurs, de croyances et de significations concernant la nature et l'objet des rencontres sexuelles. Il fait intervenir aussi un modèle affectif de directives émotionnelles et morales en vue d'institutionnaliser ce qui est considéré comme «normal, naturel, nécessaire ou approuvé» dans une communauté d'acteurs. L'identité sexuelle communique aussi ces normes, car les structures coutumières de l'expression de la masculinité et de la féminité dans la société, à travers les rôles, l'affectation de tâches, la condition sociale et le système d'échanges, influencent l'expression des pratiques sexuelles... Les cultures sexuelles peuvent permettre à un idéal dominant de créer une réaction dialectique dans des formes sexuelles dissimulées au sein d'un même groupe, comme cela se produit par exemple en autorisant la pratique du «deux poids, deux mesures» avec la monogamie pour les femmes et les relations extraconjugales pour leur mari... Toutefois, les cultures sexuelles à elles seules ne peuvent prédire en fin de compte le comportement sexuel d'un individu. La prise de risques dépendant de nombreux facteurs, y compris de la compétence culturelle à négocier de multiples contextes ou milieux à risques»⁵⁵.

Ainsi, Barker conclut que «durant l'adolescence, les garçons passent encore plus de temps en dehors de la maison sans supervision. Il ressort d'études réalisées dans cinq pays en développement que les garçons sont plus susceptibles de travailler en dehors de la maison que les adolescentes. Le temps passé en dehors de la maison représente la liberté pour les garçons, mais cela

⁵⁴ G. Herdt, «Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDs» in *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (Oxford: Clarendon Press, 1997).

⁵⁵ Ibid.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

signifie aussi qu'ils sont exposés aux comportements du groupe des pairs masculins. Cela peut comprendre des membres de ce groupe qui les encouragent à utiliser des drogues et à avoir des rapports sexuels non protégés et qui encouragent des versions sexiste de la virilité - c'est à dire qui encourage les garçons à penser que les femmes sont inférieures aux hommes, quelles sont des objets sexuels et que les hommes ont le «droit» de dominer la vie des femmes»⁵⁶.

Herdt⁵⁷ va plus loin s'agissant de l'identification de deux types de milieux : le milieu à risques culturel et le milieu positif.

Par «milieu à risques culturel», on entend une sous culture sexuelle circonscrite qui constitue le contexte du comportement consistant à avoir des rapports sexuels et à prendre des risques sur le plan sexuel; c'est-à-dire qu'il inclut l'apprentissage social et les attitudes sociales des acteurs dans des milieux particuliers qui les incitent à prendre des risques et à donner un sens aux types de risque sexuel qu'ils prennent... Premièrement il y a les milieux qui encouragent la prise de risques et diminuent la capacité des individus d'éviter de prendre des risques. Les bandes de jeunes voyous, imprudentes, qui se lancent des défis consistant à commettre des actes de bravade ou à manifester leur loyauté au groupe est un exemple de milieu propice à la prise de risques⁵⁸.

Les exemples de milieux à risques abondent. «Des millions d'hommes sont en prison ou dans des centres de détention - proportionnellement beaucoup plus nombreux que les femmes. Les conditions pénitentiaires dans une grande partie du monde comprennent des relations sexuelles entre prisonniers et gardes - tant imposées par la force que consensuelles - ainsi que des rapports sexuels non protégés ou des relations sexuelles dans des conditions dégradantes avec les partenaires féminins des hommes ou des prostituées. Outre ces groupes à risque particuliers, la pauvreté et le chômage peuvent aussi accroître la prise de risques sexuels par les hommes. Les recherches effectuées dans certaines zones rurales en Tanzanie et au Kenya concluent que lorsque les hommes se retrouvent au chômage et n'assurent plus leur rôle de soutien économique, ils sont plus susceptibles d'avoir des rapports sexuels avec des prostituées où avec des partenaires extérieures en vue de se sentir «plus comme des hommes». Lorsque leur principale forme de statut - celui de soutien économique ayant un emploi de valeur - a disparu, l'activité sexuelle avec de nombreuses partenaires devient une façon de compenser la perte de virilité qu'ils perçoivent... Certes, cela ne justifie pas la violence des hommes contre les femmes, mais cette violence tend à survenir lorsque les hommes ont peu d'autres choses qui leur donnent un rôle important à jouer au niveau de leur famille et de leur communauté.»⁵⁹.

STÉRÉOTYPES ACQUIS DE L'IDENTITÉ MASCULINE

Bien qu'il existe un modèle type de la masculinité, la notion de masculinité uniforme pose des problèmes pour différentes raisons : premièrement, la masculinité n'est pas homogène, car

⁵⁶ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», document de synthèse d'ONUSIDA [deuxième version, Instituto Promundo, Rio de Janeiro (Brésil), janvier 2000].

⁵⁷ G. Herdt, «Sexual Cultures and Population Movement», p. 16.

⁵⁸ Ibid.

⁵⁹ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

différents groupes d'hommes définissent différemment la masculinité et peu d'hommes se montrent à la hauteur du modèle idéal⁶⁰. Le modèle n'est pas statique, il varie d'une culture à l'autre, dans toute culture avec le temps, dans toute culture en fonction des segments socioéconomiques et tout au long de la vie d'un homme. Deuxièmement, le modèle n'existe pas véritablement : il est construit dans le cadre de cultures et dans des contextes, avec le temps, et il est fondé sur les interactions et sur les relations de pouvoir avec les autres hommes (de classes sociales et de groupes ethniques différents) et avec les femmes⁶¹.

Toutefois, alors qu'il existe des contextes socioéconomiques, politiques et culturels divers, les écrits sur la masculinité indiquent de nombreux points communs dans les cultures sexuelles⁶². Plusieurs études confirment l'existence d'un modèle de la masculinité normatif ou hégémonique accepté par les hommes et les femmes et qui détermine des relations inégales entre les sexes. Ce modèle type définit un homme comme une personne active, productive, compétitive et extravertie. Ces hommes sont physiquement forts et sont capables d'effectuer des tâches physiques dures et de combattre en temps de guerre. Le modèle pose aussi comme principe que les hommes ont un pouvoir prépondérant sur les femmes et sur les hommes qui sont jugés inférieurs. Des slogans populaires mais nuisibles tels que «un homme, ça ne pleure pas» découlent directement de ce modèle⁶³.

Plusieurs études visant à identifier les composantes de l'identité masculine reconnaissent deux axes principaux : la sexualité et le travail⁶⁴. L'importance de la sexualité pour l'identité masculine est une caractéristique commune à nombre de cultures différentes, bien que la construction de la sexualité varie grandement tout au long de la vie d'une personne et selon les groupes sociaux et ethniques⁶⁵. L'autre composante de l'identité masculine, le travail, est liée à la démonstration de l'aptitude à subvenir aux besoins de soi-même et de sa famille. On considère que la vie des hommes se déroule dans les sphères publiques de la production alors que la vie des femmes se déroule dans la sphère du ménage. Toutefois, l'accroissement du chômage, les crises économiques et l'accession des femmes à des postes de travail améliorés affaiblissent cet aspect des prérogatives masculines perçues. Lorsqu'on enlève aux hommes le rôle économique qui leur donne leur statut social, leur sexualité, y compris le fait d'avoir de multiples conquêtes sexuelles et de commettre des actes de violence dans la famille, peut devenir un moyen important de créer une identité⁶⁶.

⁶⁰ M. Kimmel, «Working towards Gender Equality: Where are the Men?» Présentation faite au Groupe de travail du PNUD sur les hommes et l'égalité entre les sexes, New York, 12 août 1999, p. 1

⁶¹ Ibid.

⁶² B. Shepard, «Masculinity and the Male Role in Sexual Health». *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996, p. 11 et 12.

⁶³ AVSC International et IPPF/WHR. «Male Participation in Sexual and Reproductive Health : New Paradigms». *Symposium Report*. Oaxaca (Mexique), octobre 1998, p. 8..

⁶⁴ T. Valdés, et J. Olavarría. «Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo». In *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, édité par T. Valdés et J. Olavarría. [FLACSO, FNUAP, Santiago (Chili) 1998].

⁶⁵ M. Villareal, «Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health» (document présenté à l'atelier thématique des SAT sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction. FNUAP, Rome, 9-13 novembre 1998).

⁶⁶ M. Silberschmidt, «Rethinking Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Household and the Implications for Gender Relations in Kissii District, West Kenya». CDR Research Report No. 16. (Centre for Development Research, Copenhague, 1991), p. 81.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

Les autres caractéristiques du type idéal comprennent «l'importance d'être important» ou supérieur aux femmes et aux autres. Les hommes sont souvent décrits comme s'efforçant d'accroître leur pouvoir, en dépit du fait qu'ils ont par le passé exercé leur pouvoir physique, politique et économique sur les femmes⁶⁷. Une des raisons pour lesquelles les hommes sont si souvent opposés à l'égalité entre les hommes et femmes est qu'ils ont l'intime conviction qu'ils peuvent prétendre à exercer le pouvoir et qu'ils craignent de perdre ce pouvoir qui leur est dû⁶⁸. Un projet qui a porté sur les formes de la masculinité dans le cadre d'ateliers s'adressant aux hommes en Amérique latine a conclu que ces notions de supériorité prévalent et que les participants résistaient aux changements des positions masculines traditionnelles en ce qui concerne le pouvoir parce qu'ils perçoivent qu'ils perdent leurs privilèges. Même les hommes conscients de l'oppression des femmes résistent à l'équité entre les hommes et les femmes parce qu'ils ne peuvent pas la percevoir comme plaisante ou possible⁶⁹.

IMPLICATIONS DES ÉTUDES SUR LA MASCULINITÉ POUR LES PROGRAMMES FUTURS

Les conclusions récentes sur les formes de la masculinité donnent des indications intéressantes sur l'évolution des attitudes et des comportements dans les domaines de la formation de l'identité, de la sexualité et des attitudes à l'égard de la planification familiale et du VIH/sida. Dans l'ensemble, ce que nous apprenons des recherches sur les formes de la masculinité est que devenir un homme est un processus très mouvementé qui n'aide pas les hommes à se sentir bien dans leur peau. Par rapport aux femmes, les hommes doivent «devenir» des hommes et pour cela ils doivent prouver leur masculinité. Cela ne se fait pas une fois pour toutes. Ils doivent continuellement prouver leur masculinité par rapport aux femmes, ainsi que par rapport aux autres hommes. La masculinité est perpétuellement remise en question et elle ne peut donc jamais devenir un état permanent⁷⁰. Ainsi, les études latino-américaines montrent que le rôle masculin semble être un carcan encore plus étroit et plus rigide que le rôle féminin à notre époque. Les garçons se voient offrir un nombre d'options limité : être un «homme» ou un «homo»⁷¹. Le machisme, notion populaire qui a vu le jour dans cette région, est défini comme le culte de la virilité caractérisée par l'agressivité et l'intransigeance dans les relations interpersonnelles d'homme à homme et par l'arrogance et l'agression dans les relations entre homme et femme⁷².

⁶⁷ AVSC International et IPPF/WHR. «Male Participation in Sexual and Reproductive Health», p. 8.

⁶⁸ M. Kimmel, «Working towards Gender Equality», p. 2.

⁶⁹ D. Cazes, «Work among Men in Latin America: Investigation and Practices, Results and Experiences» [document présenté au Séminaire sur les hommes, la formation de la famille et la reproduction, UIESP, Buenos Aires (Argentine), 13-15 mai 1998].

⁷⁰ M. Villareal, «Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health», (Document présenté à l'atelier thématique des SAT sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction. FNUAP, Rome, 9-13 novembre 1998), p. 4.

⁷¹ B. Shepard, «Masculinity and the Male Role in Sexual Health».

⁷² K. Stölen, «Gender Sexuality and Violence in Ecuador» [document présenté au Nordic Symposium on Gender and Social Change in the Third World, Ganavolden (Norvège)], 1990.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Attentes communément acquises s'agissant de ce que les hommes sont supposés faire dans le domaine de la sexualité et des rôles sexosociaux

- ▶ On attend des hommes qu'ils soient capables de contrôler leurs désirs et par conséquent il ne leur appartient pas d'être monogames ou «fidèles» dans le cadre d'une relation stable.
- ▶ On attend des hommes qu'ils dominent les femmes et souvent on se moque d'eux s'ils agissent différemment.
- ▶ On attend des hommes qu'ils soient possessifs et jaloux, et dans certains contextes qu'ils réagissent violemment en vue de restaurer leur «honneur» si leur partenaire est infidèle.
- ▶ On attend des hommes qu'ils soient forts. On les décourage d'exprimer la crainte, la douleur, la sécurité, la tristesse et d'autres émotions qui pourraient les faire paraître faibles, ce qui donne un caractère artificiel et nuit fortement à la communication dans le cadre des relations.
- ▶ Les hommes exercent des pressions les uns sur les autres en vue de boire de l'alcool ensemble afin de créer un espace social partagé, pratique souvent associée dans les écrits spécialisés à des pratiques sexuelles à risque. Une raison est qu'en état d'ébriété, des comportements normalement proscrits pour les hommes, par exemple pleurer et exprimer une douleur et de l'anxiété, sont autorisés.
- ▶ Le désir sexuel masculin est censé être distinct de l'affection et des émotions, si bien que nombre d'hommes se sentent humiliés en cas de défaillance sexuelle, même lorsqu'ils sont anxieux ou ne se sentent pas liés à leur partenaire.
- ▶ On attend des hommes qu'ils soient expérimentés sur le plan sexuel, ce qui conduit certains hommes à rechercher cette expérience à tout prix, qu'ils aient ou non de l'affection et du respect pour leur partenaire.
- ▶ Les hommes qui expriment ouvertement leur affection et leur tendresse en compagnie de leurs amis de sexe masculin sont souvent ridiculisés et se font traiter d'homosexuels. Ils ne devraient pas avoir de désir sexuel pour d'autres hommes ni y donner suite.
- ▶ On attend des hommes qu'ils prennent toujours l'initiative sexuellement. Ils devraient toujours être actifs, jamais passifs, le corollaire étant que les femmes ne devraient pas exprimer leur désir. Ces attentes au niveau des comportements jouent dans certains cas de contraintes sexuelles, en particulier lorsque les hommes font la cour ou sortent avec une femme.
- ▶ On attend des «vrais hommes» qu'il soient moins réceptifs aux messages concernant les rapports sexuels protégés⁷³.

Les hommes aussi peuvent être ou se sentir marginalisés

Malgré les idéologies qui favorisent les hommes, la vie de ces derniers est souvent pleine de dilemmes et de paradoxes d'une nature différente de ceux auxquelles les femmes sont confrontées. Les hommes ont souvent été considérés comme les vainqueurs et les femmes comme les perdantes dans le processus du changement économique et social qui s'est déroulé au cours du siècle dernier.... En période de changement social, les notions traditionnelles d'identité sexuelle et de relations sexuelles, ainsi que les normes et les valeurs sont dans une période de transition et elles ne sont pas adaptées aux réalités du moment.

⁷³ B. Shepard, «Masculinity and the Male Role in Sexual Health».

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

Les conclusions des recherches menées dans le district de Kisii, au Kenya occidental, indiquent que peu d'hommes sont «gagnants». Les anciennes activités masculines qui y légitimaient leur rôle en tant que chef de ménage ont disparu. Nombreux sont ceux qui ont abandonné leurs obligations familiales, et leur rôle de chef de famille semble donc n'être légitimé que par l'idéologie patriarcale. Incapables de s'acquitter des obligations qui leur incombent, nombre d'hommes semblent souffrir d'une perte d'identité qui prend souvent la forme d'alcoolisme et de violence dans la famille. La majorité d'entre eux éprouvent des difficultés à répondre aux exigences actuelles en temps que soutien de famille et que mari et père responsables. C'est un problème grave pour de nombreux hommes, qu'ils cachent sous un air de supériorité souvent renforcé par la violence contre leur femme et leurs enfants et la recherche de l'assouvissement sexuel⁷⁴. Toutefois, la crise de l'identité masculine peut offrir la possibilité de redéfinir l'identité masculine en vue d'instaurer une plus grande égalité.

La masculinité a un prix

Les études sur la masculinité révèlent que le modèle hégémonique peut nuire aux hommes qui essayent de s'y conformer. Il les oblige à renoncer à des émotions et des sentiments tels que l'empathie, la sensibilité et la tendresse. Ce processus douloureux a des conséquences préjudiciables telles que l'alcoolisme, le suicide et d'autres comportements qui contribuent à la vulnérabilité des hommes⁷⁵. Outre les comportements à risque liés à des questions d'identité, d'innombrables craintes sont associées à l'incapacité d'être à la hauteur selon les normes de la masculinité⁷⁶. Les hommes commencent par subir le processus parfois traumatisant de la séparation et de la différenciation de la mère. D'autres craintes sont liées à la perte de pouvoir et de privilèges, à l'impression de ne pas être un «vrai homme» si l'on fait preuve d'attention, d'un comportement «féminin», à la perte de la virilité (ce type de crainte peut être associé à une méthode contraceptive masculine telle que la vasectomie). En conséquence, nous devons trouver des moyens de faire face aux préoccupations des hommes sans perdre de vue les problèmes des femmes, et aider les hommes à percevoir des avantages lorsqu'ils abandonnent leurs rôles, responsabilités et comportements habituels.

25

Nous devons construire des modèles de masculinité différents

Nous devons construire des modèles de masculinité différents en étudiant les codes de conduite qui jouent un rôle décisif dans la définition de l'identité et l'amour propre tant des hommes que des femmes. Ces codes établissent les attentes en matière de comportement des hommes et des femmes et, ce qui est plus important, créent et consolident les sentiments d'infériorité, d'incertitude et de frustration lorsque les individus ne peuvent plus se soumettre aux normes et aux règles de comportement non écrites⁷⁷. Heureusement, les normes et les valeurs ne sont pas statiques et immuables. Elles voient le jour dans le monde réel et sont donc des éléments ayant un caractère historique, social et culturel⁷⁸. La recherche nous permettra de concevoir des moyens d'élaborer de nouveaux modèles de la masculinité, dans lesquels la virilité est promue par le vécu de relations plus égalitaires et plus attentionnées, qui accordent une plus grande place au partage

⁷⁴ M. Silberschmidt, «Rethinking Gender Relations», p. 13, 17 et 80.

⁷⁵ M. Kaufman, «Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres», *ISIS International*, 1997, p.63-81.

⁷⁶ M. Villareal, «Construction of Masculinity(ies)».

⁷⁷ M. Silberschmidt, « Rethinking Gender Relations » p. 9.

⁷⁸ S. Le Vine, «Mothers and Wives in Gusii» in *Women of East Africa*, Chicago & London: University of Chicago Press, 1979.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

et à la mise en commun. Ainsi, il est important de briser des aspects communs de la formation de l'identité masculine tels que considérer que pour être macho, il faut être violent; pour être un homme, il faut être dominateur et autoritaire et pour être un héros il ne faut pas se préoccuper de sa santé. Il faudrait que les communications assurent la promotion parmi les adolescents de caractéristiques masculines positives communément associées à l'âge adulte, telles que la responsabilité⁷⁹. Les nouvelles recherches sur la masculinité et la paternité observent l'apparition d'un «homme de famille» qui adopte une «bonne masculinité»; il est hétérosexuel, non violent et responsable, à la différence des types de «masculinité dangereuse» qu'illustrent le bon vivant, le coureur de femmes et l'alcoolique⁸⁰.

Examiner la masculinité en tant que notion nous aide à adopter une approche constructive en ne considérant pas les hommes uniquement comme un problème pour la santé des femmes en matière de sexualité et de reproduction. Nous devons créer des espaces pour que les hommes puissent discuter entre eux, faire face à leurs besoins antagonistes ou non satisfaits et assumer la responsabilité de leur comportement, y compris de leur violence⁸¹.

Nous devons trouver des points d'entrée appropriés pour traiter des relations hommes-femmes. Ces points d'entrée peuvent consister dans un effort visant à faire percevoir aux hommes les relations entre hommes et femmes en soulignant leurs privilèges, avantages et pouvoirs existants, afin de susciter un débat sur leurs rôles et leur responsabilité. La masculinité est un des moyens d'ouvrir la voie à une discussion sur les questions touchant aux pouvoirs et aux relations entre les sexes.

Au Nicaragua, l'ONG CANTERA organise des ateliers sur les thèmes suivants : masculinité et sexualité; identité sexuelle, pouvoir et violence; apprendre à se défaire du machisme; aptitudes à la communication. Dans le cadre d'une évaluation réalisée en 1997, de nombreux hommes ont déclaré que les stages organisés par CANTERA avaient changé leur vie; les deux tiers des hommes interrogés ont déclaré que l'image qu'ils avaient d'eux-mêmes étaient à présent différente, et plus des deux tiers se sont dits moins violents. Près de la moitié des femmes ont dit que leur partenaire était nettement moins violent depuis qu'il avait suivi la formation et 21% ont dit qu'il était un peu moins violent. Tant les hommes que les femmes ont indiqué que les hommes étaient nettement plus responsables sur le plan sexuel⁸².

Atteindre les hommes à un jeune âge (voir chapitre 7) et promouvoir le rôle des hommes en tant que pères attentionnés sont d'autres possibilités qui s'offrent. Ainsi, les hommes ont plus de chances d'utiliser une méthode de régulation des naissances et de coopérer avec leur partenaire en matière d'utilisation d'une méthode contraceptive lorsqu'ils se sentent liés aux enfants qu'ils ont déjà et qu'ils s'occupent d'eux. Les études sur les hommes qui cherchent à avoir une

⁷⁹ B. Shepard, «Masculinity and the Male Role in Sexual Health», p. 11 et 12.

⁸⁰ E. D. Bilac et al., «The 'Family Man': Conjugality and Fatherhood among Middle-class Brazilian Men in the 1990s», OMS/Programme spécial de recherche en reproduction humaine, janvier 2000, p. 13.

⁸¹ Communication personnelle de J.C. Figueroa, Genève, août 2000.

⁸² Voir V. Norori Muñoz et Muñoz Lopez, «Conceptualizing Masculinity through a Gender-Based Approach», *Sexual Health Exchange* 1998, No. 2, p. 3-6.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

vasectomie en Amérique latine ont régulièrement révélé que ces hommes font preuve d'un attachement plus fort que la moyenne à leur famille et à leurs enfants⁸³.

Il est important de reconnaître les différents types de relations sexuelles que les hommes ont et l'existence d'hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH)

Il est utile de parler de types de masculinité pour souligner la diversité des hommes et accroître la tolérance sociale à l'égard des caractéristiques plus féminines que l'on trouve chez les hommes. L'homophobie est généralement une expression de violence à l'égard de tout ce qui peut paraître féminin chez un homme. Il est établi que «les préjugés, l'hostilité, le déni et les idées erronées à l'égard des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, et avec des hommes qui se définissent comme homosexuels, sont directement responsables de l'insuffisance des mesures de prévention contre le VIH. Pour inciter les hommes à prendre des mesures de prévention contre le VIH et à répondre comme il convient au défi que représente le VIH, il faut faire face aux exemples largement répandus de préjugés et de discrimination contre les HARSAH. Les préjugés généralisés à leur égard dans la plupart des sociétés ont pour conséquence de maintenir cachés les comportements homosexuels et les jeunes gens ayant une orientation homosexuelle ou bisexuelle, ce qui entrave la prévention mais a aussi pour effet de renforcer les vues rigides concernant la virilité pour les hommes hétérosexuels»⁸⁴.

LES STÉRÉOTYPES SEXUELS ENRACINÉS ACCROISSENT LES RISQUES ET LA VULNÉRABILITÉ DES HOMMES ET DES FEMMES

Les chercheurs et les militantes féministes découvrent le rôle critique que le pouvoir joue en matière de sexualité. Dans le contexte des inégalités entre les sexes, il arrive que le plaisir sexuel des hommes soit considéré comme plus important (par les hommes et par les femmes) que la crainte des femmes de se retrouver enceinte ou de contracter une maladie sexuellement transmissible (MST). Cette norme culturelle peut conduire à des rapports sexuels forcés et peut contribuer à la non-utilisation de préservatifs ou à l'absence de négociation en vue de rapports sexuels à moindre risque. En outre, dans le cadre du mariage, les hommes contrôlent la sexualité des femmes. Ainsi, les chercheurs ont observé que traditionnellement, l'honneur de l'homme dépend de la pureté sexuelle de sa mère, de sa femme, de ses filles et de ses sœurs, non de la sienne. De ce point de vue, la sexualité féminine est un pouvoir actif et menaçant pour les hommes, parce que leur honneur est intimement lié au comportement de leur femme⁸⁵.

La sexualité est très importante pour l'identité masculine quelles que soient les influences culturelles, ethniques et sociales. Les hommes (et les femmes) associent des niveaux d'activité sexuelle élevés à la masculinité et croient dans le mythe selon lequel les hommes ne peuvent pas contrôler leur désir sexuel. «Les pulsions et le plaisir sexuels sont associés à la sexualité masculine tandis que le plaisir des femmes n'est considéré que comme une fonction du plaisir masculin»⁸⁶. Des mythes, tels que la croyance selon laquelle il est meilleur pour la santé des

⁸³ T. Valdés et J. Olvarría (éd.), «Masculinidades y equidad de género en America Latina».

⁸⁴ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

⁸⁵ M. Silberschmidt, «Rethinking Gender Relations», p. 17.

⁸⁶ M. Villareal, «Construction of Masculinity(ies)», p. 7.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

hommes d'avoir des rapports sexuels avec des prostituées que de se masturber en «gâchant» leur sperme⁸⁷, affecte leur santé. La notion de consentement est absente de ce point de vue, qui fait grand cas de la concurrence, du pouvoir et de la supériorité générale. Un tel point de vue rend les femmes vulnérables aux pulsions et exigences sexuelles des hommes, comme le montre la déclaration suivante:

Si les femmes n'ont pas leurs règles et ne sont pas malades, elles n'ont pas le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels, parce que nous les épousons pour avoir des enfants, et c'est ainsi que l'on fait des enfants. Nous n'épousons pas les femmes pour leur cuisine. Donc, si elles refusent d'avoir des rapports sexuels, pourquoi ne les battons-nous pas? C'est ce que je ferai ⁸⁸.

Ces rôles sociaux masculin stéréotypés tendent à définir de façon rigide les comportements acceptables respectivement pour les hommes et pour les femmes et par conséquent limitent la notion de partenariat. Ils portent aussi préjudice à la santé des hommes et des femmes en encourageant les hommes à avoir des comportements sexuels à risque. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool et d'autres substances qui se soldent par des rapports sexuels à risque et qui augmentent le risque de transmission du VIH, et ils sont plus susceptibles aussi d'utiliser des drogues injectables, risquant de contracter des infections avec les aiguilles et les seringues contaminées par le VIH. Dans de nombreuses cultures, la notion de machisme encourage les hommes à avoir des relations sexuelles extraconjugales ou multiples afin de prouver leur virilité⁸⁹.

Ces rôles sexosociaux peuvent contribuer au fait que les hommes contractent des MST et les transmettent à leur femme ou à leurs petites amies. Les rôles sexosociaux masculins peuvent contribuer d'autres façons aussi à la vulnérabilité des hommes, fait qui ressort de nombreuses statistiques nationales relatives à la santé. Ainsi, au Mexique, les trois principales causes de décès pour les hommes sont les accidents, les homicides et la cirrhose du foie⁹⁰. Enfin, l'existence de différentes règles applicables à la maison et dans la rue, ainsi que l'expérience préjudiciable et humiliante des rites de passage que subissent les garçons, par exemple dans les gangs de jeunes, créent des espaces où la sexualité est régie par des réseaux sociaux et des motivations induites par la pression des pairs.

Dans ce contexte, les femmes sont vulnérables, parce que leur condition de femme, sociale et économique, les coutumes traditionnelles et les croyances religieuses limitent leurs capacités d'avoir la maîtrise de leur vie, notamment sur le plan sexuel. Dans de nombreuses cultures, on continue de considérer que les femmes doivent être ignorantes dans le domaine sexuel et pas-

⁸⁷ S. Raju and A. Leonard, eds., *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rhetoric to Reality* (Population Council South and East Asia Regional Office, 2000), p. 57.

⁸⁸ A. Bawah et al., "Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana", *Studies in Family Planning* 30, no. 1 (1999): 57.

⁸⁹ G. Barker, "The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean" (Chicago: John D. and Catherine T. MacArthur Foundation, January 1996), p. 53.

⁹⁰ Ibid.

sives dans leurs relations sexuelles⁹¹. Dans une étude effectuée au Rwanda, 20 % des femmes infectées au VIH interviewées n'avaient qu'un seul partenaire et 45 % avaient contracté le virus auprès de leur mari⁹². L'inégalité entre les sexes empêche de nombreuses femmes d'utiliser des préservatifs, voire de discuter de leur utilisation avec un partenaire sexuel. Une femme qui demande à son mari d'utiliser un préservatif risque d'être accusée d'avoir des relations extraconjugales et l'on considère qu'elle outrepassse ses droits en faisant preuve de plus d'assurance que les normes culturelles ne le permettent⁹³. «Il est inconcevable que la femme puisse suggérer qu'ils [les hommes] utilisent des préservatifs. Inévitablement, cela va mal se passer. La femme ne peut obtenir une protection que secrètement, en suivant les conseils du médecin. Elle ne peut pas faire face à son mari sans vergogne»⁹⁴. En conséquence, nombre des décisions prises par les femmes en matière d'utilisation de contraceptifs sont influencées par la crainte de la violence de la part de leur partenaire masculin qui désapprouverait leur conduite. Selon l'organisation Family Planning International Assistance, des femmes au Kenya auraient imité la signature de leur partenaire plutôt que de risquer de subir la violence de celui-ci ou d'être abandonnées si elles demandaient l'autorisation d'utiliser les services de planification familiale. Les discussions de groupe sur la sexualité organisées auprès de femmes au Mexique et au Pérou confirment que les femmes craignent de subir des actes de violence, d'être abandonnées ou accusées d'infidélité si elles proposaient la planification familiale⁹⁵.

Peu d'hommes sont encouragés à reconnaître leur vulnérabilité

La masculinité définie dans des termes aussi rigides contribue à la vulnérabilité des hommes, parce qu'elle considère que les hommes savent tout et empêche donc les hommes de chercher des informations dont ils ont besoin pour se protéger⁹⁶. Les hommes courent des risques lorsque leurs rôles sexosociaux leur font croire qu'il sont invincibles et qu'ils ne risquent pas de contracter une infection⁹⁷.

Être capable de parler de ses problèmes et de rechercher une assistance sont des facteurs qui protègent contre la toxicomanie, les pratiques sexuelles à risque et la commission d'actes de violence. Toutefois, les luttes des hommes, souvent douloureuses, demeurent bien cachées, parce que les hommes ne sont pas encouragés et ne sont souvent pas autorisés à parler de questions personnelles de ce type, pratique interdite dans le cadre masculin. Les femmes parlent et expriment leurs sentiments. Pas les hommes. Ils risquent d'être tournés en ridicule et d'être exclus de leur confrérie s'ils osent remettre en question les règles à suivre⁹⁸. Les garçons sont générale-

⁹¹ G. R. Gupta. «Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How», Communication en plénière, XIIIe Conférence internationale sur le sida, Durban (Afrique du Sud), juillet 2000, p. 3.

⁹² «AIDS and the World II», Jonathan M. Mann et Daniel J.M. Tarantola (éd.), Oxford University Press, 1996.

⁹³ Johns Hopkins University School of Public Health. «Closing the Condom Gap». *Population Reports*, series H, No. 9, avril 1999, p. 8.

⁹⁴ E. K. Bauni, et B. O. Jarabi. «Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS: The Case of Nakuru District, Kenya». *Studies in Family Planning* (mars 2000), p. 73.

⁹⁵ N. Yinger, «Unmet Needs for Family Planning: Reflecting Women's Perceptions». In *Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications*. FNUAP, New York, 1998, p. 19.

⁹⁶ G. R. Gupta, «Gender, Sexuality, and HIV/AIDS», p. 5.

⁹⁷ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

⁹⁸ AVSC International et IPPF/WHO. «Male Participation in Sexual and Reproductive Health»

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Réflexions tirées d'un atelier CANTERA sur la sexualité et la masculinité⁹⁹

- ▶ Nous connaissons mal notre corps... On dit, et cela a été prouvé, que le principal organe sexuel que nous avons est notre peau, et nous n'en profitons pas. Nous ne caressons pas. Ensuite, après avoir éjaculé, nous nous endormons. Nous considérons que nos relations sexuelles se limitent à l'acte physique de la pénétration... C'est pour cela que je dis que nous n'en tirons pas toute la jouissance possible.
- ▶ La façon dont nous percevons et pratiquons notre sexualité est souvent possessive... et souvent nous sommes le reflet de relations de pouvoir durant l'acte sexuel. Souvent, nous sommes confiants pour ce qui est d'effectuer l'acte sexuel, mais nous n'avons pas découvert le côté affectueux et émotionnel de notre sexualité ; c'est très destructeur.
- ▶ La sexualité est souvent associée à la faute, au péché, aux tabous, aux craintes, à l'anxiété... Mais elle existe aussi en dehors des relations de couple, parce que vous pouvez la vivre même lorsque vous êtes seul.
- ▶ Notre éducation - qui nous transmet insuffisamment d'informations exactes, mais des préjugés, des tabous et des mensonges sur la sexualité - nous déforme et réduit notre capacité d'être véritablement humains. Elle nous déshumanise complètement et est responsable d'une grande partie des actes de violence sexuelle commis quotidiennement. C'est pour cette raison que nous devons avoir le droit de vivre une sexualité saine sans préjugés, de façon à ce que nous puissions devenir des hommes plus sensibles et moins machos.
- ▶ Les relations sexuelles ne constituent pas l'ensemble de la sexualité, elles n'en représentent qu'une partie. Malheureusement, nous croyons tous que la sexualité se limite aux relations sexuelles; elle est pratiquement associée aux organes sexuels.

ment élevés en vue d'être autonomes, de ne pas se soucier de leur santé et de ne pas chercher de l'aide lorsqu'ils se trouvent dans une situation stressante. Une étude effectuée en Allemagne auprès de garçons âgés de 14 à 16 ans a révélé que lorsqu'ils se trouvent dans une situation difficile, 36 % préféreraient être seuls et 11 % déclarent qu'ils n'auraient pas besoin d'aide¹⁰⁰.

Changer les rôles sexosociaux risque d'accroître les tensions

On connaît mal «l'évolution du rôle des hommes au niveau du ménage ou des relations entre les sexes dans la perspective des hommes. Les problèmes, les luttes, les inquiétudes et les craintes des hommes concernant l'évolution de leurs droits et obligations en matière de paternité ne sont pas abordés»¹⁰¹. Les familles ont connu des changements structurels considérables au cours des dix dernières années du fait de circonstances telles que la pauvreté, la guerre et les situations d'urgence, y compris les sécheresses, les inondations, les tremblements de terre et les incidences de la pandémie de sida. La mondialisation affecte les structures familiales en employant de grand nombres de femmes dans des emplois peu rémunérés tandis que les hommes éprouvent de plus en plus de difficultés pour trouver des emplois dans une économie qui exige des compétences

⁹⁹ V. Norori Muñoz, et J. Muñoz Lopez. «Conceptualizing Masculinity through a Gender-Based Approach», p. 3.

¹⁰⁰ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

¹⁰¹ M. Silberschmidt, « Rethinking Gender Relations », p.12.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

de niveaux de plus en plus élevés et de plus en plus spécialisées. De nombreux hommes, afin de pouvoir gagner leur vie, se retrouvent dans des communautés de migrants, éloignés de leur famille. Le déplacement de nombreuses personnes lié à des guerres et à des famines, et leur séjour prolongé dans des camps de réfugiés ont aussi contraint les professionnels de la santé et les décideurs à s'occuper des questions de santé en matière de sexualité et de reproduction dans les situations d'urgence. Dans ce type de contexte, les MST et le VIH/sida peuvent se propager rapidement et la violence contre les femmes, y compris les viols, est continuelle.

Les fruits de l'accès des femmes à l'éducation changent aussi la dynamique familiale et les rôles sexosociaux traditionnels. Certaines femmes ont accès à des postes de responsabilité élevés bien rémunérés. Une des conséquences est qu'elles disposent de moins de temps pour s'acquitter des responsabilités qui étaient traditionnellement les leurs au niveau du ménage, comme par exemple s'occuper des enfants, acheter les aliments et faire la cuisine, transporter le bois de feu et l'eau, ou encore faire le ménage et la lessive. Une autre conséquence est qu'elles ont des revenus qui leur donne le pouvoir de négocier le partage de ces responsabilités avec leur partenaire. En outre, alors que la population mondiale vieillit, les hommes et les femmes doivent s'occuper de leurs parents qui prennent de l'âge. Une tâche traditionnellement assumée par les femmes commande à présent l'attention des hommes également.

L'évolution de la dynamique des rapports hommes-femmes contraint les hommes à réévaluer leurs rôles, voire leur identité. Qu'est-ce que cela signifie d'être un homme si l'on n'est plus le soutien économique du ménage, mais que l'on insiste pour diriger sa famille de façon autoritaire? Les hommes apprennent à négocier, en tant que partenaires, avec ce que leur éducation les a fait considérer comme le sexe faible.

31

DE NOUVEAUX MODÈLES DE LA PATERNITÉ ET DE L'ÉDUCATION DES ENFANTS SONT NÉCESSAIRES

Le fondement de l'identité masculine est un processus de socialisation dans lequel les garçons apprennent à devenir des hommes, bien que souvent ils se définissent négativement comme n'étant pas des filles¹⁰². Les pères jouent un rôle fondamental dans l'initiation de leurs garçons dans le monde masculin¹⁰³. Toutefois, les enfants ne bénéficient pas nécessairement de la présence de leur père dans la famille. Les hommes qui font leur le modèle stéréotypé de la masculinité tendent à être autoritaires et stricts en matière de discipline, et ont tendance à être plus violents envers leurs enfants, parfois du fait de la frustration qu'il éprouvent parce qu'ils sont incapables de répondre aux attentes en tant que soutien économique. Ils tendent aussi à maîtriser leurs émotions, parce qu'ils pensent qu'on attend d'eux qu'ils soient rationnels et maîtres d'eux-mêmes¹⁰⁴. Les pères peuvent être présents, absents, concernés, passifs, distants et parfaits. Le même homme peut avoir plusieurs comportements divergents à l'égard de ses enfants. Par exemple, certains hommes s'occupent des enfants avec lesquelles ils vivent et ils les aiment, tandis qu'ils rejettent et négligent ceux qu'ils ont eus avec d'autres femmes¹⁰⁵. Les pères, les grands-

¹⁰² M. Villareal, «Construction of Masculinity(ies)», p. 3 et 4.

¹⁰³ E.D. Bilac, et al., «The 'Family Man'», p. 13.

¹⁰⁴ AVSC International et IPPF/WHO, «Male Participation in Sexual and Reproductive Health», p. 25-27.

¹⁰⁵ Ibid.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

pères, les modèles de dirigeants religieux, traditionnels, politiques et communautaires peuvent renforcer un sentiment de «pouvoirs et privilèges fondés sur l'exclusion»¹⁰⁶.

Une étape critique dans la constitution de l'identité des garçons est une séparation précoce de leur mère et le rejet de tout ce qui est féminin. Les très jeunes garçons, d'âge préscolaire, sont attentionnés et affectueux lorsqu'ils jouent¹⁰⁷. Mais lorsqu'ils grandissent et sont socialisés, ces attitudes tendent à être mal vues, les garçons étant encouragés à avoir des comportements qui ne sont pas «féminins», par exemple en jouant à des jeux brutaux où il y a des mêlées, dans un esprit de compétition. On attend des garçons qu'ils maîtrisent leurs émotions, en particulier s'agissant de comportements affectueux, et qu'il fassent comme s'ils n'étaient pas blessés ou malades, ou encore qu'ils surmontent ces problèmes eux-mêmes. Les notions de virilité qui se forment durant l'enfance tendent à mettre l'accent sur la domination, le pouvoir et l'autorité masculines. Lorsque les garçons entrent dans l'adolescence, leurs besoins sexuels physiologiques sont incorporés et conditionnés par leur culture, leurs pairs, leur communauté et leur famille. Ce processus de socialisation tend à les contraindre à se définir eux-mêmes comme tout ce qui n'est pas féminin; il part du principe que la masculinité est meilleure et plus puissante et conduit les hommes à «considérer les femmes et les homosexuels comme l'autre méprisé»¹⁰⁸. Heureusement, cette éducation préjudiciable évolue et de plus en plus de parents remettent en question ces valeurs culturelles. Les hommes qui interviennent publiquement contre les stéréotypes sexosociaux ont parlé de leur vie en tant qu'enfants et comment ils ont été inspirés par le discours et les exemples de leur mère ou de leur sœur ou encore par les injustices auxquelles les femmes se heurtent dans la famille, par rapport aux hommes¹⁰⁹.

Les recherches confirment que la façon dont les garçons sont élevés a des conséquences directes sur leur santé et leur comportement sexuel. Les garçons qui observent leur père et d'autres hommes qui sont violents à l'égard des femmes ou qui traitent les femmes comme des objets sexuels risquent de croire qu'il s'agit d'un comportement masculin normal. En observant leur famille, les garçons peuvent être amenés à croire que c'est aux femmes qu'incombent les tâches ménagères et le soin de s'occuper des autres. Les garçons qui ne disposent pas de modèles masculins positifs dans leur famille peuvent exagérer lorsqu'ils pensent à ce que l'on attend d'eux en tant que «vrais garçons» en se fondant sur les images diffusées par les médias. Une enquête nationale auprès des adolescents de sexe masculin âgés de 15 à 19 ans aux États-Unis a révélé que les jeunes gens qui avaient des vues sexistes ou traditionnelles de la virilité étaient plus susceptibles d'indiquer qu'ils avaient consommé de la drogue, commis des actes de violence et de délinquance et eu des pratiques sexuelles à risque que ceux qui avaient des vues plus souples concernant ce que de «vrais hommes» peuvent faire¹¹⁰. De même, les jeunes gens qui croient fortement dans les stéréotypes masculins ont un plus grand nombre

¹⁰⁶ FNUAP et ECO, « The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes » [Bakou (Azerbaïdjan), 21-24 septembre 1998], *Conference Report*, juin 1999, p. 50.

¹⁰⁷ AVSC International et IPPF/WHR, « Male Participation in Sexual and Reproductive Health », p. 7.

¹⁰⁸ B. Shepard, « Masculinity and the Male Role in Sexual Health », p. 13.

¹⁰⁹ R. F. Hayward, « Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women » [document présenté au Symposium mondial de l'OMS sur Violence et Santé, Kobe (Japon), 12-15 octobre 1999].

¹¹⁰ G. Barker, « Boys, Men and HIV/AIDS ».

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

de partenaires sexuels, une moindre intimité avec leur partenaire, il croient plus que les relations sexuelles ont un caractère antagoniste, ils utilisent moins régulièrement les préservatifs et craignent plus que les préservatifs ne réduisent le plaisir de l'homme. Ils accordent moins d'importance au fait que leur partenaire apprécie l'utilisation de préservatifs, manifestent un moindre degré de responsabilité s'agissant de la prévention des grossesses et croient plus que la grossesse valide la masculinité¹¹¹.

En revanche, les recherches sur les jeunes gens progressistes et attentionnés ont révélé que l'assistance et l'éducation attentionnée de la famille ou d'autres adultes et pairs importants, tels que les oncles, les beaux-pères, les pères, les enseignants de sexe masculin et les femmes (mères, tantes, grands-mères), qui servaient souvent de modèles ou qui remettaient en question les rôles sexesociaux traditionnels, étaient nécessaires. L'encadrement par des adultes et l'établissement de liens entre les garçons et des hommes pouvant constituer des modèles positifs peuvent aussi être des pratiques efficaces¹¹².

Les recherches disponibles sur la paternité sont rares, mais elles donnent un aperçu des multiples éléments qui définissent ce que c'est qu'être père et le rôle que l'identité sexuelle joue dans la façon dont les hommes se perçoivent en tant que pères. Tout comme la masculinité et la sexualité, la notion de «paternité» est liée aux attentes sociales et culturelles de ce qu'être père signifie. Ainsi, il n'existe pas de modèle unique de la paternité, mais plutôt trois perspectives de base: le père en tant que fonction symbolique, le père en tant qu'institution juridique et le père en tant que fait biologique. Le premier modèle se réfère aux références psychologiques, traditionnelles, culturelles et historiques attribuées à la paternité; le deuxième à la relation des pères avec leurs enfants¹¹³. Les facteurs culturels sont peut-être primordiaux. Dans nombre de sociétés, la participation limitée des pères à la fourniture de soins aux enfants est fortement liée aux croyances selon lesquelles des relations étroites entre père et fils ne sont pas appropriées¹¹⁴.

La participation des hommes à l'éducation des enfants est devenue pour plusieurs raisons un élément du plan d'action visant à établir des partenariats équitables. La première est que les contributions des pères aux soins directs dispensés à leurs enfants, en particulier lorsqu'ils sont très jeunes, revêtent une importance primordiale. La deuxième est que les premiers résultats des recherches sur les pères et leurs filles montrent que les pères qui sont proches de leurs filles et qui attendent beaucoup d'elles peuvent contribuer à l'édification de sociétés équitables pour les hommes et les femmes. Les recherches révèlent que les femmes qui étaient les préférées de leur père, pour lesquelles leur père a souvent contrevenu aux «règles» concernant ce que les filles devraient avoir et être, ont été encouragées à se libérer d'un rôle subordonné plus tard durant

¹¹¹ Coeytaux, «Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia, Postpartum Program». *Quality/Calidad/Qualité*, 1989, No. 1. (New York. Population Council).

¹¹² G. Barker. « Boys in the Hood, Boys in the Barrio: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes toward Women among Low Income Young Men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil » (Document présenté au Séminaire sur le thème « Family Men, Family Formation and Reproduction », Buenos Aires, 13-15 mai 1998).

¹¹³ M. Muszkat et al., « When Three Is Better Than Two », OMS/HRP, janvier 2000, p. 9.

¹¹⁴ M. Drennan. et al., « New Perspectives on Men's Participation », *Population Reports*, series J, No. 46 (Johns Hopkins University School of Public Health, octobre 1998).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

leur vie¹¹⁵. Ce type de relation à un jeune âge peut aussi inciter les femmes à prendre des mesures audacieuses contre des coutumes et des traditions telles que le mariage précoce¹¹⁶. Néanmoins, une étude portant sur les recherches effectuées dans 186 sociétés a révélé que les pères ont des «relations étroites régulières» avec leurs enfants durant l'enfance dans seulement 2% des sociétés. Les pères passent environ un tiers du temps que les femmes consacrent à s'occuper directement de leurs enfants¹¹⁷.

Alors que des données économiques de plus en plus précises ont indiqué que la paupérisation des femmes, due en partie au fait que les hommes ne contribuent pas suffisamment aux dépenses des ménages, notamment celles ayant trait aux enfants, les décideurs et les responsables gouvernementaux sont de plus en plus convaincus que les hommes ne s'acquittent pas de leurs responsabilités en matière de reproduction. Les études indiquent que les femmes contribuent une plus grande part de leurs revenus que les hommes aux fins de l'achat d'aliments et de vêtements et de la satisfaction des besoins de base de leurs enfants. Cela a été établi dans de nombreuses sociétés malgré le fait que les hommes gagnent plus et tendent à contrôler les finances de la famille. Les prestataires de soins de santé, avec l'aide de chercheurs, ont fait observer que les enfants tendent à être en meilleure santé lorsque le père participe financièrement et personnellement à leur éducation¹¹⁸. Les femmes, épuisées par le double fardeau du travail à la maison et au dehors, sont de plus en plus conscientes de l'impossibilité d'instaurer l'équité entre les sexes si les hommes ne partagent pas de façon plus équitable les responsabilités du ménage.

Durant les six années qui se sont écoulées depuis la Conférence du Caire, des changements rapides touchant à la famille et aux rôles sexospécifiques ont imprimé un nouvel élan aux initiatives concernant les questions de paternité. Le sida contraint les hommes qui ont perdu leur femme et leurs sœurs à les remplacer pour ce qui est d'élever les enfants laissés derrière. Le chômage et le sous-emploi des hommes, ainsi que le nombre croissant de femmes qui entrent dans la vie active font que les hommes sont aussi contraints d'assumer un plus grand nombre de responsabilités parentales. La privatisation et la réduction des programmes de protection sociale font peser des fardeaux supplémentaires sur les familles qui doivent s'occuper de malades et d'une population de plus en plus âgée. Ces facteurs, ainsi que le fait que les femmes s'affirment de plus en plus dans leurs relations avec les hommes, conduisent les hommes à se considérer comme pères.

¹¹⁵ R. F. Hayward, "Needed: A New Model of Masculinity".

¹¹⁶ H. Makhoulouf and F. Abdel Kader Ahmed, "Husband's Role in Reproductive Health Survey", Cairo Demographic Center, Cairo, Egypt, 1996.

¹¹⁷ M. Drennan et al., "New Perspectives on Men's Participation".

¹¹⁸ UNICEF, "Men in Families", 1995, pp. 8, 18.

Contraste entre le modèle de la masculinité hégémonique et les nouveaux paradigmes de la paternité¹¹⁹

Ancien paradigme : masculinité

Seul et unique soutien financier
Autoritaire et strict

Non émotif, distant, maître de soi

Nouveaux paradigmes : paternité

Partage le rôle de soutien famille avec son partenaire Est un soutien et comprend les besoins émotionnels et éducatifs de ses enfants

Émotionnel, présent, concerné par tous les aspects de l'éducation des enfants

La participation des hommes à des tâches traditionnellement féminines et à la reproduction sociale (c'est-à-dire les soins prodigués aux enfants et les tâches ménagères) nécessite du courage de la part des hommes et le soutien des femmes face à la moquerie et aux stigmates éventuels, voire probables de la part des autres hommes et des femmes dans la communauté. L'adoption de ce type de rôle est un puissant signal du changement intervenant dans l'idéologie relative à la problématique hommes-femmes et aux relations entre les sexes¹²⁰. Ainsi, une étude portant sur les pères au Brésil a conclu que les hommes âgés de 40 à 59 ans changent leur comportement en tentant de se rapprocher de leurs enfants et en assumant des tâches ménagères ayant trait aux soins prodigués aux enfants. Ils agissent ainsi pour se démarquer de leur père, mais aussi parce qu'ils sont soumis à des «pressions considérables» de la part de leur partenaire. Une autre conclusion de la même étude sur laquelle il convient de revenir est le fait que ces hommes n'ont pas eu un père pouvant leur servir de modèle et qu'ils prennent donc leur mère comme modèle¹²¹. Les références aux «nouveaux pères» qui sont faites dans les écrits spécialisés précisent qu'ils continuent de «prendre la mère comme modèle pour la simple raison qu'ils partagent à présent les tâches ménagères et qu'ils s'occupent plus directement de leur progéniture». Toutefois, ce modèle révèle : 1) une inaptitude fondamentale à imaginer un père différent du «modèle traditionnel du père de famille sans le confondre avec la mère»; 2) la confusion entre les tâches liées à l'éducation des enfants et le désir d'avoir un enfant; 3) une tendance à réduire la notion de père à une personne qui s'acquitte de certaines tâches¹²².

La société n'a pas encore produit un nouveau modèle pour ces hommes qui sont à la recherche de nouvelles façons de s'occuper de leurs enfants. Ces modèles voient le jour dans les pays nordiques, où le congé paternel a été légalisé et est considéré comme normal, où les tâches ménagères seront partagées par tous et où les hommes sont publiquement encouragés à être attentionnés en tant que père et que mari.

¹¹⁹ AVSC International et IPPF/WHO, « Male Participation in Sexual and Reproductive Health », p. 25.

¹²⁰ M. Kisekka, « Addressing Gender Based Issues », p. 17.

¹²¹ M. Muszkat et al., « When Three Is Better Than Two », p. 2.

¹²² Ibid., p. 15.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

LES HOMMES ET LA VIOLENCE FONDÉE SUR LE SEXE

Une attention accrue est accordée à la violence en tant que problème de santé publique et que menace contre les femmes et les hommes. La violence contre les femmes porte aussi gravement atteinte aux droits des femmes. La Banque mondiale nous apprend que «le fardeau sanitaire que représente le fait que des femmes âgés de 15 à 44 ans aient été victimes d'actes de violence fondée sur le sexe est comparable à celui lié à d'autres facteurs de risques et maladies fort préoccupants à l'échelle mondiale, notamment le virus de l'immunodéficience humaine, la tuberculose, la septicémie lors de l'accouchement, le cancer et les maladies cardio-vasculaires»¹²³.

La Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) a déclaré que l'élimination de la violence contre les femmes était une mesure nécessaire pour la promotion de la femme et l'élimination des inégalités entre hommes et femmes¹²⁴. Les expressions «violence contre les femmes» et «violence fondée sur le sexe» sont utilisées dans le même sens dans les publications spécialisées pour parler de la violence dans la famille, les viols et les pratiques néfastes qui ont pour but de réprimer la sexualité des femmes. Les femmes sont confrontées tout au long de leur vie à la violence fondée sur le sexe.

La violence fondée sur le sexe est une violence qui met en jeu des hommes et des femmes, dans laquelle la personne de sexe féminin est habituellement la victime, et qui découlent de relations de pouvoir inégales entre les hommes et les femmes. La violence est dirigée expressément contre une femme en tant que telle ou elle affecte les femmes de façon disproportionnée. Elle comprend, entre autres choses, les dommages physiques, sexuels et psychologiques (y compris l'intimidation, les épreuves, la coercition et/ou la privation de liberté dans la famille ou dans la communauté dans son ensemble). Elle comprend les actes de violence perpétrés ou tolérés par l'État¹²⁵.

Les recherches récentes sur les types de masculinité révèlent d'autres facteurs à l'origine de la violence que ce que l'on retrouve communément dans les analyses féministes et elles aident à promouvoir l'empathie avec les hommes et dépassent l'approche consistant à «blâmer les auteurs de ces actes de violence». Traditionnellement, la violence des hommes est considérée comme découlant du pouvoir des hommes et de la soumission des femmes; du sentiment qu'ont les hommes d'avoir le droit à des privilèges; et de la tolérance de la société à l'égard de la violence. Les quatre facteurs ci-après, toutefois, offrent une explication différente. Il s'agit d'aspects de ce que Kaufman a nommé les «expériences contradictoires que les hommes ont du pouvoir»¹²⁶:

¹²³ L. Heise et al. « Violence against Women: The Hidden Health Burden ». Documents de travail de la Banque mondiale, No. 255, 1994, p. 17.

¹²⁴ Organisation des Nations Unies, « Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement » (Le Caire, septembre 1994), par. 4.4(e).

¹²⁵ FNUAP, « Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications », 1998, p. 5.

¹²⁶ M. Kaufman, « Men, Feminism and Men's Contradictory Experiences of Power », in *Theorizing Masculinities*, H. Brod et M. Kaufman (éd.) (Thousand Oaks: Sage Publications, 1994), p. 142-163 ; et M. Kaufman, *Cracking the Armour: Power, Pain and the Lives of Men* (Toronto: Penguin/Viking, 1993), chap. 2 et passim.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

- a) l'impossibilité de satisfaire les multiples exigences de la virilité et l'utilisation de la violence comme mécanisme de compensation;
- b) la constitution d'une armure psychologique qui permet à certains hommes auteurs d'actes de violence de ne pas être en contact avec les sentiments et les souffrances de ceux qui les entourent et d'eux-mêmes;
- c) l'interdiction paralysante pour les hommes d'exprimer un éventail d'émotions dans la plupart des cultures, ce qui enterre les sentiments telles que souffrances, terreur et crainte et les canalise vers des formes d'expression émotionnelle permises : la colère et l'agression, qui peuvent aboutir à la violence;
- d) les expériences passées en tant que témoins d'actes de violence contre leur mère ou contre d'autres personnes et en tant que victimes d'actes de violence¹²⁷.

L'étude de la violence des hommes fournit aussi des informations sur les effets préjudiciables sur les hommes, qui ont eu «des expériences pénibles, qui s'expriment sous la forme de sentiment d'insécurité, de crainte et de déconnexion émotionnelle»¹²⁸. Les exemples de violence que les hommes s'infligent à eux-mêmes comprennent les comportements criminels, le trafic de drogue et la toxicomanie, les accidents, les blessures et le travail excessif¹²⁹.

On dispose de peu de données sur les attitudes des hommes à l'égard de la violence contre les femmes; elles sont citées à titre d'exemple. Au Soudan, des hommes ont été interrogés sur trois types de violence : les mutilations génitales féminines (MGF), les femmes battues par leurs maris et le mariage précoce. La majorité des hommes interrogés (73 %) ne voulaient absolument pas que leur femme soit mutilée, mais ils étaient moins nombreux (32 %) à dire que les MGF seraient une raison pour annuler leur mariage. La plupart des hommes préféreraient avoir épousé une femme de plus de 20 ans, parce que celle-ci pouvait mieux s'acquitter des responsabilités du ménage. La quasi-totalité des hommes (91 %) étaient contre les mauvais traitements corporels infligés à la femme. Il convient de noter que la plupart des hommes interrogés étaient relativement jeunes et étaient célibataires¹³⁰.

Les attitudes peuvent aussi être aggravées par des situations éprouvantes. Au Rwanda, un atelier d'orientation a réuni des victimes de la violence, dont des hommes¹³¹. Les conflits armés touchent l'ensemble population, mais les groupes de travail ont reconnu «que la violence et la guerre sont l'affaire des hommes et que ce sont les femmes qui le payent le plus cher». Mais les

¹²⁷ M. Kaufman, « Involving Men and Boys: A Necessary Step in Ending Violence against Women and Girls », in « Ending Gender Violence and Reaching Other Goals: What Do Men and Violence Have to Do With It ? », rapport d'atelier de l'UNICEF, New York, 23 et 24 mars 2000.

¹²⁸ AVSC International et IPPF/WHO, « Male Participation in Sexual and Reproductive Health », p. 25.

¹²⁹ Ibid., p. 22.

¹³⁰ S. Osama, « Addressing the Gender Dimension Involving Men with Special Reference to Sudan ». In *Operationalizing Reproductive Health Programmes: Report of Workshop Consultation régionale pour les États arabes* », FNUAP, Rabat (Maroc), 24-28 novembre 1997, p. 20 et 21.

¹³¹ OMS, « Management and Care of Women Victims of Violence » [atelier d'orientation, Kigali (Rwanda), 11-14 février 1997], 1999, p. 21.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

hommes ont dit aussi qu'une trop grande attention était accordée aux préoccupations des femmes. Ils étaient fort mécontents de l'accent mis sur le fait que des femmes étaient violées. Ce type de déclaration reflète les perspectives que les hommes ont de leur propre souffrance; il s'agit d'une façon indirecte de demander de l'aide et cela montre aussi que les efforts de plaidoyer contre la violence fondée sur le sexe risquent d'avoir un effet en retour.

Ce que les hommes ont dit sur la violence contre les femmes en Tanzanie¹³²

- ▶ Nous pensons que les femmes exagèrent. Elles ne sont pas les seules à souffrir de la violence sexuelle. Cela nous arrive aussi. Par exemple, des hommes se font émasculer.
- ▶ D'autres hommes ont survécu après avoir vu les membres de leur famille mutilés et/ou tués sous leurs yeux sans pouvoir faire quoi que ce soit pour les sauver. Ces hommes vivent avec un sentiment de culpabilité et sont profondément frustrés de ne pas avoir été en mesure de s'acquitter de leur principale fonction en tant qu'hommes, qui est de «protéger leur famille».
- ▶ Certains hommes ont été contraints de faire des choses qui heurtaient leur conscience, par exemple tuer quelqu'un qu'ils connaissaient, un ami proche, voire un membre de leur famille. Ils vivent à présent en cachette, abattus, ou ils pourrissent dans des prisons surpeuplées. Ils sont pleins de remords. Ils se suicident.
- ▶ Certains tueurs, même ceux qui se sont repentis, sont traumatisés et hantés par leurs victimes.
- ▶ Notre pays investissait principalement dans «les hommes». À présent, étant donné que nombre d'entre eux ont été tués ou sont en prison ou en exil, ceux qui restent, peu nombreux, doivent supporter le fardeau économique de la société ; ils ne s'en sortent pas.
- ▶ Les hommes sont frustrés devant l'apparition de femmes qui commencent à résoudre les problèmes comme des hommes.

La pauvreté et le manque d'instruction sont souvent associés aux violences physiques et sexuelles que les hommes font subir à leur femme. Dans une étude effectuée dans cinq districts d'Uttar Pradesh¹³³, entre 18 et 45 % des hommes ont indiqué qu'ils infligeaient des sévices physiques à leur femme. Parmi ceux qui ont reconnu avoir un comportement violent à l'égard de leur femme, les hommes qui avaient peu d'instruction, ceux qui n'avaient qu'un enfant et ceux qui étaient extrêmement pauvres étaient plus susceptibles que les autres d'avoir infligé des sévices physiques à leur femme. Dans des analyses séparées de ces données qui examinent les relations entre la violence à l'égard des femmes et la santé de la reproduction des hommes, la prévalence de la violence était nettement plus élevée parmi les hommes qui avaient eu des rapports sexuels hors mariage ou avant le mariage, ceux qui avaient contracté une MST et ceux dont la femme avait eu une grossesse non désirée.

¹³² Ibid.

¹³³ *Family Planning Perspectives* 26, No. 1 (mars 2000) ; S. L. Martin, « Domestic Violence in Northern India », *American Journal of Epidemiology*, 1999 ; S. L. Martin et al., « Sexual Behaviours and Reproductive Health Outcomes: Associations with Wife Abuse in India », *Journal of American Medical Association* 282, No. 20 (1999), p. 1967-1972.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

D'autres pratiques traditionnelles ne peuvent être éliminées qu'avec la volonté politique des hommes. Ces pratiques comprennent toutes celles qui affectent la santé des femmes et des adolescentes en matière de reproduction et de sexualité. Les pratiques les plus communes sont la préférence pour les fils, le mariage précoce et les MGF - la CIPD affirme que les mutilations sexuelles féminines sont une violation des droits fondamentaux des femmes et constituent un risque majeur et permanent pour leur santé¹³⁴. En fait, il est établi que certains hommes ont enduré en silence certaines pratiques culturelles tout en souhaitant ardemment qu'elles changent. Ainsi, il ressort des éléments d'information dont on dispose que certains hommes dont la femme avait subi des MGF tendaient à satisfaire leurs besoins sexuels avec des femmes non circoncises qu'ils considéraient moins inhibées et non marquées¹³⁵.

De nombreuses cultures ferment les yeux sur une certaine quantité de violence masculine contre les femmes, ou du moins la tolèrent, en tant que manifestations «naturelles» de leur prétendue prérogative «d'établir leur autorité et leur pouvoir à la maison» afin de confirmer leur virilité. Une étude approfondie, intitulée «Beyond Victim and Violence - A Culture of Sexual Violence», a été réalisée auprès de 37 236 hommes, dont 26 000 étaient des enfants et des jeunes scolarisés¹³⁶. Elle a aussi interrogé 197 officiers de police, magistrats, procureurs, chirurgiens de district, infirmières, représentants d'organisations de femmes, travailleurs sociaux et fonctionnaires. Selon les chercheurs, «les résultats sont fort troublants et ont des conséquences considérables pour la lutte que la nation mène pour enrayer la propagation du VIH et du sida». L'étude a révélé qu'un jeune homme sur quatre avait reconnu avoir eu avant 18 ans des relations sexuelles forcées avec une femme sans le consentement de cette dernière. Huit jeunes hommes sur dix avait déclaré que les femmes étaient responsables, totalement ou en partie, de la violence sexuelle qui leur était infligée. Trois sur 10 pensaient que les femmes étaient violées parce qu'elles «le cherchaient» et deux sur 10 ont dit que les femmes éprouvaient du plaisir lorsqu'elles se faisaient violer. Le cycle de la violence est difficile à rompre car la propension à avoir un comportement violent est influencée par des facteurs liés à l'environnement existant durant l'enfance et l'adolescence¹³⁷.

Avoir de multiples relations sexuelles dans le cadre du mariage et hors mariage est un autre exemple des pratiques nuisibles tolérées par les sociétés dans lesquelles la supériorité des hommes est considérée comme un mode de vie. Une autre pratique - le lévirat (le mariage parfois obligatoire d'une veuve avec un frère du mari décédé) - «est un autre moyen d'avoir de multiples partenaires sexuelles même si à l'origine cette pratique visait à garder le patrimoine dans la famille, que celui-ci soit un enfant, des terres ou des biens. Après tout, c'est la famille et non l'homme en tant qu'individu qui produit le patrimoine de la femme mariée à un frère; donc, lorsque ce dernier meurt, sa famille veut récupérer ce patrimoine. Dans sa forme la plus pure, l'union au titre du lévirat n'était pas consommée, parce que l'héritier était considéré comme un soutien. Bien sûr, il n'en est plus ainsi et le lévirat contribue à présent à la décimation de familles entières du fait de la pandémie du VIH/sida»¹³⁸.

¹³⁴ United Nations, "Report of the International Conference on Population and Development", para. 7.35.

¹³⁵ M. Kisekka, "Addressing Gender Based Issues", p. 17.

¹³⁶ J. Ncube, "Sex: The Shocking Truth", in *Drum* (Durban, South Africa), 13 July 2000.

¹³⁷ Ibid.

¹³⁸ W. Mbugua, communication électronique personnelle du 20 October 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Pour parvenir à éliminer ces pratiques, il est nécessaire d'obtenir la coopération des dirigeants traditionnels, qui sont la plupart du temps des hommes, et de convaincre les hommes en général des conséquences que ces pratiques nuisibles et dépassées ont pour la santé. Les réalités peuvent être changées et d'ailleurs elles changent, comme cela sera traité de façon plus détaillée au chapitre 5. Comme le disent les spécialistes : «l'injustice de la violence contre les femmes semble avoir frappé les personnes, hommes et femmes, qui ne sont pas coincés dans des rôles sexosociaux stéréotypés et des relations inégales depuis l'enfance. Ces personnes jettent les bases d'un partenariat dynamique entre hommes et femmes en vue de faire cesser la violence contre les filles et les femmes¹³⁹. Des résultats encourageants ont été obtenus par une recherche subventionnée en 1997, au titre de laquelle ont été interrogés 160 «activistes qui faisaient quelque chose pour faire cesser toute forme de violence contre les filles et les femmes en Asie du sud». Comme l'ont dit des personnes interrogées: «nous considérons que nos femmes, nos sœurs et nos mères sont nos égales et sont tout aussi capables que nous. Prendre une dot est une forme de violence contre les femmes. J'ai pris des dispositions pour que mon fils épouse cette femme sans dot». «Je suis fortement influencé par ma mère. Elle m'a appris à partager avec les gens et à aller vers les autres pour les aider. Elle m'a appris que je suis avant tout un être humain, ensuite un homme, et qu'en tant que tel je devrais aider les femmes en public et en privé à se faire une vie»¹⁴⁰. Ce type de recherche contribue à détruire les mythes et, avec la volonté politique nécessaire, peut conduire à une réduction de la violence, y compris des rituels nuisibles. Les hommes doivent prendre part à des actions visant à protéger la santé de la reproduction des femmes, dans leur propre intérêt et pour protéger leur famille, et pour elle-même¹⁴¹.

40

LA PRÉVENTION DE LA MORTALITÉ MATERNELLE ET LES HOMMES

Les hommes n'ont pas à supporter le fardeau physique qu'est la grossesse, mais ils peuvent être des partenaires actifs tout au long de cette période de la vie, à condition de disposer des informations nécessaires sur les soins prénatals et postnatals et les grossesses à risque et si on leur apprend à reconnaître les symptômes de l'accouchement qui nécessitent des soins d'urgence.

L'examen de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD cinq ans après la tenue de la Conférence (CIPD + 5) a rappelé les rôles que les hommes peuvent jouer en matière de maternité sans risques en assurant les préparatifs pour l'accouchement, en apportant un soutien aux femmes durant leur grossesse, en faisant face aux retards auxquelles les femmes sont confrontées pour obtenir un accouchement sans risques et en les aidant durant la période post-partum¹⁴². En outre, les hommes peuvent appuyer les efforts des femmes visant à assurer l'équilibre de la maternité dans le contexte de toutes les autres responsabilités - tâches ménagères, soins prodigués aux enfants et autres travaux¹⁴³.

¹³⁹ R. F. Hayward, « Needed: A New Model of Masculinity ».

¹⁴⁰ Ibid.

¹⁴¹ FNUAP, « Vive ensemble, dans des mondes séparés : Hommes et femmes à une époque de changements », in *L'état de la population mondiale 2000*, New York.

¹⁴² E. Ransom, « Men's Roles in Women's Health and Safer Motherhood » (document présenté à la Population Association of America, 2000, session 126).

¹⁴³ Ibid.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

L'objectif de la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles fournit une excellente occasion de forger des partenariats avec les hommes. Lorsqu'ils acquièrent des connaissances sur la grossesse, les risques et les complications liées à la grossesse et à l'accouchement, et les façons dont ils peuvent aider leur partenaire dans ces situations, les hommes s'efforcent plus de répondre aux besoins des femmes. En Inde, un programme qui faisait participer les hommes aux soins de santé maternelle a augmenté de 40 % le nombre des hommes cherchant des agents de santé afin d'enregistrer leur femme à des soins de santé prénatals. D'autres résultats obtenus grâce à ce programme ont été l'augmentation du nombre des hommes accompagnant leur femme lors des visites à l'hôpital et amenant leurs nourrissons se faire vacciner¹⁴⁴.

Les hommes peuvent aider les femmes à rester en bonne santé en participant avec leur partenaire à la planification de la famille, en limitant et en espaçant les naissances, en prônant une bonne nutrition, en veillant à ce qu'une accoucheuse qualifiée soit présente lors de l'accouchement et en payant pour ces services professionnels. Les autres responsabilités que les hommes peuvent assumer pour veiller à la santé de leur partenaire consistent notamment à chercher immédiatement des soins lorsque leur partenaire en a besoin; assurer le transport jusqu'au dispensaire ou passer les arrangements appropriés; accompagner leur partenaire lors des visites prénatales et postnatales; et aider avec les tâches ménagères, en particulier celles qui nécessitent de porter des charges lourdes, par exemple aller chercher le bois et transporter l'eau. Encourager leur partenaire à bien se nourrir et à bien se reposer après un accouchement, une fausse couche ou un avortement et s'assurer qu'elle le fait sont d'autres façons dont les hommes peuvent contribuer à réduire le nombre des décès maternels et à aider les femmes à rester en bonne santé. Une étude réalisée en Égypte sur la participation des maris aux soins après un avortement a conclu que l'appui des maris est essentiel pour le rétablissement des patientes et l'utilisation de moyens de contraception. «Le soutien émotionnel du mari est particulièrement important pour le rétablissement physique et émotionnel des femmes»¹⁴⁵.

Les soins en cas d'avortement et après un avortement offrent aux prestataires de soins des occasions opportunes pour informer les hommes qui accompagnent leur partenaire sur l'état de santé de la femme, les soins postopératoires et les méthodes de planification familiale qui pourraient au bout du compte éviter de nouvelles grossesses non désirées. Au Sénégal, 65 % des patientes recevant des soins après un avortement interviewées ont déclaré qu'elles voulaient que leur mari ou leur partenaire soit présent durant les services de consultations familiales. En Turquie, les hommes qui participaient aux conseils de planification familiale dans le cadre des soins dispensés après un avortement étaient plus susceptibles de choisir la vasectomie que ceux qui n'avaient pas reçu de conseils¹⁴⁶.

¹⁴⁴ S. Raju et A. Leonard, (éd.), « Enhancing Roles and Responsibilities of Men in Women's Health », in *Men as Supportive Partners in Reproductive Health*, p. 28 et 29.

¹⁴⁵ N. A. Tawab et al. « Effects of Husband Involvement on Post-abortion Patients' Recovery and Use of Contraception in Egypt », Population Council Operations Research Project and the Egyptian Fertility Care Society, 1997, p. 24.

¹⁴⁶ Population Council, « Meeting Women's Health Care Needs after Abortion », *Frontiers in Reproductive Health Brief*, No. 1, août 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

D'autres études montrent comment la non-participation des hommes—ou, pire encore, l'adhésion à des doctrines qui répriment les femmes – contribue à la mortalité maternelle. Ainsi, lorsque le strict purdah, ou isolement des femmes, est pratiqué, les femmes ont besoin de la permission de leur mari pour se faire soigner, même en cas d'accouchement. L'absence du mari peut être fort préjudiciable à la santé de la mère ou de l'enfant, voire causer la mort de la mère¹⁴⁷. Ces facteurs jouent un rôle dans le taux de mortalité maternelle élevé dans le nord du Nigéria, où il est supérieur à 1 000 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes. Dans cette culture surtout islamique, qui accorde une moindre valeur aux femmes et où ces besoins en matière de reproduction sont strictement contrôlés par les hommes, l'accès des femmes aux soins médicaux est limité. D'autres pratiques traditionnelles nuisibles, dont les mariages et les grossesses précoces, jouent un rôle avant que la croissance pelvienne maternelle ne soit complète¹⁴⁸. Au Zimbabwe, une étude a attribué 32 % et 28 % des décès maternels, respectivement dans les zones rurales et urbaines, aux retards intervenant dans la recherche des soins, dus en partie à l'absence de moyens de transport pour se rendre au dispensaire. Les capacités de reconnaître la gravité de l'état des patientes était un autre facteur qui contribuait aux retards enregistrés dans le traitement et l'aiguillage des patientes et, pour finir, à leur décès¹⁴⁹.

CHANGEMENTS POLITIQUES NÉCESSAIRES POUR FORGER DES PARTENARIATS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES

L'équité entre les sexes et les partenariats efficaces avec les hommes ne peuvent exister que dans un environnement qui encourage ces principes. Il faut pour cela des lois et des politiques qui favorisent l'égalité entre les sexes, assurent à toutes les femmes et tous les hommes l'accès à l'information et aux services et réduisent les disparités entre les sexes dans le domaine de l'éducation. Un environnement politique qui favorise la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD encourage l'accès des femmes aux ressources économiques et accroît leur participation politique. Un tel environnement protège les femmes de la violence, assure des soins aux enfants et assure la réforme du système de santé afin de couvrir les coûts des soins de santé en matière de sexualité et de reproduction.

Les pouvoirs publics peuvent intervenir à plusieurs niveaux. Certains pays ont modifié les lois existantes, adopté de nouvelles lois en vue de reconnaître juridiquement les enfants nés hors mariage et de contraindre les pères à assumer leurs responsabilités à l'égard de leurs enfants. La Colombie, le Panama et le Venezuela étaient dotés de législations avant la Conférence du Caire, mais depuis celle-ci plusieurs textes ont été renforcés. Au Nicaragua, la loi relative à la santé (loi N° 149) a été modifiée pour obliger les hommes à reconnaître leur paternité, en recourant à des examens cliniques et à des témoignages. La loi encourage aussi la responsabilité des hommes en exigeant des pères qu'ils versent une contribution alimentaire pour les enfants. Au Pérou, un projet de loi été déposé en vue de réformer le Code civil sur les questions de paternité et

¹⁴⁷ M. Kisseka, « Addressing Gender Based Issues », p. 17.

¹⁴⁸ L. L. Wall, « Dead Mothers and Injured Wives: The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality among the Hausa of Northern Nigeria », *Studies in Family Planning* 29, No. 4 (1998), p. 341.

¹⁴⁹ S. Fawcus et al., « A Community-Based Investigation of Avoidable Factors in Maternal Mortality in Zimbabwe », *Studies in Family Planning* 27, No. 6 (1996), p. 319.

Chapitre 1: L'équation de la masculinité

permettre des auditions en cas de différend relatif à la paternité hors mariage. La nouvelle Constitution au Venezuela énonce expressément que «l'État garantit le droit d'enquêter en matière de paternité et de maternité» et précise que «le père et la mère sont conjointement responsables» de l'éducation de leurs enfants (Article 56). En Argentine, au Chili et au Costa Rica, des lois ont été promulguées en vue d'éliminer la discrimination contre les enfants nés hors mariage. De même, le Botswana a changé ses lois relatives aux viols en 1998, à la suite d'une campagne menée par les groupes de femmes et de défense des droits de l'homme. La peine d'emprisonnement minimale a été considérablement augmentée et des sanctions ont été ajoutées pour le cas où l'auteur du viol se savait infecté au VIH.

Les lois sur le travail constituent un autre domaine où des changements législatifs commencent à être apportés. Au niveau national, l'absence de congé de paternité fait qu'il est difficile pour les hommes de s'occuper de leurs nouveau-nés. En Suède, les efforts faits par le Gouvernement en vue d'intéresser les hommes à la question de l'égalité entre les sexes ont visé principalement d'une part à persuader un plus grand nombre de pères à prendre un congé de paternité et à travailler dans les écoles et dans le cadre des structures d'accueil pour les enfants, d'autre part à apporter un appui aux hommes qui œuvrent contre la violence à l'égard des femmes. En 1974, des hommes suédois ont obtenu le droit de bénéficier d'un congé parental et l'exercice de ce droit par les hommes a fait l'objet d'un débat. En 1998, les prestations parentales sont passées de 75 % à 80 % de la paye. Durant les années 80, les pères en Norvège, au Danemark et en Finlande ont obtenu des droits correspondants, tandis que l'Islande a introduit plus tard un programme similaire. Dans les pays du Sud, le Brésil a ouvert la voie en 1988 en incluant dans sa Constitution le congé parental, même s'il était précisé que celui-ci «était d'une durée de cinq jours au maximum». Le Chili a informé son code du travail en autorisant le congé parental en cas de maladie d'un enfant. La règle permettant de transférer le congé postnatal au père en cas de décès de la mère est une indication du parti pris sexiste qui subsiste, en dépit de réformes fondées sur de bonnes intentions.

La facilitation de l'accès aux produits pour la santé en matière de reproduction est un autre facteur essentiel à même de promouvoir la participation des hommes à la planification de la famille et à la prévention des infections. Le coût et la disponibilité des préservatifs continuent de poser des problèmes, parce que de nombreux pays imposent des droits de douane élevés sur les préservatifs importés ou limitent leur distribution¹⁵⁰. Toutefois, certains pays continuent d'interdire la fourniture de renseignements et de services aux jeunes célibataires ainsi que la préparation à la vie familiale dans les écoles¹⁵¹. Certains pays gardent les adolescentes enceintes hors de l'école. Au Botswana, certains prestataires continuent d'exiger le consentement du mari avant de fournir des préservatifs aux femmes mariées¹⁵².

¹⁵⁰ C. P. Green et N. Danforth, «Involving Men in Reproductive Health: Policy Implications for Developing Countries» (document présenté à la American Public Health Association, New York, 1996), p. 3.

¹⁵¹ E. K. Bauni et B. O. Jarabi, «Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS», p. 77.

¹⁵² S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport établi pour le Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999, p. 9.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Enfin, les croyances culturelles traditionnelles qui entravent la promotion de la femme et sont préjudiciables aux hommes et aux femmes doivent être abandonnées. Des exemples de celles-ci sont les croyances selon lesquelles d'une part avoir différentes partenaires sexuelles est essentiel pour la nature de l'homme, d'autre part les hommes ne peuvent contrôler leurs pulsions sexuelles et leurs accès de violence; la culture du silence qui maintient les femmes ignorantes des questions sexuelles et passives dans les interactions sexuelles; les MGF; le mariage précoce; la croyance selon laquelle les vierges purifient les hommes des infections ou les protègent contre celles-ci (en Tanzanie, la majorité des adolescentes qui se présentent à l'hôpital pour des complications consécutives à un avortement ont été fécondées par des hommes âgés qui considèrent que les femmes présentent un moindre risque en matière de VIH/sida)¹⁵³, et selon laquelle les hommes sont invulnérables.

En conclusion, réaliser l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité et au niveau des stratégies de population et de développement n'est pas possible sans que les hommes ne parviennent à se sentir relativement bien avec leur identité et sans qu'ils changent leur vie. En effet, cela nécessite des programmes à l'avenir qui mettent l'accent sur les hommes et un véritable partenariat qui respecte à la fois les hommes et les femmes, reconnaisse leurs différences, assure des possibilités égales et encourage des comportements sûrs et respectueux.

¹⁵³ A. Mundigo, « Determinants of Unsafe Induced Abortion in Developing Countries » (document présenté lors de la Réunion sur la satisfaction des priorités et des besoins dans le domaine de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, OMS, Genève, 28 et 29 août 2000).

Chapitre 2



Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction, de la sexualité et des services

Du fait de l'épidémie de sida, plus d'informations sont disponibles sur le comportement sexuel. Les résultats sur les connaissances et pratiques des hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction sont à l'origine de programmes qui tiennent compte des sexospécificités et mettent l'accent sur les hommes. Notamment, le cadre de planification familiale qui existait avant la Conférence du Caire imprègne les questions des enquêtes existantes et la plupart de ces données font une place aux hommes en tant que partenaires mariés. La connaissance de la prise de décision en matière de santé et de fécondité demeure insuffisante pour orienter les nouvelles stratégies afin de toucher les hommes, bien que des progrès soient réalisés, les décisions des couples étant prises en compte de plus en plus. Les données récapitulées ci-après devraient être interprétées en tenant compte des sexospécificités afin de garder à l'esprit la question de la masculinité qui a été analysée dans le chapitre précédent. Les systèmes relatifs à l'identité sexuelle et à la société constituent le contexte social dans lequel les actions individuelles décrites dans le présent chapitre s'inscrivent.

RÔLES JOUÉS PAR LES HOMMES DANS LA CRISE DU SIDA

L'accent mis sur la prévention des MST et du sida reflète les préoccupations croissantes dans le monde face à la pandémie du sida, à l'incapacité d'arrêter sa propagation et à la menace de plus en plus grande qu'elle fait peser sur les femmes du fait du déséquilibre des pouvoirs qui les empêche de se protéger. Cinq ans après la Conférence du Caire, la connaissance des facteurs physiques et des comportements qui contribuent à la crise s'est grandement étendue, mais les efforts faits pour réduire la propagation du sida ont échoué. Cet échec peut être attribué à de nombreux facteurs, au nombre desquels les comportements et attitudes profondément ancrés qui sont liés aux rôles sexesociaux traditionnels, les attitudes conservatrices qui refusent de reconnaître les questions sensibles telles que les rapports sexuels entre hommes ou entre des hommes âgés et des jeunes filles, et l'absence de volonté politique de s'attaquer aux inégalités entre les sexes qui conduisent à des relations sexuelles non désirées.

Les statistiques confirment que les hommes jouent un rôle critique dans la propagation du sida. Les données indiquent clairement que les comportements à risque des hommes font courir aux femmes et aux hommes le risque non seulement de propager le sida, mais aussi les autres MST. Les femmes mariées en particulier courent des risques dans certains endroits, comme à Kigali,

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

au Rwanda, où une étude a révélé que 20% des femmes infectées au VIH n'avaient eu qu'un seul partenaire sexuel, 45% d'entre elles ayant été infectées par leur mari¹⁵⁴. Les hommes ont huit fois plus de chances de transmettre le VIH à une partenaire féminine lors d'un rapport sexuel non protégé que les femmes de transmettre le virus à un homme, mais les statistiques sont insuffisantes car souvent la santé des hommes en matière de reproduction n'est pas évaluée sur le plan médical ou elle est sous-évaluée. «Un homme infecté au VIH a probablement une chance sur 500 de transmettre le virus à sa partenaire lors d'un seul rapport vaginal non protégé. Les risques de transmission d'une femme à un homme dans les mêmes circonstances sont d'environ un pour 1000»¹⁵⁵. Ce type de fait contribue à la crise, mais améliore aussi la connaissance nécessaire pour élaborer des stratégies en vue d'empêcher la propagation de la maladie.

Perception des risques et variété des relations sexuelles

La question des multiples partenaires sexuels des hommes n'a pas été suffisamment reconnue dans les campagnes de prévention du VIH, alors que les recherches confirment que les hommes tendent à avoir plus de partenaires sexuels que les femmes, y compris d'autres hommes (de 3 à 16% des hommes indiquent avoir eu des rapports sexuels avec d'autres hommes). La probabilité que les hommes aient deux ou plusieurs partenaires simultanément ou non leur fait aussi courir plus de risques de devenir infecté et de transmettre le virus. Une étude réalisée en 1995 dans 18 pays a révélé que les hommes étaient plus nombreux que les femmes à indiquer qu'ils avaient des partenaires occasionnelles ou extérieures. Les hommes tendaient aussi à avoir plus de partenaires sexuels au cours de leur vie et avant le mariage que les femmes. Ainsi, au Costa Rica, 70% des femmes, contre 9% des hommes, n'avaient qu'un partenaire sexuel. Au Royaume-Uni, 24% des hommes, contre seulement 7% des femmes, ont indiqué avoir eu 10 partenaires ou plus au cours de leur vie. Au Nigéria, 80% des jeunes femmes célibataires sexuellement actives (15-24 ans) inscrites à l'école qui ont répondu à l'enquête ont indiqué avoir un partenaire sexuel stable, contre seulement 44% des jeunes hommes célibataires¹⁵⁶.

Les recherches qui ont été menées récemment dans le monde révèlent aussi la perception fluctuante des risques qui change selon la partenaire avec lequel un homme se trouve (c'est à dire l'épouse, une partenaire occasionnelle ou une prostituée). Une étude des clients ayant une infection sexuellement transmissible à Shanghai (Chine) a révélé qu'environ 15% de tous les clients avaient au moins trois partenaires sexuels et que de 6 à 16% avaient au moins deux partenaires occasionnelles non rémunérées¹⁵⁷. En outre, plus de la moitié des clients attribuaient leur infection à des rapports sexuels occasionnels ou rémunérés et seulement 2% d'entre eux avaient utilisé un préservatif la dernière fois qu'ils avaient eu un rapport sexuel avec leur femme. L'incertitude des hommes quant à leur vulnérabilité aux MST avec des partenaires occasionnelles a été étudiée dans une autre étude qui a été réalisée dans le sud-ouest du Nigéria et qui a révélé que la transmission du VIH dans certaines régions se caractérise par «un mode de comporte-

¹⁵⁴ «AIDS and the World II», Jonathan M. Mann et Daniel J.M. Tarantola (éd.), Oxford University Press, 1996.

¹⁵⁵ M. Foreman (éd.), *AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility ?* (Londres: The Panos Institute et Zed books, 1998), p. 7.

¹⁵⁶ G.Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», document de synthèse d'ONUSIDA [deuxième version, Instituto Promundo, Rio de Janeiro (Brésil), janvier 2000].

¹⁵⁷ OMS/HRP, «Improved Services and Counselling Reduce Risk-Taking Behaviour and Increase Condom Use in Shanghai, China», *Social Research Policy Briefs*, series 1, No 3, juin 2000, p. 5..

*Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction,
de la sexualité et des services*

ment sexuel diffus, ou réseau sexuel» et différents modes de transmission du VIH parmi la population générale¹⁵⁸. Une étude similaire de la perception du risque au Népal confirme que les hommes qui ont des rapports sexuels occasionnels n'utilisent pas toujours des préservatifs, en grande partie parce qu'ils considèrent qu'ils ne risquent pas d'être touchés par une infection sexuellement transmissible ou le VIH. Seize pour cent des hommes qui n'avaient pas utilisé de préservatifs durant leur dernier rapport sexuel fournissaient comme raison qu'ils considéraient que leur partenaire n'avait pas d'autre partenaire. La justification avancée par un camionneur marié de 22 ans au Népal reflète bien l'invulnérabilité aux MST et au VIH/sida perçue par les hommes népalais: «Étant donné que j'ai des rapports sexuels avec des femmes... propres, je n'ai pas besoin d'utiliser des préservatifs. Il est naturel de craindre le sida, mais je prends des précautions en choisissant mes partenaires»¹⁵⁹.

Les hommes risquent aussi plus que les femmes d'absorber de l'alcool et d'autres substances—comportements qui peuvent nuire à la faculté de prendre des décisions sur le plan sexuel et augmentent les risques d'infection à VIH. Ces faits ont amené les animateurs à dire que «persuader 10 hommes ayant plusieurs partenaires à utiliser des préservatifs, à stériliser les aiguilles ou à réduire le nombre de leurs partenaires a des incidences beaucoup plus étendues sur l'épidémie que permettre à 1000 femmes de se protéger de leur unique partenaire. Les 10 hommes sont au début d'une chaîne d'infection, tandis que les 1 000 femmes en sont le dernier maillon»¹⁶⁰. Bien sûr, une telle affirmation n'implique nullement que nous ne devrions faire porter nos efforts de prévention que sur les hommes, mais elle souligne la notion de transmission séquentielle.

Certaines pratiques sexuelles représentent un risque d'infection plus élevé que d'autres, mais les hommes n'acceptent pas toujours d'utiliser un préservatif lorsque leur partenaire le leur demande. «Le rapport anal, du fait de la friction accrue et de la fragilité des tissus dans l'anus, comporte un plus grand risque de transmission du VIH que le rapport vaginal, en particulier pour le partenaire réceptif – en l'occurrence les femmes. Des enquêtes réalisées dans différents pays confirment l'étendue des rapports anaux entre hommes et femmes. Dans différentes études effectuées en Afrique, en Asie et en Amérique du Nord, de 15 à 19% des femmes indiquent avoir des rapports anaux. Ces rapports entre hommes et femmes peuvent viser à préserver la «virginité» ou à éviter une grossesse»¹⁶¹.

En outre, les rapports sexuels entre hommes existent dans toutes les sociétés, mais ils continuent d'être fortement stigmatisés et restent donc dissimulés. Le refus des hommes d'utiliser des préservatifs et de cesser d'avoir des rapports avec de multiples partenaires, ainsi que leur refus d'admettre qu'ils ont des relations sexuelles avec d'autres hommes, sont d'autres facteurs qui font courir des risques aux hommes¹⁶². «La plupart des rapports sexuels entre hommes sont cachés.

¹⁵⁸ L. J. Messersmith et al., «Who's at Risk? Men's STD Experience and Condom Use in Southwest Nigeria», *Studies in Family Planning* 31, No 3 (2000), p. 203-216.

¹⁵⁹ OMS/HRP, «Men in Nepal Ignoring Risks from Unprotected Casual Sex», *Social Science Research Policy Briefs*, series 1, No. 2, octobre 1999.

¹⁶⁰ M. Foreman, *AIDS and Men*, p. xi et xii.

¹⁶¹ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Selon les enquêtes menées dans le monde entier, jusqu'à un sixième de l'ensemble des hommes indiquent avoir eu un rapport sexuel avec un autre homme. De nombreux hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes en ont aussi avec des femmes—leur femme ou des partenaires régulières ou occasionnelles. L'hostilité et les idées fausses sur les rapports sexuels entre hommes sont dans de nombreux pays la cause de l'insuffisance des mesures de prévention de l'infection à VIH¹⁶³. Les hommes jeunes et pauvres et ceux qui sont plus faibles physiquement ou psychologiquement sont aussi vulnérables parce qu'ils tendent à être l'élément réceptif lors d'un rapport anal¹⁶⁴.

Enfin, la question d'hommes âgés ayant des rapports sexuels avec de jeunes femmes et de jeunes filles, ces dernières recevant souvent en contrepartie de l'argent ou des faveurs, doit aussi être abordée dans le cadre des discussions des risques liés au VIH/sida et de la violence. Il est établi que les rapports sexuels entre des jeunes femmes et des hommes plus âgés sont à l'origine de la propagation du VIH dans certaines zones. Une étude à sites multiples réalisée en Afrique a révélé des taux d'infection à VIH élevés pour les filles âgées de 15 à 19 ans, nettement supérieurs à ceux des garçons de la même tranche d'âges. Toutefois, les hommes âgés de plus de 25 ans présentaient des taux d'infection à VIH 10 fois plus élevés que les garçons âgés de 15 à 19 ans, ce qui indique que les hommes plus âgés étaient la source principale de la transmission du VIH aux jeunes femmes. Dans certains endroits, les hommes plus âgés recherchaient délibérément des jeunes femmes et des filles comme partenaires sexuelles parce qu'ils considéraient que celles-ci risquaient moins d'être infectées au VIH¹⁶⁵.

Les hommes et la transmission du VIH/sida de la mère à l'enfant

Le rôle des hommes dans la transmission du VIH de la mère à l'enfant ou dans le fait que leurs enfants deviennent orphelins, a rarement été étudié. Tant dans le cas des enfants qui deviennent orphelins parce que l'un des parents ou les deux sont morts du sida que dans celui des enfants infectés à la naissance ou par l'allaitement, les hommes en tant que pères sont indirectement impliqués. Dans la vaste majorité de ces cas, les hommes avaient été infectés par le VIH du fait de leurs relations sexuelles extérieures et avaient transmis le VIH à leur partenaire, qui était morte du sida ou avait transmis le VIH à ses enfants durant l'accouchement¹⁶⁶.

La crise du sida aide les travailleurs de la santé à reconnaître les capacités et les aptitudes dont ils ont besoin pour travailler avec les hommes. Ils apprennent que les stratégies de prévention du sida doivent être aussi diverses que les publics qu'elles ciblent et être conçues avec soin afin de convaincre les sous-groupes d'hommes particuliers — les jeunes, les vieux, les célibataires, ceux qui sont mariés, les riches, les pauvres, les hétérosexuels, les bisexuels, ceux qui sont employés, ceux qui sont au chômage — qu'ils risquent de devenir infectés et de propager la maladie. Les programmes de prévention des MST/VIH doivent aussi s'intéresser aux différents types de relations sexuelles et aux significations et comportements qui y sont associés. Ainsi, l'utilisation

¹⁶² M. Foreman, *AIDS and Men*, p. ix.

¹⁶³ World Aids Campaign, voir le site web : www.unaids.org, septembre 2000.

¹⁶⁴ M. Foreman, *AIDS and Men*, p. 6.

¹⁶⁵ Ibid.

¹⁶⁶ G. Barker, « Boys, Men and HIV/AIDS ».

Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction, de la sexualité et des services

de préservatifs par les hommes est la plus élevée dans les rapports sexuels commerciaux, irrégulière dans le cadre des rapports occasionnels et la moins élevée dans le cadre du mariage¹⁶⁷

INTENTIONS, CONNAISSANCES ET PRATIQUES EN MATIÈRE DE REPRODUCTION DES HOMMES EN TANT QUE PARTENAIRES MARIÉS ¹⁶⁸

Les efforts faits pour saisir les intentions et les besoins non satisfaits des hommes, des femmes et des couples en matière de reproduction au moyen d'enquêtes telles que les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) enrichissent la compréhension des facteurs en jeu dans le passage à l'acte. Les EDS ciblant les hommes ont aussi permis de mieux comprendre le rôle des hommes dans la prise de décisions en matière de reproduction, leurs préférences en matière de reproduction, la connaissance des méthodes, et l'approbation et l'utilisation actuelle de la planification familiale. Plus d'enquêtes interviewent les hommes et les femmes et certaines interviewent les couples en vue de recueillir ce type de renseignement. Ainsi, outre la pratique suivie depuis longtemps qui consiste à interviewer les femmes, ces enquêtes collectent à présent des données comparables sur les attitudes des hommes à l'égard de la planification familiale et leurs pratiques sexuelles. Outre la mesure des sentiments des hommes afin de savoir s'ils approuvent ou non la planification familiale et de connaître leurs intentions quant à la taille de la famille, les EDS mesurent la connaissance qu'ont les hommes des possibilités de contraception, leur crainte des MST et leur utilisation des méthodes contraceptives¹⁶⁹. En 1996, des études s'appuyant sur les EDS avaient été effectuées, utilisant les réponses de plus de 45 000 personnes de sexe masculin représentant tous les hommes en âge de procréer dans 22 pays¹⁷⁰. Une des premières grandes études comparatives sur les résultats concernant les hommes a été publiée en 1996, sur la base de 15 EDS effectuées entre 1987 et 1993, quatre seulement ayant été effectuées avant 1990¹⁷¹.

49

Connaissance qu'ont les hommes de la planification familiale et des MST

Les hommes peuvent identifier la reproduction comme une responsabilité féminine. Une enquête portant sur les couples aux centres de planification familiale en Azerbaïdjan révèle que 50% des hommes pensent que la contraception relève de la responsabilité des femmes uniquement.¹⁷² Cela, à son tour, est dû à la large disponibilité des méthodes contraceptives féminines, ainsi qu'aux programmes de planification familiale qui, jusqu'à récemment, ciblaient tous les femmes et excluaient les hommes.

¹⁶⁷ L. J. Messersmith et al., «Who's at Risk?» p. 203.

¹⁶⁸ La majeure partie de l'analyse qui suit est adaptée de B. Robey et M. Drennan, «Male Participation in Reproductive Health», *Network* Vol. 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998) ; et S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport du Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999.

¹⁶⁹ L'interprétation des données qui suit est tirée de B. Robey et M. Drennan, «Des enquêtes montrent que les hommes sont très intéressés par la planification familiale», *Network* Vol. 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998) et S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes».

¹⁷⁰ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes».

¹⁷¹ A. C. Ezeh et al., «Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences», DHS Comparative Studies No. 18, Macro International, Claverton, (Maryland) mars 1996.

¹⁷² Johns Hopkins University School of Public Health, «New Perspectives on Men's Participation», *Population Reports*, series J, No 46, octobre 1998.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Dans la quasi-totalité des 15 pays couverts par les enquêtes, les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être au courant de la contraception. Les enquêtes, toutefois, indiquent seulement si les enquêtés ont entendu parler des différentes méthodes contraceptives. Elles ne mesurent pas la profondeur des connaissances, notamment si les enquêtés savent comment utiliser les méthodes correctement. Dans l'ensemble des 15 pays, une majorité d'hommes connaissent au moins une méthode moderne et une méthode traditionnelle. Dans tous les pays africains à l'exception du Rwanda, en pourcentage, plus d'hommes que de femmes connaissent une méthode contraceptive moderne. En Égypte, au Maroc, au Bangladesh et au Pakistan, les hommes et les femmes indiquent des niveaux de connaissance similaires. L'écart entre les hommes et les femmes en matière de connaissance de la contraception est plus important dans les pays où cette connaissance est globalement faible.

La propagation du VIH et des autres maladies sexuellement transmissibles a induit une connaissance et une utilisation accrues des préservatifs. Ainsi, au Kenya, en Tanzanie et au Zimbabwe, où le VIH et les autres MST sont répandus, les résultats des EDS montrent que la quasi-totalité des hommes ont entendu parler du sida et que la plupart savent qu'un rapport sexuel peut le transmettre. Les enquêtes révèlent aussi que de nombreuses informations erronées sur le VIH circulent mais elles montrent que de nombreuses personnes savent que l'utilisation de préservatifs est un moyen de protection. Ainsi, au Zimbabwe, 57% des hommes ont déclaré utiliser des préservatifs en vue de ne pas contracter le sida et en Tanzanie, 55%. Au Kenya, toutefois, seulement 36% des hommes qui pensent que les gens peuvent se protéger contre le sida ont identifié l'utilisation de préservatifs durant les rapports sexuels comme un moyen de protection.

L'approbation par les hommes de la planification familiale

Selon les récentes EDS, les hommes sont plus susceptibles d'approuver la planification familiale et de connaître les méthodes contraceptives que les stéréotypes masculins ne le laissent supposer. Sur la base de données recueillies auprès d'hommes dans 15 pays – 11 en Afrique subsaharienne, ainsi que le Bangladesh, l'Égypte, le Maroc et le Pakistan – Alex C. Ezeh et ses collègues de Macro International, Inc. (l'organisation basée aux États-Unis qui organise les études EDS et aide à les réaliser) indiquent que dans la plupart des pays, sauf en Afrique de l'Ouest, «les préférences des hommes et des femmes en matière de reproduction et leurs attitudes à l'égard de la planification familiale sont similaires»¹⁷³. Les 15 pays ne représentent que certaines parties de l'Afrique et de l'Asie, mais on relève une constance frappante parmi eux concernant l'intérêt des hommes pour la santé en matière de reproduction, suffisamment pour donner à penser qu'ailleurs leur intérêt serait analogue. Seulement quelques EDS ont interrogé les hommes en Amérique latine et dans les Caraïbes (Brésil, Haïti, Pérou et République dominicaine), mais les résultats initiaux semblent indiquer un intérêt masculin similaire. Ainsi, au Brésil, les hommes ont encore plus de chances que les femmes de dire qu'ils ne veulent pas avoir plus d'enfants. En Haïti, 92% des hommes enquêtés approuvent l'utilisation des méthodes contraceptives et au Brésil 86%. La plupart des hommes, comme les femmes, approuvent la planification familiale. Dans la quasi-totalité des pays couverts par les enquêtes, les hommes plus instruits expriment une plus grande approbation de la planification familiale que les hommes moins instruits.

¹⁷³ A. C. Ezeh et al., «Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences» .

Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction, de la sexualité et des services

L'approbation la plus faible est enregistrée en Afrique de l'Ouest, bien que dans cette région l'approbation par les hommes semble être en augmentation. Ainsi, au Ghana, le pourcentage des hommes qui approuvent la planification familiale est passé de 77% en 1988 à 90% en 1993. Dans la plupart de ces pays, les hommes ont moins de chances que les femmes d'approuver la planification familiale. Eroll Alexis, spécialiste de la participation des hommes au Margaret Sanger Center à New York, fait remarquer: «De nombreux hommes se méfient des programmes de planification familiale, perçus comme un complot destiné à saper leur autorité»¹⁷⁴. Ce fait peut expliquer en partie pourquoi les hommes sont souvent décrits comme des obstacles à l'utilisation des méthodes contraceptives.

Les intentions des hommes en matière de reproduction et de taille de la famille

Dans la plupart des pays couverts par les enquêtes, le nombre des hommes qui souhaitent avoir un autre enfant est seulement légèrement plus élevé que celui des femmes. Ce résultat fait voler en éclats l'un des mythes les plus répandus sur les hommes, à savoir qu'ils veulent généralement une famille beaucoup plus grande que les femmes. Dans la plupart des 15 pays, les différences relevées dans les intentions en matière de reproduction entre les hommes et les femmes sont minimes. Le fait que les hommes soient un peu plus susceptibles que les femmes de vouloir un autre enfant, toutefois, contribue à expliquer que bien qu'ils aient tendance à mieux connaître les méthodes contraceptives que les femmes, ils approuvent moins leur utilisation qu'elles.

Assurément, il y a des pays, en particulier des pays d'Afrique de l'Ouest et le Pakistan, où les résultats ne sont pas prometteurs¹⁷⁵. En Afrique de l'Ouest, les hommes ont nettement plus de chances que les femmes de vouloir un autre enfant. Au Niger, pays constituant un cas extrême, 93% des hommes veulent un autre enfant, contre 82% des femmes. Toutefois, dans des pays tels que le Niger, le Burkina Faso et le Ghana, les chiffres relatifs à l'approbation de la planification familiale par les hommes dépassent 60%. Un examen des recherches sur la santé en matière de reproduction et le sida en Afrique au sud du Sahara a conclu que «Ne pas cibler les hommes dans le cadre des interventions relatives à la santé en matière de reproduction a eu pour effet de réduire l'efficacité des programmes dans ce domaine»¹⁷⁶.

L'écart CAP dans le domaine de la santé en matière de reproduction

Les MST sont si répandues que les programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité doivent promouvoir l'utilisation des préservatifs et les fournir aux fins de la protection contre les maladies aussi bien que pour la planification familiale. On a estimé que plus de 1,9 million d'années de vie corrigées du facteur invalidité d'hommes âgés de 15 à 59 ans seront perdues du fait des MST à l'exclusion du VIH/sida et 16,8 millions d'autres du fait du VIH/sida lui-même¹⁷⁷. La stérilité, souvent une conséquence de MST non traitées, touche des millions

¹⁷⁴ I. Ndong et W. R. Finger, *Network* 18, No. 3 (Family Health International, spring 1998).

¹⁷⁵ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes».

¹⁷⁶ M. Mbitzo et M. Basset, «Reproductive Health and AIDS Prevention in Sub-Saharan Africa : The Case for Increased Male Participation», *Health Policy and Planning* 11, No. 1, 1996.

¹⁷⁷ C. J. L. Murray et A. D. Lopez, éd., *The Global Burden of Disease*, Global Burden of Disease Series, vol. 1 (Boston: Harvard University Press, 1996). Il convient de noter que les incidences projetées du VIH/sida ont été faites avant les améliorations apportées à la base de données d'ONUSIDA et elles sont donc prudentes.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

d'hommes, mais les statistiques sont insuffisantes, car la santé des hommes en matière de reproduction n'est souvent pas médicalement évaluée et est insuffisamment étudiée¹⁷⁸. Pour cette raison, les pratiques des hommes s'agissant de la santé en matière de reproduction ne peuvent être mesurées simplement sur la base de l'utilisation des méthodes de planification familiale axées sur les hommes. Toutefois, c'est le type de donnée que la plupart des enquêtes démographiques recueillent.

Dans le monde entier, la connaissance que les hommes ont des préservatifs est extrêmement bonne. Les enquêtes nationales réalisées auprès des hommes mariés dans 21 pays en développement révèlent que de 50 à 99% des hommes connaissent les préservatifs. Mais pour diverses raisons, l'utilisation des préservatifs n'est pas aussi étendue qu'elle pourrait l'être. Dans la plupart des pays en développement, la prévalence de l'utilisation des préservatifs est couramment inférieure à 5%. Fort problématique est le fait que l'utilisation régulière des préservatifs par les hommes dans le cadre de relations hétérosexuelles est faible et généralement associée à des partenaires occasionnelles, y compris les prostituées. Il ressort des données des enquêtes nationales sur les ménages de neuf pays en développement que parmi les hommes actuellement mariés, seulement de 3,6 à 10,4% des hommes avaient déclaré utiliser actuellement des préservatifs¹⁷⁹. Dans une autre étude réalisée en 1994 au Zimbabwe, les hommes interviewés avaient des rapports sexuels avec des prostituées en moyenne sept fois par mois, mais ils utilisaient des préservatifs dans seulement la moitié de ces rencontres¹⁸⁰.

52

Il est intéressant de noter que les hommes sont plus susceptibles que leurs partenaires d'indiquer qu'ils utilisent des méthodes contraceptives, selon les 15 enquêtes disponibles. Une explication possible est que certains hommes peuvent indiquer l'utilisation des préservatifs en dehors du mariage. Au Zimbabwe, une étude portant sur les attitudes des hommes à l'égard des bactéricides vaginaux ont révélé que les hommes envisagent de les utiliser avec des petites amies et des prostituées, mais non avec leur femme¹⁸¹. Une autre possibilité est que certaines femmes n'osent pas déclarer aux enquêteurs qu'elles utilisent des méthodes contraceptives, car elles les utilisent à l'insu de leur époux. On ne sait pas si l'explication est principalement qu'un nombre excessif d'hommes déclarent utiliser des méthodes contraceptives ou que toutes les femmes qui les utilisent ne le déclarent pas.

¹⁷⁸ U. D. Upadhyay et B. Robey, «Why Family Planning Matters», *Population Reports*, series J, No. 49, Baltimore (Maryland), Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 1999.

¹⁷⁹ Il est difficile de comparer les taux d'utilisation des préservatifs par les hommes dans différents pays et d'après différentes études parce que dans certaines études il est demandé aux hommes s'ils utilisent les préservatifs aux fins de la contraception ou du contrôle des naissances, tandis que dans d'autres il leur est demandé s'ils les utilisent aux fins de la prévention du VIH ; d'autres études ne précisent pas à quelle fin les préservatifs sont utilisés. Seules quelques études ont étudié l'utilisation que font les hommes des préservatifs dans différentes conditions (par exemple avec des partenaires stables ou occasionnels) et la raison pour laquelle ils les utilisent (c'est à dire aux fins de la contraception ou de la prévention du VIH).

¹⁸⁰ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

¹⁸¹ H. H. M. Janneke et al., «Men's Attitudes Toward Vaginal Microbicides and Microbicide Trials in Zimbabwe», *International Family Planning Perspectives* 25, No. 1, 1999.

*Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction,
de la sexualité et des services*

Malgré cette base scientifique qui est une source d'optimisme, les études des EDS existantes révèlent parmi les hommes un écart CAP – c'est à dire une contradiction entre le niveau des «connaissances et attitudes» concernant la planification familiale et les «pratiques» en la matière. L'utilisation des méthodes contraceptives par les hommes est moins élevée qu'on aurait pu s'y attendre vu leurs niveau d'ensemble d'approbation et de connaissance. Entre un quart et deux tiers des hommes interrogés ne veulent plus d'enfants, pourtant ni ces hommes ni leur partenaire n'utilisaient de méthodes contraceptives¹⁸². Une indication que les hommes considèrent qu'il incombe aux femmes de s'occuper de la contraception est la prévalence nettement plus faible des méthodes contraceptives masculines. Les préservatifs, la vasectomie, le retrait et la continence périodique représentent environ un tiers de toutes les utilisations chez les couples mariés. Dans les pays en développement, 31% des couples en âge de procréer recourent à des méthodes ne faisant pas appel à des fournitures, principalement le retrait et la continence périodique, même si ces méthodes ont des taux d'échec fort élevés¹⁸³. En outre, la proportion de l'utilisation de méthodes contraceptives attribuée aux hommes (y compris les préservatifs, le retrait, la continence périodique et la vasectomie) a diminué ces dernières années. Elle est tombée à 26%, une diminution de 11% depuis 1987 et de 5% depuis 1994¹⁸⁴. La vasectomie (stérilisation masculine) est une procédure plus sûre et moins invasive que la procédure féminine correspondante (l'occlusion des trompes), mais elle est beaucoup moins pratiquée¹⁸⁵. Différents utilisateurs potentiels avancent différentes raisons pour lesquelles ils jugent telle ou telle méthode inacceptable. Ils craignent notamment la permanence de la réversibilité, l'interruption de la spontanéité, les effets néfastes sur la libido ou la puissance sexuelle. Mais ces méthodes présentent des avantages: la prévention du VIH dans le cas des préservatifs, la permanence de nombre de vasectomies, l'absence de coût financier pour la continence et le retrait¹⁸⁶.

53

Des progrès ont toutefois été enregistrés. Sam Clark et al¹⁸⁷. ont noté une augmentation spectaculaire de l'utilisation des préservatifs à l'échelle du monde. En Ouganda, où l'utilisation des préservatifs est passée de 10% à 17% entre 1995 et 1998, leur utilisation est particulièrement élevée chez les individus qui déclarent avoir de multiples partenaires sexuels ou des relations extraconjugales¹⁸⁸. Dans nombre de cas, l'accroissement est enregistré parmi les groupes à haut risque tels que les adolescents et les prostituées. Les ventes mondiales de préservatifs au moyen de la commercialisation sociale dans 60 pays a augmenté de 20% en 1997, atteignant un total de 937 millions de préservatifs¹⁸⁹. Le programme de la Thaïlande intitulé «100 pour 100

¹⁸² F. Roudi et L. Ashford, «Men and Family Planning in Africa», Population Reference Bureau Chartbook of DHS Data, Washington D.C., 1996.

¹⁸³ K. Ringheim, «Male Involvement and Contraceptive Methods for Men, Present and Future» (document présenté à la session de l'American Public Association intitulée «Toward Gender Partnership in Reproductive Health», novembre 1996), p. 2.

¹⁸⁴ K. Ringheim, «Reversing the Downward Trend in Men's Share of Contraceptive Use», *Reproductive Health Matters*, 1999, p. 14.

¹⁸⁵ FNUAP, *État de la population dans le monde, 2000*, p. 31.

¹⁸⁶ Ibid.

¹⁸⁷ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes».

¹⁸⁸ T. Lutaol et al., «Trends and Determinants of Contraceptive Use in Rakai District (Ouganda), 1995-98», *Studies in Family Planning* 31, No 3 (2000), p. 217-227.

¹⁸⁹ W. R. Finger, «Social Marketing Campaigns to Prevent AIDS Have Made Condoms Readily Accessible and Affordable», *Network* 18, No 3 (Family Health International, printemps 1998).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

de préservatifs» a indiqué une augmentation de l'utilisation des préservatifs dans les bordels, passée de 14% en 1989 à 90% en 1994¹⁹⁰.

En outre, peu d'options satisfaisantes en matière de contraception en dehors de retrait, des préservatifs et de la vasectomie ont été conçues pour les hommes. Des recherches sont en cours en vue de fournir aux hommes des méthodes hormonales qui pourraient être assurées au moyen d'implants, d'injections ou éventuellement de vaccins. D'autres examens fournissent aux hommes des méthodes contraceptives supplémentaires et réexaminent si le retrait est une méthode valable pour éviter les grossesses et les MST, dont le VIH/sida. Ces résultats impliquent que si les programmes pouvaient trouver de meilleurs moyens de satisfaire les besoins des hommes en tant qu'individus et en tant que membres de couples, l'utilisation des méthodes contraceptives pourrait augmenter considérablement.

LES RÔLES DES HOMMES DANS LA PRISE DE DÉCISIONS CONCERNANT LA REPRODUCTION ET LA SEXUALITÉ

Traiter le couple comme l'unité d'analyse donne une perspective différente et améliore notre compréhension des préférences et de la prise de décisions en matière de reproduction. L'approche fondée sur le couple compare directement les préférences des deux individus qui comptent le plus pour la prise de décisions ayant trait à la reproduction. Malgré de nouvelles études sur les hommes et les couples, on sait peu de choses sur la dynamique de la prise de décisions des couples en matière de sexualité et de reproduction ni sur la façon dont les rôles sexesociaux ont une incidence sur ces décisions. Il peut s'agir de décider de pratiquer ou non la planification familiale, quand et comment avoir des relations sexuelles, d'avoir ou non des relations sexuelles extraconjugales, d'utiliser ou non des préservatifs pour prévenir les MST, et d'aller ou non recevoir des soins en cas de complications prénatales ou après un avortement¹⁹¹.

Décisions des hommes et des couples relatives aux intentions en matière de reproduction

Dans la plupart des pays en développement, les hommes mariés dominent la prise de décisions en matière de reproduction concernant l'utilisation des méthodes contraceptives, de taille de la famille et d'espacement des naissances. Toutefois, la perception selon laquelle les hommes sont ceux qui décident en dernier ressort sur les questions de reproduction semble être exagérée¹⁹². À l'exception des pays d'Afrique de l'Ouest, il est de plus en plus établi que les hommes et les femmes tendent à avoir des préférences et attitudes similaires à l'égard de la planification familiale et que l'approbation par les hommes pour les intentions d'utiliser la planification familiale est similaire à celle des femmes¹⁹³. Au niveau des pays, les renseignements disponibles

¹⁹⁰ K. E. Nelson et al., «Changes in Sexual Behaviour and a Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand», *New England Journal of Medicine* 335, No. 5 (1996), p. 297-303.

¹⁹¹ M. Drennan et al., «New Perspectives on Men's Participation», *Population Reports*, series J, No. 46 (Johns Hopkins University School of Public Health, octobre 1998).

¹⁹² A. Banakole et S. Singh, «Couple's Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice», *International Family Planning Perspectives* 24, No. 1 (1998), p. 15.

¹⁹³ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», p. 9.

Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction, de la sexualité et des services

donnent à penser que l'accord entre époux est plus fort dans les contextes moins stratifiés par sexe¹⁹⁴. Un examen des attitudes et des intentions des couples en matière de reproduction a révélé une concordance entre les partenaires sur ces questions qui va de 60 à 70%¹⁹⁵.

Certaines recherches récentes sont riches de renseignements sur l'absence de communication entre les couples sur les questions ayant trait à la sexualité et à la reproduction, sur les raisons pour lesquelles il en est ainsi et sur les implications de cet état de choses¹⁹⁶. Les données recueillies au moyen des enquêtes démographiques et sanitaires dans 18 pays en développement entre 1990 et 1996 ont été utilisées pour comparer directement les attitudes des maris et des femmes à l'égard de la fécondité et de la contraception. Il ressort que l'éducation est un facteur prédictif important pour une communication accrue entre époux¹⁹⁷. En Ouganda, les couples en milieu urbain avaient plus de chances de parler de procréation que les couples en milieu rural¹⁹⁸. Les époux peuvent avoir des objectifs différents en matière de procréation et il est nécessaire de disposer de données pour les deux partenaires afin d'établir les différences avec certitude.

Les nouvelles données sur les hommes indiquent aussi une variation régionale importante dans les proportions des hommes et des femmes qui ont eu des discussions sur la planification familiale au cours de l'année écoulée. Environ les trois quarts des personnes interrogées dans les pays d'Afrique de l'Ouest ont indiqué n'avoir eu aucune discussion sur la planification familiale au cours de l'année écoulée. Dans les pays d'Afrique de l'Ouest, seule une minorité des hommes mariés interrogés ont indiqué qu'ils avaient discuté de la planification familiale avec leur femme au cours de l'année écoulée, le pourcentage allant de 23% au Niger et au Sénégal à 43% au Mali. Dans les pays d'Afrique de l'Est, les hommes interrogés avaient plus de chances d'avoir discuté de la planification familiale avec leur femme, le pourcentage allant de 49% au Burundi à 68% au Kenya¹⁹⁹. Certes, l'étude de Bankole et Singh²⁰⁰ ne portait que sur quelques pays en dehors de l'Afrique subsaharienne, mais leurs résultats indiquent que l'Afrique subsaharienne et le reste des pays en développement peuvent différer fortement. En effet, l'étude a révélé que les maris tendent à vouloir plus d'enfants que leur femme et à vouloir l'enfant suivant plus rapidement. Parmi les pays couverts par les EDS, les époux s'accordent mieux sur le nombre idéal d'enfants en Asie, en Amérique latine et en Afrique du Nord qu'en Afrique subsaharienne. Ces résultats sont à comparer aux 21% des hommes et femmes égyptiens qui indiquent ne pas avoir eu de discussion au cours de l'année écoulée²⁰¹. Dans certains endroits, la différence d'âge entre époux

¹⁹⁴ K. O. Mason et al., «The Husband's Role in Determining Whether Contraception is Used: The Influence of Gender Context in Five Asian Countries» [document présenté à l'IUSSP, Buenos Aires (Argentine), 13-15 mai 1998].

¹⁹⁵ S. Becker, «Couples and Reproductive Health: A Review of Couples Studies», *Studies in Family Planning* 27, No. 6 (1996), p. 291-306.

¹⁹⁶ A. Blanc et al., «Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda», Macro International, Calverton (Maryland), décembre 1996, p. 214.

¹⁹⁷ Séminaire sur le thème «Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Research Findings and Future Directions» [Alexandrie (Égypte), Population Council Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, 4-5 mai 1998].

¹⁹⁸ A. Blanc et al., «Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda», p. 214.

¹⁹⁹ M. Drennan et al., «New Perspectives on Men's Participation».

²⁰⁰ A. Bankole et S. Singh, «Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries», p. 15-24.

²⁰¹ A. C. Ezeh et al., «Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

est un facteur déterminant pour la similarité entre leurs préférences en matière de procréation». ²⁰² La différence d'âge est évidemment un domaine où la polygamie joue un rôle négatif dans la dynamique des couples. Une étude portant sur la prise de décisions en matière de procréation au Nigéria a révélé aussi que «les décisions en matière de fécondité dépendent de la personne qui maîtrise et alloue les ressources économiques au sein de la famille». ²⁰³

En revanche, des couples peuvent être d'accord sans le savoir. Les données tirées des EDS révèlent régulièrement que de nombreuses femmes pensent que leur mari est opposé à la planification familiale alors qu'en réalité le mari l'approuve ²⁰⁴. Les données collectées en Ouganda en 1995 ont révélé que 24% des femmes pensaient à tort que leur mari était opposé à la planification familiale, que 17 autres pour cent ne savaient pas quelle était l'attitude de leur mari, alors que celui-ci l'approuvait ²⁰⁵. Il s'ensuit que dans le cas de l'Ouganda plus de la moitié des femmes ne savaient pas que leur mari était favorable à la planification familiale ou pensaient à tort qu'il y était opposé. Des études réalisées en Égypte ont révélé que les époux discutent rarement de l'utilisation de la planification familiale ou du nombre d'enfants que chacun d'eux souhaite. Malgré ces conclusions, l'accord sur ces questions tend à être élevé. Ces résultats indiquent que l'amélioration de la communication entre les époux pourrait accroître l'utilisation de la planification familiale. Toutefois, l'écart entre ce que les personnes interrogées disent faire et ce qui se passe en réalité donne à penser que ce qui est socialement correct a une influence sur les réponses à la question «Qui a le dernier mot en matière d'utilisation de la planification familiale?» Étant donné qu'en Égypte le mari est censé être le membre prédominant dans la famille et la femme censée obéir, on peut s'attendre à ce que l'un et l'autre se conforment à cette image, en particulier en public, par exemple lors d'un interview, de crainte d'être catalogués comme «déviant». En privé, la dynamique des relations entre époux est plus complexe ²⁰⁶.

Les préférences similaires en matière de fécondité qui ressortent de ces enquêtes masquent le désaccord existant entre époux ²⁰⁷. Des enquêtes réalisées au Bangladesh, en République dominicaine et en Zambie ont révélé des divergences substantielles entre les intentions des époux en matière de procréation dans les trois pays. On relève une plus grande disparité entre les intentions des époux de pratiquer la contraception qu'entre leurs intentions concernant la procréation ²⁰⁸. Des enquêtes ont aussi révélé que les croyances des hommes concernant la fécondité, l'utilisation des méthodes contraceptives et la sexualité sont si diverses que les différences entre leurs attitudes peuvent être plus importantes que celles entre les leurs et celles des femmes ²⁰⁹.

²⁰² A. Bankole et S. Singh, «Couples' Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries», p. 17.

²⁰³ U. C. Isiugo-Abanihe, «Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men», *Studies in Family Planning* 25, No. 3 (1994), p. 150.

²⁰⁴ M. Drennan et al., «New Perspectives on Men's Participation».

²⁰⁵ Ibid.

²⁰⁶ Séminaire sur le thème «Male Involvement in Reproductive Health».

²⁰⁷ M. Greene et A. Biddlecom, «Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles», *Population and Development Review* 26, No. 1 (2000), p. 96.

²⁰⁸ S. Becker, «Measuring Unmet Needs: Wives, Husbands or Couples?» *International Family Planning Perspectives* 25, No. 4 (1999), p. 172-180.

²⁰⁹ M. Greene et A. Biddlecom, «Absent and Problematic Men », p. 81-115.

Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction, de la sexualité et des services

Parmi les nouvelles générations et dans certaines cultures, il se pourrait que le contrôle exercé par les hommes sur la prise de décisions en matière de reproduction s'affaiblisse. Au Pérou, en Argentine et au Brésil, les jeunes hommes négocient avec leur partenaire les décisions en matière de sexualité et de reproduction. À Sri Lanka, où les niveaux d'instruction et d'alphabétisation des femmes sont élevés, plus de la moitié des femmes et environ les deux tiers des maris ont indiqué qu'ils prenaient des décisions en commun concernant la planification familiale²¹⁰.

L'écart entre le nombre des enfants qu'un couple souhaite et le nombre d'enfants qu'il a peut être dû en partie au fait que certains couples communiquent rarement sur ces questions. Les normes culturelles, traditionnelles, religieuses et sexosociales profondément ancrées sont des obstacles qui bloquent la communication au niveau de nombreux couples concernant les intentions en matière de reproduction. De nombreux hommes et femmes continuent d'éprouver énormément de difficulté à discuter de la sexualité et de toutes questions ayant un rapport quelconque avec celle-ci, y compris la planification familiale. Il ressort de l'EDS au Sénégal et au Niger que seulement 25 % des hommes sont au fait de la planification familiale, ayant discuté de celle-ci avec leur partenaire au cours de l'année où l'enquête a été effectuée. Au Cameroun, un pourcentage d'hommes légèrement plus élevé (39 %) avaient abordé ce sujet avec leur partenaire²¹¹.

La communication indirecte ou l'absence de communication entre les partenaires sur la planification familiale et les questions ayant trait à la reproduction et à la sexualité est une des raisons pour lesquelles les hommes et les femmes ont tendance à surestimer le souhait de leur partenaire d'avoir d'autres enfants. L'opposition réelle ou perçue des partenaires contribue à accroître le besoin non satisfait indiqué par les femmes et à modifier la structure de la contraception, les méthodes traditionnelles étant préférées aux méthodes modernes²¹². Une étude réalisée au Nigéria confirme que «même dans les situations où aucune décision n'a été prise oralement, les souhaits où les objections perçus des hommes risquent d'influencer les mesures prises par leur femme. Ainsi, il se peut qu'une femme en faveur de la planification familiale ne prenne pas l'initiative d'utiliser des méthodes contraceptives parce qu'elle pense que les attitudes de son mari sont négatives, bien qu'il ne déclare pas franchement son objection»²¹³. Même lorsqu'il y a communication, le déséquilibre des pouvoirs réduit la capacité des femmes de négocier sur un pied d'égalité.

Nombreux sont ceux qui pensent qu'inclure les hommes dans les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction facilitera la communication entre les hommes et les femmes sur la sexualité et la reproduction et encouragera la prise de mesures promouvant l'équité entre les sexes, telles que l'utilisation par roulement de méthodes contraceptives masculines et

²¹⁰ Johns Hopkins University School of Public Health, «New Perspectives on Men's Participation», p. 20.

²¹¹ Johns Hopkins University/Population and Communication Services et Académie pour le Développement de l'Éducation (AED/SARA), Les Hommes: Partenaires-Clés de la Santé de la Reproduction [rapport de la première conférence des pays francophones sur la participation des hommes à la santé de la reproduction, Ouagadougou (Burkina Faso), 30 mars -- 3 avril 1998, page 12.]

²¹² B. Wolf et al., «The Role of Couple Negotiation in Unmet Need for Contraception and the Decision to Stop Childbearing in Uganda», *Studies in Family Planning* 31, No. 2 (2000), p. 124-137.

²¹³ U. C. Isiugo-Abanihe, «Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men», p.151.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

féminines. Cette hypothèse est étayée par la corrélation manifeste entre les familles de petite taille et la communication entre les hommes et les femmes sur la planification familiale documentée dans plusieurs études. Les couples qui discutent de planification familiale ont plus de chances d'utiliser des méthodes contraceptives efficacement et d'avoir moins d'enfants. En revanche, les hommes et les femmes qui ne connaissent pas les souhaits de leur partenaire en matière de fécondité ni leur attitude à l'égard de la planification familiale ou encore leurs préférences en matière de contraception risquent plus d'avoir des grossesses non désirées, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité et des MST²¹⁴. Toutefois, la notion de communication en tant qu'indicateur de prise de décision conjointe se fonde sur un modèle de la famille nucléaire occidentale. Dans les cultures où de nombreuses familles sont structurées fort différemment et où la solidarité avec la famille étendue risque de concurrencer l'émergence de relations solides au niveau de la famille nucléaire, les partenaires peuvent communiquer leurs souhaits ou préoccupations en matière de reproduction en utilisant des moyens non verbaux ou indirects. Ainsi, en Ouganda et au Nigéria, la majeure partie de la communication entre hommes et femmes concernant les questions ayant trait à la reproduction prenaient la forme de suggestions, allusions et discussions avec des amis ou des parents dans l'espoir qu'ils communiqueraient l'information au partenaire sexuel²¹⁵. D'autres chercheurs remettent en question la validité de la question suivante : «Avez-vous discuté de la planification familiale avec votre époux/épouse?» En effet, les personnes interrogées peuvent entendre par «discuter» autre chose que les chercheurs. Ainsi, quelques mots dits en passant ou une blague avec le mari concernant l'utilisation de la planification familiale peuvent être considérés comme une forme de discussion par certains et non par d'autres²¹⁶.

La communication au niveau du couple est simplement un des nombreux facteurs qui ont une influence sur les couples et une incidence sur leurs décisions en matière de reproduction et sur leur bien-être. Le niveau d'instruction, les pressions familiales, les attentes sociales, le statut socioéconomique, l'exposition aux médias, l'expérience personnelle, les attentes concernant l'avenir, et la religion façonnent ce type de décision²¹⁷.

Négociation au niveau du couple de rapports sexuels à moindre risque

La mesure dans laquelle les hommes et les femmes perçoivent les risques liés aux MST/VIH/sida et sont capables d'en discuter avec leur partenaire peut avoir une influence positive sur le changement des comportements.

Même s'il s'agit d'une question de vie ou de mort, on sait peu de choses sur la négociation de rapports sexuels à moindre risque dans le cadre de relations maritales ou occasionnelles, parce que la plupart des recherches disponibles sur la communication au niveau du couple se sont

²¹⁴ Johns Hopkins University School of Public Health, «New Perspectives on Men's Participation», p. 151.

²¹⁵ A. Blanc et al., «Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda», p. 214.

²¹⁶ Séminaire sur le thème «Male Involvement in Reproductive Health».

²¹⁷ L. Beckman, «Communication, Power and the Influence of Social Networks in Couple Decisions on Fertility», in *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, R. A. Bulatao et al. éditeurs (New York, Academic Press, 1983), p. 415-443.

*Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction,
de la sexualité et des services*

intéressées à la prise de décision concernant la planification familiale. Il n'est pas surprenant que la communication entre époux sur les questions ayant trait à la planification familiale soit jugée plus facile que la discussion sur le VIH/sida.

Néanmoins, certains hommes pensent qu'il est de plus en plus possible de parler de cette question, ce qui offre une perspective encourageante²¹⁸. Toutefois, il convient de s'attaquer à la mauvaise perception des risques partagée par les hommes et les femmes. Notamment, certains pensent que la menstruation et la ménopause réduisent les risques d'infection chez la femme. L'utilisation de préservatifs dans le cadre des relations maritales est jugée avec suspicion par les deux partenaires.²¹⁹ Nous savons aussi que le manque de régularité dans l'utilisation des préservatifs est un autre obstacle aux rapports sexuels à moindre risque, et cela est manifeste dans les cas où un homme a plusieurs types différents de relations, occasionnelles et commerciales.

Les programmes visant à encourager des partenariats avec les hommes dans les domaines de la santé et des droits en matière de reproduction et de sexualité se heurtent à un problème considérable dans le domaine de la négociation de rapports à moindre risque. Souvent les femmes ne disposent pas d'un pouvoir suffisant pour négocier des rapports protégés avec leur partenaire, qu'elles soient mariées ou engagées dans une relation occasionnelle ou encore qu'elles se livrent à la prostitution. L'engagement émotionnel d'une jeune femme avec son partenaire peut l'empêcher d'aborder les questions sexuelles ou d'utiliser des préservatifs²²⁰. Du fait des rôles sexosociaux, dans le monde entier de nombreuses femmes ont du mal à parler de sexe ou à mentionner leurs préoccupations liées à la santé en matière de reproduction. Elles peuvent ne pas être en mesure de demander à leur partenaire d'utiliser des préservatifs ou de refuser d'avoir des rapports sexuels, même si elles connaissent le risque qu'elle courent de se retrouver enceintes ou d'être infectées par une MST, dont le VIH²²¹. En Ouganda, des recherches ont révélé qu'une personne sur quatre considère qu'une femme ne peut pas refuser d'avoir des rapports sexuels, même si elle sait que son partenaire a le sida. Les femmes peuvent se soumettre aux hommes parce qu'elles craignent les représailles, par exemple être battues ou répudiées, et parce que leurs rôles sexosociaux les placent dans des positions subordonnées dans la société²²². Au Kenya, la discussion par les époux des risques liés aux MST, dont le VIH/sida, est entravée par le désir des époux d'éviter les accusations ou les contre-accusations d'infidélité maritale. On croit que parler des MST offre à la femme l'occasion d'accuser son mari d'infidélité, comportement que tant la femme que le mari répugnent à reconnaître. Les hommes craignent que ces doutes incitent la femme à se venger. La culture du silence qui persiste fait que les questions d'ordre sexuel sont taboues, même pour une discussion entre époux ; pour la

²¹⁸ W. Muhwava et N. Matinhure, «Awareness and Perceptions of STD/HIV/AIDS and Spousal Communication: Opportunities for Behaviour Change» (à paraître, Projet 97908F, appuyé par l'OMS/HRP, Université du Zimbabwe, Centre for Population Studies, Harare).

²¹⁹ Ibid.

²²⁰ Panos Institute, Panos VIH/AIDS Briefing No 6 [résumé de «AIDS and Men: Taking Risks or Taking Responsibility?», M. Foreman (éditeur), décembre 1998].

²²¹ M. Drennan et al., «New Perspectives on Men's Participation».

²²² A. Blanc et al., «Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda», p. 214.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

même raison, les transgressions sexuelles des hommes restent impunies. D'autres facteurs sont les faibles niveaux d'instruction, les écarts entre les niveaux d'instruction des époux, le manque d'informations concernant les MST et le souhait prédominant chez les hommes d'être les maîtres et de diriger²²³.

Il convient de poursuivre les recherches sur les divergences entre les sexes s'agissant des préférences et des comportements en matière de reproduction et de relations sexuelles. Les enquêtes devraient porter aussi sur les hommes et les femmes célibataires, en particulier les hommes qui n'ont jamais été mariés et leurs partenaires sexuelles et sur un plus grand nombre de pays, en particulier dans des régions autres que l'Afrique subsaharienne. Comme cela a été noté plus haut, on dispose de peu de renseignements sur la négociation de rapports sexuels à moindre risque entre partenaires occasionnels.

LES BESOINS DES HOMMES EN TANT QUE CLIENTS DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION

Les programmes efficaces tenant compte des sexospécificités saisissent l'occasion pour donner aux hommes les moyens d'améliorer leur santé et celle de leur partenaire et ils prennent en considération les besoins de l'individu et du couple tout en protégeant la santé et les droits des femmes en matière de reproduction.

Services de santé en matière de sexualité et de reproduction à l'intention des hommes

Bien qu'il n'y ait pas de consensus sur la mesure dans laquelle les programmes de population et les services de soins de santé primaires peuvent satisfaire les besoins des hommes touchant à la santé en matière de sexualité et de reproduction, on s'accorde généralement à reconnaître que l'on ne fait pas face aux sujets de préoccupation des hommes en matière de santé de la reproduction. Ceux-ci concernent la planification familiale, la prévention et le traitement des MST, la sexualité et les dysfonctionnements sexuels, les problèmes psychosexuels, l'infécondité, le cancer de la prostate et des testicules et les maladies urologiques²²⁴. Les autres sujets de préoccupation touchant à la santé de la reproduction dont les hommes font souvent état sont la taille du pénis, l'impotence, l'éjaculation précoce, la masturbation, le sida et les autres MST.

Bien que les hommes aient été laissés de côté par les services de reproduction, ils ont été parties prenantes, mais sans bénéficier de l'éducation et des renseignements auxquels les jeunes filles et les femmes ont eu accès. L'intérêt des hommes pour les questions relatives au sexe et à la reproduction, qui s'accompagne d'un manque de connaissances sur ces questions, et leurs dysfonctionnements sexuels, en particulier l'impotence et l'infécondité, n'ont pas été pris en considération dans le cadre des soins de santé primaires. Dans de rares cas, pour ceux qui en avaient les moyens, les urologues en dehors du contexte de la sexualité et de la reproduction ont

²²³ B. M. Fapohunda et N. Rutenberg, «Expanding Men's Participation in Reproductive Health in Kenya» [(Nairobi), Kenya, African Population Policy Research Centre, 1999].

²²⁴ PATH, «Involving Men in Reproductive Health», Outlook 14, No. 3 (1997), p. 1. Voir aussi C. Laudari, «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health» (document présenté à l'atelier thématique du FNUAP TSS sur le thème Male Involvement in Reproductive Health Programmes and Services, Rome, novembre 1998), p. 6 et 7.

*Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction,
de la sexualité et des services*

traité une partie des problèmes physiques qui touchaient les organes reproducteurs des hommes. Les hommes veulent aussi savoir à quel moment de son cycle menstruel une femme a le plus de chances de concevoir²²⁵. Les hommes savent peu de choses sur leur sexualité et sur celle des femmes; ils parlent fort peu de la sexualité dans le cadre de leurs relations et ils croient souvent dans des mythes sexuels. En Inde, les enquêteurs qui ont participé aux études sur les perceptions qu'ont les hommes des maladies touchant les parties génitales et sur les attitudes et les perceptions qu'ont les hommes et les jeunes concernant la sexualité et les questions connexes, n'ont pas été en mesure de mener à bien leur recherche parce qu'ils étaient gênés pour parler de questions sexuelles. Cela a convaincu l'organisme d'exécution, Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India (SARTHI) que les membres du personnel devaient surmonter leurs propres obstacles intérieurs et mieux connaître les questions sexuelles pour que leur recherche puisse être une réussite²²⁶.

Les hommes ont besoin de services de santé en matière de sexualité et de reproduction qui soient adaptés et qui répondent à leurs comportements sexuels et à l'évolution de leurs besoins au cours de leur vie. Un adolescent engagé dans une relation instable aura des besoins différents de ceux d'un homme marié d'âge moyen ayant deux enfants ou d'un homme plus âgé ayant un cancer de la prostate. Toutefois, les services fournis et leur fourniture peuvent varier considérablement du fait des besoins, des valeurs culturelles et des ressources disponibles sur le plan local. Dans certains cas, il peut-être plus efficace d'orienter vers un hôpital les malades qui ont besoin de services qui vont au-delà de ce que peut offrir un dispensaire de base s'occupant de planification familiale ou de santé de la reproduction. Cela peut-être le cas pour les patients atteints d'un cancer, ayant besoin d'un traitement pour les MST/VIH/sida, de soins de santé mentale, d'une thérapie sexuelle et de conseils et services d'orientation professionnelle²²⁷.

Reconnaître que les hommes ont besoin de services en matière de sexualité et de reproduction pour eux-mêmes a été un facteur dans l'établissement de partenariats avec les hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Les études qui examinent l'écart entre les attitudes positives des hommes sur la planification familiale et la non-utilisation par ceux-ci des méthodes contraceptives donnent à penser que si les hommes avaient accès à l'éducation et aux renseignements concernant les systèmes reproductifs des femmes et des hommes, les méthodes contraceptives et l'accès aux services spécialisés, ils pourraient accroître leur participation à la santé de la reproduction²²⁸.

Les travailleurs de la santé qui s'occupent des hommes prennent conscience des difficultés que pose le fait de faire participer les hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction

²²⁵ S. Raju et A. Leonard (éd.), «Perception of Male Members about Reproductive Health Matters: Preliminary Evidence from a Tribal Area of Gujarat», in *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rethoric to Reality* (Population Council South and East Asia Regional Office, 2000).

²²⁶ R. Saraswati et A. Leonard, «Men's Involvement in Women's Health: the SARTHI Experience», in *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rethoric to Reality*, S. Raju et A. Leonard (éd.), p. 21.

²²⁷ I. Ndong et al., «Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services», *International Family Planning Perspectives* 25, supp., 1999.

²²⁸ R. Saraswati et A. Leonard, «Men's Involvement in Women's Health».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

et des implications d'une portée considérable de cette participation. Les hommes ont leurs propres questions de santé, parfois indépendantes de celles de leur partenaire. Les programmes relatifs à la santé des hommes doivent réussir à répondre aux besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité, qui sont vastes et changeants. La prévention et le traitement des MST, en particulier du VIH/sida, donnent une idée de la complexité du travail du personnel de santé. Pour mettre en place des services ciblant les hommes dans le domaine de la sexualité, il faudrait étudier non seulement les changements intervenant dans la vie d'un homme, mais aussi la façon dont les besoins diffèrent selon les types de relations sexuelles. Dans le cas de la polygamie, les besoins des hommes varient selon la femme avec laquelle ils sont²²⁹, ou ils peuvent avoir de multiples partenaires - une partenaire occasionnelle avec laquelle ils tendent à utiliser des préservatifs en tant que moyen prophylactique et une partenaire régulière, avec laquelle ils ne les utilisent pas.

Les programmes de santé de la reproduction et les prestataires de services de planification familiale jouent un rôle clé en aidant les individus à concrétiser leurs intentions en matière de contraception et de procréation. Les prestataires ont une influence sur le choix d'une méthode donnée²³⁰. Les médecins peuvent considérer que la vasectomie est inacceptable pour leurs clients de sexe masculin ou qu'une certaine taille de famille devrait être atteinte avant de recommander la stérilisation. Ils ont aussi plus de chances de recommander des interventions qu'ils effectuent²³¹.

Des études ont révélé toutefois que les travailleurs de la santé ont peu d'expérience, voire aucune expérience s'agissant de s'occuper d'hommes et/ou de questions de sexualité. En outre, la formation traditionnelle met l'accent sur l'acquisition de connaissances techniques, mais des questions telles que les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et entre les prestataires de services et les clients, ne sont généralement pas abordées, pas plus que la violence sexuelle ou fondée sur le sexe.

LES SYSTÈMES DE SANTÉ QUI RENFORCENT LES POSITIONS INÉGALES DE HOMMES ET DES FEMMES

Le personnel de santé masculin qui s'occupe de la santé des femmes en matière de reproduction et de sexualité doit être au fait des questions relatives à l'égalité des sexes. Certains aspects de la fourniture de services renforcent ou affaiblissent les inégalités entre les sexes qui existent et sont maintenues dans le système de santé lui-même, et les préjugés de la société se reflètent dans la structure des effectifs au sein des organisations de soins de santé (comme dans les autres). Les hommes tendent à être surreprésentés aux postes de prise de décision. Ils sont médecins, directeurs et administrateurs de haut niveau, tandis que les femmes constituent les niveaux inférieurs - infirmières, aides-soignantes, conseillères et agents communautaires²³². Ainsi, au

²²⁹ P. Ngom, «Men's Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions», *Studies in Family Planning* 28, No. 3 (1997), p.192-202.

²³⁰ R. J. Magnani, «The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco», *Studies in Family Planning* 30, No. 2 (1999), p. 120-132.

²³¹ K. Ringheim, «Male Involvement and Contraceptive Methods for Men, Present and Future», p. 3.

²³² J. Helzner, «Male Involvement in Reproductive Health», *Reproductive Health Challenges* (1996), p. 5.

*Chapitre 2: Attitudes et pratiques actuelles dans les domaines de la reproduction,
de la sexualité et des services*

Chili, bien que les femmes représentent 70 % de l'ensemble du personnel de santé, selon les données du Ministère de la santé, et qu'elles occupent la majorité des postes professionnels et administratifs de niveau intermédiaire, les hommes sont prédominants dans les classes supérieures. Les relations inégales sont renforcées implicitement dans le cadre de la formation des professionnels de la santé, ce qui conduit à une division du travail manifestement sexuelle au niveau des spécialités médicales, certaines d'entre elles étant promues comme «féminines» et d'autres comme «masculines»²³³.

Nous devons aussi travailler avec le personnel de santé dans les services publics afin d'élaborer des programmes de formation qui mettent l'accent sur la problématique hommes-femmes, la qualité des soins et la santé en matière de sexualité et de reproduction. L'objectif qu'est l'établissement de partenariats entre les hommes et les femmes s'étend à ceux qui travaillent dans la médecine. Le paternalisme est endémique dans le secteur des soins de santé. «Les services de santé publique opèrent généralement dans le cadre d'un modèle biomédical que l'on peut qualifier de patriarcal et qui est basé sur les relations hiérarchiques. Ce modèle, qui encourage la dépendance et la soumission, affecte les relations entre les professionnels de la santé et les autres travailleurs de la santé dans la fourniture des services et entre les travailleurs de la santé à tous les niveaux et les usagers des services... Ainsi, la subordination apprise à l'autorité masculine semble renforcer une surestimation de l'autorité des médecins hommes, tendance commune parmi les patients des deux sexes... les médecins hommes tendent en particulier à traiter les femmes comme des enfants en les appelant «petite mère» ou «ma fille». Du fait de ce langage et des «tapes sur l'épaule» qui l'accompagnent souvent, les femmes sont traitées avec condescendance et méprisées et elles peuvent plus facilement être traitées avec indifférence»²³⁴. Les Philippines constituent une exception. Du fait surtout des circonstances et de la culture plutôt que de décisions, les pouvoirs publics et les ONG ont une forte proportion de femmes qui occupent les postes de niveau intermédiaire et de direction dans le système de santé, supervisant une main d'œuvre sur le terrain qui est dominé par les sages-femmes et les travailleuses de santé Baranguay. Les services de santé maternelle et infantile et de planification familiale paraissent être fortement orientés vers les femmes. Ainsi, les femmes admises dans les services de santé pour un avortement dû à un choc septique sont traitées comme des patientes et non comme des délinquantes ; les mères célibataires ne semblent pas être mises au ban de la société lors de l'accouchement à l'hôpital. Par ailleurs, l'orientation pour l'accès aux services étant assurée par des femmes, cela pose un problème pour la promotion de la participation des hommes et la satisfaction de leurs besoins en matière de santé de la reproduction²³⁵.

Les docteurs et les infirmières peuvent prendre des décisions pour les patients sans les faire intervenir, partant du principe qu'ils ont toujours raison. Les partenariats fructueux ne sont pas fondés sur la hiérarchie et les partenaires prennent conjointement les décisions et en assument

²³³ M. A. Matalama, «Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services», *Challenges in Reproductive Health Matters* 6, No. 11 (mai 1998), p. 10-21.

²³⁴ Ibid.

²³⁵ FNUAP: «Implementing the Reproductive Health Vision - Involving Men in Reproductive Health», *Evaluation Findings*, issue 24 (juillet 1999), p. 5.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

conjointement la responsabilité²³⁶. En fait, des médecins sont de plus en plus tenus par la loi de respecter les patients en tant qu'égaux, capables de prendre des décisions vitales et d'en être responsables. Les docteurs sont tenus de fournir aux patients les informations médicales dont ils ont besoin pour prendre des décisions en toute connaissance de cause²³⁷. Une évaluation du FNUAP a recommandé que l'orientation en matière de santé de la reproduction et les programmes de formation abordent les notions d'égalité entre les sexes et soient conçus à l'intention des prestataires ainsi que pour l'ensemble de la population masculine. En outre, une formation aux questions relatives à l'égalité entre les sexes devrait être intégrée dans les services de santé de la reproduction au lieu de traiter ces questions comme un sujet distinct²³⁸.

En conclusion, cette évaluation d'ensemble des besoins des hommes au plan des attitudes, des pratiques en matière de reproduction et de sexualité et de comportements en matière de communication a donné des indications sur ce que les priorités des programmes devraient être à l'avenir. Dans les pays où l'opposition des hommes à la planification familiale et leur manque d'intérêt pour la santé en matière de sexualité et de reproduction semblent tenir plus du mythe que de la réalité, il convient de redoubler d'efforts pour changer les attitudes actuelles des hommes à l'égard de la violence fondée sur le sexe, les comportements de prise de risques et les possibilités de négociation de rapports sexuels à moindre risque. Étant donné que les hommes sont généralement exclus des services de santé de la reproduction, c'est un autre créneau qu'il convient d'occuper en vue d'améliorer la compréhension que les hommes ont de la sexualité, de leurs rôles dans le domaine de la santé et de la mortalité maternelle et de la façon dont ils doivent agir pour prendre des décisions en matière de procréation. «Il est particulièrement urgent d'améliorer la responsabilité sexuelle des jeunes hommes, notamment d'accroître l'utilisation des préservatifs. L'activité sexuelle commence souvent à un jeune âge avant le mariage. Du fait que les attitudes et les comportements à même de durer la vie entière se forment souvent durant la jeunesse, s'attacher à satisfaire les besoins des jeunes hommes peut avoir des incidences sur le long terme»²³⁹.

²³⁶ «Paternalism or Partnership: Patients Have Grown Up – and There's No Going Back», *British Medical Journal* 319 (1999), p. 719.

²³⁷ R. J. Cook (1995), p. 357.

²³⁸ FNUAP, «Implementing the Reproductive Health Vision», p. 5.

²³⁹ B. Robey et M. Drennan, «Male Participation in Reproductive Health».

Chapitre 3



Orientations des programmes futurs

Le présent chapitre présente la philosophie, l'objectif et les produits escomptés des nouveaux projets ayant trait aux efforts faits pour mettre en place un partenariat effectif avec les hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction et propose quelques indicateurs.

Quels avantages pourraient être retirés d'un partenariat avec les hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction? Ces avantages peuvent être regroupés dans six catégories: les avantages sociaux, les avantages pour la communauté, les avantages pour les couples, les avantages pour les femmes, les avantages pour les hommes et les avantages pour les enfants²⁴⁰.

Les **avantages sociaux** sont les suivants : la réduction de la pandémie de VIH/sida au moyen de la réduction des risques d'infection à VIH des partenaires masculins; la réduction de la violence et des pratiques nuisibles fondées sur le sexe qui affectent les femmes et les adolescentes impuissantes; la promotion des droits en matière de procréation, qui sont respectés lorsque chaque individu a la possibilité de prendre, en connaissance de cause, des décisions sans danger pour sa santé dans le domaine de la santé et de la reproduction; et la possibilité d'instaurer des relations équitables entre les hommes et les femmes.

Les **avantages pour la communauté** sont les suivants : une réduction du nombre des grossesses d'adolescentes; une réduction des infections sexuellement transmissibles, dont l'infection à VIH; une réduction du nombre des avortements de fœtus de sexe féminin et des incidences des mutilations génitales féminines (MGF) et une reconnaissance accrue de la valeur de la petite fille; une meilleure compréhension de la santé et de la survie maternelles, de la violence dans la famille et des besoins d'information des adolescents, s'accompagnant d'une meilleure organisation communautaire dans ces domaines; et une prise de conscience de la façon dont le changement des rôles sexosociaux pourrait être bénéfique pour l'ensemble de la population.

Les **avantages pour les couples** comprennent la possibilité de négocier une sexualité sans risque; une prise de décision conjointe en matière de sexualité, de reproduction et de procréation; et des relations sexuelles plus intimes et sexuellement plus satisfaisantes.

²⁴⁰ Adapté de M.E. Greene, « The Benefits of Involving Men in Reproductive Health » (document présenté à la Association for Women in Development et à USAID en novembre 1999).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les **avantages pour les femmes** sont une prise de conscience de leurs droits et de leurs moyens d'action dans le domaine de la santé et des droits en matière de procréation; des relations sexuelles consensuelles et plus agréables; une réduction des difficultés touchant à la contraception, à la grossesse, à l'éducation des enfants et aux tâches domestiques; et une réduction des risques liés aux VIH/sida/MST et à la violence dans la famille.

Les **avantages pour les hommes** sont le fait de mieux vivre leur identité d'homme; une meilleure compréhension de leurs droits et obligations; une reconnaissance accrue de leurs multiples relations sexuelles, y compris dans le cas des hommes ayant des relations avec des hommes; une amélioration des aptitudes en vue de négocier des décisions plutôt que de les imposer aux femmes dans les domaines de la sexualité, de la contraception, de la procréation et de l'éducation des enfants; une utilisation accrue des moyens contraceptifs et des taux plus élevés de diagnostic et de traitement du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles, des cancers, de l'infécondité, des dysfonctionnements sexuels et des autres problèmes psychosexuels.

Enfin, les **avantages pour les enfants** sont des modèles paternels positifs, l'amélioration des soins et de l'éducation dispensés par les deux parents et la réduction des sévices sexuels et de la violence dans la famille.

Lors d'une réunion parrainée par le FNUAP en Asie, des défenseurs de la cause des femmes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction ont décrit la participation des hommes comme « l'acceptation et l'appui actifs des besoins, choix et droits de leur partenaire féminine dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Toutefois, on considère que la participation des hommes permet de mieux comprendre le comportement des hommes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction. Du fait de leur position dominante (en tant que décideurs, filtres d'accès aux médias, chefs religieux, cadres et prestataires de services, notables et chefs de ménages), les hommes pourraient fortement contribuer à la réussite des programmes de population et de santé de la reproduction. Leur rôle est important pour la promotion de l'équité entre les sexes, l'éducation des filles, l'émancipation des femmes et le partage des tâches ménagères et de l'éducation des enfants au niveau de la famille, de la communauté et du lieu de travail, et ils permettraient d'enregistrer des progrès dans chacun de ces domaines. Au foyer, les hommes peuvent prendre une part plus active en partageant la prise de décisions avec leur partenaire, en appuyant les choix de leur partenaire et en pratiquant la contraception ou l'abstinence, ou les deux »²⁴¹.

La difficulté s'agissant de l'application de la perspective du mandat du Caire est de traduire ces principes généraux dans des stratégies opérationnelles concrètes et de réaliser des changements mesurables au niveau des politiques, des programmes, des communautés et des individus.

²⁴¹ FNUAP et ECO, « The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes » [Bakou (Azerbaïdjan), 21-24 septembre 1998], *Conference Report*, juin 1999, p. 48.

QUATRE CADRES DE PROGRAMMATION, LES APPROCHES SUIVIES ET LES PRODUITS ESCOMPTÉS

Alors que le paradigme des programmes de population évolue en vue de refléter une perspective plus soucieuse d'équité entre les sexes, différentes approches ont été suivies pour traduire dans les faits ces objectifs généraux. Concrètement, s'agissant de la participation des hommes, il existe quatre cadres qui contribuent à orienter l'action²⁴². Ces cadres varient grandement, allant de l'intégration complète d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes à l'absence totale de cette intégration. Premièrement, le *modèle traditionnel de planification familiale* est plus ancien que la Conférence du Caire, mais il continue d'être à l'origine de stratégies, notamment le programme de recherche. Deuxièmement, le *modèle fondé sur les hommes et la planification familiale* en vogue après la CIPD considère les hommes principalement comme des «contracepteurs» et des décideurs en matière de santé de la reproduction. Troisièmement, le *modèle de l'égalité masculine* est axé sur les hommes en tant que clients de la santé de la reproduction. Enfin, le modèle le plus récent, fondé sur *l'équité entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction*, intègre une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans l'esprit de la CIPD.

On trouvera ci-après un examen de chacun de ces modèles, de leurs objectifs, hypothèses et limites, ainsi que des modalités de mise en œuvre des programmes relatifs aux hommes qui correspondent à chacun de ces cadres. Les optiques qui imprègnent ces programmes ont mis l'accent sur les dimensions suivantes : la solidarité, la responsabilité, la commercialisation dans le domaine de la santé, l'éducation et les droits de l'homme²⁴³.

Le cadre de la planification familiale antérieur à la CIPD, d'où les hommes sont pratiquement absents

Avant la Conférence du Caire, lorsque l'on s'efforçait de réduire la fécondité en augmentant la prévalence de la contraception féminine, les hommes étaient simplement perçus comme une source de problèmes dans les programmes de planification familiale et ils n'étaient pas pris en considération dans la recherche démographique²⁴⁴. Du fait de la relation existant traditionnellement entre fécondité et santé, ces programmes mettaient l'accent sur les femmes, du fait que ce sont elles qui sont enceintes et accouchent. En conséquence, les études de population ont retenu les femmes comme unité d'analyse, bien que ce soient les couples qui procréent²⁴⁵. La preuve en est le type d'indicateur servant à analyser les femmes vivant maritalement qui utilisent une méthode contraceptive sans se référer expressément aux hommes²⁴⁶.

²⁴² M.E. Greene, «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health ».

²⁴³ S.I. Cohen et D. D'Cruz Grote, « Communication and Gender : Some Reflections Based on Experiences from UNFPA, UNICEF and UNAIDS » (intervention lors de l'atelier d'ONUSIDA sur la communication aux fins du changement de comportement et du changement social, tenu à Genève en août 2000).

²⁴⁴ M. Greene et A. Biddlecom, « Absent and Problematic Men : Demographic Accounts of Male Reproductive Roles » [document présenté au Séminaire sur les hommes, la formation de la famille et la reproduction, UIESP, Buenos Aires (Argentine), 13-15 mai 1998].

²⁴⁵ J. G. Figueroa, « Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process » (à paraître, in « Male Sexuality and Reproduction », El Colegio de Mexico, Union Internacional para el Estudio Científico de la Poblacion y Sociedad Mexicana de Demografia).

²⁴⁶ Ibid.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Ce *cadre traditionnel de la planification familiale* s'intéresse principalement à la fourniture de services de contraception, presque exclusivement aux femmes; il ne fait aucune référence expresse aux rôles joués par les hommes et les femmes en matière de pratiques et de services de santé et considère que l'utilisation de contraceptifs par les femmes ralentira l'accroissement de la population. L'objectif principal est d'ordre démographique, le moyen de l'atteindre, ce sont les contraceptifs et la population cible, ce sont les femmes. On trouve des exemples de ce modèle dans Ross et Frankenberg²⁴⁷. Dans ce contexte, le comportement et les intentions des couples en matière de procréation ne sont pas considérés, comme ils devraient l'être, comme un processus d'interaction et de négociation entre hommes et femmes. « Les hommes sont identifiés comme des facilitateurs ou des obstacles pour les femmes en prenant en matière de reproduction des décisions qui induisent un certain niveau de fécondité... L'homme apparaît comme une sorte d'élément secondaire, dont la participation au processus de la reproduction est dilué »²⁴⁸. Du fait que les hommes sont perçus comme des éléments jouant un rôle secondaire dans la reproduction, les tentatives visant à remettre en question leurs liens avec la reproduction ont aussi été traités de façon secondaire au niveau de la collecte de données, ce qui a contribué à notre compréhension limitée de la partie masculine de l'équation. Cela a eu pour effet d'éloigner et de séparer la place occupée par les hommes dans la reproduction en ne la mesurant pas, en n'enquêtant pas sur elle et en ne l'étayant pas par des données; en conséquence, indirectement, les méthodologies démographiques ont fortement contribué à la priver de valeur²⁴⁹. Ce type de croyance peut renforcer le préjugé des prestataires de services contre les méthodes masculines. Manifestement, il convient d'abandonner un modèle démographique aussi restrictif.

68

Le modèle fondé sur les hommes et la planification familiale

Le cadre des hommes et de la planification familiale est une sorte de modèle de transition qui se situe entre le paradigme antérieur à la CIPD et celui postérieur à la CIPD. La raison pour laquelle on s'efforce dans ce modèle de faire participer les hommes est encore essentiellement démographique: le modèle vise à inciter les hommes à utiliser les méthodes contraceptives ou à encourager leur partenaire féminine à le faire, en vue d'accroître la prévalence générale des contraceptifs et d'induire et de maintenir une diminution de la fécondité²⁵⁰. Il s'appuie sur des études sur « le rôle décisif que les familles et les lignées jouent dans les décisions démographiques. Il est possible de dire que ce type d'analyse a incité à axer les interventions au titre des programmes sur d'autres groupes sociaux qui ont une influence sur les décisions en matière de reproduction – l'âge au mariage, l'utilisation des méthodes contraceptives, l'échelonnement des naissances, les rites de passage – et non seulement sur des individus, hommes et femmes. »²⁵¹ Cette perspective nous a aidé à percevoir les hommes et les femmes comme des acteurs en matière de décisions touchant à la fécondité. Parallèlement, des enquêtes ont révélé que les hommes sont plus favorables à la planification familiale qu'on ne le pensait auparavant. Le modèle adopte une vue plus positive

²⁴⁷ J. A. Ross et E. Frankenberg, « Findings from Two Decades of Family Planning Research », Population Council, New York, 1993.

²⁴⁸ J. G. Figueroa, « Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process ».

²⁴⁹ W. Mbugua, courrier électronique du 20 octobre 2000.

²⁵⁰ M. Greene et A. Biddlecom, « Absent and Problematic Men ».

²⁵¹ W. Mbugua, courrier électronique du 20 octobre 2000, dans lequel elle se réfère au travail de John C. Caldwell intitulé *The Theory of Fertility Decline* (Australian National University Academic Press, 1982).

Chapitre 3: Orientations des programmes futurs

du potentiel de changement des hommes²⁵² et des préoccupations relatives au VIH/sida. Les services de contraception ciblent à présent à la fois les hommes et les femmes, mais seulement d'un point de vue pratique en vue d'atteindre d'autres objectifs de programme, ce qui se traduit aussi par des efforts faits en vue d'encourager la communication au niveau du couple sur les intentions en matière de conception, de grossesse non désirée et de contraception. Les défauts sur le plan pratique sont la difficulté d'intégrer les hommes dans des services qui sont dispensés depuis longtemps aux femmes seulement²⁵³. En considérant les hommes comme de simples instruments pour le bien-être des femmes, ils ne s'intéressent pas à leurs besoins²⁵⁴. Un tel modèle ne prend toujours pas en considération la santé en matière de sexualité dans son intégralité, en particulier les raisons pour lesquelles les hommes ont des rapports sexuels hors mariage et la négociation de rapports sexuels sans risque en vue de prévenir les MST et le VIH/sida. Ces programmes ne prennent toujours pas en considération l'émancipation des femmes et les questions relatives à l'équité entre les hommes et les femmes et donc ils ne reflètent pas pleinement la perspective soucieuse d'équité entre les sexes sur laquelle l'accord s'était fait au Caire. De fait, d'aucuns estiment que ce cadre contribue à renforcer les rôles sexosociaux inégaux traditionnels en s'en remettant aux hommes pour convaincre les femmes d'utiliser les méthodes contraceptives. Ce cadre tend à se concrétiser dans deux approches qui mettent l'accent sur la responsabilité et/ou la solidarité.

L'approche fondée sur la solidarité

Cette approche considère les hommes comme des partenaires des femmes qui apportent leur soutien à ces dernières. Le but de cette approche est de faire participer les hommes en tant que partenaires bien informés et d'un grand soutien. Les produits escomptés de cette approche sont une communication renforcée au niveau du couple sur les questions sexuelles et une prise de décision conjointe; le soutien des hommes en matière de soins prénatals et postnatals; la participation des hommes au niveau des responsabilités domestiques, y compris l'éducation des enfants.

Les activités menées au titre de ce type de programme sont l'éducation et l'information des hommes sur la santé en matière de reproduction et la sexualité, dont l'importance des soins prénatals et postnatals; les risques, complications et symptômes de la grossesse et de l'accouchement; le rôle qu'ils peuvent jouer dans les situations d'urgence. La promotion de la participation des hommes aux initiatives pour une maternité sans risque s'appuie sur l'éducation, l'information, les conseils et la mobilisation communautaire en vue de permettre aux hommes de devenir des partenaires d'un grand soutien.

L'approche fondée sur la responsabilité

Cette approche considère les hommes comme des partenaires sexuels auxquels incombe un ensemble d'obligations. Le but est de changer les attitudes et les comportements des hommes et

²⁵² Ainsi, voir Z. A. Sathar et J. B. Casterline, « The Onset of Fertility Transition in Pakistan », document de travail No 112, Population Council, New York, 1998.

²⁵³ M. E. Greene, « The Benefits of Involving Men in Reproductive Health ».

²⁵⁴ FNUAP, « Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle », *TSS Occasional Paper*, No 1, juin 1998.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

des jeunes hommes en leur fournissant des informations et des outils en vue de faciliter leur pratique d'une sexualité sans risque. Les produits escomptés sont une communication améliorée au niveau du couple et une utilisation accrue des préservatifs, peut-être aux fins d'une double protection visant à prévenir les grossesses non désirées et les MST, dont le VIH/sida. La réduction du nombre des partenaires sexuels et l'abstinence ou le report des premiers rapports sexuels peuvent être des produits escomptés des programmes ciblant les adolescents. L'approche tend à s'appuyer sur l'hypothèse négative de l'irresponsabilité des hommes, mais elle reconnaît aussi que si les hommes n'assument pas pleinement la responsabilité de leur comportement en matière de sexualité et de reproduction, cela n'est peut-être pas dû à leur caractère irresponsable. Les hommes agissent selon un ensemble de normes culturelles qui déterminent leurs relations avec les femmes, les rôles sexosociaux et les comportements acceptables pour chaque sexe. Les éléments des programmes qui utilisent cette approche sont la communication au niveau du couple; l'information sur les maladies infectieuses, leurs symptômes et leur prévention, et les méthodes existantes permettant de se protéger en vue de ne pas être infecté ou de ne pas propager une infection; la distribution de préservatifs; les préservatifs féminins et la façon de les utiliser. La commercialisation sociale peut être un élément de la fourniture de services.

Le cadre de l'égalité masculine

Une autre interprétation du mandat du Caire, et probablement la plus controversée, est le *cadre de l'égalité masculine*. Les programmes au titre de cette rubrique considèrent que les hommes ont été négligés et qu'il faut satisfaire leurs besoins en matière de santé de la reproduction, en tant que clients. Les partisans de ce point de vue²⁵⁵ interprètent le mandat du Caire en quelque sorte comme une orientation corrective visant à satisfaire les besoins des hommes qui ne l'ont pas encore été. Il est vrai que les besoins des hommes en matière de santé de la sexualité et de la reproduction sont fort variés, mais cette proposition ignore le fait que le fardeau de la mortalité et de la morbidité liées à la reproduction est supporté beaucoup plus par les femmes que par les hommes. Lorsque le programme d'action de la CIPD mentionne l'équité entre les sexes, il est principalement question de l'état de subordination des femmes et de leur condition inférieure. Cette approche masque aussi le fait que la planification familiale était offerte aux femmes non pas afin qu'elles en tirent des avantages d'ordre personnel, mais dans l'intérêt de la société et de la nation²⁵⁶. Ces programmes, fondés sur ce qu'il est convenu d'appeler l'égalité masculine, n'essayent pas d'intégrer les services existants destinés aux femmes et ceux ciblant les hommes ni de forger des partenariats entre les hommes et les femmes. Ils tendent à embaucher des prestataires de services masculins pour les hommes, à mettre en place des dispensaires réservés aux hommes et à fournir des services supplémentaires et, ce faisant, à susciter des préoccupations s'agissant du détournement des ressources limitées disponibles pour la santé des femmes. Toutefois, ce

²⁵⁵ C. Laudari, «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health» (document présenté à l'atelier thématique SAT du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé de la reproduction, Rome, novembre 1998); T.H. Hull, «Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?» (document présenté à la Psychosocial Meeting, New York, mars 1999).

²⁵⁶ Cette situation a été exposée clairement par M. E. Greene dans un article intitulé «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health».

Chapitre 3: Orientations des programmes futurs

type de service reflète assurément une vision plus globale de la santé en matière de sexualité; ces services mettent plus l'accent sur la sexualité masculine et aident les hommes à percevoir les avantages liés au changement. Ce cadre se reflète dans les programmes qui adoptent l'approche dite de la «commercialisation de la santé».

L'approche dite de la commercialisation de la santé ou la satisfaction des besoins des hommes en matière de santé de la reproduction

L'approche fondée sur la commercialisation considère les hommes comme des clients. Elle combine des services fournis dans les dispensaires à une distribution au niveau communautaire et à des programmes éducatifs sur les lieux de travail. Cette stratégie offre aux hommes une contraception médicale, des soins médicaux et un soutien psychosocial. En faisant appel à l'intérêt personnel des hommes, ces activités visent à attirer un plus grand nombre d'hommes vers les services de santé de la reproduction. Par le passé, cette approche n'a pas fait intervenir le souci d'équité entre les sexes. Toutefois, tant que ces initiatives ne portent pas préjudice aux programmes existants ciblant les femmes, ils devraient contribuer en même temps à la santé des femmes, des hommes et des enfants en matière de reproduction²⁵⁷.

Le cadre fondé sur l'équité entre les sexes dans le domaine de la santé en matière de reproduction

Le cadre de l'égalité entre les sexes s'intéresse aux besoins des hommes touchant à la santé en matière de sexualité et de reproduction en tant que partenaires égaux des femmes (et/ou d'autres hommes). Il reconnaît que l'inégalité entre les sexes a une influence non seulement sur le comportement en matière de fécondité, mais aussi sur la santé et les droits en matière de reproduction et de sexualité en général et que pour lutter contre ces inégalités, il faut la participation et la coopération sans réserve des hommes, parce qu'ils détiennent plus de pouvoir et qu'ils pèsent sur les choix des femmes. Ces programmes encouragent l'équité entre les sexes, ainsi que la santé des femmes et des hommes en matière de reproduction au moyen d'une forte participation des hommes²⁵⁸. L'expression «Les hommes en tant que partenaires», utilisée par AVSC International [EngenderHealth] pour ses programmes qui font appel aux hommes, est probablement celle qui reflète le mieux l'esprit de la CIPD.

Comme dans le domaine des hommes et de la planification familiale, ce cadre met l'accent sur les partenariats aux fins de la prise de décisions touchant à la santé en matière de sexualité et de reproduction et sur le soutien mutuel au niveau des couples, les partenaires se protégeant personnellement et réciproquement contre les infections et les grossesses non désirées et s'occupant de leur santé personnelle et de celle de leur partenaire en matière de reproduction, ainsi que de leur famille. Toutefois, ce cadre va au-delà de la mesure de la fécondité et de la fourniture de services médicaux. Il établit un lien entre la reproduction et la sexualité et considère cette dernière comme une expression des rapports de force et de pouvoir entre les hommes et les femmes; il remet en question l'identité sexuelle, les pratiques sexuelles et la violence sexuelle et il étudie les possibilités d'accès à une vie satisfaisante sur le plan de la procréation et de la

²⁵⁷ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport au Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999.

²⁵⁸ M.E. Greene, «The Politics and Practice of Involving Men in Reproductive Health», Center for Health and Gender Equity, Takoma Park (Maryland), 1999, p. 8.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

sexualité tant du point de vue personnel que du point de vue social. «Il ne se limite pas à considérer les hommes comme les personnes qui participent en appuyant ou en entravant le comportement des femmes avec lesquelles ils procréent»²⁵⁹. Prendre conscience des relations entre les sexes et des inégalités existantes en matière de pouvoir dans le cadre de la sexualité offre la possibilité d'envisager d'autres comportements et attitudes pour les hommes et pour leurs partenaires. Comprendre les problèmes des hommes et leurs mécanismes de réponse, traduire ces questions dans des modèles d'identité masculine propices à l'amélioration de l'égalité et trouver des avantages psychosociaux à la modification des rôles masculins qui ne pérennisent pas l'aliénation des femmes apparaissent donc comme des mesures essentielles pour transformer les relations entre les sexes. Un des problèmes qui se posent est de convaincre les hommes que l'égalité entre les sexes et l'émancipation des femmes sont dans leur intérêt.

Deux approches s'inscrivent dans le cadre précédemment décrit, l'approche fondée sur l'éducation et l'approche fondée sur la promotion des droits de l'homme.

L'approche fondée sur l'éducation

Cette approche touche les hommes très tôt dans leur vie. Elle intègre une perspective sexospécifique dans l'éducation familiale, l'éducation par les pairs et l'éducation sexuelle. L'objectif est de sensibiliser les garçons et les adolescents à la santé des hommes et des femmes en matière de sexualité et de reproduction, aux inégalités entre les sexes, aux stéréotypes sexuels et aux implications des rôles sexosociaux traditionnels. Les résultats escomptés sont qu'à l'issue de leurs études, les garçons et les adolescents connaissent les inégalités entre les sexes, souhaitent résister à l'influence des pairs et chercher de l'aide, et qu'ils soient résolus à promouvoir les nouveaux rôles et comportements qui renforcent l'autonomie des femmes et leur permettent d'avoir des relations satisfaisantes.

L'approche fondée sur les droits de l'homme

Il s'agit d'une stratégie portant sur l'ensemble de la société qui vise à promouvoir une tolérance nulle à l'égard de la violence fondée sur le sexe, considérée comme une violation des droits de l'homme et des pratiques nuisibles, dont les mutilations génitales féminines, les mariages précoces, la polygamie et la préférence pour les fils. Elle prône des systèmes juridiques qui protègent les droits en matière de reproduction, l'égalité des sexes et les droits de l'enfant. L'approche fondée sur les droits de l'homme appelle aussi l'attention sur les droits des femmes et n'exerce pas de pression sur les hommes en vue de les amener à ce conformer à des normes sexosociales stéréotypées, bien que l'on ait fait valoir que ce type d'approche fondée sur la réduction des risques ou des dommages tend à considérer les hommes comme le problème²⁶⁰. Le droit à une bonne santé en matière de sexualité et de reproduction signifie que des services devraient être

²⁵⁹ J.G.P. Figueroa, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process».

²⁶⁰ W. Mbugua, courrier électronique du 20 octobre 2000.

Chapitre 3: Orientations des programmes futurs

Cadres et approches correspondantes dans le domaine du partenariat

Cadres	Approches	Buts/accents	Implications au niveau des programmes
AVANT LA CONFÉRENCE DU CAIRE			
Planification familiale	Femmes seulement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accroître la prévalence de la contraception ■ Diminuer la fécondité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fourniture de moyens contraceptifs aux femmes seulement ■ Absence des hommes
INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION AND DEVELOPMENT (ICPD) CAIRO, 1994			
Les hommes et la planification familiale	Solidarité Responsabilité	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accroître la prévalence de la contraception ■ Diminuer la fécondité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fourniture de moyens contraceptifs aux femmes et aux hommes ■ Considère les hommes comme des acteurs prenant part à la prise de décisions en matière de fécondité ■ Ne met pas l'accent sur les implications respectives pour les femmes et pour les hommes
Égalité en faveur des hommes	Commercialisation de la santé ou satisfaction des besoins des hommes en matière de santé de la reproduction	<ul style="list-style-type: none"> ■ Satisfaire les besoins des hommes en matière de santé de la reproduction comme cela a été fait pour les femmes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les hommes en tant que clients ■ Flatte les intérêts personnels des hommes ■ Ne met pas l'accent sur les implications respectives pour les femmes et pour les hommes
Équité entre les sexes en matière de santé de la reproduction	Fondée sur l'éducation Fondée sur les droits de l'homme	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encourager l'équité entre les sexes. ■ Promouvoir la santé des femmes et des hommes en matière de reproduction au moyen d'une participation véritable des hommes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les hommes en tant que partenaires ■ Intègre une perspective sexospécifique ■ S'efforce d'atteindre les jeunes gens et les jeunes hommes ■ Protège les droits en matière de reproduction, l'égalité entre les sexes et les droits de l'enfant.

SOURCE: Adapté de M. Greene. « The Benefits of Involving Men in Reproductive Health ». 1999.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

mis en place en vue de satisfaire les besoins des hommes et des femmes et que les hommes devraient avoir accès à l'information, aux connaissances et aux vue concernant eux-mêmes et leurs partenaires²⁶¹.

PRODUITS ESCOMPTÉS DE L'ÉTABLISSEMENT DE PARTENARIATS ET INDICATEURS RELATIFS

La gestion axée sur les résultats accorde une grande importance à l'efficacité, à la responsabilité et aux retombées, et elle demande aux organisations de mesurer les effets de leur travail. Il est demandé aux organisations d'évaluer les résultats de leurs activités au moyen d'indicateurs de résultats et de quantifier leur activité au moyen d'indicateurs d'activité. Les indicateurs jouent un rôle important à toutes les étapes d'un programme, de la conception à la réalisation, du suivi à l'évaluation. La création d'indicateurs concernant l'établissement de partenariats dans une perspective sexospécifique a pour objectif de mettre en place un ensemble d'instruments pour le mouvement de promotion de la santé des femmes, les usagers des services et les services de santé eux-mêmes. Il faut pour cela choisir les variables les mieux à même de mettre en lumière tous changements qui devraient être apportés en se fondant sur les résultats de la recherche. Manifestement, il existe de nombreuses indicateurs possibles dans une perspective sexospécifique et ceux-ci peuvent être adaptés aux besoins particuliers de chaque évaluation. Le processus de sélection des indicateurs aide aussi à forger un consensus sur les changements qui doivent être apportés et sur les indicateurs nécessaires pour les évaluer²⁶².

74

L'expansion des services de santé en matière de sexualité dans le cadre d'un changement des normes et des comportements sociaux qui régissent les relations entre les sexes fait qu'il est nécessaire d'élaborer de nouveaux produits et les indicateurs correspondants pour les programmes d'établissement de partenariats. L'adoption d'une perspective sexospécifique aux fins de la programmation dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction passe par la redéfinition des produits. Ces produits s'appuient sur des hypothèses fondamentales, comme décrit plus haut, et les théories du changement social.

Le Programme d'action de la CIPD et le Programme d'action de Beijing, ainsi que l'engagement renouvelé d'assurer leurs processus de suivi respectifs, prévoient la participation des hommes aux programmes relatifs à la population et au développement et à la santé en matière de sexualité et de reproduction en vue de réaliser les produits suivants:

- 1) Rectifier les déséquilibres existants liés au patriarcat et au malaise que les hommes éprouvent du fait de leur identité et qui entrave la réalisation par les femmes de leurs droits en matière de procréation et de sexualité, par exemple du fait de la violence exercée contre les femmes et les filles;

²⁶¹ FNUAP et Organisation de coopération économique, «The role of Men in Population and Reproductive Health Programmes», Bakou (Azerbaïdjan), 21-24 septembre 1998, *Conference Report*, juin 1999, p. 48.

²⁶² M. I. Matalama, «Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services», *Reproductive Health Matters*, 6, No 11 (mai 1998), p. 19.

Chapitre 3: Orientations des programmes futurs

- 2) Promouvoir l'égalité dans les relations entre les hommes et les femmes et les relations sexuelles au moyen de la collaboration à des initiatives liées indirectement à la reproduction et à la sexualité (ayant trait par exemple à la paternité ou à la sûreté des rapports sexuels);
- 3) Promouvoir l'égalité dans les relations entre les hommes et les femmes et les relations sexuelles au moyen de la collaboration à des d'initiatives liées directement à la reproduction et à la sexualité;
- 4) Améliorer la santé des hommes et des femmes en matière de reproduction;
- 5) Promouvoir chez les hommes, y compris les jeunes gens, des comportements sains et sans danger en matière de reproduction et de sexualité.

Il est intéressant de noter qu'en évaluant les approches ayant trait à l'égalité entre les sexes, nous avons peut-être mieux identifié les problèmes d'inégalité entre les hommes et femmes que nous

Résultats escomptés, sur le plan du comportement, de l'application des programmes fondés sur l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité et des programmes relatifs aux droits, l'accent étant mis sur les hommes²⁶³

- ▶ Promouvoir l'égalité entre les sexes dans les politiques du travail, la santé et l'éducation: promouvoir le congé paternel; s'opposer aux pratiques nuisibles telles que les MGF, la préférence pour les fils, le mariage précoce, les « sugar daddies » et la polygamie consensuelle; soutenir l'éducation et la formation des filles et des femmes ; promouvoir l'exercice par les femmes de leurs droits en matière de reproduction et de sexualité; faire campagne contre la violence fondée sur le sexe; fournir des services de santé de la reproduction qui soient sexospécifiques; et exiger que la planification de l'existence et l'éducation sexuelle soient enseignées dans les écoles
- ▶ Renoncer eux-mêmes à la violence sexiste et s'y opposer lorsqu'elle est le fait d'autrui²⁶⁴ et promouvoir des conceptions non agressives de la sexualité masculine et de la masculinité;
- ▶ Pratiquer une paternité responsable: apporter un appui à leur partenaire pour l'éducation des enfants et les tâches ménagères; protéger la santé de leurs enfants et investir dans leur avenir; enseigner à leurs fils le respect des besoins et points de vue des filles et des femmes; établir avec leurs filles des relations ouvertes et positives; fournir à leurs enfants des informations exactes et respectueuses de leur personnalité, et des modèles à émuler;
- ▶ Protéger la santé de leur partenaire et soutenir ses choix; adopter un comportement sexuellement responsable; communiquer au sujet des problèmes de santé en matière de reproduction et de sexualité et travailler ensemble à les résoudre; envisager d'adopter des méthodes contraceptives masculines (notamment la vasectomie et les préservatifs); acquitter le prix du transport jusqu'au lieu où sont dispensés les services et le coût de ceux-ci;
- ▶ Faire face à leurs propres risques de santé de la reproduction: apprendre à prévenir ou traiter les infections sexuellement transmissibles, l'impotence, le cancer de la prostate, la stérilité, les dysfonctionnements sexuels et les tendances à recourir à la violence ou aux mauvais traitements; utiliser des préservatifs systématiquement ; consulter pour obtenir des soins de santé et un appui psychosocial.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

n'avons traduit ces approches dans des résultats positifs au niveau des comportements visant à résoudre les problèmes. Qu'entend-on en fait par homme équitable à l'égard des femmes ? Il convient de réfléchir à la définition opératoire formulée par Barker concernant les jeunes hommes : « Les jeunes hommes équitables sont respectueux dans leurs relations avec les femmes et cherchent des relations basées sur l'égalité avec leur partenaire. Ils appuient l'idée selon laquelle les femmes ont autant de désir sexuel que les hommes et qu'elles ont le droit de jouer un rôle sexuel tout comme ces derniers, et ils cherchent à établir des relations fondées sur l'intimité qui aillent au-delà des relations physique et des conquêtes sexuelles»²⁶⁵.

Dans le même ordre d'idées, la liste ci-dessus propose un ensemble de résultats sur le plan du comportement.

Des indicateurs particuliers de produits sont identifiés dans le même ordre. L'éventail des indicateurs comprend des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, même si les indicateurs qualitatifs sont souvent sous-évalués par les services de santé²⁶⁶: il convient de ranger les indicateurs par ordre de priorité et selon que l'intervention se situe au niveau de la société, d'une institution ou de l'individu.

- 1) Dans des contextes fortement préjudiciables, il peut s'avérer nécessaire d'adopter des approches correctives en vue de rectifier les déséquilibres existants qui sont liés au patriarcat et au malaise que les hommes éprouvent du fait de leur identité et qui entrave la réalisation par les femmes de leurs droits en matière de procréation et de sexualité.

Les **indicateurs** de produits correspondants sont les suivants²⁶⁷:

- Changement de la façon dont la police, les tribunaux et les hôpitaux traitent les victimes de la violence, y compris les complications liées aux avortements pratiqués dans de mauvaises conditions;
- Changement des politiques et application des lois relatives à la violence dans la famille; couverture médiatique condamnant la violence contre les femmes;
- Changement des taux/incidence de la violence;
- Changement intervenant dans la connaissance que la communauté a de l'existence de ce type de violence;

²⁶³ Adapté de *L'état de la population mondiale 2000: Vivre ensemble, dans des mondes séparés*, FNUAP, p. 36.

²⁶⁴ Recommandation dans *Memorias del Simposio Sobre Participación Masculina en La Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas* [rapport d'une réunion à Oaxaca (Mexique), octobre 1998], AVSC International et IPPF/WHO, New York, 1999.

²⁶⁵ G. Barker, «Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men», notes tirées de recherches doctorales, juillet 2000.

²⁶⁶ M. I. Matalama, «Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services», p. 18.

²⁶⁷ N. Yinger et E. Murphy, «Illustrative Indicators for Programming in Men and Reproductive Health» (projet présenté à la session plénière du IGWG, le 6 octobre 1999).

Chapitre 3: Orientations des programmes futurs

- Changements intervenant dans les attitudes des hommes à l'égard des pratiques nuisibles telles que les mutilations génitales féminines pour leurs propres filles et petites filles, ainsi que pour leur future épouse, la préférence pour les garçons, la polygamie et les mariages forcés.

Ce produit exige des activités de mobilisation contre la violence à l'encontre des femmes, y compris les sévices sexuels dans la famille; la coopération avec les organes judiciaire, la police et les services de santé en vue d'identifier les victimes; le travail avec les auteurs des actes de violence; et la lutte contre les causes profondes de la violence, telles que la pauvreté.

- 2) La promotion de l'égalité dans les relations entre les hommes et les femmes et les relations sexuelles au moyen de la collaboration à des d'initiatives liées indirectement à la reproduction et à la sexualité exige une sensibilisation et un appui accrus des donateurs aux initiatives de « partenariat», l'accroissement des ressources et matériaux disponibles au niveau régional et la mise en place d'une base de connaissances plus sophistiquée sur les hommes et sur la maternité sans risque.

Indicateurs du comportement équitable à l'égard des femmes chez les jeunes hommes

Barker²⁶⁸ a proposé des indicateurs supplémentaires pour rendre opérationnelle sa définition des jeunes hommes équitables à l'égard des femmes:

- ▶ Les jeunes hommes équitables à l'égard des femmes critiquent ou remettent en question les normes sexuellement différenciées, les hommes étant autorisés à avoir des partenaires sexuels externes ou occasionnels outre leur fiancée, épouse ou partenaire, tandis qu'on attend des femmes qu'elles soient fidèles à leur fiancé, époux ou partenaire.
- ▶ Ils s'efforcent d'être des pères concernés. Par concernés, nous entendons qu'ils considèrent devoir être financièrement responsables de leurs enfants et s'occuper de ces derniers d'une manière ou d'une autre. Leur intervention consiste à s'occuper quelque peu des enfants, à montrer qu'ils s'attachent à subvenir financièrement aux besoins de leurs enfants et à s'intéresser activement à la santé de ces derniers.
- ▶ Ils assument une certaine responsabilité s'agissant des questions de santé de la reproduction. Cela peut consister à prendre l'initiative de discuter des questions de santé de la reproduction avec leur partenaire, à utiliser des préservatifs ou à aider leur partenaire à acquérir ou à utiliser une méthode contraceptive, ou encore à trouver une personne à même de pratiquer un avortement provoqué.
- ▶ Ils ne recourent pas à la violence contre les femmes dans le cadre de leurs relations intimes et ils sont opposés à la violence contre les femmes. Il peut s'agir de jeunes hommes qui indiquent qu'ils ont été violents avec une partenaire féminine par le passé mais qu'ils considèrent à présent que la violence contre les femmes n'est pas un comportement acceptable pour les hommes - que ce n'est pas «bien» - et qu'ils ne tolèrent pas que les autres hommes se comportent ainsi.

²⁶⁸ G. Barker, «Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les indicateurs possibles sont les suivants²⁶⁹:

- Les changements intervenant dans les textes et dans l'application des politiques et les textes législatifs au niveau des donateurs et des gouvernements, en particulier ceux qui ont trait aux normes masculines qui ont des incidences sur la santé en matière de reproduction et de sexualité (par exemple, les lois suédoises sur le congé de paternité);
- Les changements intervenant dans les attitudes et les connaissances des décideurs au niveau national et des donateurs sur les normes masculines et sur les droits des femmes en matière de reproduction et de sexualité.

Pour la base de connaissances sur l'identité masculine et les problèmes sexospécifiques, il faut mesurer:

- Les changements intervenant dans la connaissances que les hommes ont de leurs mécanismes de réponse et dans la recherche par les hommes d'un soutien psychosocial;
- Les changements intervenant dans les attitudes des hommes à l'égard des rôles sexosociaux et dans la connaissance que les hommes ont des droits des femmes en matière de sexualité et de reproduction en tant que droits fondamentaux;
- Un partage plus équitable des tâches ménagères et des tâches liées à l'éducation des enfants;
- Les changements intervenant dans la connaissance et les attitudes des adolescents de sexe masculin s'agissant des rôles sexosociaux.

À l'échelon national, cela comprend des interventions au niveau juridique et au niveau des politiques générales qui encouragent les pairs à jouer un rôle accru dans les aspects essentiels de la maternité sans risque et de l'éducation des enfants. Les catégories de programmation sont la mobilisation sociale et communautaire visant à induire des changements normatifs, l'éducation sur l'équité entre les sexes et la communication visant à apporter un appui au changement des comportements (plaidoyer au niveau des médias et des décideurs).

3) Pour la promotion de l'égalité dans les relations entre les hommes et les femmes et les relations sexuelles au moyen de la collaboration à des initiatives directement liées à la reproduction et à la sexualité, les indicateurs correspondants pourraient être les suivants²⁷⁰:

- la mesure dans laquelle les relations sexuelles sont souhaitées par les deux partenaires et non imposées;
- la mesure dans laquelle les deux partenaires sont capables de négocier des rapports sexuels sans risques;
- la mesure dans laquelle les grossesses sont désirées par les deux partenaires, par opposition à non désirées;

²⁶⁹ N. Yinger et E. Murphy, «Illustrative Indicators for Programming in Men and Reproductive Health» (projet présenté à la session plénière du IGWG, le 6 octobre 1999).

²⁷⁰ J. G. Figueroa, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process».

Chapitre 3: Orientations des programmes futurs

- l'ampleur des négociations portant sur les soins aux produits de la grossesse, y compris ses complications (voir Figueroa pour une discussion d'un nouvel ordre du jour en matière de recherches).

Les **indicateurs** supplémentaires suivants sont adaptés de Yinger et Murphy²⁷¹:

- les changements intervenant dans les attitudes des prestataires à l'égard du rôle des hommes à l'appui de la santé des femmes en matière de sexualité et de reproduction;
- les changements intervenant dans les dispensaires afin qu'il soit plus facile pour les hommes d'assister à l'accouchement et à ses complications;
- les changements intervenant dans les attitudes des prestataires et des hommes à l'égard de l'avortement et dans l'appui qu'ils apportent aux femmes;
- les changements intervenant dans la compréhension que les hommes ont des signes de danger, et les mesures qu'ils prennent au cours de la grossesse, de l'accouchement et en cas de complications post-partum ou après un avortement.

Les **indicateurs** supplémentaires suivants devraient être aussi envisagés:

- la mesure dans laquelle les politiques et la législation appuient la capacité des individus de négocier des rapports à moindre risque;
- les contextes à risque (par exemple, l'utilisation obligatoire des préservatifs dans les maisons de prostitution, l'accès aux préservatifs dans les camps de réfugiés);
- l'acceptation par la société de la sexualité des adolescents;
- la connaissance par les hommes de la plus grande vulnérabilité des femmes aux MST, dont le VIH/sida;
- la reconnaissance par les hommes du droit des femmes à une vie sexuelle satisfaisante et sans risque.

Une vaste gamme d'initiatives de programmation existent dans ce domaine. Il s'agit notamment de la formation des prestataires afin qu'ils offrent aux couples des services de santé en matière de sexualité et de reproduction, y compris des soins et des conseils après un avortement; la communication en faveur du changement des comportements, y compris la mobilisation communautaire sur les risques liés à la grossesse et à l'accouchement et sur les moyens d'y faire face; les conseils aux jeunes par leurs pairs à l'intention des futurs pères et des partenaires sexuels actifs; et la communication en faveur du changement de comportement en matière de prise de décision conjointe sur la sexualité et la procréation.

- 4) Améliorer la santé des hommes et des femmes en matière de reproduction. Les indicateurs de produits seraient les suivants (adapté de Yinger et Murphy)²⁷²:

²⁷¹ Ibid.

²⁷² Ibid.

**Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction**

- les changements intervenant dans les attitudes et les compétences des prestataires en matière de fourniture de services de qualité aux hommes et aux couples;
- les changements intervenant dans les connaissances des hommes, leur acceptation et leur utilisation des services de santé de la reproduction;
- de changements intervenant dans les connaissances que les hommes et les femmes ont de leur corps, des dysfonctionnements et des symptômes en matière de sexualité et de reproduction masculines, et des endroits où ils peuvent obtenir des services;
- la promotion et la fourniture de services de double protection; la prévalence de l'utilisation de la planification familiale masculine et de méthodes permettant des rapports sexuels à moindre risque.

La programmation dans ce domaine comprend une évaluation communautaire participative des besoins non satisfaits des hommes en matière de reproduction dans les perspectives des hommes, des couples, des femmes et des adolescents; l'éducation et les services de santé de la reproduction dans des structures de santé, les programmes sur le lieu de travail et les lieux de commercialisation sociale, y compris la distribution communautaire; la promotion de la santé de la reproduction au moyen de campagnes médiatiques; la formation des prestataires et le changement des comportements; et des services spéciaux de santé de la reproduction à l'intention des hommes.

80

5) La promotion chez les hommes, y compris les jeunes gens, de comportements sains et sans danger en matière de reproduction et de sexualité peut être mesurée à l'aide notamment des indicateurs suivants:

- les changements intervenant dans les services de santé de la reproduction qui intègrent les soins de santé maternelle et infantile/la planification familiale avec la prévention des infections de l'appareil génital et des MST/VIH/sida, les conseils et les tests volontaires, et les soins;
- les changements intervenant dans les intentions des hommes de réduire les pratiques préjudiciables et de préserver leur corps et celui de leur partenaire;
- l'utilisation de préservatifs par les deux partenaires; l'acceptation par les communautés de l'éducation sexuelle pour les adolescents;
- les changements intervenant dans les programmes scolaires en vue d'offrir une éducation et des conseils sur les rapports sexuels à moindre risque;
- les changements intervenant dans les pratiques sexuelles des adolescents, y compris le report des premiers rapports sexuels, l'âge au mariage, la première grossesse, et la pratique de rapports sexuels à moindre risque.

Différentes interventions de programmation accompagneraient ce type de changement, y compris des recherches sur les réseaux sexuels masculins et sur les raisons des hommes et les circonstances sociales qui sous-tendent les comportements à risque; la communication en faveur du changement des comportements visant par renforcer le sentiment que les hommes ont de pouvoir eux-mêmes s'assurer une vie sexuelle sans risque; la capacité individuelle des couples de négocier des rapports sexuels à moindre risque; l'adolescence et l'éducation sexuelle dans différents cadres, y compris l'éducation parentale et la mobilisation communautaire.

Chapitre 4



Considérations liées à la programmation

Parler des rôles sexosociaux dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité pose la question des conflits d'intérêts. En effet, le droit des femmes de décider d'avoir ou non des enfants et, si oui, quand et combien, est une pierre angulaire du mouvement féministe et un droit que l'on peut craindre de voir menacé si l'on inclue les hommes dans la santé en matière de reproduction et de sexualité. Dans de nombreux pays, les hommes prennent les décisions et contrôlent toujours la reproduction et la sexualité des femmes. Inclure les hommes dans les programmes de population semble au premier abord constituer un pas en arrière plutôt qu'un pas en avant, en particulier si des programmes mal orientés transfèrent «la source de prise de décision des femmes aux hommes»²⁷³. Les programmes existants faisant appel à la participation des hommes tentent à partager les aspects risquant de poser des problèmes: premièrement, les composantes masculines sont habituellement limitées aux méthodes masculines de planification familiale, qui constituent seulement un élément de la santé de la reproduction. Deuxièmement, ils tendent à ne s'adresser qu'aux hommes, tout comme les anciens programmes ne s'adressaient qu'aux femmes, sans prendre en considération les relations hommes-femmes. Mettre l'accent sur les hommes seulement est aussi insuffisant que de mettre l'accent uniquement sur les femmes, parce qu'en agissant ainsi on ne prend pas en considération la façon dont de nombreuses décisions sont prises ni le contexte qui les influence. Troisièmement, ils tendent à s'appuyer sur un principe négatif, à savoir l'irresponsabilité des hommes, plutôt que sur le principe positif qu'est la promotion des droits des hommes. Quatrièmement, en considérant les hommes comme un instrument pour le bien-être des femmes, ils semblent les utiliser et ne satisfont pas leurs besoins²⁷⁴.

Afin d'éviter de transférer la qualité pour prendre les décisions, les programmes devraient viser à incorporer non seulement une participation accrue, mais aussi une participation des hommes qui soit appropriée. Ainsi, les programmes devraient être basés sur la compréhension de la dynamique des sexes, sur la façon dont les décisions sont prises et appliquées, sur l'évolution des besoins des deux sexes et sur leur interaction. Le présent chapitre étudie un certain nombre de principes de programmation qui pourraient guider une participation masculine appropriée, par

²⁷³ C. Laudari, «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health» (document présenté à Rome, FAO/OMS/FNUAP novembre 1998).

²⁷⁴ «Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», *Technical Support Services Occasional Paper No. 1*, FNUAP, juin 1998, p. 6-11.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

opposition à une situation masculine accrue, dans le domaine de l'éthique et de l'allocation des ressources, ainsi que des plans stratégiques pour identifier les priorités.

FAIRE FACE AUX QUESTIONS D'ÉTHIQUE

Une organisation qui veut s'occuper des questions relatives à la problématique hommes - femmes doit commencer par s'évaluer elle-même sur ce plan; elle doit évaluer quelles sont ses incidences en se fondant sur les relations entre hommes et femmes en son sein. Agir de la sorte ne permet pas de disposer d'une mesure ayant une utilité quelconque, mais répond plutôt à une exigence éthique²⁷⁵. Cela est vrai aussi des organisations de santé. En effet, parvenir à forger des partenariats efficaces avec les hommes pose des problèmes éthiques sérieux aux prestataires, tant à leur niveau que dans leurs interactions avec les clients. Concrètement, fournir des services aux hommes et/ou inclure les maris dans la fourniture de soins de santé à leur femme soulève un certain nombre de questions d'éthique, qui sont précisées ci-après²⁷⁶:

- Tant les hommes que les femmes devraient bénéficier de la fourniture aux hommes de services de santé en matière de reproduction et de sexualité. En conséquence, une étroite surveillance devrait être intégrée dans les programmes afin de s'assurer que l'attention accrue accordée aux besoins des clients de sexe masculin ne porte pas préjudice aux besoins des clientes²⁷⁷. Compte tenu des déséquilibres de pouvoir existant actuellement entre les sexes et du fait que ce sont les femmes qui meurent en couches, l'émancipation des femmes et l'égalité entre les sexes demeurent des éléments critiques des programmes de santé de la reproduction. Il est essentiel de veiller à ce que les femmes conservent les acquis de la réalisation de leurs droits en matière de sexualité de la reproduction qui leur permettent d'effectuer des choix dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction librement et sans contrainte.
- L'existence de services destinés aux hommes ne doit pas se traduire par une diminution des services de santé de la reproduction fournis aux femmes ni porter atteinte à la qualité de ces services; ainsi, la fourniture d'informations aux maris ne devrait pas remplacer la fourniture de conseils aux femmes. La fourniture de services aux hommes ne devrait pas affecter la qualité des services dispensés aux femmes, que ce soit parce que les prestataires seraient moins disponibles pour fournir des services aux femmes ou parce que les femmes qui se rendent dans ces établissements se sentiraient mal à l'aise du fait de la présence d'hommes.
- Les travailleurs de la santé doivent être sensibles aux besoins des femmes et continuer à respecter leur vie privée. Il faudrait demander aux femmes si elles veulent que leur mari soit associé à la fourniture des soins de santé qu'elles reçoivent, afin de ne pas porter atteinte à leur autonomie. La salle d'accouchement, en fonction des préférences de certaines femmes et de certains travailleurs de la santé, doit demeurer inaccessible à la plupart des hommes. Une étude réalisée au Kenya a révélé que les femmes préfèrent que la salle de travail et la salle d'accouchement demeurent un espace réservé aux femmes.

²⁷⁵ B. Egero, «Considerations on Male Involvement» (présentation au Groupe consultatif du FNUAP sur l'égalité entre les sexes, New York, 23-25 mars 2000), p. 7.

²⁷⁶ «Seminar on Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Findings from Operations Research», Frontiers [Population Council, Alexandrie (Égypte), 4-5 mai 1998].

²⁷⁷ AVSC International, *Introduction to Men's Reproductive Health Services*, 2000, p. 1.3.

Chapitre 4: Considérations liées à la programmation

Cela est peut-être dû à la présence d'un trop grand nombre de personnes et à la promiscuité²⁷⁸. Il peut être nécessaire d'apporter des modifications à la configuration des services alors que les hommes et les femmes renforcent leur partenariat en matière de reproduction et que les besoins changent.

- Associer les maris pourrait avoir pour effet de porter atteinte à l'autonomie des femmes et de renforcer le contrôle que les hommes exercent sur elles. Entre 7 et 20 % des femmes utilisent des méthodes contraceptives à l'insu de leur mari dans les pays d'Afrique subsaharienne²⁷⁹. Associer les maris pourrait faire courir un risque à certaines patientes qui ont mis fin à une grossesse à l'insu de leur mari. Le personnel de santé devrait recevoir une formation afin de pouvoir résoudre des dilemmes éthiques, concernant par exemple le parti qu'il convient de prendre en cas de désaccord entre un mari et sa femme sur une question donnée. Le personnel de santé doit aussi recevoir une formation afin de pouvoir faire face des questions d'éthique délicates telles que le consentement, la confidentialité et les droits parentaux.
- Les services destinés aux jeunes devraient être fournis en tenant compte des aspects culturels afin de réduire au minimum les réactions négatives des parents ou d'autres parties prenantes. Il faudrait tout mettre en œuvre pour protéger la confidentialité des jeunes cherchant à avoir accès à ces services.

ALLOCATION DE RESSOURCES ET COÛTS DES PROGRAMMES CIBLANT LES HOMMES: DES RESSOURCES SONT-ELLES DÉTOURNÉES DES PROGRAMMES CIBLANT LES FEMMES?

L'importance des rôles que les hommes jouent dans la réalisation des objectifs de la CIPD est de plus en plus reconnue, mais cinq ans après la tenue de la conférence du Caire, de graves tensions apparaissent dans l'application du Programme d'action. Certaines personnes qui font campagne en faveur de la santé des femmes craignent véritablement qu'associer les hommes aura pour effet de détourner des ressources, qui sont déjà jugées insuffisantes pour atteindre les objectifs en matière de santé des femmes, vers des programmes de santé ciblant les hommes; ou, pire encore, que cela aidera les hommes à reprendre le contrôle de la vie reproductive et sexuelle des femmes. D'autres font valoir que lorsque des services seront mis en place en se fondant sur la perception que l'on a des relations entre les sexes, tant les femmes que les hommes en bénéficieront, et donc que les services ciblant les hommes ne sont pas nécessairement coûteux et ne font pas concurrence aux ressources limitées disponibles pour financer les services destinés aux femmes²⁸⁰.

Le coût véritable de la fourniture de services de soins de santé aux femmes et aux hommes demeure inconnu. L'accent mis sur des services communs faisant appel aux structures, capacités et compétences existantes vise à réduire le coût de la fourniture de services distincts aux hommes et aux femmes. Une étude réalisée en 1997 pour la Agency for International Development des

²⁷⁸ Population Council, «Integrating Men into the Reproductive Health Equation: Acceptability and Feasibility in Kenya», The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health, 2000, p. 10-11.

²⁷⁹ M. E. Greene et A. Biddlecom, «Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles», *Population and Development Review* 26, No. 1 (mars 2000), p. 95.

²⁸⁰ FNUAP, «Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», p. 6-11.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

États-Unis (USAID) a conclu que des progrès importants dans la participation des hommes passaient par l'allocation de fonds supplémentaires pour couvrir les coûts de la recherche, des stratégies de communication et des interventions visant à atteindre les hommes et les adolescents de sexe masculin dans les zones rurales. La santé des hommes en matière de reproduction nécessite des services qui n'existent pas dans les programmes actuels. Il faut dispenser une formation au personnel de santé et aborder des questions telles que la domination masculine, les rôles socio-sociaux, les mœurs sexuelles et les relations maritales et familiales, qui ont toutes des incidences considérables sur la santé de la reproduction.

AVSC International [EngenderHealth] a établi une liste des activités que les établissements de santé peuvent démarrer à l'intention des hommes et les a regroupées par catégorie de coûts. Les estimations de coûts varient en fonction du pays et du contexte, mais elles donnent une idée des types de services qui peuvent être dispensés pour un coût minimal²⁸¹. Ainsi, permettre aux hommes de participer aux sessions de consultations familiales avec leur partenaire, avec l'accord de cette dernière, et encourager les clientes à discuter de la planification familiale et de la santé de la reproduction avec leur partenaire peut être intégré dans les services de conseils existants pour un coût supplémentaire faible ou nul. La fourniture de services de conseils spéciaux aux hommes, toutefois, entraîne des dépenses pour former les conseillers, modifier les établissements, trouver de la place pour protéger la vie privée et le droit à la confidentialité des hommes, et assurer la promotion des services. Le coût de l'intégration des services de dépistage dans les services existants est moyen ou élevé, car il faut former le personnel à la sexualité masculine et au travail avec des hommes, examiner les hommes, créer un espace privé pour cet examen et éventuellement engager du personnel d'accueil masculin afin de mettre à l'aise les hommes qui consultent lorsqu'ils arrivent dans l'établissement. D'autres coûts qui doivent être pris en considération sont liés à la conception ou à la modification des établissements afin que les hommes les jugent accueillants, à la publicité faite pour informer les hommes de l'existence de ces services, et aux campagnes de commercialisation sociale visant à inciter les hommes à les utiliser²⁸². Enfin, intégrer ou démarrer des services cliniques ciblant les hommes est coûteux, parce qu'il faut engager du personnel spécialement formé; former le personnel existant; offrir des tests et le traitement pour les infections sexuellement transmissibles, dont les tests et les conseils pour le VIH; et fournir des traitements pour l'impotence, la fécondité, la vasectomie. Les coûts de promotion et de modification des installations escomptés au titre du dépistage sont aussi à prévoir ici.

L'étude de USAID a révélé aussi que les ONG avaient été fort ingénieuses pour trouver des moyens d'appuyer les programmes ciblant les hommes²⁸³. Dans un petit nombre de cas (par exemple Profamilia en Colombie), les profits tirés des programmes de santé de la reproduction destinés aux hommes ont été utilisés pour subventionner les services destinés aux femmes. Récemment, les associations de planification familiale en Amérique latine ont commencé à vendre leurs programmes d'information, éducation et communication (IEC) au secteur public.

²⁸¹ AVSC International, *Introduction to Men's Reproductive Health Services*, 2000, p. 6.6, 6.7.

²⁸² Ibid. p. 6.7.

²⁸³ N. Danforth et C. P. Green, «Involving Men in Reproductive Health: A Review of USAID-Funded Activities», USAID et Population Technical Assistance Project, 1997, p. 35-36.

Chapitre 4: Considérations liées à la programmation

Ainsi, en Colombie, du fait de la réforme du secteur de la santé, le gouvernement a passé un contrat avec Profamilia pour la fourniture de services de santé au public. Bemfam, l'association de planification familiale au Brésil, a conclu des contrats avec des municipalités locales et fournit des services de santé et des formations aux agents de santé municipaux. Les associations trouvent des moyens novateurs de commercialiser leurs services, offrant différentes options aux acheteurs. Vendre des programmes ou commercialiser les services d'information et d'éducation à de grands employeurs est un autre moyen de financer les services de santé pour les hommes. Ainsi, un employeur peut acheter le programme et avoir des formateurs dans l'entreprise pour l'enseigner ou décider d'acheter un programme complet comprenant un animateur spécialement formé pour conduire les ateliers²⁸⁴. Certains projets de commercialisation du préservatif sont devenus autosuffisants en quelques années²⁸⁵. Une autre formule est la participation aux coûts. À Madagascar, un réseau de soins coordonnés (HMO) financé par des employeurs, l'Association Médicale Interentreprises de Tananarive (AMIT), partage les coûts avec Management Sciences for Health/APROPOP. Cette dernière fournit la formation, les préservatifs, l'assistance technique, les matériaux d'IEC et un financement modique en vue de couvrir les frais de transport aux fins de la supervision, tandis que les contributions des employeurs et des travailleurs couvrent les dépenses afférentes au personnel, aux infrastructures et à la fourniture des services²⁸⁶.

LA NÉCESSITÉ D'UNE APPROCHE HOLISTIQUE À VOILETS MULTIPLES QUI AILLE AU-DELÀ DE LA FÉCONDITÉ ET DE LA SANTÉ: LA SANTÉ ET LES DROITS EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET DE SEXUALITÉ DANS UNE PERSPECTIVE SEXOSPÉCIFIQUE

L'établissement de partenariats avec les hommes dans une perspective sexospécifique est une notion pluridimensionnelle qui nécessite une approche de programmation holistique. Cette approche doit être basée sur un examen des contextes sociaux, structurels et culturels, politiques, économiques et environnementaux plus larges. Elle vise à mieux comprendre les causes multiples qui se reflètent dans les processus sociaux et ceux liés à la problématique hommes-femmes. Le Programme d'action de la CIPD intègre la santé en matière de sexualité et de reproduction dans un contexte social élargi en reconnaissant que les circonstances culturelles, économiques et sociales ont une incidence sur les comportements des gens en matière de sexualité et de procréation. En vue d'atteindre les objectifs de la CIPD dans le domaine de la responsabilité masculine, il est nécessaire d'adopter une approche holistique qui aille au-delà de la fécondité et de l'utilisation de méthodes contraceptives²⁸⁷. Ainsi, des idées fondées sur les rôles sexosociaux traditionnels, telles que la croyance selon laquelle les filles ont moins besoin d'être éduquées que les garçons, contribuent aux disparités entre les hommes et les femmes. Les garçons et les filles devraient apprendre qu'ils sont égaux pour la famille et la société et que le «dénier de l'humanité d'autrui diminue la leur»²⁸⁸. En outre, la dynamique tendant à mettre l'accent sur la promotion de la santé au lieu de se contenter de traiter les maladies et les dysfonctionnements

²⁸⁴ Communication personnelle avec le personnel du IPPF/WHR, septembre 2000.

²⁸⁵ N. Danforth et C. P. Green, «Involving Men in Reproductive Health» p. 36.

²⁸⁶ C. Severo et al., «Factories, Port Authorities and Vineyards: Why Do They Care? Enterprise-based Distribution of Family Planning Services in Madagascar: Results of the First 18 Months»(document présenté à l'APHA, 1997), p. 2.

²⁸⁷ B. Egero, «Considerations on Male Involvement», p. 7.

²⁸⁸ N. Sadik, «Human Rights and Global Needs: Ethical Considerations in Population Policies»(déclaration faite au Symposium CORDAID, Pays-Bas, janvier 1988).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

La gamme des services de santé de la reproduction pour les hommes classés en fonction de leur coût²⁸⁹

Services gratuits

- ▶ Permettre aux hommes de participer aux sessions de conseils de planification familiale avec leur partenaire.
- ▶ Encourager les clientes à discuter de planification familiale et de santé de la reproduction avec leurs partenaires de sexe masculin.
- ▶ Discuter des méthodes de contraception masculines avec les hommes.
- ▶ Encourager les clients des deux sexes à amener leur partenaire en vue de subir un test de dépistage des infections sexuellement transmises.
- ▶ Avec la permission de leur partenaire, permettre aux hommes d'observer les visites et les procédures de santé de la reproduction de leur partenaire en vue de les sensibiliser et d'encourager leur appui.
- ▶ Encourager les hommes à soutenir les soins prénatals, les soins post-partum et la maternité sans risque.
- ▶ Encourager la communauté masculine et les autorités religieuses à promouvoir les services pour les hommes offerts dans un établissement donné.
- ▶ Promouvoir les services pour hommes dans les ateliers d'éducation communautaire.
- ▶ Forger des partenariats avec les autres groupes communautaires axés sur les hommes.
- ▶ Mettre des affiches concernant les hommes sur les murs des dispensaires.
- ▶ Placer des magazines pour hommes dans les salles d'attente.

Services peu coûteux

- ▶ Placer des magazines pour hommes dans les salles d'attente.
- ▶ Inclure les termes «services pour hommes» sur les panneaux des établissements et sur les brochures faisant connaître leurs services.
- ▶ Conduire des ateliers d'éducation communautaire avec les hommes.
- ▶ Conduire des sessions éducatives avec les hommes dans les dispensaires.
- ▶ Apprendre aux hommes à effectuer eux-mêmes un examen de leurs testicules.
- ▶ Effectuer un dépistage du cancer de la prostate.
- ▶ Fournir une éducation sur l'art d'être parent et d'être père au niveau des dispensaires et de la communauté.
- ▶ Établir des dossiers médicaux adaptés aux clients de sexe masculin.
- ▶ Constituer un groupe de clients satisfaits pour conduire l'éducation dans la communauté.

Services de coût modique à élevé

- ▶ Embaucher des hommes pour travailler à l'accueil de la clientèle.
- ▶ Fournir aux clients des préservatifs à titre gracieux.
- ▶ Réserver une salle de repos aux hommes.
- ▶ Prévoir des horaires d'ouverture des dispensaires à même de convenir aux hommes.
- ▶ Prévoir dans les dispensaires des heures d'ouverture spéciales réservées aux hommes.

Chapitre 4: Considérations liées à la programmation

- ▶ Permettre aux hommes d'être testés et traités pour les infections sexuellement transmissibles, dont des tests de dépistage du VIH, et de bénéficier de services de conseil.
- ▶ Fournir des traitements pour l'impotence et les difficultés d'érection.
- ▶ Fournir des traitements de la stérilité pour les hommes.
- ▶ Fournir des services de vasectomie.
- ▶ Former le personnel à la sexualité masculine et au travail avec les clients de sexe masculin.
- ▶ Former des prestataires de services à la fourniture de services de conseil aux hommes et à l'examen des hommes.
- ▶ Créer un espace privé pour les services de conseil et les examens.
- ▶ Faire de la publicité pour les services destinés aux hommes, dans les journaux, à la radio et au moyen de dépliants.
- ▶ Conduire une campagne de commercialisation sociale au niveau de la communauté pour inciter les hommes à utiliser les services.
- ▶ Changer le nom de l'établissement afin qu'il convienne aux hommes.
- ▶ Décorer l'établissement de façon à ce qu'il soit agréable pour les hommes.

Services coûteux

- ▶ Embaucher des prestataires de services de sexe masculin.
- ▶ Réserver aux hommes une section spéciale de l'établissement.
- ▶ Réserver un dispensaire aux hommes.

nécessite d'examiner les facteurs déterminants de la santé, qu'il soient sociaux, économiques ou environnementaux; il s'agit, entre autres, de la discrimination fondée sur le sexe qui dénie aux femmes des possibilités d'être en bonne santé physique et mentale²⁹⁰.

Les stratégies doivent opérer des différences entre nos attentes et les réalités; mais nous devons tout d'abord étudier le contexte dans lequel les gens vivent, car il conditionne leur capacité de changer. Ensuite, nous pouvons nous appuyer sur la puissance individuelle des gens pour se conformer ou s'opposer aux normes de conduite sexospécifiques. Les stratégies concernant une perspective sexospécifique en matière de santé de la reproduction et de la sexualité qui mettent l'accent sur les hommes doivent donc prendre en considération une combinaison de facteurs sociaux et individuels pour atteindre nos objectifs. Des approches macrosociales et microsociales sur le long terme et le court terme peuvent être combinées et réajustées selon que de besoin²⁹¹. Pour que les programmes donnent de bons résultats, ils doivent être guidés par des évaluations des besoins des hommes et des femmes dans une communauté donnée, une connaissance

²⁸⁹ AVSC International, *Introduction to Men's Reproductive Health Services*.

²⁹⁰ R. J. Cook, «Gender, Health and Human Rights», *Health and Human Rights* 1, No. 4 (Cambridge: Harvard School of Public Health, 1995), p. 358.

²⁹¹ A. Wouters, rapport de visite en Zambie, Équipe d'appui du FNUAP à Harare, 15 janvier 1999.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

générale de la mesure dans laquelle la communauté est favorable à l'égalité entre les sexes et au changement social, et des structures, capacités et compétences existantes. La notion de besoins pratiques par opposition aux besoins stratégiques est utile pour évaluer ces besoins²⁹². Toutes les organisations dans la communauté, sur le marché et dans l'État, ont des règles, des activités et des ressources qui se caractérisent par des relations de pouvoir façonnées par les rôles sexosociaux. Pour associer les hommes en tant que partenaires, nous devons comprendre:

- les normes, les activités, les ressources et les relations de pouvoir dans le domaine de la reproduction;
- quelles sont les interactions entre celles-ci dans une institution donnée et dans différents contextes géographiques et culturels;
- comment différentes organisations ont des rapports les unes avec les autres dans le cadre de réseaux d'influence complexes, par exemple les législations qui s'opposent à l'éducation sexuelle pour les adolescents ou les politiques qui nécessitent l'autorisation du mari pour que sa femme puisse recevoir des soins de santé, et quels incidences ces facteurs ont sur le comportement, notamment en matière de reproduction²⁹³.

«En abordant les questions touchant à la problématique hommes-femmes, les programmes doivent souvent prendre une décision délicate, à savoir décider dans quelle mesure accepter les rôles sexosociaux dans une société donnée et agir dans leurs limites pour enregistrer des progrès à court terme en matière de santé et dans quelle mesure s'attacher à modifier sur le long terme ces rôles sexosociaux en vue de promouvoir l'équité entre les sexes. Ainsi, accroître l'utilisation des préservatifs aux fins de la prévention du VIH au moyen de la commercialisation sociale est une nécessité pratique à court terme. Changer les normes sociales de façon à ce que les femmes ne craignent plus la violence lorsqu'elles négocient l'utilisation de préservatifs et des relations sexuelles consensuelles présente un intérêt d'ordre stratégique...Le changement social sur le long terme peut sembler menaçant aux hommes qui considèrent la distribution des pouvoirs comme un jeu à somme nulle, dans lequel les femmes ne peuvent gagner que si les hommes perdent. Toutefois, les besoins concrets et les intérêts stratégiques ne sont pas obligatoirement antagonistes. En fait, faire face aux besoins concrets des femmes peut constituer un «point d'entrée» pour une action visant à instaurer sur le long terme l'équité entre les sexes ou des relations de pouvoir plus équitables²⁹⁴. En conséquence, les programmes doivent aborder les intérêts stratégiques en réduisant au minimum l'opposition des dirigeants de sexe masculin et gagner leur appui»²⁹⁵.

Certes, aucun programme ne peut effectivement intégrer tous les aspects possibles d'une approche holistique à l'égard des rôles masculins, mais il est essentiel d'identifier un petit nombre de dimensions essentielles pour une intervention du niveau micro au niveau macro. Cette

²⁹² Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA), «Gender Equity: Concepts and Tools for Development», Washington, D.C., 1996.

²⁹³ FNUAP et OCE, «The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes»[Bakou (Azerbaïdjan), 21-24 septembre 1998], *Conference Report*, juin 1999, p. 52.

²⁹⁴ CEDPA, 1996, «Gender Equity: Concepts and Tools for Development».

²⁹⁵ M. Drennan et al., «New Perspectives on Men's Participation».

Chapitre 4: Considérations liées à la programmation

large perspective nous permet d'agir aux deux pôles, depuis l'encouragement de pratiques moins néfastes (besoins pratiques) jusqu'à la promotion du changement social (besoins stratégiques). Cela nécessite des politiques et programmes de population qui soient coordonnés avec les autres secteurs au sein des communautés, notamment l'éducation, l'emploi et les religions, en vue de s'attaquer aux préjugés sexistes qui font que les femmes dépendent des hommes et qui portent atteinte aux droits des femmes. Ainsi, il est possible d'avoir une influence sur la taille de la famille souhaitée en investissant dans l'éducation et la santé, en particulier pour les femmes, tandis que la croissance démographique peut être stabilisée en retardant l'âge au mariage et en améliorant les possibilités sociales et économiques des jeunes gens²⁹⁶. Les politiques qui renforcent la participation politique des femmes et protègent les femmes de la violence sont aussi essentielles pour leur émancipation²⁹⁷.

ADOPTION D'UNE APPROCHE FONDÉE SUR LE CYCLE DE LA VIE POUR ÉVALUER LES PROFILS ET LES BESOINS DES HOMMES

Une approche fondée sur le cycle de la vie a été aussi suggérée par certains pour examiner les systèmes sexesociaux et leurs implications pour les relations hommes-femmes, la sexualité et la santé de la reproduction²⁹⁸. Le cycle de la vie est une caractéristique commune à toutes les populations humaines et il constitue un cadre utile pour incorporer des perspectives interdisciplinaires, y compris le contexte socioculturel. En outre, il peut être utilisé efficacement pour susciter des discussions participatives (avec des collègues ou des enquêtés) dans les cas où l'on connaît mal les perspectives masculines.

Cette approche considère la santé dans une perspective globale, en tenant compte du fait que les besoins des gens évoluent au fur et à mesure qu'ils évoluent eux-mêmes. Une approche fondée sur le cycle de la vie considère les implications des programmes relatifs à la santé en matière de reproduction pour les enfants (éducation pour les parents et les enfants); les adolescents, les adultes et les personnes âgées; et certaines pratiques discriminatoires en matière de santé et d'éducation qui sont liées à l'appartenance à un groupe d'âges.

L'approche fondée sur le cycle de vie a été très utile pour comprendre la prévalence et l'incidence de pratiques discriminatoires à l'égard des femmes en matière de santé et d'éducation de la part d'hommes appartenant à certains groupes d'âges. La comparaison d'aspects du cycle de vie propres aux hommes avec ceux des femmes permet de mettre en évidence les questions, les caractéristiques et les rôles primordiaux de chaque sexe. Cette évaluation déboucherait sur une analyse pertinente des rôles effectifs et prescrits de chaque sexe et aiderait à identifier les domaines d'intervention.

²⁹⁶ M. E. Greene, «The Politics and Practice of Involving Men in Reproductive Health (document présenté à AWID et USAID, Center for Health and Gender Equity, novembre 1999), p. 6-7.

²⁹⁷ G. R. Gupta, «Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How», Communication en plénière, XIIe Conférence internationale sur le sida, Durban (Afrique du Sud), juillet 2000, p. 11.

²⁹⁸ FNUAP, «Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», p. 6 -11.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les deux exemples suivants montrent comment une approche fondée sur le cycle de vie peut inspirer des programmes. Le premier vient du Brésil et montre les changements suivants, liés à l'appartenance à une classe d'âges: «On observe que les hommes jeunes (âgés de 25 à 39 ans) se préoccupent de plus en plus spontanément du surmenage de leur partenaire et ils reconnaissent qu'il est important pour les femmes d'avoir une carrière. Les hommes appartenant à cette classe d'âges manifestent aussi un intérêt sincère pour leurs enfants et expriment plus de plaisir à avoir des contacts affectueux. Il s'agit d'une génération qui cherche des solutions à un niveau plus personnel, tant dans la vie professionnelle que dans les relations familiales en pratiquant plus intensément ce qui avait été annoncé par la génération précédente»²⁹⁹.

L'autre exemple d'utilisation d'une approche fondée sur le cycle de la vie concerne les préoccupations des hommes au milieu de leur vie. Un atelier du FNUAP a révélé que de nombreuses questions concernant la vie sociale et les besoins des hommes âgés restent sans réponse³⁰⁰: «au fur et à mesure qu'ils vieillissent, les hommes ne sont plus sûrs d'eux-mêmes et ont le sentiment que leur femme et leurs enfants se liguent contre eux. Certains se tournent vers la violence, l'hostilité ou l'alcoolisme ou fréquentent une petite amie plus jeune ou un plus grand nombre de femmes en s'efforçant d'affirmer leur personnalité et leur sexualité. À leur tour, les femmes plus jeunes profitent financièrement de ces hommes âgés. En conséquence, il est très important d'aider chacun à comprendre la dynamique du vieillissement et comment soutenir ceux qui passent par cette phase de «changement», mais cela constitue un aspect négligé de la santé publique».

Toutefois, certains chercheurs³⁰¹ font observer qu'il existe des situations qui n'apparaissent pas dans le cadre du cycle de vie, où les intérêts des femmes et des hommes peuvent ou non coïncider. Ainsi, dans le cas de partenaires non mariés, l'intérêt commun d'éviter une grossesse non voulue ou les MST peut être moins facilement reconnu et négocié par les partenaires que par des couples mariés. D'autres situations, telles que la pauvreté, dans laquelle les ménages luttent ensemble sur le plan économique, peuvent susciter un accord plus poussé sur les stratégies de subsistance et les intérêts communs, notamment les intentions et les résultats en matière de procréation.

LA NÉCESSITÉ DE POURSUIVRE LES RECHERCHES, LE SUIVI ET L'ÉVALUATION EN VUE DE MIEUX CONNAÎTRE LES PERSPECTIVES QU'ONT LES HOMMES DE LA SEXUALITÉ, DE LA VIOLENCE, DES QUESTIONS FAMILIALES ET DE CE QUI MARCHE

Identifier les besoins des hommes est une étape critique dans la mise en place de services qui leur sont destinés. Les outils existants peuvent être ajustés et de nouveaux outils créés pour fixer les nouvelles priorités et y faire face. L'inclusion des hommes dans la santé en matière de sexualité et de reproduction rend les outils traditionnels inutilisables parce qu'ils ont été mis au point pour connaître la fécondité des femmes et leur comportement en matière de reproduction. Par

²⁹⁹ M. Muszkat et al., «When Three Is Better Than Two», OMS/HRP, 2000, p. 2.

³⁰⁰ Équipe d'appui de pays du FNUAP, *Report of a Sub-Regional Workshop on Access and Quality of Reproductive Health Services*, vol. 1, Addis Abeba (Éthiopie), 2-10 octobre 1997, p. 42.

³⁰¹ J. Casterline, communication personnelle, Genève, 2000.

Chapitre 4: Considérations liées à la programmation

exemple, les précédentes EDS ne reflétaient pas les besoins des hommes de façon exacte parce que les hommes ont plus d'une partenaire sexuelle, et leurs besoins non satisfaits peuvent différer d'une partenaire à une autre. En outre, les EDS actuelles ne prennent pas en considération la polygamie, qui est courante dans plusieurs sociétés africaines³⁰². En fait, les stratégies qui analysent la fécondité et la plupart des indicateurs actuels sont élaborés et calculés en fonction des femmes³⁰³. En outre, les connaissances actuelles sur les perspectives que les hommes ont des questions familiales et de la violence sont embryonnaires et ne donnent qu'une vague idée des stratégies efficaces et des méthodes viable pour réduire le recours des hommes à la violence.

D'autres domaines de recherche clés qui ont été identifiés par les consultations d'experts du FNUAP qui se sont tenues en Afrique³⁰⁴, dans les États arabes³⁰⁵, en Asie et dans le Pacifique³⁰⁶ et en Amérique latine et dans les Caraïbes³⁰⁷, sont les suivants:

- Des cadres de recherche dans des contextes sociaux, qui répondent aux besoins et prennent en considération les aspects touchant au cycle de vie en adoptant une perspective sexospécifique.
- La recherche interdisciplinaire qui examine comment les facteurs liés aux situations réelles ont une influence sur les processus de prise de décisions.
- La recherche sur les nouvelles méthodes contraceptives qui «permettent de résoudre les difficultés que les gens rencontrent dans leur vie au lieu de les exacerber».
- La compréhension que les hommes ont des pratiques traditionnelles préjudiciables aux femmes et leur position en la matière.
- La compréhension que les hommes ont des comportements sexuels à haut risque, de la déviance sexuelle et de la violence.
- Les réponses des hommes aux programmes qui cherchent à «resocialiser» les hommes et les femmes afin qu'ils prennent des décisions en commun en matière de planification familiale et qu'ils recherchent des soins de santé en vue de prévenir les MST et le VIH/sida.

³⁰² P. Ngom, «Men's Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions», *Studies in Family Planning* 28, No. 3 (1997), p. 193 et 195.

³⁰³ J. G. Figueroa, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes» (à paraître, in«Male Sexuality and Reproduction», El Colegio de Mexico, Union Internacional para el Estudio Científico de la Población y Sociedad Mexicana de Demografía).

³⁰⁴ FNUAP, «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Africa», *Workshop Proceedings*, Addis Abeba (Éthiopie), 25-30 janvier 1997.

³⁰⁵ FNUAP, «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Arab States», *Workshop Proceedings*, Rabat (Maroc), 24-28 novembre 1997.

³⁰⁶ FNUAP, «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Asia and the Pacific», *Workshop Proceedings*, New Delhi (Inde), 22-26 novembre 1997.

³⁰⁷ FNUAP, «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Amérique latine et Caraïbes», *Workshop Proceedings*, Lima (Perou), 3-7 novembre 1997.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- Les perceptions des hommes et les comportements qu'ils adoptent en vue d'être en bonne santé, «s'agissant des maladies et des affections dont ils souffrent en matière de reproduction et de sexualité»³⁰⁸.
- Une évaluation nationale des besoins en matière de recherches et de politiques dans le domaine de la santé de la reproduction. Il s'agit d'une étape essentielle pour élaborer un programme de santé de la reproduction efficace à l'échelle du pays et identifier les lacunes et les types d'approche les plus à même de réussir dans un pays donné. Ce type d'évaluation des besoins peut aussi servir d'étude de référence pour les évaluations sui-vantes en vue de déterminer ce qui marche et ce qui ne marche pas.
- Les besoins des populations marginalisées, vulnérables et mal desservies, y compris les adolescents; les incidences de l'abus des drogues sur le comportement en matière de sexualité et de reproduction; la violence et ses implications pour les femmes et les hommes; et le fait qu'il est important de mettre l'accent sur les besoins satisfaits et non satisfaits.

Les autres domaines de recherche sont l'obtention d'informations sur la compréhension par les hommes de leurs rôles en tant que partenaires sexuels et que pères; leurs choix concernant la fécondité et l'utilisation des contraceptifs et la façon dont ces choix sont appuyés ou contrariés par les attitudes et les pratiques des pouvoirs publics, des autorités religieuses et des travailleurs de la santé; et comment les partenaires ont une influence sur leurs utilisations réciproque des renseignements et des services de santé de la reproduction et de planification familiale.

Nous nous heurtons également à d'autres problèmes méthodologiques. Ainsi, le personnel sur le terrain (ou d'autres spécialistes du comportement) notent rarement l'acte sexuel ou les interactions des couples. La déclaration partielle de pratiques telles que le rapport anal hétérosexuel ou le déni des partenariats extraconjugaux dans les sociétés qui prévoient le maintien illicite d'un ménage coutumier montrent les problèmes rencontrés aujourd'hui³⁰⁹. Pour faire face à des questions sensibles de ce type, il faut aussi prendre en considération l'appartenance sexuelle et les valeurs des chercheurs. En outre, mesurer les besoins non satisfaits des hommes et des couples continue de poser des problèmes pour les raisons suivantes:

- Les hommes ont des intentions différentes de celles des femmes en matière de reproduction; leur décision d'avoir des enfants n'est pas assortie de délais, contrairement à celle des femmes. Le désir «latent» des hommes d'être père va à l'encontre de celui des femmes d'être mère, qui est «urgent»³¹⁰.
- Le pouvoir des hommes a une influence sur les décisions des femmes en matière de reproduction.

³⁰⁸ FNUAP, «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Africa», p. 15.

³⁰⁹ G. Herdt, «Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDS», in *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives* (Oxford: Clarendon Press, 1997).

³¹⁰ E. D. Bilac et al., «The 'Family Man': Conjugalitv and Fatherhood among Middle-class Brazilian Men in the 1990s», Programme sur la reproduction humaine de l'OMS, janvier 2000, p. 16

Chapitre 4: Considérations liées à la programmation

- Les intentions des hommes en matière de reproduction diffèrent selon que la partenaire est dans le cadre du mariage ou en dehors; et dans le cas d'un mariage polygame, ces décisions diffèrent d'une femme à l'autre.
- Les personnes qui ont répondu aux enquêteurs tendent à exagérer leur utilisation des méthodes contraceptives.
- Le même homme peut utiliser des méthodes contraceptives avec une partenaire et non avec une autre.

Une tension sous-jacente apparaît entre la recherche théorique et la recherche opérationnelle. La première enrichit la compréhension que nous avons des éléments liés à l'appartenance sexuelle, de leurs aspects variables et de leurs liens avec la reproduction et la sexualité³¹¹. Elle tend à cibler ce que nous ne connaissons pas et à prôner de nouvelles recherches. La seconde s'appuie sur les connaissances, les documents et les données d'expérience accumulés dans le cadre des programmes et répond au besoin urgent des responsables de la programmation de mettre à l'essai les enseignements qui ont été tirés et de les appliquer sur une plus large échelle. Compte tenu de l'urgence de la réalisation des changements, les procédures d'évaluation rapide et l'analyse des situations qui font participer les parties prenantes deviennent le soutien favori des décideurs, donateurs et prestataires.

³¹¹ J. G. Figueroa, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Processes».

Chapitre 5



Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

Incorporer une perspective soucieuse d'équité entre les sexes incluant les hommes dans le domaine de la santé et des droits en matière de reproduction et de sexualité signifie, de fait, que les relations hommes-femmes sont non seulement considérées avec soin comme un environnement invariable dans le temps, mais aussi comme des cibles du changement. Il est possible de changer des relations aliénantes entre les sexes. Les relations hiérarchiques entre les hommes et les femmes ne sont pas des données biologiques, mais elles sont dans une large mesure le produit des processus sociaux et culturels. En tant que telles, elles ne sont pas universelles et ne se situent pas en dehors de l'histoire. Elles sont dynamiques et modifiables³¹². À en croire les sociologues, il faudrait jusqu'à trois générations d'équité entre les sexes pour y parvenir. De fait, en Suède, il a fallu près de quarante ans pour que les «idéaux» deviennent des «normes» et influencent le comportement de la majorité des hommes suédois à l'égard du processus de réalisation de l'égalité entre les sexes. D'autres études de cas ont révélé que les hommes avaient pris des décisions dans le domaine de la planification familiale en s'appuyant uniquement sur des raisons économiques, sans changer les relations hommes-femmes et sans la participation de leur épouse. Cela a abouti à terme à l'émancipation des femmes, mais il a fallu pour cela cinq générations³¹³.

Une question clé est comment accélérer ce processus de changement dans des situations où l'égalité entre les sexes est moins avancée. Cela peut prendre plusieurs générations de changer les constantes de la problématique hommes-femmes, mais les programmes de population doivent, en vertu du mandat de la CIPD, accélérer le changement politique et socioculturel. Ils disposent pour cela de deux instruments: la communication aux fins du plaidoyer visant à changer les politiques et les normes sociales d'une part, la communication aux fins du changement des comportements (information, éducation et communication, ou IEC) visant à changer les connaissances, attitudes, croyances et comportements des individus. Les activités de plaidoyer et d'IEC sont les unes et les autres nécessaires pour renforcer les moyens d'action des femmes et des hommes, forger des partenariats égaux avec les hommes et les femmes et fournir des services appropriés aux hommes, en particulier les jeunes hommes. L'objectif des activités de plaidoyer

³¹² H. Moore, *Feminism and Anthropology* (Cambridge: Polity Press, 1988).

³¹³ M. Karra et al., «Male Involvement in Family Planning: A Case Study Spanning Five Generations of a South India Family», *Studies in Family Planning* 28, No. 1, (mars 1997).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

est de promouvoir ou de renforcer le changement au niveau de la culture, des politiques, des programmes ou des législations dans une société donnée. Au lieu de fournir un appui direct aux clients ou usagers des services, les activités de plaidoyer visent à gagner l'appui d'autres entités, c'est-à-dire à créer un environnement propice. Les activités d'IEC s'intéressent plus au changement des attitudes et des comportements de l'individu. Il est nécessaire de définir la bonne combinaison de stratégies en vue de faire face aux facteurs de changement à la fois au niveau social et au niveau individuel.

PLAIDOYER: L'ACCENT MIS DEPUIS PEU SUR DES PROGRAMMES DE COMMUNICATION QUI CIBLENT LES HOMMES

Lorsqu'il s'agit des risques liés au VIH/sida, les études ont montré régulièrement que la simple connaissance du sida ne suffit pas pour faire adopter des rapports sexuels sans risque ou l'auto-protection contre le risque d'infection à VIH; le modèle dit de la croyance dans la santé censé prédire les changements de comportement a montré ses limites³¹⁴. Nous devons établir une distinction entre les connaissances et les comportements, car il ne suffit pas de savoir quelle est la règle ou la pratique correcte pour se protéger d'un risque. D'autres facteurs, tels que les ressources, la volonté personnelle, l'autonomisation et la confiance en soi sont nécessaires pour résister aux pressions des pairs et des personnes influentes dans le «milieu à risque» où l'on évolue et cesser les activités qui nuisent au bien-être personnel. En bref, ce qui est en jeu c'est l'accès au pouvoir dans une acception générale et l'autonomisation de l'acteur afin qu'il puisse effectuer des choix en connaissance de cause dans un milieu culturel à risque.

96

Le plaidoyer et le renforcement des moyens d'action au niveau communautaire s'intéressent à la création d'un nouveau milieu culturel positif pour la formation d'une identité sexuelle sans risque qui encourage l'équité et le renforcement de l'autonomie, c'est-à-dire la création d'un «milieu de réduction des risques»³¹⁵:

*[Un milieu] dans lequel l'environnement où les institutions culturels et des groupes de soutien enseignent des pratiques sans risque et la protection contre les risques, apportant ce faisant un appui à la capacité des individus de prendre en connaissance de cause des décisions qui renforcent leur autonomie, ainsi que de prendre des mesures qui assurent leur autoprotection. Ainsi, mettre en place un réseau de soutien avec d'autres est utile pour la négociation lors de situations de violence dans les rues, de l'homophobie dans la vie de tous les jours et en classe et de la prise de risques dans le contexte des rencontres sexuelles*³¹⁶.

³¹⁴ Selon le modèle dit de la croyance dans la santé, le comportement d'un individu en matière de santé est déterminé par la perception qu'il a de la gravité du problème de santé, par le fait qu'il est ou non sensible au problème, conscient ou non des avantages que présente la prise de mesures préventives, par le fait qu'il se sent ou non capable de faire quelque chose au sujet du problème (ce que l'on qualifie d'efficacité personnelle)..

³¹⁵ G. Herdt, «Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDS». In *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*. Oxford: Clarendon Press, 1997, p. 10-17.

³¹⁶ Ibid. p. 17.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

Le changement des comportements au moyen d'une approche «sociale» qui dépend d'un changement social durable et fortement ancré est le plus difficile à réaliser, mais l'on s'y attache de plus en plus pour lutter contre l'épidémie de sida. Il s'agit d'un processus incertain qui prend beaucoup de temps et qui a trait au VIH/sida et aux questions plus larges touchant les relations homme-femmes³¹⁷.

La notion de responsabilité individuelle

L'échec des modèles de changement de comportement traditionnels qui concernent uniquement le changement des connaissances des individus ne signifie pas que les individus n'ont pas la capacité de changer des rôles sexosociaux enracinés. L'accent mis sur l'identité masculine étant socialement construit comme un ensemble de caractéristiques de comportement que l'on attend de tous les hommes dans une culture donnée risque d'être mal interprété. Les hommes peuvent faire valoir qu'il ne peuvent être tenus «responsables» de l'insuffisance de leur «contribution» ou «participation», qui reflète les normes sexosociales actuelles, alors qu'en fait ils sont responsables de leurs actes. Identifier les facteurs contextuels ne signifie pas que les individus ne sont façonnés que par les pressions sociales. Comme cela a été montré par les mouvements homosexuel et féministe en Occident, une minorité peut toujours remettre en question les attentes liées à l'identité sexuelle. Les gens ont, à titre individuel, le pouvoir de se conformer ou de s'opposer aux normes de conduite sexosociales et de se constituer leur propre identité³¹⁸.

Le plaidoyer consiste aussi à prendre part à la controverse

Lorsque l'on tente de changer les rôles sexosociaux, nous pouvons prévoir des contrecoups d'un système dans lequel la moitié des gens sont dans une position de domination. Il est raisonnable de réaliser que la partie qui domine souhaite que cette situation perdure et que la partie dominée souhaite que la situation change. Dans le cadre de la problématique hommes-femmes, les hommes souhaitent que la situation perdure et les femmes qu'elle change³¹⁹. Ainsi, l'expression «autonomisation des femmes» a suscité une vive résistance, en particulier dans les pays en développement, où la crainte de voir les femmes devenir masculines a été exprimée. Étant donné que le pouvoir est un trait inhérent à la masculinité, l'autonomisation des femmes peut être associée à une perte de responsabilité par les hommes. Certains groupes d'hommes considèrent qu'ils ont été marginalisés et que leurs droits en matière de reproduction et de responsabilité ne sont pas respectés. Des activités de plaidoyer bien pensées sont nécessaires à cet égard³²⁰.

L'opposition aux droits émergents des femmes n'est pas toujours organisée. Elle peut prendre la forme d'un accroissement de la violence dans la famille³²¹. Dans le cadre de l'expérience de

³¹⁷ M. Foreman, (éd.), *Men and AIDS: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres: The Panos Institute et Zed books, 1999), p. 43.

³¹⁸ A. Wouters, rapport de visite en Zambie, Équipe d'appui du FNUAP à Harare, 15 janvier 1999.

³¹⁹ R. W. Connell, «La Organización social de la masculinidad». In *Masculinidad/es, Poder y Crisis*, édité par Teresa Valdés et José Olavarría. Santiago: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres No. 24, 1997.

³²⁰ M. Villareal, ««Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health» (document présenté à l'atelier thématique des SAT sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction. FNUAP, Rome, 9-13 novembre 1998).

³²¹ M. E. Greene, «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health» (document présenté à la Association for Women in Development et à USAID en novembre 1999), p. 17.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Navrongo dans le nord du Ghana, des changements ont été induits dans les pratiques en matière de contraception, dans un milieu où cela avait été considéré comme un objectif impossible. Toutefois, un résultat imprévu de ce projet a été la violence physique et les représailles auxquelles les femmes ont été soumises par leur partenaire et leur famille élargie. Le programme a illustré les tensions dans les relations hommes-femmes qui peuvent découler de l'utilisation de méthodes contraceptives³²². Au Mexique, une étude portant sur l'importance de la fidélité sexuelle a observé que certains hommes, en particulier les travailleurs migrants qui passaient une grande partie de l'année séparés de leur femme, considéraient que «le droit à la liberté sexuelle est le dernier des privilèges masculins»³²³.

De nouvelles recherches et de nouveaux modèles de changement sont nécessaires pour les stratégies de plaidoyer qui prennent en compte les facteurs contextuels

Le point de départ de toute stratégie de communication ciblant les hommes est une amélioration de la compréhension et de l'évaluation du contexte de la socialisation des hommes. Les recherches qui nous informent sur les circonstances, connaissances, attitudes, pratiques et comportements des hommes sont essentielles pour élaborer des programmes de plaidoyer et d'IEC faisant participer les hommes. La recherche transformatrice contribue à élaborer des arguments convaincants sur une question donnée, ainsi qu'à identifier les principaux bénéficiaires, partenaires/alliés, adversaires et décideurs, ainsi que leurs caractéristiques.

98

Des chercheurs émettent l'idée selon laquelle les outils de recherche existants doivent être ajustée en vue de collecter l'information sur les circonstances et l'identité masculines, ainsi que sur les besoins non satisfaits des hommes et des couples. Pour changer les comportements en matière de sexualité et de reproduction, il faut mener des recherches supplémentaires qui «contribuent au processus de redéfinition et de reconstruction du domaine de la reproduction»³²⁴. En 1999, ONUSIDA a produit un document clé sur la communication en vue de le diffuser et de l'appliquer dans les pays qui luttent contre la propagation du VIH/sida et des MST: «Communication Framework for HIV/AIDS: A New Direction»³²⁵. Dans ce cadre, les programmes de communication pour la prévention du VIH/sida devraient viser non seulement à changer le comportement individuel, mais aussi à induire des changements dans les facteurs contextuels qui facilitent les actions individuelles. Cinq facteurs contextuels sont proposés: les politiques gouvernementales, le statut socio-économique, la culture, les relations hommes-femmes et la spiritualité. L'expérience acquise dans l'exécution de programmes qui combinent ces cinq facteurs contextuels est limitée, mais ce modèle fournit un ordre du jour de la recherche pour créer un environnement propice au rôle des hommes dans le domaine de la santé et des droits en matière de reproduction.

³²² A. A. Bawah et al., «Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana». *Studies in Family Planning* 30, No. 1 (1999), p. 54-66.

³²³ J. S. Hirsch et C. A. Nathanson, «Amor and Infidelidad: The STD/HIV Prevention Implications of Changing Ideas About Marriage and the Importance of Sexual Fidelity in Western Mexico» [document présenté à la American Public Health Association (APHA), novembre 1999], p. 5.

³²⁴ J. G. Figueroa, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process» (à paraître, in «Male Sexuality and Reproduction», El Colegio de Mexico, Union internacional para el Estudio Científico de la Poblacion y Sociedad Mexicana de Demografia).

³²⁵ «Communication Framework for HIV/AIDS: A New Direction». Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Université d'État de Pennsylvanie, 1999.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

Examen des programmes de communication qui ciblent les hommes dans une «perspective sexospécifique»

Les programmes et les services de communication qui prennent en considération les rôles sexosociaux encouragent une plus grande égalité entre les sexes. Pour préparer une communication soucieuse d'équité entre les sexes qui soit efficace, les spécialistes de la planification des programmes devraient être conscients de leurs propres idées sur l'identité sexuelle ainsi que des idées de leurs clients. Il convient en effet d'éviter de renforcer les stéréotypes des hommes et des femmes qui conduisent à des comportements préjudiciables à leur santé physique et mentale. Les programmes de communication devraient promouvoir des images d'hommes et de femmes qui aident à protéger leur santé et celle de leur communauté³²⁶.

Des enseignements importants sur la sensibilité aux différences entre les sexes ont aussi été tirés des conséquences imprévues de programmes conçus pour accroître la participation des hommes. Ainsi, au cours des années 70 et au début des années 80, Profamilia en Colombie a utilisé l'image du macho latin pour promouvoir les vasectomies³²⁷. Un autre exemple classique concerne le Zimbabwe, où une campagne multimédia conduite en 1993-1994 a encouragé les hommes à recourir à la planification familiale. La campagne, qui faisait appel à des sportifs connus pour dire aux hommes qu'il était important de pratiquer la planification familiale, a réussi à toucher les hommes et a encouragé leur participation. Un grand nombre des messages utilisaient l'image du sport pour souligner le travail d'équipe, comme montré ci-après: «Pour gagner le jeu de la planification familiale en atteignant le but d'une petite famille avec l'aide de leurs équipiers (épouse/partenaire) et de leur entraîneur (prestataires de services)». D'autres messages, toutefois, ont peut-être renforcé la volonté des hommes de tout contrôler, par exemple «Jouez le jeu comme il faut; une fois que vous avez le contrôle de la situation, c'est facile de gagner» et «C'est à vous de choisir». Une des conséquences imprévues a été que certains hommes exposés à la campagne étaient plus enclins à penser qu'eux seuls devaient prendre les décisions en matière de planification familiale³²⁸.

Il est délicat d'utiliser des images stéréotypées dans le cadre d'une stratégie de communication et il faut faire preuve d'un soin encore plus grand pour choisir les messages, en particulier lorsqu'ils s'adressent aux hommes, qui saisiront rapidement toute occasion perçue d'établir leur domination³²⁹. En conséquence, plusieurs guides ont été élaborés en vue d'aider à incorporer le souci d'équité entre les sexes dans la conception, l'application et l'évaluation des programmes³³⁰. Le Centre pour les programmes de communication (CEDPA) et le Centre pour les activités de

³²⁶F. T. Chikara, «The Role of IEC in Reinforcing or Changing Gender Stereotypes and Promoting Gender Equality». In *Sexual and Reproductive Health and Rights of Women*. IPPF Discussion Paper, numéro 1, IPPF Londres, 1995.

³²⁷ M. Drennan et al., « New Perspectives on Men's Participation », *Population Reports*, series J, No. 46, (Johns Hopkins University School of Public Health, octobre 1998)..

³²⁸ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, *Reaching Men Worldwide: Lessons Learned from Family Planning and Communication Projects*, 1986-1996. Working Paper Series, No. 3, Baltimore, janvier 1997.

³²⁹ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes, «Better Together: A Report on the African Regional Conference on Men's Participation in Reproductive Health», Baltimore, avril 1997, p. 6.

³³⁰ I. Tweedie, «Walking the Stereotype Tightrope: Lessons Learned from Communication Approaches to Men's Participation in Zimbabwe». Rapport de la réunion sur le thème «Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights». (The Health and Development Policy Project, Population Council, Washington D.C., 10-11 décembre 1997), p. 44-47.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

développement et de population de l'Université Johns Hopkins ont élaboré un instrument baptisé «CAP Tool»³³¹, approche concrète visant à incorporer le souci d'équité entre les sexes dans les programmes de communication ayant trait à la santé de la reproduction, qui permet aux organisations d'examiner les campagnes de communication dans une perspective sexospécifique et de procéder aux ajustements nécessaires avant de les lancer. Les instruments qui peuvent être utilisés pour veiller à intégrer une perspective soucieuse d'équité entre les sexes dans les programmes comprennent des listes de vérification consistant dans une série de questions devant être soulevées dès l'étape de la planification d'un programme ciblant les hommes; des données ventilées par sexe en vue de mieux prendre en compte les rôles sociaux des hommes et des femmes; et des profils d'activité visant à examiner qui fait quoi s'agissant des activités de production et de reproduction, ce qui aide les planificateurs à considérer le travail des femmes et des hommes dans leur contexte social et à identifier de qu'elle assistance les uns et les autres pourraient avoir besoin, et une matrice d'analyse par sexe qui fournit une technique communautaire pour identifier et analyser les différences entre les hommes et femmes en vue d'évaluer les incidences différentes qu'une intervention donnée aurait sur les uns et les autres³³².

STRATÉGIES DE PLAIDOYER VISANT À CHANGER LA CULTURE ET LES POLITIQUES EN METTANT L'ACCENT SUR LES HOMMES ET LES RÔLES SEXOSOCIAUX

Les produits escomptés des programmes de plaidoyer en faveur de l'équité entre les sexes et ciblant les hommes sont les suivants: 1) nourrir un climat socioculturel propice à l'autonomisation des femmes et des hommes et à l'équité entre les sexes; 2) adopter des rôles masculins constructifs sur une grande échelle; 3) promouvoir un environnement politique favorable à l'équité entre les sexes et à la réduction de la violence fondée sur le sexe; 4) réorienter les services afin de satisfaire les besoins des hommes, en particulier les jeunes hommes. Les données d'expérience acquises dans le cadre des stratégies de plaidoyer sont examinées ci-après dans le même ordre.

Plaidoyer en faveur de l'équité entre les sexes visant à induire des changements culturels

Une perspective fondée sur la défense des droits implique que les gens ont les moyens d'opérer des choix. Créer un environnement propice à l'accélération du changement des attitudes, des croyances et des comportements est le moyen choisi par le Programme d'action de la CIPD pour atteindre ses objectifs d'égalité entre les sexes et d'accroissement des responsabilités des hommes. Nous ne pouvons pas promouvoir l'équité entre les sexes sans remettre en question les hiérarchies patriarcales et les autres pouvoirs hiérarchiques qui acceptent la domination des hommes et la subordination des femmes et qui restreignent l'exercice par les femmes de leurs droits fondamentaux, y compris les droits en matière de reproduction et de sexualité³³³. Le plaidoyer concernant les hommes et la santé et les droits en matière de reproduction consiste à encourager le changement des valeurs culturelles et à promouvoir l'équilibre des pouvoirs et le respect mutuel dans le cadre des relations sexuelles. En outre, le plaidoyer devrait jouer un rôle majeur pour ce qui est de sensibiliser et de mobiliser la communauté afin qu'elle assume la responsabilité de la

³³¹ Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA), «Gender Equity: Concepts and Tools for Development», Washington, D.C., 1996, p. 43; Pfannenschmidt et al., «Through a Gender Lens», Agency for International Development des États-Unis, Washington D.C., octobre 1997, p. 44.

³³² M. Ladjali, «Gender Quality of Care: Common Approaches for Common Goals». OMS, Genève, 1998, p. 6..

³³³ M. E. Greene, «Benefits of Involving Men in Reproductive Health».

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

santé de ses membres et d'amener les hommes en tant que groupe à résister collectivement aux pressions sociales qui encouragent la violence.

Plaidoyer à la base visant à changer les attitudes quant à la problématique hommes-femmes et à faire face aux préoccupations et conceptions erronées relatives à la participation des hommes

Les stratégies de plaidoyer/mobilisation sociale qui ciblent les guides traditionnels de l'opinion au niveau de la communauté occupent une place centrale pour ce qui est de susciter le changement des normes sociales; les dirigeants traditionnels sont les gardiens du droit coutumier et, en tant que tels, ont le pouvoir de le modifier. Des stratégies les ciblent en tant que décideurs et notables communautaires, elles visent à gagner des hommes influent de façon à ce que collectivement ils prennent la tête d'un mouvement visant à transformer les idées culturelles et les normes sociales traditionnelles concernant la masculinité et à ce qu'ils procèdent aux changements nécessaires au niveau des politiques et des programmes. Ce faisant, les décideurs et les responsables des programmes sont invités à se demander quels intérêts sont les mieux servis par une acceptation sans réserve des valeurs culturelles³³⁴.

L'établissement de liens participatifs avec les autres membres de la communauté, notamment les dirigeants traditionnels religieux, ainsi qu'avec les personnalités politiques et populaires, peut constituer un facteur décisif dont dépend la réussite ou l'échec d'un programme, en particulier dans des situations où les actions indépendantes des femmes visant à réguler les naissances perturbent le contrat social qui définit les relations entre les sexes et où la domination des femmes est complète et leur statut en tant que bien fortement ancré. À Navrongo dans le district de Kassena-Nankana dans le nord du Ghana, les dirigeants communautaires et les groupes locaux ont utilisé les durbars - réunions publiques au moyen desquelles les dirigeants communiquent avec la population locale, principalement les hommes-pour informer la population des programmes et engager un débat libre avec la communauté sur les thèmes ayant trait à la santé. Cela a contribué à légitimer le programme³³⁵.

Plaidoyer auprès des autorités religieuses aux fins du changement culturel

Des progrès considérables ont été faits parce que les autorités culturelles et religieuses ont collaboré ensemble et avec les spécialistes de la population en vue de prôner des rapports sexuels sans risque et de faciliter les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction ciblant les adolescents.

Les autorités religieuses qui travaillent avec le FNUAP, les ONG locales et les dirigeants communautaires s'emploient à corriger la perception erronée selon laquelle l'islam est opposé à la planification familiale. La religion étant une question délicate, le Gouvernement bangladais a encouragé la Family Planning Association of Bangladesh (FPAB) à surmonter l'opposition religieuse et à gagner l'appui des autorités religieuses aux fins de la promotion de la planification familiale. En 1984, le FPAB a établi une cellule de recherche islamique et a lancé des programmes de plaidoyer et d'orientation de concert avec les autorités religieuses. L'appui

³³⁴ Ibid.

³³⁵ B. A. Agula et al., «Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana». *Studies in Family Planning* 30, No. 1 (1999), p. 62.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Plaidoyer novateur à la base en Ouganda

En Ouganda, le FNUAP a été le fer de lance en 1995-1996 d'un programme novateur culturellement sensible ayant pour objectif d'appuyer les efforts de la communauté visant à se défaire de la pratique des mutilations génitales féminines (MGF). Le projet, baptisé Programme d'éducation sur la santé en matière de reproduction et la santé communautaire (programme REACH) est fondé sur l'idée que des valeurs culturelles peuvent être perçues comme immuables et comme reflétant l'essence de l'identité du groupe. Les valeurs, toutefois, sont souvent exprimées par des pratiques, qui dépendent de l'exposition de la communauté aux connaissances, technologies et traditions ; les pratiques sont susceptibles d'être plus faciles à changer. En suivant ce raisonnement, le programme REACH a tenté de détacher la pratique consistant à couper les organes génitaux des fillettes et des femmes de la valeur culturelle qu'est l'initiation, passage du statut de fillette au statut de femme. Il y est parvenu en consultant les principaux agents du changement au niveau de la communauté (notamment les dirigeants politiques, claniques et religieux, les anciens et les représentants des femmes et des jeunes) et en les persuadant de reconnaître et d'apprécier les graves risques pour la santé que posent les MGF. La création d'une coalition avec les groupes conservateurs tels que les anciens et les dirigeantes claniques, par exemple la Sabinu Elders' Association, et de réseaux avec les établissements d'enseignement, les groupes religieux, les responsables politiques, les établissements de santé et les dirigeants communautaires a permis au programme de sensibiliser la communauté. Les jeunes gens ont aussi été mobilisés en tant qu'éducateurs de leurs pairs et doté de l'information et des faits sur les aspects nuisibles des MGF. Une journée culturelle organisée dans le district a été l'occasion de marquer le passage des fillettes de l'enfance à l'âge adulte au moyen d'autres rituels.

SOURCE: F. Farah, «A Promising Success in Discarding Female Genital Mutilation: The REACH Project in Uganda», in *Innovations, Innovative Approaches to Population Programme Management*, vol. 6 [ICOMP, Kuala Lumpur (Malaisie), 1998].

vigoureux des hommes de religion et des communications interpersonnelles ont permis de surmonter les conceptions erronées sur les programmes de planification familiale et d'apprendre que l'islam ne s'oppose nullement à l'adoption de la famille peu nombreuse comme norme. Les officiers d'état civil qui enregistrent les mariages et les imams ont aussi suivi une orientation. Aujourd'hui, l'opposition religieuse a été considérablement réduite au Bangladesh et les imams prêchent en faveur de la planification familiale. Toutefois, de nombreux hommes ne sont toujours pas informés et ils répandent des idées erronées³³⁶.

Pareillement, en Afrique de l'Ouest, le Colloque international sur l'islam et la population, coparrainé par le FNUAP et le Groupement des associations islamiques nigériennes pour la planification familiale et la promotion de la femme en islam (GAIPFI) est un exemple d'efforts de plaidoyer qui mobilisent les autorités religieuses. Un des résultats qu'il a obtenus est la «Déclaration de Niamey»,³³⁷ qui énonce clairement l'appui de l'islam à la planification familiale. La déclaration invite aussi les mollahs à étudier les conditions démographiques et elle considère

³³⁶ A. Neaz, «Converting Bangladesh's Influential Religious Leaders». *Planned Parenthood Challenges 2*, 1996, p. 38 et 39.

³³⁷ GAIPFI, «Islam, population et développement, place de la femme dans l'islam, islam et santé de la reproduction». Niamey (Niger), 1998, p. 19-27.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

leur rôle dans la sensibilisation et la mobilisation de leur communauté sur ces questions critiques. Au Sénégal, le FNUAP a aidé à créer un réseau de dirigeants religieux qui ont interprété le Coran et ses préceptes concernant la sexualité, la planification familiale et la santé de la reproduction. Les travaux ont compris des visites en Iran, en Indonésie et en Égypte. Le résultat est que les imams parlent de la planification familiale et de la sexualité dans leur prêche du vendredi, en particulier avec les hommes, qui jusque-là avaient été laissés en dehors des discussions, alors que ce sont eux qui prennent les décisions dans la famille. Des débats portant notamment sur la santé de la reproduction des adolescents sont diffusés régulièrement à la radio et à la télévision. Les dirigeants religieux ont aussi enregistré des cassettes audio sur la santé de la reproduction en s'appuyant sur les croyances islamiques. L'utilisation des contraceptifs, bien qu'encore faible, a doublé entre 1993 et 1997, passant de 4 % à 8 %³³⁸. Au Sénégal aussi, Tostan, une ONG internationale œuvrant dans le domaine de l'éducation basée dans ce pays, a travaillé avec les femmes, leur mari, les chefs de village et les dirigeants religieux en vue de mettre un terme à la pratique traditionnelle de l'excision dans 31 villages³³⁹. Au Ghana, un produit de ce type de collaboration est le Parent's Handbook on Sexuality & Communication Skills, produit par le FNUAP, le Religious Bodies Welfare Project et la Family Planning Association (association de planification familiale) du Ghana.

Promotion de nouveaux rôles masculins

La participation des hommes en matière de soins aux enfants est habituellement bénéfique pour les mères, les enfants, et, ce qui est important, les pères eux-mêmes, qui établissent des liens plus étroits avec leurs enfants et leur femme. Passer du temps avec les enfants et répondre à leurs besoins physiques et émotionnels peut aussi contribuer au développement des qualités d'empathie des hommes, qui, selon des recherches récentes, sont souvent peu développées. Dans un petit nombre de pays seulement les hommes ont la possibilité de prendre un congé de paternité et en tirent parti³⁴⁰.

Des stratégies de communication peuvent aider les hommes à envisager de nouvelles représentations masculines et de nouveaux rôles sexosociaux. Introduire les hommes dans la sphère domestique est considéré comme essentiel pour établir une distribution plus équitable des rôles et responsabilités entre les hommes et les femmes. Le cas où l'homme se charge d'une part équitable des tâches ménagères est mieux connu dans les pays développés que dans les pays en développement. Toutefois, les rôles des pères peuvent être étendus pour comprendre des tâches traditionnellement réservées aux femmes. Les participants à un séminaire africain ont estimé que c'était un point d'entrée prometteur pour changer les rôles et responsabilités dans le ménage car cela donnerait aux hommes la possibilité d'éprouver de nouveaux types de plaisir, qui sont des facteurs fort gratifiants en faveur du changement de comportement³⁴¹.

³³⁸ FNUAP, Message électronique de Fatou Sarr Diop, discutant de l'éthique, de la religion et de la santé de la reproduction. Janvier 2000.

³³⁹ Population Council, The Tostan Story: Breakthrough in Senegal Ending Female Genital Cutting». *Frontiers in Reproductive Health*, juillet 2000. www.popcouncil.org/rhfp/tostan.html.

³⁴⁰ S. Clark et al., Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport établi pour le Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999, p. 12.

³⁴¹ A. Wouters, rapport de visite en Zambie.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Gagner l'appui des hommes en faveur de la maternité sans risque

Les hommes commencent à s'intéresser à la santé des femmes en matière de reproduction lorsqu'ils en savent plus sur la façon dont ils peuvent contribuer à assurer une grossesse et un accouchement sans risques. Il est attesté qu'une participation accrue des hommes dans le

Le partage des tâches ménagères au Burkina Faso

La division sexuelle du travail et des responsabilités dans la plupart des sociétés impose aux femmes une multitude de tâches «féminines», qui tendent à être plus nombreuses que celles des hommes. Ainsi, les études sur la répartition du temps disponible concluent inévitablement que les femmes ont une journée de travail plus longue que les hommes. Ainsi, de nombreuses femmes en Afrique de l'Ouest travaillent douze heures par jour. Préoccupée par les conséquences de cette charge de travail pour la santé, l'antenne régionale de l'organisation Femmes et Santé (avec un appui financier de l'Agence canadienne de développement international) a entrepris un projet pilote dans un certain nombre de villages du Burkina Faso pour encourager les hommes à aider avec les tâches ménagères. Les résultats semblent indiquer que la division sexuelle du travail est plus souple que les pessimistes ne l'auraient pensé.

Un des hommes participant au projet a parlé des difficultés que rencontrent les hommes qui ont décidé d'aider leur femme à la suite de la formation et des discussions de groupe organisés par le projet. «Lorsque nous avons commencé à transporter l'eau et à aller chercher le bois, même les petits enfants se sont moqués de nous, parce que cela était du jamais vu». Toutefois, les anciens ont reconnu qu'il n'y avait aucun interdit frappant le fait que les hommes effectuent des tâches ménagères. Après les difficultés initiales, aider les femmes est devenu une habitude et les hommes en retirent des avantages : «nos femmes sont plus propres, plus intelligentes, elles ont du temps pour s'occuper d'elles-mêmes et de nous, elles sont plus détendues». Tant les femmes que les maris affirment discuter plus souvent de leurs problèmes. Il est intéressant de noter que les hommes souhaitent à présent faire l'acquisition d'une bicyclette ou d'une brouette afin de moins se fatiguer en transportant le bois et en allant chercher l'eau.

SOURCE: "Femmes et Santé", No. 5, novembre 1993, Ouagadougou (Burkina Faso).

domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de reproduction peut réduire la mortalité périnatale. En Inde, l'éducation prénatale dispensée au futur père a conduit à une fréquence plus élevée des visites prénatales dans les dispensaires³⁴². Manifestement, il est possible de renforcer fortement le rôle que les hommes jouent dans les initiatives relatives à la maternité sans risques³⁴³. De nouvelles initiatives au Zimbabwe visant à faire participer les hommes aux soins prénatals ont été axées sur la fourniture de conseils aux femmes enceintes et à leur parte-

³⁴² V. Bhalerao et al., «Contribution of the Education of Prospective Fathers to the Success of Maternal Health Care Programmes», *Journal of Postgraduate Medicine* 30, No. 1, 1984.

³⁴³ S. Becker et J. C. Robinson, «Reproductive Health Care: Services Oriented to Couples». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 61, No. 3 (1998), p. 275-281; J. Fombi et R. Lovich, «The Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge about Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women». UNICEF, décembre 1997.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

naire et sur l'organisation d'activités d'information ciblant les hommes. Les hommes ont manifesté un grand intérêt, déclarant que la grossesse est fort mystérieuse, mais en même temps ils ont déclaré qu'ils craignaient de perdre le respect de leurs pairs parce qu'ils s'occupaient de «questions de femmes». Au fur et à mesure que la grossesse progresse, l'étude a révélé aussi que l'activité sexuelle diminuait, réduisant l'intimité et rendant la communication plus difficile³⁴⁴. Au Sénégal, les femmes étaient intéressées aussi par une plus grande participation des hommes; toutefois, les visites prénatales étaient l'occasion de se déplacer librement; elles assuraient aussi aux femmes un accès plus aisé à l'argent pour couvrir leurs besoins de santé. Il est important, par conséquent, d'être conscient de la tension qui existe entre l'autonomie des femmes et la participation des hommes, et de poursuivre les recherches relatives à l'intervention³⁴⁵.

Plaidoyer au niveau des politiques aux fins du changement dans les domaines de la sexualité, des soins aux enfants et de la violence

Le plaidoyer est nécessaire pour garantir que les politiques et les lois soient examinées, amendées et remaniées afin d'assurer la mise en œuvre effective des services et des droits de santé de la reproduction dans une perspective soucieuse d'équité entre les sexes. Le plaidoyer est requis pour sensibiliser les responsables politiques, les dirigeants traditionnels et religieux et les autres dirigeants communautaires, y compris les professionnels de la santé et les directeurs de dispensaire, aux politiques qui doivent être ajustées afin d'exécuter le plan convenu au Caire. Dans de nombreux pays, les lois et les politiques tendent à entraver les partenariats efficaces entre hommes et femmes. Par exemple, des produits sont nécessaires pour assurer l'accès des jeunes hommes à l'information et aux services de santé en matière de reproduction et de sexualité et pour que les systèmes d'application de la loi considèrent que la contrainte sexuelle constitue un crime.

Plusieurs initiatives de plaidoyer sont en cours en Asie du Sud, qui collaborent avec les hommes en vue de mettre fin à la violence contre les femmes et les filles. L'UNICEF, UNIFEM et le PNUD ont parrainé une réunion régionale à Katmandou sur le thème «mettre fin à la violence contre les femmes et les filles en Asie du Sud» en 1997. La conférence a produit l'Engagement de Katmandou de mettre fin à la violence contre les femmes et les filles en Asie du Sud, qui énonce: «Nous, les hommes, avons pris conscience qu'aucun changement durable ne peut avoir lieu si nous ne renonçons pas aux idées fortement ancrées de supériorité masculine, si nous ne nous engageons pas à élaborer de nouveaux modèles de la masculinité. Nous nous efforcerons d'enlever notre armure et de devenir des êtres humains plus développés et plus complets. Nous demandons instamment aux entités internationales de porter leur attention sur les conséquences destructrices du patriarcat et de les étudier»³⁴⁶. L'Engagement demande aussi à l'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR) et à ses pays membres de remplir les engagements souscrits par le sommet masculin d'adopter une convention régionale et d'aller de l'avant en la matière.

³⁴⁴ J. Pulerwitz, «Involving Men in HIV/AIDS and Reproductive Health Programmes» (présentation des résultats du projet *Horizons* à la réunion de l'organisation MotherCare sur les comportements clés dans le domaine de la santé et la survie maternelles, Washington D.C., mai 2000).

³⁴⁵ Ibid.

³⁴⁶ R. F. Hayward, «Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women» [Document présenté au Symposium mondial de l'OMS sur Violence et Santé, 12-15 octobre 1999, Kobe (Japon)], p. 17.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Changer les normes sociales qui tolèrent le recours des hommes à la violence contre les femmes

La question de la violence fondée sur le sexe bénéficie d'une attention accrue de la part des défenseurs de la cause des femmes. Les hommes peuvent être mobilisés en vue de s'opposer à la violence contre les femmes et aux fins de la réalisation des droits fondamentaux des femmes. Les efforts visant à changer la culture de la violence nécessitent un changement des attitudes et un changement social, et pas seulement l'application des lois.

Les hommes, qui tendent à être prédominants dans l'appareil juridique, contribuent à plaider en faveur de la ratification dans leur pays de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, étudiant la Convention afin de pouvoir surveiller les violations et assurer le respect de la Convention. De même, les corps législatifs de nombreux pays, eux aussi composés principalement d'hommes, réforment les lois aux fins de la promotion et de la protection des droits en matière de reproduction.

À ce jour, la plupart des programmes d'intervention qui s'attaquent à la violence font porter leurs efforts sur le traitement des femmes survivantes. La question de savoir comment réussir à traiter de façon constructive dans le cadre de la santé de la reproduction des problèmes de violence avec les hommes auteurs d'actes de violence n'a toujours pas reçu de réponse. La recherche contribue à l'élaboration de programmes éducatifs qui déconstruisent la violence en tant qu'élément de l'identité masculine et informent les hommes et les femmes de la perception erronée selon laquelle la violence est une disposition naturelle ou biologique des hommes. De récentes activités de plaidoyer à la base ont commencé à s'occuper des auteurs d'actes de violence. Dans l'ensemble, ces initiatives nécessitent des investissements sur le long terme pour que tout changement de comportement puisse se produire.

Partenariats avec la société civile dans le domaine de la violence sexuelle et de la violence dans la famille

Les questions difficiles telles que la violence nécessitent des partenariats en faveur d'approches novatrices. On trouvera ci après des exemples de travail dans ce domaine:

La **Jamaica Family Planning Association (FPA)** (association de planification familiale de Jamaïque) est l'une des rares organisations s'occupant de la santé en matière sexualité et de reproduction qui travaillent avec les responsables d'actes de violence en vue de diminuer les effets néfastes de la violence dans la famille. Elle a travaillé en collaboration avec le système judiciaire et les agents de probation dans le cadre de l'initiative des «Brothers for Change» (Frères pour le changement) de St. Ann's. Une enquête de référence réalisée auprès de 200 participants a fourni des données en retour utiles. À la suite d'une formation assurée par la FPA, le personnel d'un établissement correctionnel à St. Ann's a conduit des sessions avec les prisonniers sur la santé en matière de sexualité et de reproduction et sur la violence dans la famille. Malgré une augmentation du nombre des inscrits et des présents, la participation des auteurs d'actes de violence n'a pas répondu aux attentes et a été irrégulière ; contrairement aux réactions initiales, les hommes ont accepté les animatrices, mais ils ont ressenti le programme comme une activité imposée et cela

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

leur a déplu. Malgré leur réticence, la plupart des participants ont indiqué que le programme avait été extrêmement bénéfique, en particulier en leur fournissant différents comportements possibles, et que ce qu'ils avaient appris au cours des sessions les ferait réfléchir à deux fois avant d'avoir un comportement violent. À l'avenir, le projet compte sensibiliser les juges et les agents de probation au niveau national et produire une émission radiophonique avec participation des auditeurs³⁴⁷.

L'association de planification familiale de la **Trinité-et-Tobago** a utilisé la pièce «Short Change» comme outil pour introduire la discussion sur la violence fondée sur le sexe avec des adolescents de sexe masculin et des hommes adultes. La pièce interactive présente un homme qui justifie la violence contre les femmes, encourage son fils à trouver une femme comme celles que l'on trouve dans les magazines pornographiques et jette sa fille hors de la maison lorsqu'elle se retrouve enceinte. Dans le cadre du spectacle, le personnage principal demande aux membres de l'audience quels types de rapports les hommes ont avec les femmes, quels types de rapports les hommes devraient avoir avec les femmes et ce que les hommes doivent faire pour changer³⁴⁸.

En **République dominicaine**, l'association dominicaine pour le bien-être de la famille [Asociacion Dominicana Pro-Bienestar de la Familia (Profamilia/DR)] a travaillé en vue de faire adopter une loi contre la violence dans la famille. Profamilia a ensuite collaboré avec le FNUAP pour diffuser l'information sur la législation aux hommes et aux femmes en produisant et distribuant une version simplifiée et illustrée de la loi³⁴⁹.

Préoccupé par le nombre d'auteurs de délits sexuels, le service pénitentiaire de la **Dominique** a demandé au Conseil national dominicain des femmes de lui apporter une assistance technique en vue d'incorporer une nouvelle approche de la violence dans la famille dans le contexte de la nouvelle loi sur les délits sexuels. L'objectif du projet est d'éduquer les prisonniers sur la réalité des sévices sexuels qui affectent les femmes et les enfants. Avec l'accord des autorités pénitentiaires, les prisonniers de sexe masculin ont participé à l'élaboration du projet. Le projet au niveau de la prison est exécuté conjointement avec le projet communautaire d'intervention de crise du Conseil, qui aide les communautés à faire face à la misogynie croissante, en particulier parmi les hommes et les garçons qui ont déjà un comportement menaçant à l'égard des femmes et des filles³⁵⁰.

Au **Brésil**, Estudos e Comunicação em Sexualidad e Reprodução Humana forme les membres d'une unité spéciale de la police, Delegacias de Mulher, qui est chargée d'enquêter sur les cas de violence signalés, y compris la violence sexuelle contre les femmes. Des activités de formation et des ateliers sensibilisent les officiers de police de sexe masculin aux besoins spéciaux des femmes qui demandent leur aide³⁵¹.

³⁴⁷ IPPF/WHR, *BASTA!*, été 2000, p. 7.

³⁴⁸ IPPF/WHR, «What is a Man?», *Forum* 14, No. 1 (janvier 1999), p. 15 et 16.

³⁴⁹ IPPF/WHR, «Confronting Domestic Violence», *Forum* 14, No. 1 (janvier 1999), p. 7 et 8.

³⁵⁰ D. Noel-De Bique, «The Caribbean: NGO Partnerships for Advancing Male Responsibility in Implementing the Goals of the ICPD». In *HERA: Health, Empowerment, Rights & Accountability, Confounding the Critics: Cairo, Five Years On*. Rapport sur la conférence, Coyococ, Morelos (Mexique), 15-18 novembre 1998.

³⁵¹ AVSC International et IPPF/WHR, «Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms» (*Literature Review*. Oaxaca (Mexique), octobre 1998), p. 15.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Changer les règlements qui régissent les services au moyen d'alliances stratégiques avec les guides de l'opinion de sexe masculin

Les hommes sont souvent qualifiés de «médiateurs» ou de «filtres d'accès» du fait des nombreux rôles de pouvoir qu'ils jouent dans la société – en tant que maris, pères, oncles, dirigeants religieux, médecins, décideurs et dirigeants locaux et nationaux. Dans leurs différents rôles, les hommes peuvent contrôler les décisions clés et l'accès à l'information et aux services de santé, aux finances, aux moyens de transport et à d'autres ressources. Les décideurs, les responsables de la gestion des programmes, les travailleurs de la santé et les autres types de prestataires de services peuvent entraver la participation des hommes.

Au niveau des programmes, les dispensaires peuvent décourager les hommes et les adolescents susceptibles de chercher à avoir accès aux services. Pour que les hommes et les femmes puissent bénéficier d'un accès sans entraves à des soins et des services de qualité dans le domaine de la santé de la reproduction, il faut éliminer ces entraves au niveau des législations et des politiques. Les dispensateurs de soins à tous les niveaux peuvent refuser de fournir à des individus des services ou des produits du fait de préjugés, de politiques arbitraires ou d'une attention insuffisante aux besoins des clients; le personnel des dispensaires n'est souvent pas conscient de ses propres préjugés. En particulier, de nombreux dispensateurs de soins n'ont pas l'information et la formation voulues pour dispenser des soins aux hommes³⁵². Cela peut être dû à des valeurs culturelles et politiques conservatrices, aux croyances populaires selon lesquelles les hommes ne s'intéressent pas aux questions de santé de la reproduction ou simplement à l'idée que la planification familiale relève des femmes. C'est pour cela qu'il faut des activités de plaidoyer, instrument utile aussi pour introduire ou étendre des approches en matière de fourniture de services qui se sont avérées efficaces pour toucher et attirer les hommes. Les participants à un séminaire de l'AVSC ont déclaré que les messages élaborés en vue de toucher ces groupes devraient être conçus de façon à aborder des questions culturelles et politiques et ne devraient donc pas être identiques à ceux qui visent à toucher les clients et des clients potentiels³⁵³.

Au Mali, l'Association de soutien au développement des activités de population a travaillé avec le projet du Centre for Development and Population Activities/ACCESS visant à étendre les services de planification familiale communautaire et à encourager la participation des hommes. Avec l'appui des dirigeants traditionnels, des volontaires de sexe masculin ont été formés à la distribution de contraceptifs et à la fourniture d'informations sur la santé de la reproduction, y compris la prévention des MST/sida, les comportements à haut risque et l'utilisation des préservatifs. Le projet a renforcé l'intérêt des hommes pour la santé des mères et des enfants et a conduit à l'accroissement de l'intérêt pour les méthodes modernes d'espacement des naissances³⁵⁴.

³⁵² M. Drennan et al., « New Perspectives on Men's Participation ».

³⁵³ M. Wegner et al., «Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action». *International Family Planning Perspectives* 24, No. 1, mars 1998, p. 38-42.

³⁵⁴ K. L. Mojidi, «Increasing Male Participation: Lessons from Mali, Kenya and Nigeria» (document présenté à la Conférence sur les enseignements tirés du projet ACCESS, CEDPA, Washington D.C, 18 et 19 juin 1998).

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

Les adaptations novatrices auxquelles procèdent les institutions existantes peuvent créer de nouvelles possibilités d'induire des changements. En Inde, Family Welfare Education and Services organise des clubs pour beaux-pères et belles-mères en vue d'apporter un appui à la santé de la reproduction. Les hommes discutent de questions telles que l'alcoolisme, le tabac, la malnutrition, la planification familiale et l'alphabétisation des femmes. En Inde, les belles-mères exercent une grande influence dans le ménage; le projet les encourage à promouvoir une nutrition et des soins aux enfants appropriés et à inciter leurs fils à mieux traiter leur femme, parce que «seule une mère heureuse en bonne santé peut concevoir un enfant en bonne santé»³⁵⁵.

Constitution de coalitions avec les hommes et pour les hommes: les réseaux masculins

Une intervention de plaidoyer comprend la constitution de coalitions et de réseaux. Des exemples de groupes ayant des préoccupations similaires concernant les hommes et l'équité entre les sexes dans le contexte de la santé et des droits en matière de reproduction et avec lesquels constituer des coalitions sont les réseaux masculins en Suède où les Daddies Clubs au Ghana.

Le travail du FNUAP avec le système judiciaire

- ▶ «Nous demandons instamment aux hommes du monde entier de porter un ruban blanc ou d'accrocher un ruban blanc à leur maison, leur véhicule ou sur leur lieu de travail chaque année pendant une semaine.... Porter un ruban blanc est un engagement public de ne jamais commettre, tolérer ou passer sous silence des actes de violence contre les femmes. Le ruban blanc symbolise l'appel lancé à tout homme violent de déposer ses armes dans la guerre menée contre nos sœurs.
- ▶ Nous demandons aux syndicats, associations professionnelles, groupes d'étudiants, sociétés, institutions religieuses, médias et organisations non gouvernementales de faire de cette question une priorité.
- ▶ Nous demandons instamment aux gouvernements d'adopter des lois-cadres contre toutes les formes de violence à l'égard des femmes et de financer des programmes pour les survivantes de cette violence, tels que les abris pour femmes battues et les centres de crise pour femmes violées, ainsi que pour les services visant à traiter les hommes violents.
- ▶ Nous demandons des programmes d'éducation de grande envergure dans les écoles et sur les lieux de travail, ainsi qu'à l'intention des officiers de police et des juges sur la question de la violence des hommes.
- ▶ Nous considérons que le respect des filles et des femmes et l'égalité entre les hommes et les femmes sont des conditions préalables à l'arrêt de la violence.
- ▶ Nous demandons instamment aux hommes d'organiser des campagnes du ruban blanc aux niveaux local et national, ouvertes à tous les hommes et tous les garçons, quelles que soient leur appartenance politique et leur condition sociale et économique».
- ▶ Le groupe demande aussi instamment aux hommes de «commencer par écouter... de s'informer sur la violence en demandant à une femme à laquelle ils font confiance comment la violence l'a affectée».

SOURCE: www.whiteribboncampaign.ca

³⁵⁵ S. Raju et A. Leonard (éd.), *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rethoric to Reality* (Population Council South and East Asia Regional Office, 2000).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

L'objectif des réseaux suédois est de mettre un terme à la violence et aux mauvais traitements que les hommes font subir à des enfants, des femmes et d'autres hommes. On peut aussi citer Padare, forum pour hommes au Zimbabwe, qui coopère avec le Zimbabwe Women's Resource Centre and Network en vue de promouvoir l'autonomie et l'égalité des femmes dans tous les domaines de la société et d'encourager la participation des hommes à la prévention de la violence contre les femmes et les filles; le Men's Group against Violence, au Nicaragua; et CORIAC, le collectif mexicain des hommes pour des relations égales, au Mexique.

Au niveau international, des hommes soucieux d'équité entre les sexes créent un mouvement et font activement campagne pour sensibiliser les hommes au problème des actes de violence commis par un grand nombre d'hommes, principalement contre des femmes, mais aussi contre des enfants et d'autres hommes³⁵⁶. Ainsi, la campagne du ruban blanc a commencé au Canada en tant que groupe de discussion réservé aux hommes, visant à les sensibiliser à la violence dans la famille. À présent, des sections en Amérique latine, en Australie, aux États-Unis, en Finlande et en Norvège demandent instamment aux hommes de porter un ruban blanc pour exprimer leur engagement public de ne jamais commettre, tolérer ou passer sous silence des actes de violence contre les femmes.

L'objectif de la campagne du ruban blanc est de faire en sorte que les hommes prennent part publiquement à la lutte contre la violence à l'égard des femmes, brisent le silence de la complicité entre les hommes et contribuent à changer les modèles masculins. Il s'agit de la première campagne internationale cherchant à faire participer les hommes à la prévention de la violence contre les femmes. Au Canada, où la campagne a suscité la plus grande attention, le groupe a été en mesure de faire participer des dirigeants de sexe masculin - dans les milieux d'affaires, les médias, le monde des spectacles et les sports - afin d'associer leurs noms à la campagne. Le groupe a réussi aussi à mobiliser des hommes appartenant à des milieux politiques fort différents et a forgé des liens importants avec des groupes de femmes en suivant une stratégie simple consistant à écouter et à respecter les femmes.

Une organisation mexicaine associée à cette campagne, CORIAC, a utilisé les messages suivants: «Rechazar todas formas de violencia hacia las mujeres»; «Romper el silencio y la complicidad con hombres violentos»; «Construir relaciones equitativas entre hombres y mujeres»; «Être violent contre les femmes ne nous rend pas plus virils»³⁵⁷.

Engager un débat sur le rôle et les responsabilités des hommes

Pour changer la culture de la société concernant les rôles sexosociaux, il faut qu'un débat national s'engage sur les questions préoccupantes et les solutions de remplacement souhaitées. Il est important que l'objectif des activités d'éducation et de communication soit de stimuler la réflexion et la discussion et non de persuader et de convaincre les gens d'adopter des solutions toutes faites. Le changement ne peut venir que de l'intérieur du groupe, qui généralement sait ce qui est faisable et susceptible de marcher. Ainsi, un objectif clé est d'aider le groupe à formuler ses

³⁵⁶ Consulter le site web www.chebucto.ns.ca/CommunitySupport/Men4Change/index.htm.

³⁵⁷ Affiches de CORIAC ; pour de plus amples renseignements, contacter coriac@laneta.apc.org.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

propres idées de solutions³⁵⁸. Le Panos Institute a effectué des recherches approfondies sur les hommes et le sida et a conclu que le changement de comportement ne pourrait réussir qu'en engageant un débat complet en connaissance de cause sur les valeurs masculines. L'institut a proposé trois principes pour obtenir de bons résultats:

- 1) Le changement des valeurs ne peut être imposé de l'extérieur. Les programmes internationaux de lutte contre le sida, les dirigeants politiques ou religieux, les institutions et organisations extérieures à une société donnée qui s'occupent du développement, du VIH, des questions liées à l'homosexualité ou de la religion ne peuvent que fournir les ressources qui permettront au débat d'avoir lieu; ils ne peuvent pas «imposer des résolutions ou préjuger les résultats».
- 2) Le débat doit inclure des individus qui peuvent être marginalisés par la société; par exemple, des toxicomanes, des homosexuels et des hommes et femmes qui sont infectés par le VIH.
- 3) La discussion sur la masculinité ou ce que cela signifie d'être un homme doit se tenir dans tous les secteurs de la société: entre époux; entre hommes; dans les institutions, le milieu des affaires, les médias, les églises, les mosquées ou les synagogues; ainsi que dans les assemblées politiques aux niveaux national, sous-national et local ³⁵⁹.

Changer les stéréotypes dans les médias

Les médias sont de puissants instruments permettant aux individus de recevoir des messages sur l'identité sexuelle et les normes sociales. Une étude réalisée en Ouganda a révélé que plus de la moitié des hommes qui avaient participé à l'étude identifiaient la radio comme la principale source d'information sur les questions touchant à la santé de la reproduction. Vingt pour cent tirent leur information de la presse quotidienne et environ un quart de la télévision³⁶⁰. Le travail avec les médias consiste à les encourager à représenter des rôles sexosociaux non stéréotypés, par exemple des hommes attentionnés, des femmes compétentes et des hommes et des femmes qui se soutiennent mutuellement, dans des dramatiques radiophoniques, des vidéos, des films ou des témoignages en vue de promouvoir l'égalité entre les sexes et les partenariats entre les hommes et les femmes³⁶¹. Toutefois, la promotion de la santé en matière de sexualité et de reproduction au moyen des médias peut aussi poser des problèmes. Un projet relatif à la promotion de la vasectomie au Kenya a dû faire preuve d'imagination pour trouver des moyens de diffuser des messages assurant la promotion des dispensaires qui offrent aux hommes des informations et des services de planification familiale lorsque la Kenya Broadcasting Corporation a refusé de les diffuser à la radio et à la télévision. Les médiateurs kényens craignaient que la diffusion de ces informations sur la vasectomie ne produise un choc en retour de

³⁵⁸ J. du Guerny et al., «Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», document de travail des SAT du FNUAP, décembre 1998, p. 17.

³⁵⁹ M. Foreman, « AIDS and Men», p. 44.

³⁶⁰ M. Thuo, ««Male Involvement and Participation in Reproductive Health in Uganda: Summary of the Research Findings». Équipe d'appui au pays du FNUAP, Addis-Abeba, 1999, p.18.

³⁶¹ F. Chikara, «The Rôle of IEC in Reinforcing or Changing Gender Stereotypes».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

la part du public. Toutefois, le projet a réussi à faire passer son message au moyen de publicités fournissant des informations sur les vasectomies qui sont parues dans des journaux et dans un magazine. Les résultats ont dépassé toute espérance, avec plus de 800 demandes écrites d'informations supplémentaires provenant de tous les coins du pays³⁶².

Il faut organiser des activités qui sensibilisent les spécialistes des médias et qui aident à orchestrer la collaboration des médias à la promotion de la santé de la reproduction et du rôle des hommes. Les résultats de la recherche peuvent être mis en forme en vue de promouvoir des arguments convaincants en faveur de la participation des hommes à la santé de la reproduction tout au long du cycle de vie. Des partenariats peuvent être forgés ou renforcés avec les principales parties prenantes, les dirigeants et les modèles aux niveaux national et communautaire, et les groupes d'intérêts nationaux et locaux. Les programmes peuvent aussi apporter un appui au choix de porte-parole clés dans tous les segments de la population en vue d'encourager à concentrer l'attention sur la participation des hommes à la santé de la reproduction dans un grand nombre de contextes différents et par l'intermédiaire de différents groupes d'intérêts³⁶³.

CHANGEMENTS APPORTÉS AU COMPORTEMENT DES INDIVIDUS AU MOYEN DE STRATÉGIES D'INFORMATION, D'ÉDUCATION ET DE COMMUNICATION (IEC)

Le résultat escompté d'un programme d'IEC est un changement des attitudes, valeurs, comportements ou normes individuels ou communautaires. La planification stratégique IEC nécessite de traduire les objectifs d'égalité entre les sexes dans des résultats comportementaux précis visant à surmonter les obstacles et à résoudre les problèmes.

La nécessité de comprendre le comportement masculin individuel au moyen de la recherche

L'expérience acquise par les programmes au cours de la décennie écoulée montre que la communication peut améliorer le comportement des hommes en matière de santé³⁶⁴. Il existe à présent une base scientifique à l'optimisme quant aux attitudes des hommes à l'égard de la santé de la reproduction dans de nombreux pays, sauf pour leur comportement de prise de risques. Il est manifeste que les adolescents et les jeunes adultes de sexe masculin ont tendance à prendre des risques sexuels. L'augmentation du taux d'infection à VIH semble être le produit d'une prise accrue de risques sexuels et de la persistance de l'ignorance, ou du mépris délibéré des mesures de protection que l'individu pourrait prendre contre l'infection. Le résultat est troublant du fait de la haute visibilité des campagnes de lutte contre le sida et de la poursuite des efforts par la société et la médecine en général dans des pays tels que les États-Unis et les Pays-Bas³⁶⁵. Pour identifier les possibilités d'induire le changement, les communicateurs doivent aussi collecter des informations - ou avoir accès à celles-ci - qui les aident à comprendre: 1) la formation de l'identité masculine dans des contextes précis, en particulier en ce qui concerne les craintes et les sentiments d'insécurité d'ordre sexuel, l'exercice du pouvoir dans les relations

³⁶² D. J. Wilkinson et al., «Using the Newspaper to Disseminate Vasectomy Information in Kenya». *Knowledge into Action: A Guide to Research Utilization* 14, No. 2 (1993-1994), p.165.

³⁶³ J. du Guerny et al., «Male Involvement in Reproductive Health», p. 17.

³⁶⁴ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, *Reaching Men Worldwide*, p. 50.

³⁶⁵ G. Herdt, «Sexual Cultures and Population Movement», p. 15.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

entre les sexes et les relations sexuelles, les rites d'initiation et le comportement en matière de prise de risques; 2) la perception que les hommes ont de leur propre sexualité, leur comportement en matière de recherche de la santé, et les perspectives masculines tout au long des différentes étapes du cycle de la vie; 3) la dynamique de négociation et de prise de décision au niveau du couple, y compris les stratégies de règlement des désaccords, le rapport que les hommes entretiennent avec les questions touchant à la santé des femmes en matière de reproduction, et ce qui détermine la façon dont les hommes prennent des décisions dans ce domaine.

En Amérique latine, la Fédération internationale pour la planification familiale a étudié comment certains hommes perçoivent la planification familiale et la santé en matière de sexualité et de reproduction en réalisant une étude en Équateur, en El Salvador et au Venezuela. Les résultats montrent que les hommes ne comprennent pas clairement la santé en matière de sexualité et de reproduction et qu'ils croient qu'il s'agit essentiellement de la même chose. Les hommes relient les deux expressions au bien-être physique, à l'hygiène, aux pratiques sexuelles «normales» et à la capacité de concevoir des enfants en bonne santé. Ils comprennent la planification familiale comme le choix du nombre d'enfants à avoir et le moment pour cela, et ils ont mentionné la communication entre partenaires comme étant un facteur important pour la planification de la famille par le couple. Les facteurs religieux et économiques ont été mentionnés aussi comme des facteurs à prendre en considération dans le cadre de la planification familiale. Notamment, un petit nombre d'hommes ont abordé des questions telles que la communication, le respect, l'absence de violence, la maturité et la nécessité d'éduquer les jeunes. Mais les relations hommes-femmes, la sexualité et le désir sexuel non pas été mentionnés. D'autres informations tirées de cette étude sont les caractéristiques des partenaires stables et occasionnelles des hommes, la façon dont les hommes parlent du sexe, leur connaissance des méthodes de planification familiale et des infections sexuellement transmissibles, et leurs préférences en matière de fourniture de services³⁶⁶. L'étude est un exemple de ce type de recherche qui est relativement facile et rapide à entreprendre et qui fait appel aux parties prenantes. Une fois que ces informations et conditions de recherche sont obtenues, les programmes peuvent élaborer des stratégies de communication appropriées qui ciblent les hommes et les couples.

Améliorer la communication et la négociation au niveau du couple sur les questions relatives à la santé en matière de reproduction et de sexualité

Améliorer la communication entre les époux/partenaires sur les questions ayant trait au ménage et celles qui sont considérées comme privées, ou pour les femmes seulement, ou pour les hommes seulement, est un processus essentiel pour renforcer la prise de décisions conjointe et le partage des responsabilités³⁶⁷. Renforcer la communication au niveau du couple demeure un objectif important pour les programmes relatifs à la participation des hommes dans le domaine de la santé et des droits en matière de reproduction et de sexualité. La communication permet au mari et à la femme de connaître leurs attitudes réciproques à l'égard de la planification familiale et de l'utilisation des contraceptifs. Elle leur permet d'exprimer leurs préoccupations

³⁶⁶ IPPF/WHO, «Men in Latin America: How They View Family Planning, Sexual Health, and Reproductive Health», rapport de groupes de réflexion, 1997.

³⁶⁷ Agence suédoise de développement international, «Men's Voices, Men's Choices: Sexuality, Fatherhood and Male Identity in a Changing Society» [Rapport d'un séminaire régional tenue à Lusaka (Zambie) du 11 au 13 janvier 1999].

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

concernant les questions touchant à la santé de la reproduction, telles que la crainte des grossesses non désirées ou des MST. La communication peut aussi encourager la prise de décisions conjointe et des rôles assignés à chacun des sexes qui soient plus équitables³⁶⁸. La dynamique entre les partenaires sexuels joue un rôle crucial, par exemple le fait que le couple parle librement ou non de la protection contre les maladies et les grossesses non désirées ou que les rapports sexuels soient volontaires pour les deux parties³⁶⁹.

Les interventions réussies en matière de santé de la reproduction sont souvent axées sur le couple en tant qu'unité, plutôt que sur un seul des partenaires à la fois. Les stratégies fondées sur le couple tendent à donner de meilleurs résultats, que ce soit pour la santé maternelle et infantile, la planification familiale ou la prévention et le traitement des MST³⁷⁰. Les conseillers conjugaux mettent l'accent sur une responsabilité égale pour la prise de décisions sur le plan sexuel et détruisent le mythe selon lequel la grossesse et les MST sont des problèmes qui ne concernent que la femme³⁷¹. Toutefois, les programmes qui utilisent une approche fondée sur le couple doivent être élaborés avec soin afin de ne pas mettre en danger l'autonomie et l'autodétermination des femmes lorsqu'elles ne sont pas d'accord avec leur partenaire masculin³⁷².

Interventions visant à accroître la prise de décisions conjointe et la communication au niveau du couple

Récemment, plusieurs projets ont facilité la communication entre époux, en utilisant des réunions communautaires, des agents de vulgarisation ou des approches ludo-éducatives, divertissements éducatifs fondés sur les médias. Ainsi, au Bangladesh, le projet Jiggasha utilise les réseaux de communication rurale existants en vue de rendre la discussion de la santé de la reproduction culturellement plus acceptable et d'encourager la communication entre les hommes et les femmes.³⁷³ Les Jiggashas sont des groupes de discussion villageois composés soit d'hommes soit de femmes, qui se réunissent séparément. Les Jiggashas constituent une instance où les hommes et les femmes sont à l'aise pour poser des questions sur la planification familiale, les méthodes contraceptives et la santé de la reproduction. Des animateurs ayant reçu une formation spéciale collaborent avec les guides de l'opinion de sexe masculin et féminin au niveau du village pour les informer sur les méthodes contraceptives, répondre aux questions, distribuer des contraceptifs et orienter certaines personnes. L'enquête de suivi donne à penser que l'approche fondée sur les Jiggashas a complété les efforts de planification familiale existants des animateurs. Dans les villages comptant des animateurs de planification familiale et des Jiggashas, le taux de prévalence de la contraception a augmenté, passant de 38 à 56 %. Dans les villages ayant des animateurs mais pas de Jiggashas, ce taux est passé de 26 à 32 %³⁷⁴.

³⁶⁸ M. Drennan et al., « New Perspectives on Men's Participation ».

³⁶⁹ W. R. Finger, « Condom and Behaviour Change », *Network* 18, No 3 (Family Health International, printemps 1998).

³⁷⁰ S. Becker, « Couples and Reproductive Health: A Review of Couples Studies ». *Studies in Family Planning* 27, No. 6 (1996), p. 291-306.

³⁷¹ R. Danielson, « Couple-Friendly Care: Paradigm for Reproductive Health Promotion » [document présenté à la réunion annuelle de la American Public Health Association, San Diego (Californie), novembre 1995], P.7.

³⁷² S. Becker et J. C. Robinson, « Reproductive Health Care », p. 275-281.

³⁷³ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, *Reaching Men Worldwide*.

³⁷⁴ Ibid., p. 50.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

Dans les zones rurales du Honduras, un programme de vulgarisation agricole offre un bon exemple de moyen économique de faire participer les hommes à la santé de la reproduction et d'accroître la communication au sein du couple sur la planification familiale. Lorsqu'ils rencontrent les agriculteurs, les agents de vulgarisation rémunérés ont utilisé un manuel interactif pour parler de la santé de la reproduction. Dans certaines régions, ils ont aussi donné aux couples une brochure conçue pour aider les maris et les femmes à planifier leurs objectifs familiaux sur le long terme. Dans les deux domaines, la communication entre époux s'est améliorée. Le pourcentage des femmes indiquant qu'elles discutaient de la planification familiale avec leur mari a augmenté, passant de 36 à 50 %, le pourcentage des couples qui discutent des MST et du VIH étant passé quant à lui de 42 à 54 %³⁷⁵.

En Tanzanie, un feuilleton radiophonique financé par le FNUAP sur la santé de la reproduction, y compris la planification familiale, la santé en matière de sexualité et la prévention du VIH/sida, intitulé «Twende na Wakati» (TNW) ce qui signifie «Vivons avec notre temps», a été un des premiers projets de divertissement éducatif abordant à la fois les questions de planification familiale et de prévention du VIH/sida. Le projet TNW a eu une incidence significative sur le comportement et la communication des auditeurs en matière de fécondité, y compris la communication entre époux. Environ 61 % des auditeurs dans la zone couverte ont déclaré avoir parlé à quelqu'un d'autre, habituellement un ami ou leur femme, de TNW. La plupart ont indiqué qu'ils parlaient de ce que l'émission disait sur la planification familiale et le VIH/sida. Ainsi, le feuilleton divertissant et éducatif a suscité une communication considérable entre pairs sur la prévention du VIH/sida et la planification familiale, principalement entre des personnes qui avaient écouté le programme radiophonique. La communication interpersonnelle stimulée par les médias était très importante pour changer le comportement des auditeurs en matière de planification familiale et de prévention du VIH/sida.

115

QUELQUES TUYAUX EN MATIÈRE DE COMMUNICATION STRATÉGIQUE: ENSEIGNEMENTS TIRÉS DE L'EXPÉRIENCE

Diversité et segmentation de l'audience

«Les hommes, comme les femmes, constituent un groupe extrêmement divers. Certains hommes sont engagés dans une relation à long terme avec une femme, marquée par la fidélité mutuelle; d'autres ont des relations sexuelles occasionnelles avec des hommes et des femmes; certains hommes sont engagés dans une relation à long terme avec un autre homme. De nombreux hommes sont pères de famille. De nombreux hommes ont un travail qui leur offre un statut et une rémunération suffisants, tandis que d'autres émigrent pour trouver du travail ou travaillent dans des conditions dangereuses. Certains hommes occupent un poste de haute responsabilité. D'autres appartiennent à des groupes sociaux désavantagés. De nombreux hommes représentent un modèle pour leur famille et leur communauté. Nous devons reconnaître cette complexité lorsque nous cherchons à faire participer les hommes»³⁷⁶.

³⁷⁵ CARE, «Strategies to Involve Men in Reproductive Health Care: From Farm Management to Family Management» (tiré de *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library, 1990-1999), mai 1998.

³⁷⁶ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les hommes diffèrent aussi par leurs croyances, et leurs attitudes à l'égard de la santé de la reproduction peuvent différer plus fortement qu'elles ne diffèrent de celles des femmes³⁷⁷. Tout comme le plaidoyer, l'identification des catégories d'audience, de message et d'approches est une phase essentielle des programmes d'IEC ciblant les hommes. Reconnaître la diversité des hommes dans toutes ses dimensions—âge, niveau d'instruction, statut socio-économique, situation familiale, milieu de travail, croyances religieuses et coutumes traditionnelles—et décider quels moyens employer pour atteindre ces différentes catégories d'hommes et satisfaire leurs besoins sont des étapes primordiales de l'élaboration des programmes d'IEC. Ces programmes doivent utiliser différents moyens de communication pour atteindre les hommes à la maison, sur leur lieu de travail, durant les événements religieux et sociaux, dans les écoles et les centres communautaires et partout où ils reçoivent des messages éducatifs ou commerciaux³⁷⁸.

Cibler les hommes responsables et attentionnés

Changer les comportements touchant aux rôles et responsabilités assignés à chacun des sexes peut-être un processus de longue durée. La résistance au changement est fortement ancrée et il ne suffit pas d'être exposé une fois à une idée pour que cela induise un changement. En conséquence, pour promouvoir le changement des rôles sexosociaux, il importe de rechercher des individus susceptibles d'être plus réceptifs au changement ou d'essayer une nouvelle approche. Il peut être plus efficace d'un point de vue stratégique d'axer les programmes sur les hommes qui agissent de façon «responsable» selon leur rôle traditionnel plutôt que de cibler uniquement les «hommes irresponsables qui n'apportent aucun soutien à la santé de leur épouse en matière de reproduction»³⁷⁹. En effet, ils ont plus de chances de prendre le risque d'aller à contrecourant de ce que les autres font. En outre, il est important de gagner le soutien de ceux qui sont connus et admirés par les audiences cibles³⁸⁰.

Dépasser les messages simplistes conventionnels en matière de prévention du VIH en incluant une approche fondée sur la sexualité

Une approche fondée sur la sexualité prend en compte les différentes relations sexuelles qu'une personne ou un couple peut avoir, y compris les anciens partenaires et les partenaires actuels. Les campagnes de prévention du VIH/sida ont parfois encouragé de façon simpliste la monogamie mutuelle et l'utilisation des préservatifs comme les deux seules options pour prévenir l'infection à VIH parmi les hétérosexuels. Toutefois, la monogamie mutuelle n'est pas une stratégie sexuelle moins risquée en elle-même. En effet on n'a pas tenu dûment compte des partenaires sexuels multiples des hommes dans les campagnes de prévention du VIH.

Seule une monogamie mutuelle durable entre deux individus séronégatifs qui ont confiance dans leur séronégativité constitue une protection contre le VIH. Certaines campagnes nationales de lutte contre le sida - tout particulièrement la campagne «Love Carefully» en Ouganda—ont

³⁷⁷ M. E. Greene et A. Biddlecom, «Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles» [document présenté au séminaire du UIESP/CENEP sur le thème «Men, Family Formation and Reproduction» , Buenos Aires, (Argentine) mai 1998].

³⁷⁸ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, «Better Together», p. 3.

³⁷⁹ B. Shepard, «Masculinity and the Male Role in Sexual Health». *Planned Parenthood Challenges* 2 (1996), p. 11 et 12.

³⁸⁰ M. Villareal et al., «Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», document de travail des SAT du FNUAP, décembre 1998, p. 17.

*Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements
au moyen de la communication*

Segmenter les caractéristiques des hommes par âge ³⁸¹

Âge 20-35 ans	Âge 36-45 ans	Âge + de 46 ans
Pourrait vouloir espacer les naissances - besoins non satisfaits en matière de PF, en particulier les méthodes temporaires	Pourrait vouloir limiter les naissances – besoins non satisfaits en matière de PF, en particulier les méthodes permanentes ou sur le long terme	Besoins non satisfaits en matière d'informations et de services sur les méthodes contraceptives permanentes
Fort désir d'avoir des enfants	Marié, ayant habituellement le nombre d'enfants désiré	Marié, ayant habituellement le nombre d'enfants désiré
Communication avec le partenaire peut-être limitée	Communication avec le partenaire peut être limitée	Communication avec le partenaire peut être limitée
Crainte de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, besoins de conseils sur l'avortement avec le partenaire	Risque d'être polygyne, souvent avec des prostituées (risque élevé de VIH/sida et de MST)	
A besoin d'un travail, de revenus et d'un logement	Économiquement établi	Économiquement établi
Fortement mobile, peut émigrer à la recherche d'un travail	Plus conservateur que les groupes d'âge plus jeunes	Valeurs traditionnelles
Est ambitieux, tourné vers l'avenir		
Peut être atteint au moyen des pairs, de l'éducation sur le lieu de travail, des dispensaires, des médias et des modèles	Peut être atteint au moyen des pairs, du lieu de travail, des dispensaires (accompagnant la femme et les enfants), des médias et des clubs pour hommes	Peut être atteint au moyen des pairs, du lieu de travail, des dispensaires, des médias et des clubs pour hommes
Conscient des médias		

³⁸¹ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, «Better Together», p. 3.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

encouragé la monogamie ou la fidélité comme moyen de réduire le risque d'infection à VIH. Ces campagnes et la sensibilisation générale au VIH peuvent accroître la monogamie les hommes dans certains endroits. Une étude réalisée en Tanzanie a révélé que le pourcentage des hommes âgés de plus de 25 ans indiquant avoir des partenaires sexuels occasionnelles avait diminué de moitié en deux ans³⁸².

Barker propose la notion intéressante de sûreté négociée, correspondant au cas où des couples hétérosexuels stables peuvent accepter d'utiliser des préservatifs lors de toute relation extérieure, mais peuvent ne pas utiliser des préservatifs dans leur activité sexuelle commune, si ce n'est comme une forme de méthode anticonceptionnelle. D'autres couples hétérosexuels peuvent être principalement monogames mais avoir des partenaires occasionnels avec lesquelles ils décident de ne pas avoir de rapports sexuels avec pénétration en vue de réduire le risque d'infection à VIH. Tous ces exemples donnent à penser que la prévention de l'infection à VIH parmi les hommes dans le cadre de leurs relations hétérosexuelles ne peut simplement se limiter à promouvoir la monogamie et l'utilisation des préservatifs. Il faut au contraire pour assurer une activité sexuelle à moindre risque prendre en considération les réalités et les désirs des deux partenaires³⁸³.

Il va de soi qu'une approche fondée sur la sexualité doit inclure les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. Les gouvernements sont souvent peu désireux de faire ce type d'effort, mais un certain nombre d'ONG montrent la voie et ont besoin de recevoir un appui. «Au cours des 15 dernières années au moins, un certain nombre de programmes ont commencé à travailler à la prévention du VIH avec les hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes (HARSAH). Il s'agit notamment de programmes communautaires ou intervenant dans la rue et ciblant les prostitués de sexe masculin et leurs clients; de programmes d'information ciblant les réseaux de HARSAH, y compris dans les boîtes de nuit, les saunas ou les bains que les HARSAH sont susceptibles de fréquenter; de lignes téléphoniques de téléassistance pour les HARSAH; d'ateliers sur les rapports sexuels à moindre risque et de distribution de préservatifs pour les HARSAH; et de groupes de soutien pour les homosexuels séropositifs. Un certain nombre d'organisations et d'initiatives travaillant à la prévention du VIH avec les HARSAH se sont attachées aussi à promouvoir les droits de l'homme des HARSAH, y compris la reconnaissance juridique du concubinage entre deux personnes de même sexe, et à réduire la discrimination contre les HARSAH dans le secteur de la santé et sur le lieu de travail, notamment la Naz Foundation India Trust»³⁸⁴.

Quel est l'avantage pour les hommes ? Montrez-leur les gains

Tant les individus que les groupes de gens ayant des intérêts communs seront plus enclins à essayer des comportements qui ne sont pas ceux traditionnellement liés à leur sexe s'ils sont convaincus que ces comportements apporteront un avantage pour eux-mêmes et leur famille sur les plans social, économique et éducatif. De même, avant que des hommes n'utilisent des services existants ou nouveaux, ils doivent percevoir une nécessité de recourir à ces services et être en

³⁸² G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS».

³⁸³ Ibid.

³⁸⁴ Ibid.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

mesure de relier leur propre situation à cette nécessité. Cela est le rôle des programmes d'IEC. Ils peuvent promouvoir le changement de comportement en utilisant des approches conçues et mises à l'essai avec soin, sur la base de recherches approfondies et ciblant un public particulier; par exemple, les jeunes hommes ou les hommes mariés qui désirent avoir des enfants, où les hommes mariés qui ne veulent pas avoir d'enfant. Les programmes d'IEC ciblant les hommes doivent comprendre non seulement quels sont les obstacles à la participation des hommes—physiques, mentaux, financiers et politiques —mais aussi les facteurs importants qui prédisposent les hommes à être les défenseurs de la planification familiale, ainsi que les raisons pour lesquelles ce potentiel demeure fortement inexploité.

Les études et les programmes n'ont pas accordé une attention suffisante à ce qui représente un problème considérable pour les programmes d'IEC: aider les hommes à trouver des avantages à une relation moins hiérarchique avec les femmes. Nous devons identifier les avantages que présenterait pour les hommes une redéfinition de l'identité masculine à l'égard d'une plus grande égalité entre les sexes. Ces avantages peuvent découler de l'expérience consistant à sortir de leurs rôles, responsabilités et comportements habituels. Ainsi, ne plus être soumis à la pression liée au fait de devoir être un «homme» a été identifié par un des participants à un séminaire comme un facteur clé incitant à changer l'identité masculine³⁸⁵. Les études sur la masculinité révèlent que les hommes sont gênés par des notions très étroites de la masculinité. Il existe toutefois de bons aspects de la masculinité sur lesquels les programmes peuvent s'appuyer et qu'il convient également d'identifier.

Faire face aux préoccupations des hommes et à ce qu'ils perçoivent comme leurs problèmes ne signifie pas que les préoccupations et problèmes des femmes sont négligés. Il s'agit d'une stratégie qui est plus susceptible d'intéresser les hommes et de les faire participer à la résolution des problèmes qui affectent les hommes et les femmes.

Identifier et promouvoir des arguments convaincants

Une erreur courante lors de l'élaboration des stratégies visant à gagner le soutien des hommes est de concevoir un processus permettant aux femmes de retirer des avantages, mais où les hommes sont les perdants. L'accent mis sur la responsabilité tend à déboucher sur des stratégies punitives ou moralisatrices, qui peuvent provoquer un contrecoup et des réactions négatives de la part des hommes. Les hommes peuvent être très sensibles à tout ce qui peut être perçu comme une attaque contre eux. Ainsi, les participants à un séminaire ont dit que l'expression «responsabilité masculine» devrait être bannie de l'ordre du jour de l'égalité entre les sexes, car elle peut être perçue comme une critique injuste à l'égard des hommes³⁸⁶.

En fait, ce qui est exprimé comme une responsabilité ou un devoir peut dans de nombreux cas être formulé comme un droit³⁸⁷. Les droits masculins en l'occurrence seraient la liberté des hommes de se comporter de façon non machiste et non conformiste, de s'écarter des attentes et des rôles culturels appris et de réaliser l'équilibre des responsabilités au niveau du ménage et du

³⁸⁵ A. Wouters, rapport de voyage en Zambie.

³⁸⁶ Ibid.

³⁸⁷ B. Shepard, «Masculinity and the Male Role in Sexual Health»..

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les hommes bénéficieraient de l'amélioration de l'égalité entre les sexes

On trouvera ci après les conclusions auxquelles sont parvenues les participants à un séminaire afro-suédois³⁸⁸ sur l'égalité entre les sexes. La liste des avantages est la suivante:

- ▶ Des ressources accrues sont disponibles pour partager les fardeaux financiers.
- ▶ On enregistre un accroissement des revenus.
- ▶ Le partage des responsabilités facilite la vie pour les hommes et les femmes.
- ▶ Les hommes vivent plus longtemps lorsqu'ils aiment leur épouse.
- ▶ Les hommes sont plus heureux, se sentent plus sûrs et sont moins susceptibles d'être déprimés, de souffrir de troubles mentaux et d'être violents.
- ▶ Les hommes tirent une plus grande satisfaction de leur travail et se sentent moins stressés.
- ▶ Les hommes peuvent passer plus de temps avec leur famille et établir des liens plus étroits avec leurs enfants.
- ▶ Les hommes deviennent des parents moins agressifs.
- ▶ Les hommes ont la possibilité d'être des individus plutôt qu'un moyen de reproduction.
- ▶ Les hommes peuvent devenir plus intimes, jouir d'une tranquillité d'esprit et d'une intimité sexuelle.
- ▶ Les garçons et les hommes tirent avantage à pouvoir exprimer leurs sentiments.

120 |

travail. Par exemple, déclarer que les hommes ont le droit de s'occuper de leur nouveau-né nécessite la création de conditions dans lesquelles les hommes sont autorisés à assumer une plus grande responsabilité. L'adoption d'une telle position peut conduire à l'élaboration de stratégies relatives au congé parental et aux garderies d'enfants. Dans un autre cas, les participants à un séminaire à Lusaka ont reconnu qu'accorder aux hommes le droit d'exprimer leurs sentiments et leurs émotions et les décharger de la responsabilité de subvenir aux besoins de la famille, qu'ils assument au premier chef constitueraient des éléments positifs clés d'une identité masculine soucieuse d'équité entre les sexes.

En élaborant les messages appropriés, il est important de mettre l'accent sur les aspects positifs de ce qui peut être fait pour renforcer le rôle des hommes dans le domaine de la santé de la reproduction. Il peut être utile de mettre ensemble et de diffuser les résultats des recherches qui montrent l'importance des besoins des hommes en matière de santé de la reproduction et l'importance qu'a pour la santé des femmes leur participation à la prise de décision concernant la santé en matière de reproduction.

³⁸⁸ Agence suédoise de développement international, «Men's Voices, Men's Choices».

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

La bonne humeur est un élément essentiel des efforts d'IEC qui ciblent directement les hommes. Des histoires intéressantes, qui peuvent être présentées de nombreuses façons, sont un bon moyen d'aborder des sujets sensibles et de stimuler les discussions. En même temps, il est important de lutter contre certains mythes négatifs ayant trait à la façon dont les gens perçoivent les attitudes et les comportements des hommes. S'employer à corriger des perceptions erronées que les hommes ont de la vasectomie, qui peut être associée à tort à la castration, peut atténuer les craintes que les hommes ont des effets secondaires tels que la perte d'appétit sexuel, l'obésité et l'impuissance. Au Brésil, une campagne multimédia a assuré la promotion de la vasectomie en en parlant comme d'un «acte d'amour». L'image centrale de la campagne était un dessin animé représentant deux cœurs, celui d'un homme et celui d'une femme, qui décrivent de façon amusante les avantages de la vasectomie. Ce dessin animé a été diffusé à la télévision et les cœurs ont été reproduit dans des brochures, des publicités parues dans des magazines et sur des panneaux d'affichage. Pendant et après la campagne, le nombre des demandes d'information sur la vasectomie formulées auprès des dispensaires a fortement augmenté. Des années après la campagne, les clients de la planification familiale parlent encore des deux cœurs³⁸⁹.

Utiliser l'éducation par les pairs lorsque les hommes ne sont pas enclins à admettre leur manque d'information sur la sexualité, la grossesse et l'art d'être parent

Les hommes ont besoin d'informations sur les méthodes contraceptives, y compris les méthodes masculines, la sexualité, l'anatomie de base, et la grossesse et ses risques. Ainsi, «Man Talk» au Swaziland a formé des hommes à parler à d'autres hommes en tête-à-tête dans les bars, les salles de billard, les clubs et les usines. D'autres activités sont la distribution de brochures éducatives, de matériaux motivationnels et de préservatifs, et la collaboration avec les propriétaires des entreprises locales. Les résultats de cet effort sont apparus clairement lorsque le propriétaire d'une boîte de nuit a accepté d'installer une machine automatique de vente de préservatifs dans les toilettes pour hommes³⁹⁰.

Au Zimbabwe, le FNUAP, en collaboration avec l'organisation CARE, a apporté un appui à un programme d'éducation par les pairs faisant appel à des volontaires pour faire connaître des initiatives communautaires relatives au sida et à la santé en matière reproduction³⁹¹. Le projet passe de l'accent mis sur les prostitués au lieu de travail de leurs clients, où la nature du travail est propice à la transmission des MST/VIH, notamment les compagnies de chemin de fer et de transport routier, les mines et les entreprises comptant une forte proportion de travailleurs migrants et saisonniers. Les approches participatives comprennent la résolution de problèmes, l'utilisation de discussions de groupes aux fins de l'éducation par les pairs, des jeux de rôle, des représentations théâtrales, la musique, des codes imagés et des leçons, la création de réseaux, les méthodes participatives et les conseils individuels. Les sessions d'éducation par les pairs se déroulent dans les brasseries, les bars à bière et les pubs; les éducateurs distribuent aussi de grandes quantités de préservatifs et orientent certaines personnes vers des dispensaires en vue d'y

³⁸⁹ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, *Reaching Men Worldwide*, p. 50.

³⁹⁰ L. Touré, «Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Programme Initiatives in Africa». USAID/HHRA, novembre 1996, www.usaid.gov/region/afr/hhrra/male/male.htm.

³⁹¹ FNUAP, «The Community Peer Education Programme for HIV/AIDS Prevention» [projet de rapport d'évaluation, Équipe d'appui au pays du FNUAP, Harare (Zimbabwe), 1998].

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

recevoir des conseils et des traitements pour les MST à titre gracieux. Le programme a aidé à mettre en place 14 programmes communautaires similaires dans cinq pays voisins: la Zambie, le Botswana, le Swaziland, le Lesotho et le Mozambique.

Toutefois, des difficultés peuvent se poser, par exemple la fréquentation peu importante des formations à la sexualité masculine, du moins au début. Certains hommes, en particulier les jeunes, ne veulent pas révéler leur ignorance en matière de sexualité et de reproduction. Pour cette raison, il se peut qu'ils ne posent pas de questions, qu'ils se taisent en groupe, et ils peuvent agir différemment si leur femme ou leur petite amie est présente. Néanmoins, en étant sensibles aux préoccupations des hommes, les éducateurs et les conseillers peuvent déterminer quels sont les informations dont ils ont besoin et les communiquer sans les embarrasser. Au Danemark, des plans pour une préparation à grande échelle conçue avec soin des enseignants et conseillers de sexe masculin afin qu'ils apprennent à enseigner la sexualité masculine et la participation des hommes à l'utilisation des contraceptifs avaient eu contre toute attente du mal à recruter des stagiaires. Plus de 2000 invitations avaient été envoyées à environ 1100 écoles et 800 clubs de jeunes, mais seulement 11 hommes avaient répondu et avaient participé au stage³⁹².

Faire face aux comportements qui vont à l'encontre du but recherché au moyen de méthodes de communication novatrices, interpersonnelles et de groupe

Les hommes peuvent adopter des comportements qui vont à l'encontre du but recherché du fait qu'ils n'ont pas une bonne opinion d'eux-mêmes. En Haïti, le Groupe de lutte anti-sida (GLAS), programme de prévention de l'infection à VIH conduit sur les lieux de travail à Port-au-Prince, a remplacé les sessions éducatives sur la prévention du sida et des MST par des discussions plus ouvertes sur les rumeurs et les croyances concernant le VIH/sida et sur des questions personnelles. Pourtant, à l'issue des sessions, certains hommes et femmes ont continué de prendre le risque d'être infectés par le VIH. Troublé par ce comportement, le directeur a étudié comment le manque d'estime de soi et d'aptitudes à communiquer entravaient le changement de comportement. Un outil éducatif et psychologique pour le développement et le changement personnels, baptisé analyse transactionnelle, a été utilisé dans le cadre de petits groupes de soutien. Cette approche psychologique vise à apprendre aux adultes à abandonner des stratégies souvent douloureuses qui vont à l'encontre du but recherché et qui ont été le plus souvent apprises durant l'enfance et à adopter des attitudes différentes face aux problèmes de l'existence. Elle encourage aussi une communication directe dépourvue d'ambiguïté³⁹³.

D'autres outils utilisés sont les jeux de risque, visant à renforcer le sentiment de vulnérabilité des hommes. Au Collège de Gettysburg (Pennsylvanie), des groupes de jeunes gens apprennent à respecter les risques avec l'aide de mentors (conseillers expérimentés). Les activités visent à développer les aptitudes à la constitution d'équipe, à la résistance à la pression du groupe, et à l'acceptation de la responsabilité personnelle. Pour certains jeux, les jeunes se groupent par paires, puis un membre de chaque paire guide oralement son partenaire qui a les yeux bandés autour d'articles étiquetés comme étant sans danger ou comme posant un risque de maladie sexuellement transmissible. Dans ce jeu, des points sont attribués chaque fois qu'un jeune qui a

³⁹² D. Rix, . «Male Sexual Education in a Danish Perspective». *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

³⁹³ K. Best, «Renoncer aux comportements non bénéfiques», *Network* 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998).

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

les yeux bandés touche un article «à risque»; l'accumulation d'un certain nombre de points revient à avoir une «infection». D'autres jeux consistent à escalader ou à pratiquer d'autres sports à risque. L'idée centrale de ce petit programme est que les jeunes ayant tendance à avoir des comportements impulsifs et à risque peuvent apprendre à tenir compte des risques encourus et à s'y préparer au moyen d'activités physiques rigoureuses avec l'aide de mentors dont la professions comporte naturellement des dangers³⁹⁴.

Développer les aptitudes à la résolution des conflits

«Résolution des conflits» est une expression générale utilisée pour différentes approches qui reconnaissent que les conflits sont une chose normale et qu'ils ne sont pas nécessairement destructeurs. Il faut adopter une approche positive pour faire face à un conflit. Dans le meilleur des cas, la résolution des conflits est une façon de saisir l'occasion qu'offrent les situations de conflits pour en tirer un enseignement. C'est une façon de renforcer la conscience de soi, d'inculquer des attitudes pratiques, de donner confiance et de créer un environnement sûr et, évidemment, de résoudre des problèmes particuliers³⁹⁵.

Apporter l'information là où les hommes se réunissent

Les programmes peuvent atteindre un plus grand nombre d'hommes lorsqu'ils vont les chercher là où ils se rassemblent naturellement, par exemple les lieux de travail, les clubs ou les événements sportifs. Les hommes se sentent à l'aise dans ces lieux, ils constituent une audience et peuvent être plus réceptifs aux informations nouvelles.

En Namibie, le FNUAP a aidé à forger un partenariat entre la Direction sanitaire du nord-ouest, qui relève du Ministère de la santé et des services sociaux, les forces de police namibiennes, la force nationale de défense, les clubs de football locaux et l'église luthérienne évangélique. L'idée était d'institutionnaliser la participation positive des hommes à la santé de la reproduction dans cinq groupes d'hommes dans la zone de la Direction sanitaire du nord-ouest. Le projet a fortement fait appel à la participation de groupes non ministériels comprenant de nombreux hommes, y compris les forces de police, la force de défense et les clubs sportifs. En outre, le projet a axé ses efforts sur les membres du clergé et les dirigeants laïcs de sexe masculin au niveau local, en vue de bénéficier de leur participation et de leurs qualités de dirigeant afin de collaborer avec les groupes de jeunes rattachés à l'église et les groupes d'hommes, de prêcher devant les congrégations et de fournir des conseils avant le mariage et des conseils familiaux, ce qui comprend des discussions sur la sexualité et la communication au niveau du couple. Enfin, le projet a piloté l'utilisation des débits de boissons locaux - les Cuca - pour lancer et promouvoir la distribution de préservatifs dans des établissements non médicaux. La création de liens intersectoriels entre le Ministère de la santé, la société civile et d'autres organes gouvernementaux a été un pas en avant vers la réalisation de l'objectif qu'était la mobilisation sociale et l'autonomisation de la communauté. Le projet a réussi à mobiliser effectivement les cinq groupes participants en vue d'accroître la participation des hommes à la santé en matière de sexualité et de reproduction³⁹⁶.

³⁹⁴ Ibid.

³⁹⁵ M. Kaufman, «Conflict Resolution: Finding Better Ways to Help Boys and Girls Solve Problems» (Document établi pour la Section de l'égalité entre les sexes, du partenariat et de la participation de la Division des programmes de l'UNICEF, 31 mars 2000), p. 2.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les événements sportifs comme moyen de communication

Dans le monde entier, les événements sportifs attirent de nombreux hommes. En Afrique, comme ailleurs, le football passionne les hommes et les garçons. Profitant de ce public naturel, les Services de communication en matière de population de Johns Hopkins ont lancé le Challenge CUP (mot signifiant en anglais «Coupe», mais aussi acronyme correspondant aux mots anglais «Caring, Understanding Partners», qui signifient «partenaires compréhensifs attentionnés») Initiative en 1997 au Ghana, au Kenya, en Ouganda et en Zambie. Cette initiative encourage les hommes qui viennent assister aux matches de football à faire preuve d'une plus grande responsabilité sur le plan sexuel, à prévenir les MST, à s'informer davantage sur la santé de la reproduction et à en discuter avec leur femme ou d'autres partenaires sexuelles. Pour atteindre les masses qui assistent aux matches, différents articles sur lesquels sont imprimés des messages clés sur la santé de la reproduction sont distribués, par exemple des cartes de collection représentant des footballeurs célèbres, des tee-shirts, des visières, des autocollants et des brochures d'information³⁹⁷. Parallèlement, des conseils sont donnés aux entraîneurs et aux joueurs de football sur les comportements positifs dans le domaine de la santé de la reproduction. Plusieurs joueurs célèbres servent de porte-parole et de modèles, parlant de la communication entre époux et de la prévention des MST lors des mi-temps durant les matches et également à la radio et à la télévision.

Pour utiliser les événements sportifs comme lieu de communication, il faut procéder avec soin. En effet, le sport est un milieu dans lequel on exige souvent un comportement masculin agressif et compétitif. «Le sport peut offrir des activités merveilleuses pour développer le bien-être physique et la coordination et encourager le partage et la coopération. Malheureusement, la plupart des sports et des jeux inventés au XXe siècle mettent l'accent sur la compétition, la domination et une éthique de la victoire à tout prix»³⁹⁸.

Les hommes en mouvement

Le FNUAP a aussi réussi à créer des partenariats avec l'armée et des employeurs en vue d'atteindre des hommes dans plusieurs pays d'Amérique latine et, plus récemment, en Afrique (voir chapitre VI consacré aux services). Les hommes dans l'armée constituent un groupe prioritaire; en tant que population itinérante, ils sont soumis à une culture sexuelle à haut risque qui les prédispose à un comportement propice aux MST/VIH et aux grossesses non désirées. Le comportement sexuel à haut risque est encouragé par la sous-culture sexuelle militaire, qui met l'accent sur les stéréotypes masculin³⁹⁹, ainsi que par les problèmes plus troublants de la violence sexuelle dans

³⁹⁶ «Strengthening Male Involvement in Reproductive Health», Northwest Health Directorate of the Ministry of Health and Social Services, Namibie, NAM/96/P01, projet financé par le FNUAP, 1997-2000.

³⁹⁷ B. Robey et M. Drennan, «Male Participation in Reproductive Health», *Network* 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998), p. 11-15.

³⁹⁸ M. Kaufman, «Positive Strategies with Boys to End Violence» (document établi pour la Section de l'égalité entre les sexes, du partenariat et de la participation de la Division des programmes de l'UNICEF, 31 mars 2000). Sur le sport et la masculinité, voir l'ouvrage pionnier de V. Burstyn, *The rites of Men: Manhood, Politics, and the Culture of Sport* (Toronto: University of Toronto Press, 1999).

³⁹⁹ Atelier thématique des SAT sur la participation des hommes à la santé de la reproduction (novembre 1998); voir le site we: www.fao.org/sd/wpdirect/wpre0123.htm.

Chapitre 5: Changer la culture, les politiques et les comportements au moyen de la communication

des lieux surpeuplés comme les prisons⁴⁰⁰. Les marins et les chauffeurs de camion constituent d'autres groupes prioritaires qui ont retenu l'attention des spécialistes de la communication en Afrique et en Asie du Sud. Ces programmes fournissent aussi des services aux familles du personnel militaire et aux civils qui utilisent les services de santé de l'armée⁴⁰¹. Bloquer le sida sur les grands axes routiers est l'objectif d'un projet qui cible les chauffeurs de camion en Inde⁴⁰². Trois centres ouverts sans rendez-vous, dirigés par le Bhokura Public Welfare Trust à des points de halte stratégiques aux frontières des États et du pays font qu'il est aisé pour les chauffeurs de se rendre dans les centres, où les sièges confortables, les ventilateurs et les télévisions renforcent l'atmosphère accueillante. Chaque centre a un médecin, des travailleurs sociaux, des conseillers et des animateurs des deux sexes, qui facilitent la prévention et la gestion des MST, y compris le VIH/sida.

Une des nouveaux moyens de communication: les divertissements et l'Internet

L'expression «divertissement éducatifs» s'applique aux présentations médiatiques qui fournissent un message éducatif social tout en divertissant. L'attention des hommes peut être attirée en utilisant les divertissements et cette approche s'est avérée efficace dans de nombreux pays. En Afrique, la musique est un mode de communication puissant, qui transcende les frontières nationales, les cultures et les langues. Dans les pays d'Afrique francophone, le projet FHA/REDSO utilise l'approche susmentionnée pour faire face au problème du VIH/sida et sensibiliser les gens à la façon de prévenir l'infection et la maladie. À l'aide d'un programme musical intitulé Réveille-toi l'Afrique, une trentaine de musiciens africains aident à faire connaître la question du VIH/sida en créant et en jouant des œuvres sur le thème de la prévention du VIH/sida. Les participants à Ouagadougou ont visionné une nouvelle vidéo musicale intitulée Réveille-toi l'Afrique produite par le projet FHA et présentant les œuvres des musiciens. En outre, la promotion du message musical est assurée au moyen d'un disque compact, d'une cassette audio, d'un concert en public, de messages diffusés à la radio et à la télévision, de magazines sur le monde des spectacles et des tee-shirts⁴⁰³.

125

Les nouvelles technologies de l'information et de la communication sont fort prometteuses. Au Pérou, un système multimédia informatisé interactif a fourni des informations aux clients sur la sexualité, la contraception et d'autres questions relatives à la santé de la reproduction dans les salles d'attente des dispensaires. Les thèmes les plus consultés étaient les avantages de la planification familiale, les premiers rapports sexuels, l'éducation sexuelle et le machisme. Dans le cadre d'une enquête, 57 % des personnes interrogées ont dit qu'il était plus facile d'utiliser ces systèmes

⁴⁰⁰ H. Reyes, «Relevance of Condoms in Prisons» (document présenté à la Conférence sur les services de santé correctionnels, Australie, novembre 1997); voir le site web du CICR : www.icrc.org.

⁴⁰¹ FNUAP, « Legislative Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights: A Five-Year Review of the Cairo and Beijing Conferences in Latin America and the Caribbean » 2000.

⁴⁰² Des études de cas d'Inde examine la condition des hommes en tant que partenaires apportant un soutien dans le domaine de la santé en matière de reproduction» (communiqué de presse, Population Council) ; A. Majumdar, «Halting AIDS on the Highway» [Bhoruka Public Welfare Trust, Calcutta (Inde), 8 août 2000]; rsrls.htm.

⁴⁰³ Johns Hopkins University Center for Communication Programs (Services de communication en matière de population) et Académie pour le Développement de l'Éducation (AED/SARA). «Les Hommes: Partenaires-Clés de la Santé de la Reproduction». Un rapport sur la Première Conférence des Pays Francophones en Afrique sur la Participation des Hommes à la Santé de la Reproduction, Ouagadougou (Burkina Faso), 30 mars-3 avril 1998, p. 11.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

que de consulter un prestataire ou un conseiller traditionnel. Les usagers étaient généralement de jeunes adultes âgés de 20 à 30 ans; 7 % seulement étaient âgés de plus de 40 ans et 84 % avaient un niveau d'instruction supérieur au lycée. Il a été suggéré de placer l'ordinateur dans une salle privée et non dans la salle d'attente, pour permettre aux individus de s'isoler⁴⁰⁴. De même, en Turquie, le Ministère de la santé a publié des pages Web qui fournissent des informations à des groupes de population particuliers, dont les hommes.

Enseignements tirés en matière de communication visant à atteindre les hommes

Les Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins⁴⁰⁵ ont effectué un examen approfondi de leurs projets de communication dans le domaine de la planification familiale dans les pays en développement, qui a révélé que pour réussir et plaire aux hommes, les stratégies de communication devaient:

- ▶ Faire connaître et promouvoir les lieux où des services sont dispensés aux hommes. La recherche montre que les hommes ont besoin d'un meilleur accès à des fournisseurs d'information et de services avec lesquels ils se sentent à l'aise.
- ▶ Améliorer l'image que les hommes ont des méthodes contraceptives. Des campagnes de communication doivent être axées sur les informations factuelles et les perceptions pour surmonter les mythes et les rumeurs qui suscitent parfois l'opposition des hommes à certaines formes de planification familiale.
- ▶ Utiliser de multiples filières de communication pour créer un effet synergique. Les programmes de planification familiale efficaces utilisent plusieurs filières pour communiquer leurs messages. La recherche a montré que les individus qui sont exposés à un message provenant de sources multiples – médias et moyens de communication communautaires, communication interpersonnelle - sont plus susceptibles d'y donner suite que ceux qui sont exposés à un message provenant d'une seule source.
- ▶ Prêter attention aux jeunes hommes. Les jeunes hommes qui commencent tout juste à être sexuellement actifs sont particulièrement vulnérables aux MST, y compris le VIH/sida. S'efforcer de satisfaire leurs besoins peut avoir une incidence considérable sur leur vie et celle de nombreuses autres personnes.
- ▶ Présenter les hommes comme des partenaires attentionnés, non comme des adversaires irresponsables. Bien que les hommes soient parfois perçus comme des obstacles aux efforts de planification familiale, la recherche a montré que souvent le stéréotype macho ne s'applique pas. Se cantonner aux stéréotypes ne rend pas service au public et porte atteinte à l'efficacité des campagnes de planification familiale.

⁴⁰⁴ Population Council/Inopal III, «Introduction of Multimedia as an Information Tool for Sexual and Reproductive Health Education» (in *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library 1990-1999). Lima (Pérou), 29 octobre 1998.

⁴⁰⁵ Johns Hopkins University Center for Communication Programs, «Reaching Men Worldwide», p. 50.

Chapitre 6



Fourniture de services en matière de santé de la reproduction ciblant les hommes

Dans le cadre du débat en cours sur ce qui constitue le niveau approprié de participation des hommes à la santé en matière de reproduction et de sexualité, les questions discutées comprennent la définition des besoins des hommes en matière de santé et la conception des services qui leur sont destinés. Inclure les hommes dans les programmes de population semble à certains constituer un pas en arrière plutôt qu'en avant, en particulier si les programmes mal centrés font passer le contrôle des femmes aux hommes. D'aucuns craignent vivement, en particulier parmi les défenseurs de la santé des femmes, que les rares ressources déjà insuffisantes pour s'occuper des questions touchant à la santé des femmes ne soient partagées avec les programmes relatifs à la santé des hommes ou ne soient réaffectées à ceux-ci, alors que les femmes continuent de supporter une partie plus importante du «fardeau de la morbidité et de la mortalité liées à la reproduction»⁴⁰⁶. Les féministes craignent que les droits des femmes ne soient menacés si les hommes deviennent plus concernés par la santé en matière de reproduction de sexualité, car dans de nombreux pays les hommes sont déjà les seuls décideurs et ils contrôlent la reproduction et la sexualité des femmes⁴⁰⁷. Les pragmatiques font valoir que lorsque des services seront créés en s'appuyant sur la compréhension que l'on a des relations sous-jacentes entre les sexes, tant les hommes que les femmes en bénéficieront; ils essayent aussi de montrer que les services destinés aux hommes ne sont pas nécessairement coûteux et qu'ils ne sont pas en concurrence pour les ressources limitées disponibles pour les services destinés aux femmes⁴⁰⁸. En dernière analyse, tout dépend si l'on considère les hommes dans le rôle de décideurs ou comme des clients ayant des besoins qui leur sont propres⁴⁰⁹. Malgré ces préoccupations, les domaines de la population et de la santé identifient prudemment les besoins des hommes et y répondent tout aussi prudemment. Le présent chapitre passe en revue les données d'expérience accumulées et les enseignements tirés en satisfaisant les besoins des hommes en tant que clients de services, la gamme des services

⁴⁰⁶ J. du Guerny et al., «The Male Side of Gender throughout the Life Cycle» (document présenté à l'atelier thématique SAT du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998).

⁴⁰⁷ M. Berer, «Men», *Reproductive Health Matters* 7 (mai 1997), p. 10..

⁴⁰⁸ J. du Guerny et al., «The Male Side of Gender ».

⁴⁰⁹ C. Laudari, "Gender Equity in Reproductive and Sexual Health" (document présenté à l'atelier thématique SAT du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé de la reproduction, Rome, novembre 1998).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

offerts, leur organisation et leur qualité, et les efforts faits pour atteindre les hommes sur le lieu de travail ou là où ils se réunissent. On trouvera enfin une discussion des programmes de distribution de la planification familiale et de la prévention du VIH.

SATISFAIRE LES BESOINS DES HOMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET DE SEXUALITÉ

Les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) ne reflètent pas comme il convient les besoins des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité, car seuls les hommes mariés sont interviewés. En outre, les questionnaires standards actuels ne permettent pas de comprendre les «déterminants liés au contexte» de la santé des hommes en matière de sexualité et de reproduction⁴¹⁰. Toutefois, les clients de sexe masculin ont des préoccupations qui leur sont propres, par exemple la crainte de ne pas être à la hauteur sur le plan sexuel, l'ignorance de la sexualité et du fonctionnement de l'appareil reproducteur, les risques liés aux MST, les risques de grossesses non désirées avec leurs partenaires, et l'incompréhension de la façon dont les méthodes contraceptives contrôlées par les hommes ou par les femmes fonctionnent⁴¹¹. Un petit nombre d'études s'intéressent à présent à ce que les hommes indiquent comme besoins cliniques. Au **chapitre II**, une courte liste de services cliniques a été présentée, comprenant la planification familiale, la prévention et le traitement des MST, la sexualité, l'infécondité, les affections urologiques et les dysfonctionnements sexuels ou problèmes psychosexuels.

L'épidémie de sida a contribué à accroître l'attention accordée à la prévention des MST et du VIH/sida. Ainsi, une recherche a été effectuée récemment sur le lien entre la circoncision et le VIH. D'autres études effectuées dans les pays en développement donnent à penser que les hommes qui ont été circoncis risquent moins de devenir infectés au VIH que les hommes qui ne l'ont pas été, mais des études similaires réalisées aux États-Unis n'ont trouvé aucune corrélation entre la circoncision des hommes et le risque d'infection au VIH⁴¹². Les participants à une réunion accueillie récemment par le programme Horizons du Population Council ont reconnu qu'il y a «des éléments d'information considérables qui étayent l'hypothèse selon laquelle la circoncision masculine a un effet protecteur concernant l'infection des hommes par le VIH dans les pays d'Afrique subsaharienne». Mais ils ont conclu aussi «que de nombreuses inconnues subsistent» et que la circoncision «a des implications culturelles profondes, fait courir le risque de complications, y compris éventuellement d'autres infections dues à la procédure, et ses avantages ne se font sentir qu'après de nombreuses années»⁴¹³. Selon ce groupe d'experts, les nouvelles recherches devraient étudier les mécanismes d'infection chez les hommes; effectuer des essais contrôlés de la circoncision masculine, en examinant dans quelle mesure elle est efficace

⁴¹⁰ M. E. Greene and A. Mayouya, «Conceptual Frameworks and Data" (document présenté à l'atelier thématique SAT du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, novembre 1998), p. 2-13.

⁴¹¹ S. Dixon-Mueller, «The Sexuality Connection in Reproductive Health», *Studies in Family Planning* 24, No. 5 (septembre-octobre 1993), p. 277.

⁴¹² K. Best, «Men's Reproductive Health Risks», *Network* 18, No. 3 (1998).

⁴¹³ J. van Dam et M. C. Anastasi, «Male Circumcision and HIV/AIDS: Directions for Future Research», rapport d'une réunion tenue à Washington D.C., Population Council, juin 2000. www.popocouncil.org/horizons/reports/circumcision.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

pour prévenir l'infection à VIH; étudier la relation entre l'hygiène et l'infection à VIH; étudier l'effet des autres variables, y compris la religion, sur la transmission du VIH; comprendre des études longitudinales des hommes circoncis qui ne sont pas infectés pour voir si certains d'entre eux sont devenus infectés par le VIH avec le temps et, si oui, pourquoi⁴¹⁴.

En outre, on reconnaît à présent de plus en plus que l'infécondité, fortement répandue dans les pays en développement, touche les hommes aussi bien que les femmes. Les MST, qui peuvent aboutir à un cancer, sont la première cause d'infécondité évitable. Les maladies parasitaires et infectieuses, les mauvaises pratiques en matière de soins de santé et les traumatismes vasculaires dus à des réductions d'hernie mal réalisées peuvent aussi être la cause de l'infécondité.

Symptômes actuels indiqués par les hommes dans le cadre d'une enquête de la population

Symptômes indiqués	Pourcentage des hommes ayant indiqué ces symptômes •
Aucun problème	74.2
Problème psychosexuel ••	16.7
Difficulté à uriner (dysurie)	7.9
Écoulement urétral	3.1
Douleur durant les rapports sexuels (dyspareunie)	1.7
Écoulement urétral et dysurie	1.0
Ulcère génital	0.6

- Les hommes pouvaient indiquer plus d'un symptôme.
- Les problèmes psychosexuels comprennent l'éjaculation précoce, l'impuissance, l'absence de jouissance durant les rapports sexuels, difficulté à maintenir une érection et «pollutions nocturnes».

SOURCE: S. Hawkes, "Why Include Men/Establishing Sexual Health Clinics in Rural Bangladesh", *Health Policy and Planning* 13, No. 2, p. 121-130, cité par C. Laudari, "Gender Equity in Reproductive Health" (document présenté à l'atelier thématique des SAT du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé de la reproduction, Rome, novembre 1998), p. 7.

⁴¹⁴ Ibid.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

MÉTHODES MASULINES DESPONIBLES POUR LA PLANIFAICATION FAMILIALE ET LA PRÉVENTION DU VIH/SIDA

Certes, la planification familiale n'est pas la seule raison pour laquelle les hommes se rendent dans les dispensaires, mais la fourniture de méthodes contraceptives masculines est une composante essentielle de la plupart des services de santé de la reproduction ciblant les hommes. Les préservatifs et la vasectomie sans scalpel sont les seules méthodes masculines disponibles d'une grande efficacité, même si de nouvelles méthodes sont en cours de mise au point.

Raisons pour lesquelles il faut avoir confiance dans les préservatifs ⁴¹⁵

- ▶ **Les préservatifs sont un moyen efficace de prévenir les grossesses, lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement.** Le taux moyen de conception avec utilisation de préservatifs varie de 3 à près de 14%.
- ▶ **Les préservatifs sont un moyen efficace de prévenir les MST/VIH lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement.** La période de fécondité d'une femme est intermittente, mais les hommes et les femmes risquent de contracter une infection sexuellement transmissible, dont le VIH, durant chaque rapport sexuel.
- ▶ **Les préservatifs en latex constituent un obstacle mécanique imperméable.** Ils sont imperméables aux bactéries, aux virus et au sperme. En conséquence, à moins que le préservatif se déchire ou glisse durant ou après l'éjaculation ou encore ait des défauts de fabrication tels que des piqûres, qui sont extrêmement rares, les utilisateurs ne sont pas exposés au sperme ou aux particules virales.
- ▶ **La plupart des utilisateurs ne déchirent pas les préservatifs et une grande partie des déchirements sont évitables.** La défaillance, le déchirement ou le glissement du préservatif ne concernent qu'un très faible pourcentage des utilisateurs. L'inexpérience concernant leur utilisation, le jeune âge, le fait de ne pas vivre avec son partenaire sexuel ou d'avoir de multiples partenaires sexuels, un faible revenu, le faible niveau d'instruction et un pénis de grande taille sont liés au déchirement ou au glissement des préservatifs.
- ▶ **Les préservatifs aujourd'hui sont fabriqués avec une plus grande précision.** Les préservatifs en latex sont mieux conçus, fabriqués, finis et emballés. Les fabricants de préservatifs répondent aux préoccupations concernant les allergies au latex, la durée de vie utile et le comportement des préservatifs et ils tirent parti des progrès de la technologie pour produire des préservatifs de qualité supérieure. L'emballage sous aluminium prolonge leur durée de vie d'au moins cinq ans.
- ▶ **Le contrôle de la qualité et l'assurance-qualité à l'issue de la production aident à garantir un produit fiable.** À l'ère du sida, le préservatif est considéré comme un dispositif médical pouvant sauver des vies qui doit répondre à des normes strictes. Des niveaux de qualité acceptable sont garantis par des organes mondiaux et régionaux chargés de vérifier que les préservatifs sont conformes aux normes.

⁴¹⁵ Family Health International, «Reasons to Have Confidence in Condoms», adapté de «The Latex Condom: Recent Advances, Future Directions», *Network* 18, No. 3 (1998), révisé le 8 octobre 1999, www.fhi.org/en/fp/ppubs/network.html.

Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé de la reproduction ciblant les hommes

Préservatifs

Les préservatifs sont à l'heure actuelle le meilleur moyen de prévenir le sida et l'épidémie a déclenché une forte augmentation de leur utilisation. Aux chapitres II et V, les aspects de l'utilisation des préservatifs liés au comportement ont été discutés. Les préservatifs en latex sont fiables et efficaces pour prévenir les grossesses et les MST s'ils sont utilisés régulièrement et correctement. Malheureusement, certains travailleurs de la santé et utilisateurs continuent à en penser du mal. Les progrès récents accomplis dans la mise au point des préservatifs, à présent plus faciles à utiliser et de meilleure qualité, sont de bonnes raisons de faire confiance à leur efficacité, comme précisé ci-après:

Vasectomie sans scalpel

La vasectomie sans scalpel est une procédure qui est facile, efficace, sans danger et qui a peu d'effets secondaires, mais elle continue d'être sous utilisée. Environ 54 millions de couples dans le monde entier ont eu recours à cette procédure, tandis qu'environ 150 millions ont eu recours à l'occlusion des trompes, procédure plus compliquée. Au Pakistan, par exemple, la vasectomie demeure l'option contraceptive la moins connue du public⁴¹⁶. Les recherches effectuées sur les raisons pour lesquelles les hommes recourent à la vasectomie débouchent sur des résultats constants d'un pays à l'autre (c'est-à-dire au Bangladesh, au Brésil, en Colombie, aux États-Unis, au Kenya, au Mexique, au Rwanda et à Sri Lanka). Les hommes recourent à la vasectomie pour que leur partenaire n'ait plus à utiliser des méthodes contraceptives, et ils se font stériliser lorsque leur famille est complète et ils considèrent que cette procédure est la meilleure forme de contraception; certains avancent des raisons économiques ou leur préoccupation pour la santé de leur femme⁴¹⁷.

Malgré les perceptions erronées, l'intérêt et l'utilisation de la vasectomie augmentent, ce résultat étant le fruit d'un processus à plusieurs niveaux. En Afrique, l'acceptation de la vasectomie augmente grâce à l'intégration de la fourniture de conseils de bonne qualité, de services de qualité, d'informations fiables et de campagnes de sensibilisation. Dans certains milieux, les prestataires identifient les utilisateurs potentiels et recrutent des clients satisfaits en vue d'attirer de nouveaux clients; les clients satisfaits sont parfois organisés en groupes de soutien informels tels que le Vihiga Club au Kenya. Le club de vasectomie de Vihiga a aidé à promouvoir cette procédure au moyen d'une campagne médiatique qui a compris la participation à des émissions à la radio et à la télévision et des articles parus dans le journal. Certains membres ont été formés à la planification familiale pour travailler en tant qu'animateur, tandis que d'autres ont travaillé bénévolement dans des dispensaires pour fournir des informations aux hommes qui envisageaient de recourir à la vasectomie. En conséquence, par rapport aux autres hommes au Kenya, les hommes à Vihiga sont plus susceptibles d'envisager de recourir à la vasectomie et d'utiliser des préservatifs et moins susceptibles de croire les rumeurs ayant trait à ces méthodes et à d'autres méthodes contraceptives⁴¹⁸. En 1989, l'Institut mexicain de sécurité sociale a lancé un programme en vue d'accroître la disponibilité des services de vasectomie aux consultants externes

⁴¹⁶ M. Douthwaite, «Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Pakistan: A Review of the Literature». Research Report No. 7. Population Council, Islamabad (mars 1998), p. 54.

⁴¹⁷ W.R. Finger, «Que faire pour attirer les hommes à la vasectomie», Network en français 18, No 3 (Family Health International, printemps 1998) www.fhi.org/fr/fp/fppubs/network.html

⁴¹⁸ AVSC International, «Men as Partners in Reproductive Health» (Rapport d'atelier, Mombassa (Kenya), mai 1997), p. 14.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Kiribati : l'utilisation des hommes satisfaits comme promoteurs de la planification familiale

Le projet relatif à la vasectomie est un des projets auxquels le FNUAP a apporté un appui dans les années 80. L'objectif du projet était d'améliorer la santé des mères, des pères, des enfants et de la famille dans son ensemble et d'accroître la participation des hommes à la planification familiale, ainsi que leur recours à celle-ci, y compris la vasectomie.

Le projet a mobilisé au niveau de la communauté des hommes qui avaient eu une vasectomie et qui en étaient satisfaits, y compris du personnel de santé, en vue de promouvoir la planification familiale. Les utilisateurs satisfaits sont devenus des défenseurs de la vasectomie au niveau de la communauté, témoignant de la simplicité, de la sûreté et de l'efficacité de la procédure. Des équipes de planification familiale itinérantes ont offert des services de planification familiale, y compris la vasectomie, dans toutes les îles et zones rurales éloignées.

Outrent les matériels d'IEC (brochures, affiches, vidéos et calendriers) qui ont constitué un excellent appui pour le programme de santé de la reproduction, le programme du Gouvernement relatif aux soins de santé primaire dans les dispensaires a réussi à mobiliser les hommes ayant eu une vasectomie pour partager leur expérience avec leurs pairs dans le cadre de réunions, de séminaires, de programmes radiodiffusés ou enregistrés sur vidéo, ainsi qu'au moyen d'entretiens particuliers. À présent, le nombre des hommes ayant eu une vasectomie dépasse celui des femmes ayant subi une procédure en vue d'être stériles, et l'utilisation des préservatifs a elle aussi augmenté, ce qui montre la réussite de ce programme qui a dix ans.

SOURCE: Équipe d'appui technique du FNUAP à Fidji

et les a fait connaître aux hommes. Le programme est associé à une augmentation du nombre annuel des vasectomies réalisées (passé de 6 283 en 1989 à 16 882 en 1993) et à une diminution du ratio entre les procédures de stérilisation des femmes et celles des hommes (passé de 21 à 1 en 1989 à 10 à 1 en 1993)⁴¹⁹. Les autres éléments de la fourniture de services axés sur les clients et visant à accroître l'acceptation de la vasectomie sont la confidentialité et l'intégration de la stérilisation masculine aux autres services de santé de la reproduction dispensés aux hommes⁴²⁰. Au Bangladesh, où des procédures mal exécutées ont contribué à une diminution de la stérilisation volontaire des hommes, le renforcement de la fourniture d'informations, de l'éducation et de la communication ciblant les femmes et le début de la fourniture de conseils sur la vasectomie aux couples ont été des stratégies proposées pour enrayer cette diminution.⁴²¹

La double protection

La double protection est la prévention simultanée des infections sexuellement transmissibles, dont le VIH, et des grossesses non désirées, qui peut être assurée de plusieurs façons, selon que l'on s'appuie sur 1) l'utilisation correcte et systématique de préservatifs ou 2) l'utilisation

⁴¹⁹ PATH, «Involving Men in Reproductive Health», *Outlook* (1997), p. 2.

⁴²⁰ L. Touré, «Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Programme Initiatives in Africa». USAID/HHRA, novembre 1996, www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/male/male.htm, p.12.

⁴²¹ Population Council, «Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme Workshop», *Frontiers* (juin 1996), p. 13 et 14.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

correcte et systématique de préservatifs et l'utilisation concurrente d'une autre méthode contraceptive. Dans le domaine de la prévention du VIH, la double protection revient à utiliser des préservatifs pour prévenir à la fois les infections et les grossesses. L'approche fondée sur «une méthode unique, une double fin» s'appuie sur la contraception d'urgence dans les cas d'échec de la contraception⁴²².

La double protection est particulièrement importante pour:

- les jeunes gens sexuellement actifs âgés de 15 à 24 ans;
- les hommes qui courent eux-mêmes des risques et en font courir à leur partenaire du fait de leur propre comportement sexuel à haut risque;
- les personnes sexuellement actives dans les lieux où la prévalence des MST ou du VIH, ou des deux, est élevée;
- les prostituées et leurs clients;
- les femmes ou les hommes qui courent des risques du fait du comportement sexuel à haut risque de leur partenaire;
- les personnes qui ont contracté une MST et/ou le VIH, et leur partenaire.

Il règne toutefois une grande confusion concernant cette notion du fait des différentes interprétations qui sont influencées par la perspective que les administrateurs et les médecins ont de la santé publique⁴²³. Les prestataires de la planification familiale, qui sont pour la plupart des gynécologues et des médecins généralistes, entendent par double protection l'utilisation simultanée de deux méthodes, une méthode contraceptive d'une grande efficacité pour la prévention des grossesses et les préservatifs pour la prévention des maladies. Cette approche dite de la «double méthode à double fin» est née du désir marqué de promouvoir la pilule et de porter atteinte aux préservatifs en tant que méthode contraceptive efficace, bien que les études indiquent qu'ils sont aussi efficaces que la pilule pour les couples qui ont une famille complète⁴²⁴. Cette proposition de double méthode à double fin suscite des réactions mitigées du fait des désavantages qu'elle présente, qui sont les suivants: 1) il est peu probable que les gens utilisent deux méthodes simultanément alors qu'ils rechignent à en utiliser une; 2) l'addition d'une seconde méthode risque de nuire à l'utilisation systématique de la première; 3) la promotion des préservatifs aux fins de la prévention des maladies a pour effet de stigmatiser cette méthode et risque d'en réduire l'utilisation; 4) l'utilisation de deux méthodes risque de ne pas être faisable d'un point de vue logistique ou financier⁴²⁵.

⁴²² C. Marcham et al., «Dual Protection : Reappraising the Condom as Contraception». OMS, Département de la recherche sur la santé reproductive (document d'information pour une réunion tenue en octobre 1999).

⁴²³ Ibid.

⁴²⁴ N. Banjos et al., «La promotion du préservatif comme contraceptif». ANRS Information, No. 19. (juillet/août 1996) p. 47.

⁴²⁵ W. Cates et al., «Dual vs. Dual(ing) Protection against Unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: What is the Best Contraceptive Approach?» (manuscrit établi en vue d'être publié dans le *British Medical Journal*, publié à mi-année en 2000).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Afin de rendre opérationnelle la double protection, il faut:

- intégrer les services de planification familiale et ceux de prévention des MST/VIH;
- former et recycler les prestataires de services et conseillers en matière de double protection afin que les clients puissent prendre des décisions librement en connaissance de cause;
- assurer la disponibilité des préservatifs aux points de prestation des services et en d'autres points de distribution;
- mettre l'accent sur les jeunes gens, les garçons et les filles;
- mettre l'accent sur les hommes en tant qu'utilisateurs de préservatifs;
- incorporer la double protection dans les programmes de prévention de la transmission du VIH à l'enfant par une autre personne;
- continuer de fournir un appui à la recherche afin de commercialiser un microbicide contrôlé par la femme⁴²⁶.

Il faudrait promouvoir la double protection au moyen de la communication interpersonnelle plutôt qu'en recourant à des campagnes de promotion, afin d'expliquer sa signification correcte et de répondre aux besoins individuels⁴²⁷. Donc, pour choisir une méthode contraceptive en connaissance de cause «il faut aussi inclure la reconnaissance du fait que les préservatifs, lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement, non seulement assurent la prévention du VIH et des MST, mais peuvent aussi être une méthode contraceptive d'une grande efficacité». En outre, pour choisir en connaissance de cause, il faut aussi «comprendre que de nombreuses méthodes qui sont d'une grande efficacité contre les grossesses (méthodes hormonales, DIU et stérilisation) n'offrent aucune protection contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH⁴²⁸.

Autres méthodes contraceptives

L'abstinence périodique et le retrait sont d'autres méthodes contraceptives masculines couramment utilisées. Le retrait est l'une des méthodes temporaires les plus largement utilisées dans le monde. On estime que 38 millions de couples - représentant 13 % de tous les usagers de méthodes temporaires - recourent au retrait pour éviter les grossesses⁴²⁹. D'autres études sont en cours en vue d'évaluer les risques de cette méthode pour la propagation des MST et du VIH.

Nouvelles technologies contraceptives masculines en cours de mise au point

Entre-temps, la recherche se poursuit en vue de trouver d'autres méthodes qui soient acceptables pour les hommes. Une étude réalisée au Royaume-Uni a évalué les vues des hommes à

⁴²⁶ «Dual Protection against Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections, including HIV», Déclaration conjointe OMS/ONUSIDA/FNUAP, 1999.

⁴²⁷ N. Banjos et al., «La promotion du préservatif comme contraceptif», p. 48.

⁴²⁸ «Dual Protection against Unwanted Pregnancy», Déclaration conjointe OMS/ONUSIDA/FNUAP.

⁴²⁹ D. Rogow et S. Horowitz, «Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research», *Studies in Family Planning* 26, No. 3 (1995), p. 140.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

Prototypes contraceptifs masculins

Les prototypes contraceptifs masculins ont recours à deux mécanismes d'action : certains suppriment la production de spermatozoïdes par un moyen hormonal ou non; d'autres inhibent la capacité des spermatozoïdes de féconder l'ovule, généralement en perturbant une étape clé de la conception.

Agent	Mode d'action	Etat de la recherche
SUPPRESSION HORMONALE DE LA PRODUCTION DE SPERMATOZOÏDES		
Gonadolibérine (GN-RH) couplée à une protéine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Stimule le système immunitaire pour inactiver le GN-RH naturel et supprimer la production de spermatozoïdes ■ Injection annuelle 	Essai d'innocuité de deux ans du GN-RH combiné à l'anatoxine tétanique a débuté récemment pour 20 hommes.
7-alpha méthyl-19- nortestostérone (MENT)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supprime la production de spermatozoïdes ■ Implant annuel 	Essai d'efficacité de l'implant en cours; essai de toxicité à long terme en attente.
Buciclate de testostérone (BT)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supprime la production de spermatozoïdes ■ Injection trimestrielle 	Étude financée par l'OMS du BT montre qu'il faut une dose plus élevée pour un effet contraceptif fiable. Essais d'injections de BT + un progestatif pourrait commencer en 1998.
Undécanoate de testostérone(UT))	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supprime la sécrétion du GN-RH et donc la production de spermatozoïdes ■ Injection chaque mois 	Etude en cours en Chine d'UT injectable; étude d'injections d'UT + un progestatif administrés tous les deux mois est prévue.
Enanthate de testostérone (ET)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supprime la sécrétion du GN-RH et donc la production de spermatozoïdes ■ Injection chaque semaine 	Efficace chez 98 % de 399 hommes dans une étude OMS de deux ans, mais inutilisable à cause de la fréquence des injections.
Combinaison ET + progestatif	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supprime la sécrétion du GN-RH et donc la production de spermatozoïdes ■ Injection chaque semaine d'ET; prise quotidienne d'une pilule progestative 	Effet contraceptif plus rapide qu'avec ET seul, mais inutilisable à cause de la fréquence des injections.
SUPPRESSION NON-HORMONALE DE LA PRODUCTION DE SPERMATOZOÏDES		
Gossypol	<ul style="list-style-type: none"> ■ Supprime la production de spermatozoïdes ■ Pilule quotidienne ■ Irréversible chez certains hommes 	Etude-pilote récente à faible dose a montré une contraception efficace sans réduction dangereuse du potassium. Essais d'efficacité sur 320 hommes est prévue.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Agent	Mode d'action	Etat de la recherche
INHIBITION DE LA CAPACITÉ FÉCONDANTE DES SPERMATOZOÏDES		
Nifédipine	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pourrait empêcher l'action enzymatique nécessaire à la fécondation ■ Pilule quotidienne 	Recherche prévue pour trouver des variantes qui agissent de façon spécifique sur les spermatozoïdes sans effets secondaires systémiques.
Mifépristone (RU 486)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Immobilise les spermatozoïdes de façon temporaire ■ Pilule quotidienne 	Recherche de composés chimiquement proches qui agirait sélectivement sur les spermatozoïdes sans les effets secondaires de la mifépristone.
Protéine de surface des spermatozoïdes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les anticorps fixés sur les spermatozoïdes bloquent la fécondation ■ Vaccin 	La vaccination de cobayes mâles a mis en évidence un effet contraceptif réversible. D'autres études sont prévues chez l'animal.

SOURCE: Family Health International, Network 18, No. 3 (printemps 1998).

l'égard de la contraception hormonale masculine, dont la mise au point est en cours. Des hommes âgés de 26 à 35 ans ont participé à cette étude. Les résultats indiquent que 45 % des répondants préféreraient prendre une pilule quotidiennement; 36 % préféreraient une injection semestrielle pour l'administration des hormones, et les hommes étaient prêts à payer pour utiliser cette méthode; seulement un tiers d'entre eux se rendrait dans un dispensaire de planification familiale pour obtenir les injections; 71 % n'étaient pas prêts à tolérer des effets secondaires quels qu'ils soient⁴³⁰. Le tableau ci-dessus contient une description succincte des méthodes de contraception masculine hormonales et non hormonales faisant actuellement l'objet de recherches.

LA GAMME DES SERVICES DE SANTÉ EN MATIÈRE DE REPRODUCTION ET DE SEXUALITÉ POUR LES HOMMES

Les services de santé de la reproduction pour les hommes offrent le plus souvent trois catégories de services: dépistage; diagnostic et traitement cliniques⁴³¹; information, éducation et conseils. La liste des services qui figure dans le tableau ci-après donne une image complète des services qui pourraient être inclus dans la rubrique des services pour hommes. Toutefois, certains services sortent manifestement du cadre du dispensaire de base offrant des services de planification familiale ou de santé de la reproduction au niveau des dispensaires de la santé publique⁴³². La gamme des services fournis et leur prestation peut varier considérablement en fonction des besoins, des valeurs culturelles et des ressources disponibles au niveau local. Dans certains cas, il peut être plus efficace d'aiguiller les patients, notamment dans le cas où ceux-ci ont besoin de soins cancérologiques.

⁴³⁰ M. Brooks, «Men's Views on Male Hormonal Contraception», *British Journal of Family Planning* 24, No.1 (avril 1998), p. 7-17.

⁴³¹ AVSC International, «Introduction to Men's Reproductive Health Services», New York, 2000, p. 14-17.

⁴³² I. Ndong et al., «Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services», *International Family Planning Perspectives* 25, supp. (1999), p. 53.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

Services inclus dans les soins de santé de la reproduction pour les hommes, répartis selon qu'ils sont dispensés dans un dispensaire de planification familiale ou après aiguillage vers d'autres établissements		
DEPISTAGE, SERVICES DE SANTÉ DE BASE	INFORMATION, ÉDUCATION, CONSEILS	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT CLINIQUES
<p>Sur place</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ historique complet de la santé en matière de sexualité et de reproduction ■ dépistage des sévices sexuels et de la violence dans la famille ■ évaluation de l'utilisation de contraceptifs ■ examen physique de routine complet ■ évaluation nutritionnelle ■ dépistage du cancer ■ dépistage des besoins en matière d'abus des drogues <p>Après aiguillage</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ traitement des survivants et des auteurs de sévices sexuels et d'actes de violence dans la famille ■ éducation sur l'art d'être parent ■ vaccinations ■ conseils et services relatifs à l'éducation et à l'emploi ■ traitement du cancer ■ traitement de la toxicomanie et soins de santé mentale ■ maîtrise du stress et prévention de la violence ■ services à l'intention des fugueurs et des sans-abri 	<p>Sur place</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ éducation de base sur la sexualité et la fécondité hellénique ■ conseils d'orientation sexuelle ■ information et éducation sur les sévices sexuels et la violence dans la famille ■ sensibilisation à la question du viol de mineur ■ définition des rôles masculins ■ conseils approfondis en matière de contraception ■ prévention des MST et du VIH ■ santé et hygiène de l'appareil génital ■ aptitudes à la communication interpersonnelle ■ conseils post-partum et prénatals <p>Après aiguillage</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ conseil génétique ■ conseil du partenaire concernant la mastectomie ■ sexualité et incapacités 	<p>Sur place</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ traitement de l'impuissance, de l'éjaculation précoce, des troubles de l'appareil reproducteur, des lésions de l'appareil génital, des hernies et des varicocèles ■ Diagnostic et traitement des MST ■ Diagnostic de l'infection à VIH ■ Tests sanguins pré-nuptiaux ■ Évaluation de la fécondité ■ Vasectomie <p>Après aiguillage</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ traitement du VIH/sida ■ services pour la stérilité ■ traitement des maladies urologiques ■ annulation des effets de la vasectomie

SOURCE: I. Ndong et al., «Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services», International Family Planning Perspectives, vol. 25, supplément (1999).

Dépistage

Durant le dépistage, le prestataire obtient l'historique médical de tous les clients (y compris les interventions chirurgicales et les maladies passées, et les caractéristiques héréditaires) et effectue un examen physique de routine. Le dépistage comprend un questionnaire visant à connaître l'histoire du client sur le plan de la sexualité et de la reproduction, une évaluation des risques qu'il court s'agissant des MST et du VIH/sida et des cancers, ainsi que ses besoins en matière de toxicomanie et de santé mentale.

Conseil et tests de dépistage volontaires pour le VIH

Les tests de recherche du VIH sont l'un des services de plus importants offerts aux hommes. Lorsque les hommes (et les femmes) savent s'ils sont infectés au VIH, ils peuvent en informer

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

leur partenaire et ne choisir que les partenaires dont la séronégativité pour le VIH est confirmée, ce qui réduit le risque de transmission du VIH⁴³³. Les tests et conseils volontaires pour le VIH fournissent aux hommes des services de diagnostic, des tests sanguins et des conseils spécialisés pour les cas où les résultats sont positifs, ainsi qu'un aiguillage. Les tests et conseils volontaires devraient être mentionnés comme une option aux clients durant le processus de dépistage.

Diagnostic et traitement

Durant le diagnostic et le traitement cliniques, le prestataire fournit des services ou oriente le client aux fins du diagnostic et du traitement des problèmes détectés lors du dépistage. Les clients peuvent être traités pour l'impuissance, l'éjaculation précoce, des troubles de l'appareil reproducteur, des lésions de l'appareil génital et des hernies. Le traitement peut aussi comprendre la prise en charge syndromique des MST, des soins pour l'infection à VIH, les tests sanguins pré-nuptiaux, l'analyse du sperme, des services pour la stérilité, la vasectomie, l'analyse du sperme après une vasectomie et les interventions visant à annuler les effets de la vasectomie.

Prise en charge syndromique des MST

Prélever du sang pour un test de dépistage des MST, attendre les résultats puis traiter les clients ou les orienter est une façon de faire face aux MST. Toutefois, lorsque les ressources sont limitées et qu'il n'existe pas de laboratoire, les responsables des programmes devraient envisager une «approche de prise en charge syndromique» comme traitement de première intention et n'orienter que les cas spéciaux vers les dispensaires dotés d'un laboratoire. L'approche syndromique utilise des diagrammes logiques accompagnés d'instructions à suivre point par point sur la façon de reconnaître et de gérer les infections de l'appareil génital et les MST et de proposer des antibiotiques standard⁴³⁴. Pour cela, il faut des prestataires qui soient formés à reconnaître les symptômes des MST courantes (les chlamydiae, le papilloma virus humain (PHV), la gonorrhée, l'herpès, la syphilis, les infestations par le pou du pubis, la gale). Cela permet à un plus grand nombre d'hommes de recevoir un traitement efficace, y compris des antibiotiques appropriés. Le cadre de traitement invite aussi les partenaires féminins. Les travailleurs de santé doivent tirer parti de cette approche en la considérant comme une occasion de diffuser des messages sur la prévention des MST et du VIH/sida et sur d'autres questions touchant à la santé en matière de reproduction et de sexualité⁴³⁵.

Les services de conseil

Au moyen des services de conseil, le client apprend quelles sont ses options et reçoit une éducation et des informations sur la contraception et la prévention des MST et du VIH/sida. Les services de conseil sont les éléments de communication de la fourniture des conseils, la troisième catégorie des services que les prestataires offrent. L'information transmise par les conseillers est fort diverse, couvrant de nombreux sujets tels que la sexualité et le développement physiologique; l'éducation et les conseils sur la contraception, y compris l'utilisation correcte

⁴³³ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», document de synthèse d'ONUSIDA [deuxième version, Instituto Promundo, Rio de Janeiro (Brésil), janvier 2000], p. 13.

⁴³⁴ IPPF (Fédération internationale pour la planification familiale), «Statement on Sexually Transmitted Disease and Reproductive Health», 1997.

⁴³⁵ C. Laudari, «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health».

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

des préservatifs; éducation et conseils sur les MST, y compris l'infection à VIH; et l'éducation sur la santé et l'hygiène de l'appareil génital. Les conseillers devraient aussi fournir des informations sur la double protection qu'offrent les préservatifs masculins, l'importance des soins prénatals et postnatals, les risques et les symptômes de la grossesse et de l'accouchement, ainsi que sur le rôle que les hommes peuvent jouer en prévenant la mortalité et la morbidité maternelles.

Fournir des services de conseil est essentiel pour que les hommes puissent devenir des consommateurs éduqués de services de santé pour eux-mêmes et pour leur partenaire. Permettre aux hommes de participer aux consultations de planification familiale, avec l'assentiment de leur partenaire, et encourager les clients à discuter de la planification familiale et de la santé de la reproduction avec leur partenaire, peut être intégré aux services de conseil existants pour un coût modique ou sans coût supplémentaire. Fournir des services de conseil aux hommes, toutefois, nécessite de former les conseillers, d'adapter les installations, d'affecter un espace aux hommes afin de protéger le caractère privé et confidentiel de leur visite, et de promouvoir ces services.

INTÉGRER LA PRÉVENTION DES MST ET LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Pour satisfaire les besoins des hommes en tant que clients, il faut aussi adopter une approche fondée sur la sexualité et intégrer la prévention du VIH/sida/MST. L'intégration des services de prévention des MST et du VIH/sida a constitué un défi pour les services qui avaient été créés à l'origine pour s'occuper de santé maternelle, de planification familiale et, plus tard, de la santé de la reproduction des femmes. La plupart des programmes nationaux de planification familiale et des organismes internationaux mettent plus l'accent sur les risques des grossesses non désirées que sur les risques que posent les MST et le VIH/sida, si bien que les préservatifs jouent un rôle mineur dans ces programmes⁴³⁶. Les prestataires de la planification familiale continuent d'encourager les femmes à utiliser des méthodes contraceptives très efficaces (pilule, DIU, contraceptifs hormonaux) qui offrent une protection minimale ou nulle contre les MST et le VIH/sida⁴³⁷. Les préjugés contre les victimes du VIH/sida contribuent aussi à la réticence des prestataires d'offrir des tests pour le VIH/sida. Les prestataires hésitent à offrir ces services parce qu'ils craignent d'attirer des toxicomanes, des homosexuels et des prostituées, car leur venue décourage les clients existants et ceux qu'ils essaient de convaincre de venir dans leurs dispensaires⁴³⁸. Cette préoccupation se fait sentir au moment où les associations de planification familiale essaient de subvenir à leurs besoins en se présentant à la classe ouvrière et aux classes moyennes comme des prestataires qualifiées.

Néanmoins, les prestataires de la planification familiale reconnaissent leur rôle dans la prévention des MST et du VIH/sida. En 1997, la Fédération internationale pour la planification familiale a publié une déclaration sur les maladies sexuellement transmissibles et la santé de la reproduction, dans laquelle elle a reconnu que les programmes de planification familiale étaient

⁴³⁶ W. Cates et K. Stone, «Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update, Part 1», *Family Planning Perspectives* 24, No. 2 (mars/avril 1992).

⁴³⁷ «Dual Protection: Reappraising the Condom as Contraception»

⁴³⁸ Communications personnelles avec les représentants des associations de planification familiale en Amérique centrale, février 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

bien placés pour contribuer à la prévention des MST et de l'infection à VIH «en fournissant des informations exactes et compréhensibles, en prônant des comportements sexuels à faible risque et en assurant la promotion de l'utilisation des préservatifs»⁴³⁹.

Le schisme entre les services de planification familiale et les services de prévention des MST et du VIH/sida est reflété par la perception des préservatifs soit comme une méthode contraceptive soit comme un moyen de protection contre les MST et le VIH/sida. Des efforts sont faits actuellement pour promouvoir les préservatifs en temps que méthode à double fin, visant à prévenir les grossesses et les infections lorsqu'ils sont utilisés correctement et systématiquement. Le FNUAP, ONUSIDA et l'OMS ont récemment réuni leurs efforts en vue de prôner la double protection.

FAUT-IL FOURNIR DES SERVICES SPÉCIAUX AUX HOMMES OU UTILISER LES SERVICES EXISTANTS?

Les services pour hommes devraient-ils être intégrés dans les services existants ou les services destinés aux hommes devraient-ils être fournis dans des dispensaires réservés aux hommes? Les deux stratégies ont donné de bons résultats. Dans certains pays, les coutumes et la tradition font qu'il est nécessaire de séparer les services pour les hommes; d'autres pays ont réussi à étendre les services à l'intérieur des établissements existants. Les décisions concernant les modèles les plus efficaces devraient être prises en connaissance de cause, en consultation avec la communauté, en vue de déterminer ses préférences, les besoins des hommes et le cadre qu'ils sont le plus susceptibles d'utiliser et, bien sûr, les ressources disponibles. Ainsi, les hommes au Kenya sont mal à l'aise lorsqu'ils doivent se rendre dans les centres de planification familiale qui sont historiquement associés aux femmes. Ils craignent d'avoir à faire la queue avec des femmes pour obtenir des préservatifs et ce que les femmes penseraient d'eux⁴⁴⁰. Au Bangladesh, avant de mettre en place des dispensaires pour les hommes dans les établissements de SMI/planification familiale pré-existants axés sur les femmes, les directeurs ont évalué dans quelle mesure la communauté avait besoin de ces dispensaires et les accepterait. Les dispensaires réservés aux hommes n'ont été viables que dans les zones urbaines, où le volume de la clientèle est suffisamment élevé pour qu'ils se maintiennent⁴⁴¹. Dans certains cas, les dispensaires pour hommes ont été suffisamment rentables pour subventionner des services destinés aux femmes qui ne peuvent payer leur prix intégral⁴⁴². Des services mobiles sont un autre moyen d'atteindre les hommes, qui sont moins susceptibles que les femmes de se déplacer pour se faire soigner. Ces services sont habituellement fournis aux hommes et aux femmes dans les zones rurales, où il n'existe pas d'établissement, et dans les quartiers urbains mal desservis. Dans de nombreux cas, le service mobile est «rattaché» à un dispensaire existant ou les fournitures sont entreposées et dont le personnel est affecté par roulement au service mobile⁴⁴³.

⁴³⁹ IPPF (Fédération internationale pour la planification familiale), «Déclaration sur les maladies sexuellement transmissibles et la santé de la reproduction».

⁴⁴⁰ C. Nzioka, «Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraception Use in Kenya» (rapport soumis à la composante stratégique sur la recherche en sciences humaines sur la santé de la reproduction, Programme spécial sur la recherche, le développement et la formation à la recherche dans le domaine de la reproduction humaine. OMS, 2000), p. 51.

⁴⁴¹ AVSC International, «Men as Partners Initiative: Summary Report of Literature Review and Case Studies» (New York, 1997), p. 41.

⁴⁴² AVSC International, «Men as Partners: Ideas from Four Continents», AVSC News, printemps 1997.

⁴⁴³ M. N. Wegner et al. , «Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action», *Family Planning Perspectives* 24, No. 1 (mars 1998), p. 41.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

Male Call: Aux Philippines, des ONG fournissent des services de soins de santé en matière de reproduction, qui sont de qualité et sensibles aux différences entre les sexes

Taytay, la zone cible du projet, est confrontée à un fort accroissement de la population. La ville ne possède aucun hôpital public, les services de santé du gouvernement local sont dispensés par des unités de santé rurale qui sont coordonnées par l'officier de santé municipal et les services de santé de la reproduction ne fournissent que des contraceptifs.

Les hommes philippins pensent que les enfants occupent une place essentielle dans la famille et qu'ils constituent un investissement pour l'avenir, mais ils confinent souvent leur femme dans les soins aux enfants et la gestion du ménage. Durant l'exécution de son projet précédent, PSPI, ONG locale bénéficiant de l'appui du FNUAP et de la Fondation Turner, a clairement observé que les hommes faisaient sérieusement obstacle à l'accès des femmes aux soins et services de santé.

Pour faire face à ces préoccupations, les organismes coopérants ont conçu un projet dont l'objectif général était d'améliorer l'état de santé du groupe cible en matière de reproduction en sensibilisant aux questions touchant à l'égalité entre les sexes et en encourageant l'utilisation des services existants. Pour atteindre cet objectif, le projet a fourni aux hommes des informations sur la santé de la reproduction en espérant que cela les inciterait à assumer des responsabilités accrues au niveau de la famille.

Male Call a réussi à combiner des stratégies de communication (diffusion d'informations au moyen des médias, de manifestations théâtrales ou d'autres événements culturels), de la participation à des manifestations et séminaires/ateliers au niveau communautaire en fournissant des services de santé de la reproduction. Le projet a maintenu des rapports étroits avec les participants et a utilisé le retour d'information pour élaborer des matériels d'éducation et améliorer et étendre son action.

La fourniture de services a fait partie intégrante de la stratégie du projet Male Call. Klinika Medico (KM) a introduit un système d'aiguillage qui offrait des tarifs réduits dans d'autres hôpitaux et s'est établie comme un dispensaire qui lie délibérément la santé de la reproduction aux questions touchant à la santé des hommes en matière de reproduction et de sexualité. PSPI a consolidé la fourniture de services dans le cadre de KM en offrant des services de vulgarisation et de promotion, ce qui a eu pour effet d'accroître le nombre des nouveaux participants à la planification familiale et de clients cherchant à bénéficier de services tels que la prise en charge des infections de l'appareil génital, les examens prénatals et les frottis vaginaux de cytodétection.

La principale contribution du projet a été de situer les questions ayant trait à la participation des hommes dans le contexte plus large de la santé en matière de reproduction et de sexualité. Les séminaires et les ateliers ont offert aux hommes l'occasion de parler des comportements sexuels et de parler plus librement de questions touchant à la reproduction et à la sexualité avec leur partenaire. Ils ont demandé à ce que leur femme et les adolescents de sexe masculin soient inclus dans les ateliers de sensibilisation. Les évaluations ont révélé que le projet a amélioré les relations des hommes avec leur femme. Les hommes ont pris conscience des sexospécificités, des droits des femmes et des responsabilités des hommes dans la famille.

SOURCE: Bureau du FNUAP à Manille: J. Frances et al., «Assessing the FNUAP Ted Turner Projects in the Philippines», University of the Philippines, Center for Integrative and Development Studies, 1999; E. C. Abaya et al., «Male Call: An Evaluation Study», Population Services Pilipinas, Inc., 2000; et Population Services Pilipinas, Inc., Male Call: Enlightened Men, Empowered Citizens, 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Parmi les autres éléments à prendre en considération, il convient de citer la compréhension des pratiques actuelles en matière de recherche de soins de santé au niveau de la communauté et les raisons expliquant le choix du prestataire par le client; les efforts faits pour qu'il y ait des agents de santé pour diriger les services cliniques; la formation des agents de santé à tous les aspects de la santé des hommes en matière de sexualité, non seulement les aspects cliniques de la gestion, mais aussi les services de conseil et le traitement des questions psychosexuelles; le marketing des dispensaires au moyen de mécanismes formels et informels; efforts faits pour veiller à ce que la fréquentation des femmes ne soit pas affectée; et des évaluations fortuites⁴⁴⁴. En dernière analyse, la qualité des connaissances, une forte volonté et la fourniture de services dont les hommes ont besoin sont des éléments bien plus importants que le cadre dans lequel les services sont offerts. En outre, quel que soit le modèle choisi, il convient d'envisager des activités extérieures avec les groupes communautaires masculins et les réseaux sociaux informels, et ces activités ne doivent pas remplacer des interventions ciblées avec soin.

Enseignements tirés:

- L'accès à la fois à des informations et à des services est essentiel pour accroître la participation des hommes. Lorsque l'on fournit des informations suffisantes à ceux-ci, ils comprennent mieux les questions et ils apportent leur soutien à la santé de la reproduction de leur famille.
- Les hommes, s'ils sont éduqués et sensibilisés comme il convient, peuvent contribuer à amener un plus grand nombre de femmes à accepter et pratiquer la planification familiale.
- La socialisation des garçons à un âge précoce est nécessaire pour assurer une participation accrue des hommes à la santé de la reproduction.

YA-T-IL UNE NOTION SPECIALE DE QUALITÉ DE SOINS POUR LES HOMMES?

Le cadre dit de la «qualité des soins»⁴⁴⁵, qui comprend le choix des services, l'information, les compétences techniques, les relations interpersonnelles, le suivi et l'ensemble approprié de services, s'applique aussi bien aux programmes qui ciblent les hommes qu'à ceux qui ciblent les femmes. Toutefois, des recherches supplémentaires sont nécessaires pour informer les prestataires sur la gamme des services que les hommes souhaitent et dont ils ont besoin ainsi que sur le type de communication interpersonnelle qui donne les meilleurs résultats. De nouveaux indicateurs sont aussi nécessaires pour surveiller la satisfaction des clients de sexe masculin. Certains programmes qui s'appuient sur les dispensaires ont contribué à identifier les éléments clés des services jugés accueillants par les usagers de sexe masculin (voir encadré ci-dessous). Les services doivent aussi faire face aux préjugés des prestataires contre l'utilisation des méthodes de planification familiale par les hommes.

⁴⁴⁴ S. Hawkes, «Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh», *Sexual Health Exchange* 3 (1998), p. 14.

⁴⁴⁵ J. Bruce, «Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework», *Studies in Family Planning* 21, No. 2 (1990), p. 61-69.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

Façons d'aider les hommes à se sentir plus confortables dans un établissement ⁴⁴⁶

- ▶ Utiliser pour le programme/l'installation un nom qui soit accueillant pour les hommes et les femmes. Éviter les noms qui visent exclusivement les femmes ou qui impliquent que les hommes pourraient ne pas être les bienvenus s'ils ne sont pas accompagnés par une partenaire.
- ▶ Utiliser des matériaux de décoration et des couleurs qui plaisent aux hommes et aux femmes. En décorant les salles d'attente et les salles de service, éviter les couleurs et les articles de décoration qui sont considérés comme propres aux femmes et aux bébés. Changer la couleur des murs, le mobilier ou le décor peut ne pas être faisable si les ressources sont limitées. Mais même dans ces décors, le choix des affiches postées sur les murs ou d'articles de faible coût peut envoyer des messages subtils indiquant aux hommes qu'ils sont les bienvenus.
- ▶ Réserver des toilettes aux hommes, si possible, et indiquer clairement à l'entrée «Toilettes pour hommes». Si les hommes et les femmes partagent les mêmes toilettes, utiliser un terme neutre, tel que «Toilettes» ou «W. C.». Dans un tel cas, il devrait être possible de verrouiller la porte lorsque les toilettes sont utilisées.
- ▶ Inclure des publications que les hommes aiment bien. Cela comprend, entre autres, des magazines et des journaux et d'autres publications qui plaisent aux hommes dans ce domaine et qui sont compatibles avec la philosophie de l'établissement.
- ▶ Faire en sorte que les matériaux d'information, d'éducation et de communication pour les hommes soient aisément accessibles. Présenter des matériels d'éducation pour les clients qui traitent des questions touchant aux hommes et des affiches sur l'anatomie masculine et l'autexamen de l'appareil génital masculin dans les salles d'examen.
- ▶ Faire en sorte que les préservatifs soient faciles à obtenir. Afficher des signes indiquant «Préservatifs disponibles» (à vendre ou gratuits) au bureau de réception ou dans une autre partie de l'établissement où les hommes sont susceptibles de les voir. Stocker plus d'une marque de préservatifs, si possible, ce qui aide à renforcer l'idée que le personnel prend au sérieux les besoins des hommes en matière de contraception et de protection contre les maladies.
- ▶ Créer un dossier médical pour chaque client masculin à titre individuel au lieu de garder des informations médicales sur lui dans le dossier de sa partenaire.
- ▶ Consacrer une partie de l'établissement ou de ses heures d'ouverture aux réunions avec les couples afin de permettre aux hommes et aux femmes de recevoir des services de conseil ensemble s'ils le souhaitent.
- ▶ Sensibiliser la communauté aux services de santé de la reproduction destinés aux hommes. L'existence de ces services devrait être clairement annoncée avec tous les moyens de communication de l'établissement, y compris les publications et les signes et affiches, concernant les services et dans les messages enregistrés sur les répondeurs. Si possible, le personnel de l'établissement devrait faire en sorte que des animateurs passent une partie de leur temps dans l'établissement.

⁴⁴⁶ AVSC International, « Introduction to Men's Reproductive Health Services», p. 6.8 et 6.9.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Faire face aux préjugés des prestataires à l'égard des hommes, de leurs besoins et des méthodes de contraception masculines

Les préjugés des prestataires peuvent constituer un obstacle majeur à l'utilisation par les hommes des services de santé de la reproduction. En outre, les stigmates associés au sida, auxquels s'ajoutent les préjugés à l'égard des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et le refus de reconnaître ce type de relation, entravent les efforts de prévention du VIH/sida⁴⁴⁷. Parmi les signes courants des préjugés des prestataires à l'égard de la participation des hommes sont le fait de faire en sorte que les hommes ne sont pas à l'aise et ne se sentent pas les bienvenus; de ne pas leur offrir des conseils spécifiques pour homme ou des méthodes masculines; de ne pas leur fournir des informations suffisantes sur eux-mêmes ou de les leur présenter sous un jour négatif; et de les confronter en leur posant des questions dans un espace public au lieu d'utiliser une salle séparée où ils peuvent s'isoler, ce qui permet d'assurer la confidentialité. Ainsi, une évaluation des besoins entreprise par l'Association de planification familiale du Kenya a révélé que les prestataires avaient une attitude négative à l'égard des clients de sexe masculin; qu'ils considéraient les hommes comme des clients dont la visite au dispensaire n'est pas souhaitée; qu'ils ne pensaient pas que la vasectomie était une méthode qui devrait être proposée aux hommes; et qui avaient des difficultés à conseiller les hommes⁴⁴⁸. Au Kenya, lorsque des partenaires de sexe masculin accompagnant des femmes dans les hôpitaux pour y recevoir des services à la suite d'un avortement ont déclaré qu'ils désiraient recevoir des informations sur la planification familiale, seule une petite proportion d'entre eux ont reçu des informations ou des services de conseil⁴⁴⁹.

144

Un autre préjugé traditionnel des prestataires est la croyance selon laquelle les hommes sont opposés à la planification familiale et qu'ils ne s'intéressent pas à la santé en matière de sexualité et de reproduction. L'idée selon laquelle les hommes ne souhaitent pas assumer de responsabilité en matière de planification familiale entrave la fourniture de services pour hommes dans ce domaine. Ces idées tiennent plus du mythe que de la réalité. Le fait est que lorsqu'on reçoit bien les hommes, ils viennent. Au Pakistan, un simple changement dans le signe utilisé par les dispensaires, «Les hommes ne sont pas acceptés» étant remplacé par «Les hommes sont les bienvenus» a abouti à la mise en place d'un dispensaire pour la santé des hommes en matière de reproduction⁴⁵⁰.

De plus, de nombreux prestataires sont mal informés sur les méthodes de contraception masculines et de prévention du VIH/sida et ils risquent de partager les mêmes idées erronées que leurs clients. Les préjugés personnels interfèrent avec la fourniture de services par les agents de santé. Ainsi, des agents de santé communautaires au Kenya, des femmes pour la plupart, ne propo-

⁴⁴⁷ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», p. 19.

⁴⁴⁸ Équipe d'appui au pays du FNUAP, «Male Involvement in Reproductive Health and Mainstreaming Gender in Population and Development Programmes», compte rendu de l'atelier, part I (Addis-Abeba, 2-6 février 1998), p. 31.

⁴⁴⁹ Population Council, «Male Involvement in Reproductive Health Issues: What Do We Know about Male Involvement in Reproductive Health Decisions and Family Planning?» *Programme Briefs*, 1998 (mise à jour avril 2000), www.Popcouncil.org/frontiers/orta/pbriefs/male_@<html.

⁴⁵⁰ FNUAP et Organisation de coopération économique, *The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes*, 1999, p. 12

Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé de la reproduction ciblant les hommes

saient pas la vasectomie parce qu'ils pensaient que les hommes ne l'accepteraient jamais et que promouvoir cette méthode porterait atteinte aux campagnes de planification familiale⁴⁵¹. Il est possible de lutter contre les idées fausses telles que celles-ci, les mythes et les idées préconçues au moyen d'une formation centrée sur le changement des attitudes plutôt que simplement sur la fourniture d'informations⁴⁵².

Quelle est la meilleure approche à adopter en matière de communication interpersonnelle et de conseil dans un cadre sanitaire: cibler les hommes seulement, les femmes seulement ou les couples?

Les programmes de santé en matière de sexualité et de reproduction offrent différents services de conseil. Certains centres fournissent les services de conseil à titre individuel, d'autres aux hommes et aux femmes et certains organisent des ateliers à l'intention des couples. Fournir des services de conseil aux hommes seulement, aux femmes seulement ou aux couples sont des options qui sont toutes possibles. Les approches qui donnent de bons résultats varient en fonction des coutumes sociales et traditionnelles dans une communauté donnée et des préférences personnelles. Les prestataires qui fournissent des services de conseil aux couples devraient le faire avec le consentement de la femme, afin de protéger ses choix en cas de désaccord avec son partenaire masculin ou d'utilisation cachée de la contraception.

Services de conseil individuels

Pour les hommes ainsi que pour les femmes, un bon conseiller fournit des avis confidentiels et optimistes et respecte l'individu⁴⁵³. Toutefois, on ne peut pas partir du principe qu'un conseiller qui a obtenu de bons résultats en travaillant avec les femmes atteindra des résultats analoges avec des hommes. Pour fournir des services de conseil aux hommes, il faut des qualifications spécialisées du fait de la réticence des hommes à parler des questions qui les préoccupent et à faire appel à des services⁴⁵⁴. Lorsqu'ils ont un problème de santé, ils ont plus de chances d'aller dans une pharmacie que dans un dispensaire. De plus, les besoins des hommes en matière de conseil diffèrent de ceux des femmes. Ils tendent à être plus interactifs, à demander plus d'informations techniques et à poser des questions difficiles⁴⁵⁵. Ils sont aussi moins susceptibles d'admettre leur ignorance sur des questions ayant trait à la reproduction ou à la sexualité et ils tendent à minimiser leurs problèmes⁴⁵⁶. Une étude récente réalisée au Kenya par les Services de communication en matière de population de l'Université Johns Hopkins a révélé que les Kényens sont plus interactifs que les Kényennes et posent plus de questions durant une session de conseil. La formation des conseillers doit être conçue en gardant à l'esprit ces différences sexospécifiques.⁴⁵⁷ Les hommes tendent à venir pour des raisons de santé et ils finissent par demander des services de conseil pour des questions personnelles⁴⁵⁸.

⁴⁵¹ C. Nzioka, «Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya», p.56.

⁴⁵² *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000. www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

⁴⁵³ AVSC International, «Men as Partners Initiative», p. 21.

⁴⁵⁴ Ibid.

⁴⁵⁵ FNUAP, « Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», *TSS Occasional Paper*, No 1, juin 1998.

⁴⁵⁶ Family Health International, «Un dispensaire pour elle, un pour lui», *Network en français: Printemps 1998, Vol. 18, No. 3*.

⁴⁵⁷ Y. M. Kim et D. Awasum, «What Are the Particular Aspects of Counselling Male Family Planning Clients? A Case from Kenya». Document présenté à l'atelier de l'Équipe spéciale sur les hommes et la santé de la reproduction de l'American Public Health Association, novembre 1996.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les questionnaires et/ou les programmes sur ordinateur auxquels les clients ont accès dans la salle d'attente peuvent aussi être utilisés pour évaluer les risques qu'un client court d'être infecté au VIH.⁴⁵⁹ Les dockers aux Philippines qui souhaitent en savoir plus sur la santé de la reproduction ont la possibilité d'apprendre seuls sur leur lieu de travail en utilisant un ordinateur portable avec l'aide d'un conseiller. Un logiciel mis au point par PATH leur permet d'évaluer le risque de contracter des MST et de trouver les réponses à des questions personnelles qu'ils seraient gênés de poser au conseiller et leur fournit des informations sur la prévention des MST et la planification familiale⁴⁶⁰.

Services de conseil dans le cadre de groupes de discussion

Les hommes font moins bien face à la situation que les femmes lorsqu'ils apprennent qu'ils sont infectés au VIH. Il leur arrive de refuser d'admettre leur état parce qu'ils considèrent que «les hommes, les vrais, ne tombent pas malades» ou que demander de l'aide revient à admettre sa faiblesse ou son échec⁴⁶¹. Les groupes de discussion dans lesquels les hommes ont des échanges avec d'autres hommes sur le VIH/sida ou d'autres questions de santé se sont révélés efficaces⁴⁶².

Services de conseil aux couples

Les discussions sur la santé en matière de reproduction et de sexualité et le comportement dans ce domaine s'inscrivent dans le «cadre du couple»⁴⁶³. Les prestataires reconnaissent de plus en plus ce fait, ainsi que l'insuffisance de la communication entre époux sur les relations sexuelles, l'espacement des naissances, la planification familiale et les MST; ils tiennent compte de ces facteurs en fournissant des services de conseil aux couples. Cela présente de nombreux avantages, en particulier dans les structures où les hommes sont les décideurs indisputés⁴⁶⁴. Ce type d'initiative aboutit à de meilleurs résultats en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale, ainsi que de prévention et de traitement des MST⁴⁶⁵. La fourniture de services de conseil aux hommes et aux femmes dans une relation monogame augmente l'utilisation des préservatifs lorsqu'ils reçoivent des informations sur leur bon usage⁴⁶⁶. Il est apparu que l'amélioration de la communication entre partenaires sur les questions de sexualité et de fécondité améliore l'utilisation des méthodes contraceptives⁴⁶⁷. Les services de conseil axés

⁴⁵⁸ AVSC International, «Men as Partners Initiative», p. 21.

⁴⁵⁹ FNUAP et PATH, «Sexual Health». Outlook 16, No. 4 (février 1999), p. 7; et adapté de «Gender-Sensitive Reproductive Health Services», *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000, www.rho.org/html/gsh_overview.htm

⁴⁶⁰ AVSC International, «Men as Partners in Reproductive Health», p. 16.

⁴⁶¹ M. Foreman (éd.), *Men and AIDS: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres: The Panos Institute et Zed books, 1999), p. 21-22.

⁴⁶² G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», p. 24.

⁴⁶³ R. Rosenzweig et al., «Male Involvement, Couple-Friendly Care, Relationship Awareness, and Gender Partnership in Reproductive Health» (Document présenté à la American Public Health Association, novembre 1996).

⁴⁶⁴ K. Tolbert et al., «Improving Reproductive Health of Couples: Men, the Ignored Partners». *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library, 1990-1999 (Population Council, 1998), p. 9.

⁴⁶⁵ *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000. www.rho.org/html/menrh_keyissues.htm#couples-counselling.

⁴⁶⁶ W. R. Finger, «L'utilisation systématique est influencé par le comportement», *Network en français* 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998), www.fhi.org/fr/fp/fppubs/network.html.

⁴⁶⁷ *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000. www.rho.org/html/menrh_keyissues.htm#couples-counselling.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

sur le couple sensibilisent à la responsabilité égale en matière de prise de décision touchant à la sexualité et font face aux mythes selon lesquels la grossesse, les MST et le VIH/sida sont des problèmes qui relèvent des femmes. Une étude réalisée en Égypte a révélé que les maris qui reçoivent des informations sur l'état de santé de leur femme après une interruption de grossesse, sur leur rétablissement et sur les avantages liés à la contraception apportent à leur femme un soutien plus déterminant sur le plan émotionnel et en ce qui concerne la planification familiale. Leur participation a aussi amélioré le rétablissement des patientes et sensiblement accru les probabilités de l'utilisation des méthodes contraceptives⁴⁶⁸. Toutefois, ces programmes devraient être élaborés avec soin afin de ne pas mettre en danger l'autonomie et l'autodétermination des femmes lorsque celles-ci sont en désaccord avec leur partenaire masculin⁴⁶⁹.

Transmettre l'information sur la santé en matière de santé et de reproduction au moyen d'ateliers organisés à l'intention des couples est une autre stratégie utilisée par certains prestataires. Au Zimbabwe, la Confédération des syndicats a constaté que ses activités de prévention du VIH ciblant les hommes et les femmes à titre individuel étaient moins efficaces que les ateliers organisés à l'intention des couples. Ces derniers ont donné des résultats mitigés. De meilleurs résultats ont été obtenus lorsque les époux participent séparément à des groupes réservés aux hommes ou aux femmes et se réunissent ensemble de temps à autre. Un des problèmes rencontrés pour conduire ces ateliers est de trouver suffisamment d'hommes désireux d'y participer. Des initiatives analogues en République centrafricaine donnent à penser que ce type de réunion peut promouvoir un processus de communication, même indirect. Les épouses peuvent soulever des questions qui peuvent servir les intérêts de leur mari sans briser le tabou qui les empêchent de les aborder directement avec eux. Au Cameroun, l'Organisation syndicale des travailleurs a éprouvé des difficultés avec les groupes mixtes qui discutaient des questions de sexualité, parce que les femmes semblaient embarrassées et refusaient de prendre la parole⁴⁷⁰. D'autres indiquent que les groupes mixtes ne donnent pas de bons résultats parce que les hommes tendent à les dominer. Casa de la Mujer en Bolivie a réussi à accroître la participation des hommes en envoyant les infirmières rendre visite aux couples chez eux pour expliquer le déroulement des ateliers⁴⁷¹.

147

Utilisation de promoteurs et de prestataires de sexe masculin

Les hommes veulent-ils bien être traités par une femme médecin? Écouteront-ils une animatrice ou parleront-ils à une conseillère? Achèteront-ils des préservatifs à des agents de santé de sexe féminin? Une animatrice est-elle mieux acceptée par des hommes qu'une prestataire? Pour répondre à ces questions et mieux comprendre les critères que les hommes utilisent pour décider s'ils acceptent de recevoir des services fournis par des femmes, il faut continuer à réaliser des recherches. Ce que l'on sait actuellement, c'est que ces décisions sont influencées par les normes sexospécifiques dans un contexte donné. Dans les cultures plus traditionnelles, la préférence des

⁴⁶⁸ N. A. Tawab et al., «Effects of Husband Involvement on Post-abortion Patients' Recovery and Use of Contraception in Egypt», Population Council Operations Research/Technical Assistance Project and the Egyptian Fertility Care Society, 1997.

⁴⁶⁹ S. Clark et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport établi pour le Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999, p. 11.

⁴⁷⁰ OIT, « Lessons Learned from UNFPA/OIT Programmes about Reaching Men» (sans date) p. 5.

⁴⁷¹ Family Health International, «Les hommes ont une influence sur l'emploi des contraceptifs», *Network en français* 18, No. 3 (printemps 1998).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

hommes pour les agents de santé de sexe masculin est plus marquée. Un programme en Inde qui faisait participer les hommes aux préparatifs d'un accouchement sans risques a révélé que les animateurs de sexe masculin jouaient un rôle important pour ce qui est de motiver les hommes dans la communauté et un rôle «essentiel» au niveau des groupes d'adolescents⁴⁷². Un autre programme en Inde, qui offrait aux jeunes une formation sur l'équité entre les sexes, a révélé que les facilitateurs de sexe masculin sont importants pour faire en sorte que l'environnement de la formation ne soit pas jugé menaçant par les hommes et que l'on tienne compte de leurs sentiments⁴⁷³.

Au Kenya, le recours à des hommes pour éduquer leurs pairs comme filières de communication de l'information sur la planification familiale aux hommes mariés était acceptable et ceux-ci constituent des sources d'information jugées fiables par la plupart des hommes interrogés. L'étude a révélé que l'utilisation actuelle de distributeurs communautaires de sexe féminin «provoque des tensions et décourage les hommes de participer aux activités de planification familiale». Les hommes se sentent «mal à l'aise» avec des agents communautaires de sexe féminin, parce que les «cultures locales ne contribuent guère à percevoir les femmes comme des sources d'information fiables sur les méthodes de planification familiale»⁴⁷⁴. Les résultats d'une autre étude réalisée au Kenya étayaient l'idée selon laquelle les agents de sexe masculin donnent de meilleurs résultats que les agents de sexe féminin pour ce qui est d'atteindre les hommes. L'aire de distribution qui n'était desservie que par des agents de sexe masculin a distribué près de trois fois plus de préservatifs que les deux autres aires⁴⁷⁵.

148

Le sexe du prestataire ne semble pas importer pour les hommes en Colombie, aux États-Unis ou en Ouganda. Les clients de sexe masculin interviewés dans ces pays ne tenaient pas particulièrement à recevoir des soins dispensés par un prestataire de sexe masculin⁴⁷⁶. Dans les sociétés où les hommes se montrent coopératifs pour travailler avec une animatrice, la capacité de celle-ci de mettre les hommes à l'aise et d'aborder leurs préoccupations revêt une importance primordiale. Durant leurs discussions en groupe hebdomadaires, les hommes au Brésil parlent ouvertement en présence d'une animatrice de sexe féminin⁴⁷⁷.

Une fois encore, l'environnement social et les préférences individuelles exercent une influence considérable sur le niveau de confort que les hommes éprouvent avec un agent de santé de sexe féminin. Disposer d'une combinaison équilibrée d'hommes et de femmes à tous les niveaux du personnel non seulement a pour effet de promouvoir l'égalité entre les sexes et l'autonomisation des femmes, mais aussi de jouer un rôle en sensibilisant les hommes à l'équité entre les sexes et aux rôles sexosociaux, et, éventuellement, de conduire à une amélioration de la confiance des hommes dans les prestataires de sexe féminin et d'amener éventuellement les hommes à envisager d'autres rôles sexosociaux pour eux-mêmes.

⁴⁷² *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000. www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

⁴⁷³ Ibid.

⁴⁷⁴ C. Nzioka, «Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraception Use in Kenya», p. 59.

⁴⁷⁵ Population Council, «Male Community-Based Development Agents Effective at Reaching Men with Family Planning Message», *African Alternatives* 2, No. 1 (août 1995) p. 6.

⁴⁷⁶ AVSC International, «Men as Partners: Ideas from Four Continents».

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

FORMER DES PRESTATAIRES À TRAVAILLER AVEC LES HOMMES

Compte tenu des engagements institutionnels croissant à l'égard des hommes en tant que partenaires, pour prévenir le VIH et traiter le sida et afin d'offrir des services qui tiennent compte des spécificités de chaque sexe, il est nécessaire de former les prestataires. La santé des hommes en matière de reproduction peut être intégrée dans la formation avant et pendant l'exécution des prestations et en cours d'emploi. Cette formation peut notamment porter sur la physiologie de la reproduction masculine; la sexualité masculine; les méthodes contraceptives masculines; la prévention et le traitement des MST; la prévention du VIH; les causes et le diagnostic de la stérilité masculine; l'importance d'une prise de décision conjointe en matière de reproduction; la précision des valeurs concernant les rôles sexosociaux, la sexualité, l'activité sexuelle des adolescents et les méthodes contraceptives masculines; les techniques de conseil, d'information et de communication avec les hommes.

Il est crucial pour les programmes de santé des hommes de disposer d'un personnel dûment formé, depuis les gestionnaires et les administrateurs jusqu'aux réceptionnistes et aux gardiens. Les gardiens et les réceptionnistes constituent le personnel de «première ligne», c'est-à-dire le personnel que le client voit en premier. Le comportement de ces membres du personnel est un élément clé pour la réussite d'un programme de santé des hommes en matière de reproduction. Ils doivent être formés à aider les clients de sexe masculin à se sentir à l'aise lorsqu'ils parlent de leurs problèmes de santé, être sensibles aux besoins de tous les clients en matière de soins de santé, maintenir la confidentialité du client, faire preuve d'objectivité, en particulier lorsqu'ils travaillent avec des couples, apprendre à reconnaître et à traiter les situations risquant de constituer des urgences, demander l'aide des conseillers ou des prestataires de services dans les situations qu'ils ne maîtrisent pas, apprendre à distinguer entre les situations dangereuses et celles qui ne le sont pas, et apprendre à faire face aux clients en colère.

La formation devrait aussi encourager les administrateurs à évaluer comment leurs politiques et procédures ont une incidence sur la fourniture de services aux hommes et comment ils peuvent créer au niveau du dispensaire une atmosphère accueillante qui ne rebute pas les hommes, en gardant à l'esprit que les besoins des hommes et des femmes en matière de reproduction devraient être pris en considération les uns par rapport aux autres⁴⁷⁸.

La formation est particulièrement utile lorsque la décision d'intégrer les services pour hommes, notamment les services de conseil, dans les structures accueillant les femmes a été prise. La plupart des agents de santé ont peu d'expérience, voire aucune expérience du travail avec une clientèle masculine et ils n'ont pas l'habitude de parler des questions de sexualité et ne se sentent pas à l'aise en le faisant, car la formation traditionnelle met l'accent sur l'acquisition de connaissances mais laisse de côté les attitudes des prestataires de soins de santé. La formation clinique traditionnelle qui n'aborde pas les spécificités de chaque sexe passe sous silence des questions telles que les relations de pouvoir entre les hommes et les femmes et entre les prestataires et les clients, et elle n'aborde pas la sexualité. Les nouveaux protocoles cliniques et outils éducatifs, ajoutés à une formation, donnent aux agents de santé les connaissances et les compé-

⁴⁷⁷ IPPF/WHR, «The Flip Side: Involving Men in Sexual and Reproductive Health», Forum 14, No. 2 (décembre 1999), p. 4 et 5.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

tences dont ils ont besoin pour offrir des services plus étendus et aborder des questions touchant à la sexualité de leurs clients sans porter des jugements de valeur⁴⁷⁹. Les compétences nécessaires pour fournir des services aux hommes consistent à traiter les clients avec respect; à collecter des informations sur les partenaires sexuels, les pratiques sexuelles, les risques de contracter une MST, la satisfaction et les problèmes sexuels actuels et passés des clients en vue d'aider à déterminer leurs besoins en matière de santé et de planification familiale; à déterminer et à suggérer des méthodes contraceptives qui satisfont leurs besoins; à rechercher des signes de MST; à être bien informé sur les préoccupations des hommes touchant à la santé en matière de sexualité et de reproduction; à apporter un soutien sans porter des jugements de valeur; à assurer un environnement privé et confidentiel dans lequel les clients sont à l'aise pour discuter de ces questions; à proposer d'autres options pour recueillir des informations sensibles. L'idéal est que les prestataires soient formés aussi à reconnaître les symptômes de l'alcoolisme et de la toxicomanie qui peuvent contribuer à la violence fondée sur le sexe et aux comportements sexuels à risque ⁴⁸⁰.

Former les prestataires aux perspectives sexospécifiques

Les programmes existants, qu'ils fournissent des services aux hommes ou aux femmes, prennent en considération chaque sexe séparément et exclusivement, sans prendre en compte l'interaction entre les hommes et les femmes ni leurs besoins respectifs. Cette approche est mauvaise, car elle ne prend pas en considération la façon dont les décisions sont prises ni le contexte qui les influence. Les autres défauts d'une interprétation partielle de ce qu'est une «perspective soucieuse d'équité entre les sexes» sont son parti pris en faveur des femmes; elle part du principe que les hommes sont irresponsables et elle les considère comme un instrument du bien-être des femmes, et ne cherche donc pas à satisfaire les besoins des hommes⁴⁸¹. Il est essentiel de maintenir une place de choix à une perspective soucieuse d'équité entre les sexes dans tous les services de santé, y compris les services pour les hommes. Il faut pour cela examiner les différents intérêts des femmes et des hommes et leurs apports à différentes étapes d'un programme, identifier les rôles des femmes et des hommes (en tant que membres du personnel, que volontaires et que clients) et être conscient des conséquences positives et négatives des besoins des femmes⁴⁸².

La formation au respect de l'équité entre les sexes permet aux agents de la santé de reconnaître les questions touchant à la problématique hommes-femmes et de s'occuper à la fois des femmes et des hommes⁴⁸³. Le Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India (SARTHI), qui travaille avec des hommes et femmes depuis plusieurs années, a conclu que la formation devrait être «fondée sur l'expérience et axée sur les participants plutôt que clinique et axée sur le formateur ou le sujet». Cette conclusion s'est dégagée de la prise de conscience du fait que «l'autonomisation des femmes et la sensibilisation des hommes doivent se produire simultanément, en tant que processus parallèles», parce que les hommes doivent être libérés des constructions mentales de la masculinité et les femmes des forteresses de la masculinité⁴⁸⁴. De même, Salud y Genero au Mexique avance l'idée que discuter de la problématique hommes-

⁴⁷⁸ I. Ndong et al., «Men's Reproductive Health», p. 54.

⁴⁷⁹ *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000, www.rho.org/html/gsh_overview.htm.

⁴⁸⁰ Équipe d'appui technique du FNUAP, «Male Involvement in Reproductive Health», p. 60.

⁴⁸¹ FNUAP, «Male Involvement in Reproductive Health».

⁴⁸² M. Ladjali, «Gender Quality of Care: Common Approaches for Common Goals». OMS, 1998, p. 6.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

femmes et de la masculinité ne sera pas possible au niveau institutionnel tant que les individus concernés n'auront pas eux-mêmes commencé à réfléchir à leurs propres valeurs et réalités concernant la problématique hommes-femmes⁴⁸⁵. Une étude réalisée au Pérou confirme «l'importance de la problématique hommes-femmes et de la culture, en particulier des définitions culturelles de la masculinité et de la féminité pour déterminer le comportement en matière de procréation», facteurs que les prestataires doivent prendre en considération⁴⁸⁶.

SYSTÈMES DE DISTRIBUTION DES PRODUITS RELATIFS À LA SANTÉ DE LA REPRODUCTION

La commercialisation sociale

Les programmes qui vendent des contraceptifs et d'autres produits relatifs à la santé à des prix subventionnés par l'intermédiaire de réseaux commerciaux sont appelés programmes de commercialisation sociale des contraceptifs. La commercialisation sociale comprend aussi l'application de la recherche commerciale et des techniques de la publicité dans le cadre de la composante promotionnelle des interventions d'IEC. Des entreprises commerciales et des organismes à but non lucratif, avec une participation limitée des gouvernements, administrent la plupart des programmes de commercialisation sociale des contraceptifs.

La quasi-totalité des programmes de commercialisation sociale des contraceptifs a compris des préservatifs parce que ceux-ci ne nécessitent aucune supervision médicale et n'ont en général pas besoin d'être enregistrés auprès du gouvernement comme produits pharmaceutiques⁴⁸⁷. Les ventes commerciales subventionnées sont un moyen efficace par rapport au coût de fournir des préservatifs à un grand nombre d'hommes dans les pays en développement. Du fait que les programmes de commercialisation sociale des contraceptifs utilisent les systèmes de distribution et les points de vente existants, ils peuvent fortement accroître la disponibilité des préservatifs dans un pays donné. La couverture des zones rurales est en général insuffisante, mais toutefois plus importante que la distribution des postes sanitaires.

La commercialisation sociale est un moyen puissant d'atteindre les hommes. En utilisant les médias au moyen de nombreuses filières (presse quotidienne, radio, télévision, magazines), la commercialisation sociale a plus de chances d'atteindre les hommes que l'éducation fondée sur les dispensaires. La publicité et la commercialisation des préservatifs peuvent promouvoir leur utilisation aussi bien avec des partenaires occasionnelles qu'avec les épouses⁴⁸⁸.

Les programmes de vente qui réduisent le coût des préservatifs ont permis de vendre des dizaines de millions de préservatifs masculins dans les pays où l'utilisation des préservatifs était la moins

⁴⁸³ Ibid., p. 8.

⁴⁸⁴ S. Raju et A. Leonard (éd.), *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rethoric to Reality* (Population Council South and East Asia Regional Office, 2000), p. 23.

⁴⁸⁵ «Lessons Learned from the Salud y Genero Programme in Mexico», *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000, www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

⁴⁸⁶ K. Tolbert et al., «Improving Reproductive Health of Couples», p. 11.

⁴⁸⁷ J. D. Sherris, «Contraceptive Social Marketing: Lessons from Experience». *Population Reports*, series J, No. 30, École de santé publique de l'Université Johns Hopkins (Programme d'information en matière de population), juillet/août 1995.

⁴⁸⁸ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes «Better Together: A Report on the African Regional

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

élevée il y a dix ans. En Éthiopie, leur nombre a été multiplié par cinq en cinq ans (de 4 millions à 21 millions vendus chaque année) et au Brésil les ventes annuelles de préservatifs ont été multipliées par neuf en trois ans (de 3 millions à 27 millions)⁴⁸⁹. La commercialisation sociale recourt à la recherche commerciale en vue de déterminer quels noms donner aux préservatifs, par exemple «Confiance» et «Prudence», en vue d'en vendre le plus grand nombre. Toutefois, cela encourage le changement de comportement sans faire participer les hommes et les femmes à un dialogue sur leur sûreté. Dans certains cas, la promotion risque même de renforcer les comportements masculins au lieu de les changer⁴⁹⁰. Les messages qui donnent de bons résultats tendent à souligner le caractère économique des familles peu nombreuses et à dépeindre les hommes comme les protecteurs de leur famille. Au Maroc, une campagne de commercialisation qui est passée à la radio et dans la presse décrivait les préservatifs comme un moyen offrant aux hommes l'occasion de partager la responsabilité en matière de prise de décisions touchant à la reproduction⁴⁹¹.

Les campagnes de commercialisation sont aussi des instruments utiles pour attirer les hommes vers les dispensaires. En Colombie, l'organisation Profamilia assure la promotion de ses services en utilisant les médias et des agents de terrain. Au Brésil, l'organisation Pro-Pater a augmenté le nombre des vasectomies effectuées chaque mois d'environ 80 % à l'aide de messages télévisés et d'affiches proclamant «la vasectomie est un acte d'amour»⁴⁹².

152

Le programme SMASH (pour «Social Marketing for Adolescent Sexual Health», commercialisation sociale pour la santé des adolescents en matière de sexualité), qui a été mis en œuvre en Afrique du Sud, au Botswana, au Cameroun et en Guinée, fournit des enseignements précieux pour améliorer les programmes de commercialisation sociale qui ciblent les adolescents⁴⁹³. Contrairement aux programmes de commercialisation sociale qui ciblent les hommes adultes, ce programme a fait du changement de comportement une composante essentielle (voir **chapitre VII**).

*Partenariats avec le secteur privé*⁴⁹⁴

Dans la plupart des pays, les préservatifs sont distribués en utilisant plusieurs filières de distribution outre la commercialisation sociale et la distribution par le gouvernement, les ONG et les employeurs. Ils sont vendus commercialement dans les pharmacies et dans d'autres points de vente, car la vente des préservatifs dans d'autres magasins que les pharmacies permet d'en accroître les ventes. Ces points de vente sont les magasins généraux, les épiceries, les clubs, les boîtes de nuit, les coiffeurs, les bars, les hôtels, les pensions, les kiosques, les marchés en plein

Conference on Men's Participation in Reproductive Health» [Baltimore (Maryland) avril 1997] p. 11.

⁴⁸⁹ W. R. Finger, «Condom Use Increasing», Network 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998), www.fhi.org/en/fp/fppubs/network.html.

⁴⁹⁰ M. Foreman, (éd.), Men and AIDS, p. 41.

⁴⁹¹ Johns Hopkins University Center for Communication Programmes «Promoting Male Methods and Men's Services», *Population Reports*, series M, No 12, juillet 1994.

⁴⁹² Ibid.

⁴⁹³ USAID et Measurements Communication, «Social Marketing for Adolescent Sexual Health: Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa», juin 2000, www.Measurecommunication.org/factsheets/smash/program_lessons.htm.

⁴⁹⁴ Adapté de «Closing the Condom Gap», *Population Reports*, series H, No. 9 JHU(School of Public Health, avril 1999).

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

air, les stations services, les taxis et même les bateaux de transport. Il est stratégiquement important de localiser les points de vente de préservatifs où les hommes—y compris les adolescents—se réunissent, par exemple les installations militaires, les dortoirs d'école, les lieux de villégiature et les autres lieux touristiques, les centres de transport, les arrêts de camions, les dispensaires qui s'occupent de désintoxication et les rues, en particulier dans les quartiers fréquentés par les prostituées. Les machines de vente automatique de préservatifs améliorent leur accessibilité, car elles garantissent l'anonymat et sont commodes.

En Thaïlande, le «programme cent pour cent préservatifs» visait à rendre l'utilisation des préservatifs universelle parmi les clients des prostituées. Le gouvernement a fermé les maisons de prostitution qui ne respectaient pas les exigences du programme en vertu desquelles les prostituées devaient refuser d'avoir des rapports sexuels avec les clients qui refusaient d'utiliser un préservatif. Ce programme, un des plus réussis, aurait fait passer l'utilisation des préservatifs dans les maisons de prostitution d'environ 25 % à plus de 90 % en quatre ans. L'incidence des infections sexuellement transmissibles a diminué de plus de 85 % chez les prostituées. Les recrues interrogées en 1991, la seconde année du programme, «avaient beaucoup plus de chances d'avoir utilisé des préservatifs et s'étaient rendus moins souvent dans les maisons de prostitution»⁴⁹⁵.

Les préservatifs sont offerts de plus en plus sur les lieux de travail, comme le montre le programme de prévention contre le sida exécuté en République dominicaine, qui les distribue aux travailleurs dans l'hôtellerie. Les agences de la banque Barclay en Zambie offrent des préservatifs à leurs employés et en Afrique du Sud une entreprise d'aluminium fournit des préservatifs dans toutes les toilettes. En Ouganda, l'armée distribue des préservatifs non seulement dans les bases militaires mais aussi dans les lieux proches fréquentés par les soldats.

Distribution communautaire

Les programmes de distribution communautaire ont réussi à distribuer des préservatifs dans les zones reculées, principalement aux femmes. Ce type de programme peut aisément être adapté en vue de desservir les hommes et les femmes en incluant des préservatifs et des informations sur la vasectomie. Il convient d'étudier avec soin le recrutement, la formation et la supervision des agents de santé, car ils jouent un rôle important dans la motivation des couples et ils deviennent souvent des modèles qui aident à établir des habitudes plus saines en matière de reproduction au niveau de la communauté ⁴⁹⁶. Faire participer les membres de la communauté au choix des agents chargés de la distribution au niveau de la communauté et veiller à ce que ceux-ci soient dûment compensés et reconnus peut garantir l'obtention de bons résultats, un soutien communautaire adéquat et un faible renouvellement des agents de santé.

L'utilité des agents de santé de sexe masculin est de plus en plus reconnue. De fait, ils ont été particulièrement efficaces dans la promotion de l'utilisation de méthodes masculines, éduquant les hommes et les couples et fournissant des informations sur la planification familiale dans les endroits où les normes sociales ou la rigueur du terrain constituent des obstacles pour les agents de sexe féminin. Recruter des hommes qui jouissent de la confiance et du respect de la com-

⁴⁹⁵ Ibid.

⁴⁹⁶ *Reproductive Health Outlook*, septembre 2000, www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

munauté et qui communiquent avec les autres hommes dans leur vie quotidienne contribue à leur efficacité; au Cameroun, les guides de l'opinion de sexe masculin se sont portés volontaires⁴⁹⁷.

En Inde, plus de 250 000 coiffeurs pour hommes ont été formés pour servir d'agents de santé communautaires. Ils parlent des préservatifs dans leur boutique et les distribuent à leurs clients. Les villageois sont plus à l'aise lorsqu'ils parlent avec les coiffeurs que lorsqu'ils parlent avec le personnel des dispensaires⁴⁹⁸. Au Kenya, l'Association de planification familiale forme des volontaires en vue d'atteindre les hommes par différents moyens. Un employé à la fabrique de couvertures Nakuru parle à ses collègues de la contraception, de l'espacement des naissances et

Nouvelles stratégies pour atteindre les hommes: les coiffeurs en République dominicaine

En République dominicaine, on estime que les coiffeurs pour hommes utilisés comme filière de communication auraient permis d'atteindre près d'un demi-million d'hommes avec des messages relatifs à la prévention des MST/VIH/sida. Les coiffeurs ont distribué aussi des préservatifs et ils ont été formés à la communication interpersonnelle. Ils ont été encouragés à orienter leurs clients ayant une MST vers les dispensaires privés et publics pour s'y faire soigner. Ont été choisis les coiffeurs qui savaient lire, avaient de l'ascendant et manifestaient de l'intérêt pour le bien-être et le développement de la communauté. Une ONG, Asociacion Dominicana de Planificacion Familiar (ADOPLAFAM) a dispensé une formation de base aux coiffeurs, comprenant des démonstrations sur la façon d'utiliser un préservatif et des cours de perfectionnement et a fourni des matériaux d'IEC et des préservatifs. L'ONG a effectué des visites de supervision.

Les coiffeurs étaient fortement motivés. Seul un petit nombre de ceux qui avaient suivi la formation ont abandonné le projet. Ils ont estimé que leur participation renforçait leur prestige et leur influence dans la communauté. Les services supplémentaires ont eu aussi pour effet d'accroître le volume des clients venant se faire couper les cheveux. Même après la fin du projet, les coiffeurs ont continué à vendre des préservatifs subventionnés dans le cadre de la commercialisation sociale, à orienter les clients ayant une MST et à fournir des informations. Le fait qu'ils étaient économiquement autonomes leur a permis de participer durablement au projet en tant que bénévoles. Les coiffeurs ont reconnu que les relations extraconjugales étaient courantes et que les hommes et leurs partenaires avaient besoin d'être protégés. Malheureusement, les hommes atteints d'une MST orientés par les coiffeurs vers les établissements publics et privés pour s'y faire soigner ont trouvé que les services étaient insuffisants. Aucun lien institutionnel n'avait été établi entre le projet et les dispensaires, qui ne disposaient pas de normes de traitement, avaient des réserves de médicaments insuffisantes et disposaient d'un appui limité au niveau des laboratoires. Le personnel des centres de santé n'accordait pas une attention particulière aux personnes qui leur avaient été envoyées par les coiffeurs et aucun effort n'a été fait pour diagnostiquer les MST asymptomatiques.

Une évaluation du projet a conclu que malgré les problèmes touchant aux personnes orientées par les coiffeurs, la mobilisation de ces derniers avait été un moyen efficace par rapport au coût d'avoir une influence sur un groupe de population difficile à atteindre.

SOURCE: FNUAP, «Support to HIV/AIDS Related Interventions», Evaluation Report No. 16, 1999, p. 40.

⁴⁹⁷ L. Touré, «Male Involvement in Family Planning», p. 12.

⁴⁹⁸ M. Drennan et al., «New Perspectives on Men's Participation», *Population Reports*, series J, No. 46, (École de santé publique de l'Université Johns Hopkins, octobre 1998), p. 29.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

du VIH/sida et il leur distribue des préservatifs et des pilules. Il leur rend visite aussi à domicile, répond aux questions des hommes et encourage les couples à prendre conjointement des décisions en matière de reproduction. En outre, il oriente vers le dispensaire les clients souhaitant avoir une vasectomie ou une occlusion des trompes⁴⁹⁹.

En Afrique, la distribution et les ventes communautaires, souvent d'homme à homme, ont accru l'accès des hommes aux préservatifs et aux conseils connexes⁵⁰⁰. Les prestataires, toutefois, doivent être prudents lorsqu'ils évaluent les réalités sociales dans les communautés desservies. Une étude réalisée au Ghana et au Burkina Faso a révélé que la distribution communautaire peut accroître l'accès à la planification familiale et son utilisation lorsqu'elle est conçue pour satisfaire les besoins de la communauté par des moyens culturellement acceptables⁵⁰¹. Au Mali, l'Association de soutien au développement des activités de population a travaillé avec le projet Centre for Development and Population Activities/ACCESS en vue d'étendre les services de planification familiale communautaires et d'encourager la participation des hommes. Avec l'appui des dirigeants traditionnels, des volontaires de sexe masculin ont été formés à la distribution de contraceptifs et à la fourniture de renseignements sur la santé de la reproduction, y compris la prévention des MST/sida, les comportements à haut risque et l'utilisation des préservatifs. Le projet a accru l'intérêt des hommes pour la santé des mères et des enfants, ainsi que pour les méthodes modernes d'espacement des naissances⁵⁰².

ATTEINDRE LES HOMMES AU MOYEN DE PROGRAMMES LOCALISÉS SUR LE LIEU DE TRAVAIL⁵⁰³

155

Offrir des informations et des services de planification familiale sur le lieu de travail présente de nombreux avantages: c'est un moyen efficace d'atteindre de nombreux hommes qui se rendent rarement dans les dispensaires; c'est commode; c'est efficace par rapport au coût, car les employeurs couvrent ou partagent les coûts de fonctionnement du programme. Les programmes fondés sur l'emploi interviennent sur différents lieux de travail, y compris les fabriques, les exploitations minières, les usines et les grandes exploitations agricoles, ainsi que dans les syndicats et les associations de travailleurs. La plupart des grands employeurs fournissent déjà certains soins de santé à leurs employés et aux personnes à leur charge et ils peuvent donc ajouter la planification familiale et d'autres services de santé de la reproduction pour un coût supplémentaire modique. C'est ce que la CIPD avait à l'esprit lorsqu'elle a encouragé le secteur privé à «continuer de mettre au point et de réaliser à l'intention des salariés des programmes spéciaux d'information, d'éducation et de santé en matière de reproduction qui tiennent compte de leur désir de concilier responsabilités professionnelles et familiales»⁵⁰⁴.

⁴⁹⁹ Ibid.

⁵⁰⁰ Johns Hopkins University Center for Communications «Better Together», p. 11.

⁵⁰¹ Population Council, «Community-based Distribution», *Population Briefs* 5, No. 4 (décembre 1999), www.popcouncil.org/publications/popbriefs/.

⁵⁰² FNUAP, *État de la population mondiale 2000*, p. 53.

⁵⁰³ Adapté de C. Hein et al., *Population Education and Services in Enterprises*. FNUAP/OIT, 1992, p. 77 (INT/92/P77).s

⁵⁰⁴ Organisation des Nations Unies, rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire (5-13 septembre 1994) A/CONF.171/13, par. 15.20.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Une étude récente sur les programmes ciblant les lieux de travail a révélé que dans un certain nombre de pays en développement, le ministère du travail, les organisations patronales et les syndicats, ainsi que les entreprises à titre individuel, avaient entrepris différents types d'activités ayant trait à la population⁵⁰⁵. Ces programmes, dont la promotion avait été assurée au début par le FNUAP, l'OIT et la FAO, sont passés de services de planification familiale restreints à l'action sociale en faveur de la famille, y compris la santé de la reproduction, grâce aux politiques gouvernementales. Ainsi, aux Philippines, le code du travail oblige les établissements comptant plus de 200 employés à fournir des services de planification familiale et d'éducation et des programmes de protection sociale⁵⁰⁶.

Les programmes existants axés sur les entreprises varient considérablement selon les pays et selon les entreprises, de même que les raisons pour lesquelles les employeurs y participent. Les responsables mentionnent la responsabilité sociale, la philosophie de la direction, les investissements dans les ressources humaines et les avantages financiers (tirés de la réduction de l'absentéisme et de l'amélioration de la santé de la main-d'œuvre) comme raisons courantes de l'intérêt qu'ils marquent à la fourniture de services d'éducation et de santé familiales. Ils reconnaissent aussi que la pandémie de VIH/sida a imprimé un nouvel élan à la fourniture de programmes d'éducation préventive et même des traitements pour les personnes faisant un sida. La plupart des programmes fournissent une éducation dans les différents domaines qui ont une incidence sur la qualité de la vie des travailleurs et de leur famille et qui peuvent être reliés à la taille de la famille et à l'espace des naissances, tels que l'âge au mariage et les relations conjugales, les soins maternels, l'éducation des enfants, la nutrition, l'alcoolisme, le budget familial et la gestion des ressources de la famille. De cette façon, les questions touchant à la reproduction s'inscrivent dans le contexte du travail, des aspirations économiques, des loisirs et de la vie familiale.

Dernièrement, il est devenu plus acceptable de cibler les jeunes travailleurs célibataires, qui souvent ont des besoins éducatifs considérables ayant trait aux questions familiales et à la santé de la reproduction. Ainsi, un projet démarré en 1989 à Sri Lanka a été mis en place dans la zone franche de Katunayake où la majorité des travailleurs sont célibataires. Les sessions éducatives sur la reproduction et la planification familiale organisées dans la zone ont été très appréciées par les travailleurs, mais il y a eu quelques difficultés s'agissant de l'accès aux méthodes de planification familiale⁵⁰⁷.

Les questions relatives à l'égalité entre les sexes sont abordées aussi plus fréquemment dans les activités éducatives ciblant les travailleurs. Cela constitue un fait nouveau particulièrement encourageant lorsque les hommes représentent la majorité du groupe cible, comme c'est le cas dans l'Organisation des syndicats tanzaniens, mais il reste beaucoup à faire concernant différentes questions touchant la problématique hommes-femmes, y compris les meilleurs moyens d'aborder la question de la communication entre époux dans le cadre des programmes éducatifs.

⁵⁰⁵ C. Hein et al., « Population Programmes in Enterprises: Some Lessons Learned », *Population Education and Services in Enterprises*, FNUAP/OIT (INT/92/P77), p. 1.

⁵⁰⁶ M. E. Aganon et al., « Population and Family Welfare Programmes at Enterprise Level: The Philippine Experience », *Population Education and Services in Enterprises*, FNUAP/OIT (INT/92/P77), p. 23.

⁵⁰⁷ C. Hein, « Population Programmes in Enterprises », p. 2-8, 13 et 14.

Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé de la reproduction ciblant les hommes

Lorsque les programmes prennent de l'importance, les entreprises choisissent de sous-traiter ces services. Ainsi, l'Association des syndicats aux Philippines dispose d'un dispensaire mobile dans la région de Cebu en vue de fournir des services de planification familiale et d'autres services à différentes entreprises dont les employés sont syndiqués. Les entreprises visitées sont principalement de petites et moyennes entreprises qui n'ont pas de services médicaux internes ou dans lesquelles ceux-ci sont limités⁵⁰⁸. Les associations de planification familiale en Amérique latine commencent à envisager de vendre certains de leurs programmes au secteur public. En Colombie, Profamilia a une stratégie commerciale intégrée dans ses programmes qui requiert que le coordonnateur pour les adolescents s'occupe de la promotion et de la commercialisation des services offerts aux adolescents, aux parents, aux enseignants et aux prestataires de services de santé. Cette stratégie a débouché sur la passation de contrats avec les organismes gouvernementaux et le secteur privé pour la vente de services médicaux, dont des tests de grossesse, des ateliers éducatifs à l'intention des écoles privées et la vente de contraceptifs⁵⁰⁹. À Madagascar, l'Appui au programme de population/Planification familiale (APPROPOP/PF) financé par USAID a uni ses efforts à ceux de l'Association médicale interentreprises de Tananarivo (AMIT), réseau de soins coordonnés (RSC), en vue de réduire la fertilité à un niveau plus compatible avec les objectifs et les capacités socioéconomiques de Madagascar. Le projet a couvert le coût de la formation, des contraceptifs, de l'assistance technique et des matériaux d'IEC, tandis que les contributions des employeurs et des travailleurs à l'AMIT ont couvert les dépenses afférentes au personnel, aux infrastructures et à la fourniture des services. Des agents de planification familiale ayant suivi une formation ont fourni des services de conseil à leurs collègues dans les grandes entreprises et usines et ils ont distribué des préservatifs, des ovules spermicides et des contraceptifs oraux. Des agents médicaux itinérants ont fourni des contraceptifs injectables et ont orienté les clients souhaitant des méthodes à plus long terme vers les deux centres médicaux de l'AMIT. Le programme a réussi à décupler la prévalence des contraceptifs dans les II sites pilotes et il a été adopté par neuf RSC dans cinq grandes villes.

157

ATTEINDRE LES HOMMES PAR LE BIAIS DE GROUPES ORGANISÉS

Les clubs de sport, les salles de réunion syndicale, les sièges des associations commerciales et les prisons sont des lieux où les hommes tendent à se réunir. Les programmes de vulgarisation devraient travailler avec ces types de groupe.

L'armée

Un des principaux employeurs d'hommes est l'armée. Le personnel militaire court des risques élevés d'être exposé à des maladies sexuellement transmissibles (MST), dont le VIH. En temps de paix, les taux d'infection aux MST dans les forces armées sont généralement de deux à cinq fois plus élevés que dans les groupes de population civile comparables. La différence pourrait être encore plus élevée en période de conflit⁵¹⁰. La situation courante dans laquelle le personnel

⁵⁰⁸ S.G. Avenido, «Member and Family Welfare Services Provided by the Associated Labour Unions/Trade Union Congress of the Philippines», in Rapport de l'OIT sur la Réunion consultative régionale sur les services sociaux d'ensemble pour les membres et leur famille dispensés par les organisations syndicales, Cebu, 23-27 avril 1996..

⁵⁰⁹ Meglioli, A., IPPF/WHR, communication personnelle, octobre 2000.

⁵¹⁰ ONUSIDA, «AIDS and the Military», UNAIDS Point of view, Best Practices Collection, mai 1998.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

militaire masculin est en poste loin de son épouse et de sa famille pendant des période de temps variables et soumis aux pressions des autres militaires et à une industrie du sexe de plus en plus développée est un exemple de «milieu à risque culturel» (voir chapitres I et V). En même temps, le service militaire présente une occasion unique de fournir à une vaste audience captive dans un environnement fortement organisé des renseignements sur la prévention du VIH/sida, une éducation en matière de santé de la reproduction et une formation sur l'égalité entre les sexes. Cet environnement offre la possibilité de mener un certain nombre d'interventions en matière de santé de la reproduction, tels que la formation du personnel de santé militaire en vue d'améliorer ou d'étendre l'éducation préventive, la promotion et la distribution de préservatifs, l'élargissement du traitement des MST, et la fourniture de services de conseil et de tests volontaires de dépistage du VIH/sida⁵¹¹. Cela nécessite aussi de faire face à une culture et à des attitudes de prise de risques à l'égard des femmes dans la population civile et l'armée, par exemple au moyen de groupes de promotion de la parité entre les sexes et de nouveaux codes de conduite. Le FNUAP a financé des projets réussis qui visaient à faire participer les hommes dans l'armée, dans l'espoir que ces activités réduiraient leur comportement de prise de risques, la vulnérabilité de leur famille et de la population civile et la violence à l'égard des femmes en sensibilisant les hommes à la santé de la reproduction et en renforçant leur responsabilité en la matière.

- **En Équateur**, l'accent a été mis sur l'éducation des officiers militaires, des appelés effectuant leur service militaire obligatoire et des élèves officiers dans les écoles militaires. Quatre étapes ont été adoptées - le choix d'une école secondaire et d'une unité militaire; la formation des officiers, enseignants et des représentants des étudiants, y compris l'élaboration des matériaux; la formation des appelés et des étudiants; l'élargissement de la formation fournie à un plus grand nombre d'écoles secondaires et d'unités militaires, et la fourniture de services.
- **Au Nicaragua**, des officiers militaires, des soldats, des employées et des membres de la famille, ainsi que les policiers ont participé au projet. Les activités ont compris l'élaboration de matériaux, la formation à la santé de la reproduction, y compris l'éducation sexuelle, les MST/VIH/sida; la prévention de la violence; et l'élaboration de programmes nationaux prévoyant une formation continue des officiers et des soldats.
- **Au Paraguay**, le projet a travaillé avec les forces armées et la police. Les activités ont compris l'élaboration de matériels de formation, la formation à la santé de la reproduction et la fourniture de services de santé de la reproduction, y compris la planification familiale ⁵¹².

Les prisons

Les conditions de détention dans les prisons peuvent faire courir à de nombreux hommes des risques élevés d'attraper des MST ou d'être infectés par le VIH. Ainsi, dans les prisons françaises, la prévalence du VIH est dix fois plus élevée que dans la population générale, et aux États-Unis,

⁵¹¹ Ibid.

⁵¹² T. Horacio et al., «Male Involvement: Regional Specificities»(document présenté à l'atelier thématique des services d'appui techniques (SAT) du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998).

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

Population, développement et santé de la reproduction dans les forces armées paraguayennes

Chaque année, quelque 12 000 adolescents âgés d'environ 17 ans et originaires principalement de zones rurales, s'engagent dans l'armée pour y recevoir une formation militaire durant deux ans. Pendant cette période, ils reçoivent des soins de santé et participent à un programme éducatif d'ensemble à l'intention des hommes, qui traite des questions relatives à l'équité entre les sexes et à la santé de la reproduction. Cette stratégie à trois volets, appuyée par le FNUAP, comprend les éléments suivants : éducation en matière de population, de développement et de santé de la reproduction; des services de santé de la reproduction dispensés par les centres sanitaires militaires; et des activités d'approche pour les populations civiles des zones rurales. Les soldats reçoivent des informations, une formation et une éducation sur tous les aspects de la santé en matière de sexualité et de reproduction, y compris la prévention des grossesses non désirées, les MST et le VIH/sida, et la violence dans la famille. Ils reçoivent aussi des préservatifs. Les soldats qui achèvent leur formation doivent diffuser l'information parmi leurs pairs et les membres de leur famille en utilisant les matériels de formation qu'ils reçoivent. Les stages sur la santé de la reproduction sont aussi offerts à l'ensemble du personnel de santé militaire, qui conduit des activités d'approche couvrant les populations civiles vivant dans les zones rurales proches.

Résultats

Les réussites initiales des projets ressortent d'une diminution progressive des MST dans les unités militaires; d'une chute du taux des grossesses non désirées au cours des deux dernières années dans les zones où les militaires ont fourni une éducation et des services de santé; de l'amélioration globale du développement et de la santé de leur personnel; des enseignants formés; des salles de consultation pleinement équipées et des contraceptifs accessibles au personnel militaire, à leur famille et aux populations civiles rurales.

Enseignements tirés

- ▶ Un environnement exclusivement masculin contribue à créer une atmosphère propice au partage des préoccupations et à la discussion des questions masculines, moyen efficace d'incorporer les hommes aux efforts menés dans ce domaine. C'est aussi une filière efficace pour atteindre certains groupes de population parmi les plus vulnérables, tels que les adolescents des deux sexes vivant dans les zones rurales éloignées.
- ▶ L'incorporation des questions ayant trait à la santé de la reproduction dans le programme et les manuels de formation des institutions militaires est essentielle pour assurer la durabilité de ce type d'effort.

en 1994, il y avait 5,2 cas de sida pour 1000 prisonniers, près de six fois le taux enregistré dans la population adulte générale⁵¹³. Bien que la violence, les actes sexuels et le trafic de drogue entre prisonniers soient un mode de vie dans les prisons, ces questions sont difficiles à soulever du fait du déni des activités sexuelles par les administrateurs et les prisonniers. Une enquête effectuée en 1993 à Rio de Janeiro (Brésil) a estimé que 73 % des prisonniers de sexe masculin avaient eu des rapports sexuels avec d'autres hommes en prison⁵¹⁴. Ce type d'activité sexuelle est «homo-

⁵¹³ ONUSIDA, «Prisons and AIDS», *UNAIDS Point of View*, Best Practices Collection, avril 1997.

⁵¹⁴ Ibid.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

sexuel» dans le sens où ces hommes ont des rapports sexuels avec d'autres hommes, mais souvent ces rapports n'ont pas lieu entre deux adultes consentants. Ces rapports se caractérisent par une violence extrême, les cas de viol, voire de torture, étant courants. Un des facteurs qui contribuent à la violence est le fait que les prisons sont surpeuplées. Malgré ces circonstances troublantes qui sont connues, les prestataires de soins de santé tendent à fermer les yeux sur ce problème, craignant qu'en fournissant des préservatifs, ils paraissent encourager l'activité homosexuelle. Ainsi, dans les pays de l'ex Union soviétique on ne distribue pas de préservatifs dans le milieu pénitentiaire, alors que le surpeuplement peut être de 400 % dans certaines prisons⁵¹⁵. L'épidémie de sida a amené certaines personnes à recommander l'instauration de programmes d'échange de préservatifs et d'aiguilles pour les prisonniers, mais à l'heure actuelle, peu de prisons disposent de mécanismes de ce type⁵¹⁶. Toutefois, aux États-Unis et aux Pays-Bas, où les prisonniers ont accès aux préservatifs, la plupart d'entre eux ne les utilisent pas; ceux qui le font sont homosexuels. Certains pays en Europe commencent à faire face au problème des MST et du sida en milieu pénitentiaire, mais le tabou qui entoure les relations sexuelles entre prisonniers, y compris l'asservissement sexuel et les «mariages de prison», fait qu'il est difficile d'étudier le problème et de proposer des programmes visant à réduire la propagation des MST et du sida. En outre, il faudrait aborder la question du surpeuplement pour que l'éducation pour la santé puisse être efficace⁵¹⁷.

⁵¹⁵ H. Reyes, «(Ir)relevance of Condoms in Prisons». Document présenté à la Conférence sur les services de santé correctionnels, Australie, novembre 1997. www.icrc.org.

⁵¹⁶ Ibid

⁵¹⁷ Ibid.

*Chapitre 6: Fourniture de services en matière de santé
de la reproduction ciblant les hommes*

Recentrage sur la santé des hommes en Australie⁵¹⁸

Une enquête réalisée en Nouvelle-Galles du Sud (Australie) a identifié un certain nombre d'approches novatrices existantes visant à atteindre les hommes, comme présentées ci-après:

- ▶ Pendant une période de 12 semaines, un programme de discussions de groupe et des services de conseil existe pour les hommes qui vivent des événements stressants, tels que le divorce et la séparation, reconnaissant que les hommes, habituellement, ne cherchent pas à recevoir de l'aide dans de telles situations.
- ▶ Certaines autorités sanitaires locales mettent en oeuvre des stratégies particulières de prévention du suicide pour les jeunes hommes, et des campagnes qui visent à réduire la conduite en état d'ivresse par les hommes.
- ▶ Certains dispensaires de santé publique embauchent expressément des infirmiers, reconnaissant que de nombreux hommes ne sont à l'aise pour parler avec des infirmières ou recevoir une aide de celles-ci.
- ▶ Certaines organisations communautaires ont démarré des groupes de soutien pour les hommes qui ont été victimes d'exploitation sexuelle durant leur enfance, reconnaissant que cette question est souvent cachée.
- ▶ Un petit nombre de dispensaires offrent une éducation sur l'art d'être père.
- ▶ Incorporer les questions de santé de la reproduction aux programmes et aux manuels de formation des institutions militaires et essentiel pour assurer la durabilité de ce type d'effort.
- ▶ Un programme de prévention du cancer de la prostate à l'échelle de la province a été lancé pour encourager un plus grand nombre d'hommes à subir un test préventif et à se faire traiter.

⁵¹⁸ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», p. 25.

Chapitre 7



Atteindre les jeunes hommes et les garçons

La CIPD, dans son programme d'action, reconnaît que «les besoins des adolescents en tant que groupe ont jusqu'à présent été largement ignorés» et demande que «les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin, notamment en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles et les violences sexuelles». La Conférence comprend l'urgence des interventions précoces et a bon espoir que «le sens des responsabilités en matière sexuelle, l'attention envers l'autre et l'égalité dans les relations entre les sexes, en particulier lorsqu'ils sont inculqués pendant les années de formation, favorisent des relations harmonieuses entre hommes et femmes, fondées sur le respect de l'autre»⁵¹⁹.

Depuis la tenue de la Conférence du Caire, l'attention accordée aux besoins des adolescents dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité a constitué une priorité pour les spécialistes de la population, de la santé et de l'éducation, les gouvernements, les ONG, les donateurs et les autorités religieuses. Des ressources considérables ont été engagées pour fournir différents services aux adolescents des deux sexes pour plusieurs raisons. Le caractère urgent d'une action ciblant cette population est particulièrement lié à la crise du sida, qui fait de nombreuses victimes parmi les gens âgés de 15 à 29 ans, et à la taille de la population appartenant à ce groupe d'âge. En Afrique subsaharienne seulement, il y a 630 millions de jeunes gens âgés de 10 à 24 ans. Plus de la moitié de toutes les infections à VIH dans cette région touchent des jeunes âgés de 15 à 24 ans et chaque année environ 1,7 million de jeunes Africains deviennent infectés⁵²⁰.

D'autres facteurs contribuent à l'intérêt qu'il y a à travailler avec ces groupes de population, comme il ressort des études qui décrivent l'adolescence comme une étape du cycle de vie au cours de laquelle on se construit une identité et on a des comportements à risque, notamment en ayant des relations sexuelles non protégées avec de multiples partenaires⁵²¹. Dans le passé, l'activité sexuelle était considérée comme allant de soi, mais elle était contrôlée par les anciens et la société en général. Aujourd'hui, le comportement sexuel des jeunes hommes est moins limité et ils ont

⁵¹⁹ Organisation des Nations Unies, Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, septembre 1994), par. 7.34, 7.41, 7.45.

⁵²⁰ Social Marketing for Adolescent Sexual Health (SMASH), «Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa», Measure Communication Reports, juin 2000, p. 5, www.Measurecommunication.org/factsheets/smash/program_lessons.htm.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

des rapports sexuels plus tôt. En outre, par le passé, les hommes étaient plus ou moins obligés de s'occuper des enfants qu'ils avaient engendrés. Aujourd'hui, les jeunes hommes qui assument cette responsabilité sont peu nombreux⁵²². Enfin, l'optimisme que les adultes associent normalement aux jeunes gens et l'idée selon laquelle leur inculquer les enseignements tirés de l'expérience leur permettra de vivre mieux, en meilleure santé et plus longtemps jouent certainement un rôle dans l'enthousiasme, la créativité et la diversité des services ayant trait à la santé qui sont offerts aux jeunes aujourd'hui dans le monde entier. Toutefois, plusieurs facteurs font que ces programmes ne peuvent avoir une incidence notable; il s'agit notamment de l'absence de politique clairement définie en matière de santé de la reproduction des adolescents; d'une «mentalité axée sur les projets» qui limite le nombre des adolescents que les projets permettent d'atteindre et impose des calendriers inefficaces pour les initiatives novatrices; de la dissémination des projets, de l'insuffisance de la documentation et du manque de rigueur dans les évaluations⁵²³.

L'ADOLESCENCE, PÉRIODE AU COURS DE LAQUELLE SE FORME L'IDENTITÉ DES JEUNES HOMMES

Le FNUAP, l'UNICEF et l'OMS définissent les «adolescents» comme la population âgée de 10 à 19 ans, les «jeunes» comme celle âgée de 15 à 24 ans et la «jeunesse» comme celle âgée de 10 à 24 ans⁵²⁴. Les garçons vivent généralement leur puberté entre 10 et 23 ans, lorsque les changements hormonaux induisent des changements physiques, y compris la production de sperme⁵²⁵. Toutefois, l'adolescence, partie de la vie comprise entre l'enfance et la vie adulte, est plus difficile à définir parce que «la nature et la durée» de cette phase dépendent du contexte socioculturel dans lequel elle s'inscrit⁵²⁶. Dans certaines cultures, l'adolescence n'est pas définie par l'âge, mais marquée par le passage par «certains points de transition reconnus, tels que le mariage, la circoncision ou la naissance»⁵²⁷. Toutefois, l'adolescence est une période du cycle de vie qui est «critique pour la formation des rôles sexosociaux et une période au cours de laquelle les notions de comportements sexuels appropriés et même la conscience et la compréhension de

⁵²¹ G. Barker, «Boys in the Hood, Boys in the Barrio: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes toward Women among Low Income Young Men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil» [document présenté au Séminaire de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP)/Centro de Estudios de Poblacion (CENEP) sur le thème Family Men, Family Formation and Reproduction, Buenos Aires, mai 1998]; et C. Nzioka, «Obstacles in Managing the Dual Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections Among Young Men in Kenya» [Document présenté à la réunion régionale de l'OMS/ONUSIDA pour l'Afrique, tenue à Prétoria (Afrique du Sud), 27-29 septembre 2000]

⁵²² A. S. Erulkar et B. S. Mensch, «Gender Differences in Dating Experiences and Sexual Behaviour among Adolescents in Kenya» (Document présenté à la 23e Conférence sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Beijing, 11-17 octobre 1997), p. 1.

⁵²³ Senderowitz, J. «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health» (version provisoire), USAID / G / PHN, 2000, p. 1.

⁵²⁴ FNUAP, «The Sexual and Reproductive Health of Adolescents: A Review of UNFPA Assistance», *Technical Report* No. 43, 1998, p. 1

⁵²⁵ G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», document de synthèse d'ONUSIDA [deuxième version, Instituto Promundo, Rio de Janeiro (Brésil), janvier 2000], p. 9.

⁵²⁶ G. Ogbaselassie et A. K. Joukhar, «Adolescent Boys: Special Needs» (document présenté à l'atelier thématique des services d'appui technique du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998).

⁵²⁷ C. Nzioka, «Obstacles in Managing the Dual Risks», p. 2.

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

ces questions sont façonnées et influencées»⁵²⁸. Certains chercheurs émettent l'idée selon laquelle le «style stratégique» de chacun, la façon dont une personne communique avec les autres, se présente aux autres et se joint aux autres, se définit au cours de l'adolescence. Plusieurs études longitudinales de trajectoires ont révélé que certains traits de personnalité, identités et styles stratégiques sont mis à l'essai et confirmés durant l'adolescence et transférés dans une certaine mesure dans la vie adulte⁵²⁹.

Le rôle que les autres jouent dans la détermination de l'identité des jeunes hommes a été confirmé dans plusieurs études. L'adolescence est la période au cours de laquelle les garçons deviennent des hommes. Très tôt durant le processus de socialisation, les garçons intériorisent «le modèle extraverti de la masculinité», ce qui est une des raisons pour lesquelles ils se tournent vers les groupes de pairs masculins pour leur socialisation et leur identité. Les recherches menées dans un certain nombre de pays ont révélé que les adolescents de sexe masculin, en particulier ceux qui appartiennent à des milieux à faible revenu, sont plus susceptibles de subir la pression du groupe que les adolescentes et que leurs pairs jouent un rôle plus important dans leur socialisation que ce n'est le cas pour les femmes. Une étude portant sur la dynamique en matière de sexualité et de reproduction chez les jeunes hommes et femmes zoulous a révélé que les pairs ont une forte influence sur l'intérêt que les jeunes hommes portent au sexe et sur leurs rapports sexuels⁵³⁰. Cela pourrait être dû à l'absence de père ou d'autres modèles masculins à émuler. Pour les jeunes hommes originaires de quartiers pauvres à Chicago et à Rio de Janeiro, les groupes de jeunes des rues suppléent à l'absence de père et ils se tournent vers eux pour parler de leurs besoins et de leurs préoccupations. Le manque d'endroits adéquats où les jeunes hommes peuvent discuter de questions personnelles – écoles, organisations de services pour les jeunes ou foyer – contribue à donner de l'importance à ces groupes de pairs⁵³¹.

L'étude de Barker, qui compare les jeunes hommes pauvres de Chicago et ceux de Rio, a révélé que «les valeurs et les styles stratégiques promus au sein des groupes de pairs des rues dans les deux villes tendent à être durs et très machistes». Montrer de l'affection, être ami avec les filles, manifester du respect aux filles et s'occuper des enfants sont considérés comme des comportements féminins et on les désapprouve donc. En revanche, les conquêtes sexuelles sont non seulement louées, mais aussi exigées en tant que «conditions nécessaires pour appartenir au groupe». Deux autres thèmes instructifs qui se sont dégagés de cette étude aident à mieux comprendre les besoins des adolescents de sexe masculin. Le premier est l'absence de modèles de ce que sont des relations hommes-femmes fondées sur le respect et l'attention envers l'autre, le second le manque d'endroits pour «traiter» des questions personnelles en en parlant dans un climat de confiance⁵³².

⁵²⁸ C. A. Varga, «The Forgotten Fifty Percent: A Review of Sexual and Reproductive Health Literature on Boys and Young Men in Sub-Saharan Africa» [document présenté à la réunion régionale de l'OMS pour l'Afrique à Prétoria (Afrique du Sud), 27-29 septembre 2000], p. 2.

⁵²⁹ G. Barker, «Boys in the Hood, Boys in the Barrio», p. 4.

⁵³⁰ C. A. Varga, «The Forgotten Fifty Percent», p. 21.

⁵³¹ G. Barker, «Boys in the Hood, Boys in the Barrio», p. 16 et 17.

⁵³² Ibid., p. 16, 17, 24 et 25.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Les médias sont une autre source d'influence sur les adolescents. Ils ont un effet sur l'ensemble de la communauté, mais les jeunes adultes sont particulièrement vulnérables aux images qui représentent des rôles stéréotypés.⁵³³ De plus, des études montrent que les adolescents s'appuient sur les médias comme source d'information sur les questions sexuelles⁵³⁴. Les films classés X et les matériaux pornographiques suscitent leur curiosité et leur désir de faire des expériences et ils ont une influence sur le comportement sexuel des jeunes hommes. Toutefois, le pouvoir de persuasion des médias peut être utilisé pour promouvoir la santé et l'équité entre les sexes⁵³⁵.

LES BESOINS DES JEUNES HOMMES DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION

Jusqu'à très récemment, on savait peu de choses sur les besoins des jeunes hommes, parce que les enquêtes existantes étaient axées sur les maris ou les hommes adultes; la plupart des études axées sur la jeunesse en Afrique portent sur les adolescentes et sur les jeunes femmes ou sur les jeunes des deux sexes. Ces études ne tiennent pas compte des différences sexospécifiques et, partant, fournissent aux responsables de l'élaboration des programmes peu de renseignements sur les interventions dont les jeunes hommes ont besoin et qui les séduisent⁵³⁶.

Les nouvelles études axées sur les besoins des jeunes hommes en matière de sexualité et de reproduction contribuent à enrichir les connaissances générales dans plusieurs domaines. Elles confirment l'importance que les pairs jouent en influençant les comportements, le fait que les garçons ont des rapports sexuels plus tôt que les filles, vers l'âge de 14 ans, en ayant «des connaissances limitées sur leur santé personnelle en matière de reproduction»⁵³⁷, et leur utilisation irrégulière des préservatifs (Baker 1998, Maharaj 2000, Varga 2000, Nzioka 2000). La contrainte sexuelle, que certains pourraient considérer comme un comportement précurseur de violence fondée sur le sexe, est aussi apparue dans ces études⁵³⁸.

Les connaissances, attitudes et comportements des jeunes hommes concernant les MST et les risques

Plusieurs études récentes ont révélé que les jeunes hommes savent généralement peu de choses sur leur sexualité et celle de leur partenaire, qu'ils communiquent à peine avec leur partenaire, qu'ils ont des idées erronées sur la masturbation et l'utilisation des préservatifs et qu'ils ne pensent pas à la planification familiale⁵³⁹.

⁵³³ Pathfinder, «Promoting Reproductive Health for Young Adults through Social Marketing and Mass Media: A Review of Trends and Practices», Focus on Young Adults, Research Series, 16 juillet 1997, p. 2-6.

⁵³⁴ FNUAP, *Adolescence Education Newsletter* 1, juin 1998, p. 10.

⁵³⁵ Pathfinder, «Promoting Reproductive Health for Young Adults».

⁵³⁶ C. A. Varga, «The Forgotten Fifty Percent», p. 4.

⁵³⁷ S. E. Nnko, «Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania: Motives and Patterns of Their Sexual Relationship» [document présenté à la réunion régionale de l'OMS/ONUSIDA pour l'Afrique, tenue à Prétoria (Afrique du Sud), 27-29 septembre 2000], p. 3.

⁵³⁸ A. J. Ajuwon et al., «Sexual Coercion among Adolescents in Ibadan, Nigeria: The Perspectives of Males» [document présenté à la réunion régionale de Bureau régional de l'Afrique de l'OMS, à Prétoria (Afrique du Sud), p. 27-29, septembre 2000].

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

En Afrique, les jeunes hommes (et jeunes femmes) tendaient plus à être mal informés qu'à ne pas être informés et ils minimisaient les risques qu'ils encouraient de contracter le VIH/sida⁵⁴⁰. Ils comprennent le «mécanisme général de l'infection à VIH; toutefois, les questions spécifiques ayant trait au VIH ne sont pas bien comprises». Les jeunes hommes manquent de connaissances sur les questions suivantes:

- la différence entre le VIH et le sida
- la notion de «délai de diagnostic» dans les tests de dépistage du VIH
- le lien entre les MST et l'infection à VIH
- le rapport entre le contact sanguin et l'infection
- la phase inactive de l'infection
- l'évaluation des risques posés par un partenaire potentiel
- les «mythes» tels que le rôle des moustiques ou des ustensiles dans la facilitation de l'infection (cela était vrai en particulier des jeunes adolescents)⁵⁴¹

Ainsi, la majorité (84 %) des garçons kényens âgés de 15 à 19 ans «ont l'impression qu'il n'encourent aucun risque ou qu'ils encourent un faible risque de contracter le VIH/sida», malgré le fait que ces garçons ont de multiples partenaires et que leur utilisation des préservatifs est faible et irrégulière; 80 % d'entre eux ont à un moment donné eu des rapports sexuels non protégés⁵⁴². Un autre fait troublant que Nzioka a constaté au Kenya est que contracter une MST est «glorifié» comme un badge indiquant que l'on est devenu un homme:

Lorsque vous vous «brûlez» [contractez une MST], cela signifie que vous êtes devenu un homme. Vous avez de fait acquis de l'expérience. Bien sûr, je ne peux pas dire que c'est bien, mais c'est une chose apprise de plus. Comme cela vous êtes plus mûr. Vous devez aussi faire face aux difficultés que pose la recherche du traitement pour une maladie dont vous ne pouvez pas parler à n'importe qui. [un garçon de 18 ans]⁵⁴³.

Les perceptions des jeunes hommes à l'égard de la sexualité en Asie de l'Est et du Sud-Est, partagées lors d'un atelier du FNUAP⁵⁴⁴, corroborent les constatations faites dans d'autres régions, comme indiqué ci-après:

⁵³⁹ Adapté des sources suivantes : C. Nzioka, «Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya», rapport présenté à l'élément stratégique sur les recherches en sciences sociales sur la santé de la reproduction, programme spécial de recherche, développement et formation à la recherche dans le domaine de la reproduction, OMS, juin 2000, p. 11; C. A.Varga, «The Forgotten Fifty Percent», p.21 et 22 ; G. Barker, «Boys, Men and HIV/AIDS», p. 9 et 10 ; IPPF/WHR, «Youth-Friendly Services», Forum 14, No. 2 (décembre 1999), p. 8 et 9.

⁵⁴⁰ C. A.Varga, «The Forgotten Fifty Percent», p. 6.

⁵⁴¹ Ibid., p. 9.

⁵⁴² C. Nzioka, «Obstacles in Managing the Dual Risks», p. 4 et 6.

⁵⁴³ Ibid., p. 14 et 15.

⁵⁴⁴ FNUAP/Équipe de services techniques de pays pour l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud, «Report of UNFPA Inter-country Workshop Adolescent Reproductive Health for East and South East Asia and the Pacific Island Countries» (Pattaya, 27 avril-

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- L'homme est pour l'essentiel celui qui amorce les relations sexuelles.
- Pour certains, par des relations sexuelles est un signe d'amour et d'engagement; pour d'autres, cela montre qu'on est «véritablement un homme».
- On se vante des rencontres sexuelles sous la pression du groupe si elles sont perçues comme un signe de virilité.
- Les femmes flirtent et portent des vêtements provocants («elles cherchent ce qui leur arrive»).
- Avoir des rapports sexuels avec une prostituée est un rite de passage à l'âge adulte.

En revanche, Barker a observé que les jeunes hommes qui veulent être plus progressistes, avoir des filles comme amies et les respecter et qui souhaitent aussi jouer un rôle en tant que partenaires et que pères, devaient trouver d'autres groupes avec lesquels ils ont des affinités. Certains y étaient parvenu en demandant à un organisme de services sociaux, au sein duquel leur partenaire participait à un groupe de mères adolescentes, de démarrer un groupe de soutien pour jeunes pères⁵⁴⁵.

Perceptions et utilisation des préservatifs

La plupart des adolescents sexuellement actifs n'utilisent pas de préservatif⁵⁴⁶, bien que cela devienne une option acceptable parmi certains jeunes hommes face aux risques liés à l'infection à VIH⁵⁴⁷.

Les idées erronées concernant l'utilisation des préservatifs sont courantes chez les garçons. Les préservatifs ont tout un ensemble de significations symboliques négatives qui limite leur acceptabilité dans ce groupe de population. La plupart des garçons adolescents associent les préservatifs aux adultes et aux personnes aux mœurs faciles, mais pourtant ces mêmes garçons ont le fantasme d'avoir des rapports sexuels avec le plus grand nombre possible de filles. «En outre, selon une opinion largement répandue, les préservatifs se déchirent facilement et ils diminuent le plaisir sexuel. L'opinion selon laquelle les préservatifs sont peu pratiques et réduisent le plaisir sexuel est partagée aussi par les jeunes filles»⁵⁴⁸. La crainte des hommes de perdre leur érection pendant qu'ils mettent un préservatif est encore plus prononcée chez les jeunes hommes⁵⁴⁹. Les autres raisons couramment avancées par les jeunes hommes pour expliquer pourquoi ils n'utilisent pas de préservatif sont le coût, la plupart des jeunes gens indiquant qu'ils sont trop chers pour eux; la gêne, craignant que les gens qui les connaissent découvrent qu'ils sont sexuellement actifs; la méconnaissance des endroits où ils peuvent s'approvisionner en préservatifs⁵⁵⁰.

3 mai 2000).

⁵⁴⁵ G. Barker, «Boys in the Hood, Boys in the Barrio», p. 16 et 17, 24 et 25.

⁵⁴⁶ S. E. A. Nnko, «Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania», p. 3.

⁵⁴⁷ C. A. Varga, «The Forgotten Fifty Percent», p. 8.

⁵⁴⁸ C. Nzioka, «Obstacles in Managing the Dual Risks», p. 11.

⁵⁴⁹ AVSC International et IPPF/WHR, Étude documentaire pour le Symposium sur le thème «Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms» [Oaxaca (Mexique), octobre 1998] p.10.

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

La contrainte sexuelle

La contrainte sexuelle est l'acte de forcer ou de tenter de forcer un autre individu au moyen de la violence, de menaces, de l'insistance verbale, de la tromperie, d'attentes culturelles ou de circonstances économiques à avoir tout type d'activité sexuelle contre son gré. Dans une étude sur la sexualité des adolescents en Ouganda, la plupart des hommes ont indiqué que pour leur première acte sexuel ils étaient consentants, alors qu'un grand nombre de femmes ont déclaré que leur première expérience sexuelle leur avait été imposée⁵⁵¹. Des études réalisées parmi la jeunesse africaine révèlent que «les garçons approuvent fréquemment la violence et la contrainte dans le cadre de relations sexuelles»⁵⁵².

Une étude sur la contrainte réalisée au Nigéria a révélé que «les hommes qui recourent à la contrainte le font parce qu'ils n'ont pas les connaissances et les compétences qui leur permettraient de régler les conflits avec leurs partenaires féminines... Le plus souvent, un homme envisage de recourir à la contrainte lorsqu'il ne parvient pas à convaincre une fille de sortir avec lui ou si la fille refuse d'avoir un rapport sexuel avec lui lorsqu'il le lui demande. Les garçons interprètent le refus d'une fille d'être leur amie ou d'avoir des rapports sexuels avec eux comme une manifestation de fierté ou d'arrogance. Souvent, des amis aident un garçon à violer une fille ou à l'agresser sexuellement ou verbalement, et ils peuvent même faire comme lui à tour de rôle»⁵⁵³. Les compétences en matière de règlement des conflits, telles que celles mentionnées au chapitre V, seraient un moyen important pour eux de trouver d'autres solutions.

Les réactions des garçons aux grossesses avant le mariage

Des ateliers⁵⁵⁴ sur les attitudes courantes à l'égard des grossesses des adolescentes ont révélé que les garçons étaient tout à fait conscients des pratiques préjudiciables lorsqu'ils ont déclaré que l'homme:

- n'assume aucune responsabilité et évite l'embarras en restant séparé de sa petite amie.
- suggère de recourir à l'avortement:
 - 1) parce qu'il n'est pas prêt à assumer un rôle parental et ses responsabilités.
 - 2) parce qu'il ne se sent pas obligé d'épouser la fille.
- est gêné et dénigre les filles en public.
- prétend qu'il n'aime pas la fille et qu'on ne devrait pas exercer des pressions sur lui pour qu'il l'épouse.
- blâme la fille pour la grossesse. La mère de la fille est blâmée elle aussi du fait que «l'on considère qu'il va de soi qu'il incombe inévitablement aux mères d'apprendre à leurs filles» à prévenir les grossesses⁵⁵⁵.

⁵⁵⁰ C. Nzioka, «Obstacles in Managing the Dual Risks», p. 12.

⁵⁵¹ S. E. A. Nnko, «Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania», p. 4. .

⁵⁵² C. A. Varga, «The Forgotten Fifty Percent», p. 2.

⁵⁵³ A. J. Ajuwon et al., «Sexual Coercion among Adolescents in Ibadan», Nigéria, p. 7.

⁵⁵⁴ FNUAP/Équipe de services techniques de pays pour l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud, «Report of UNFPA Inter-country Workshop», p. 6, 8 et 9.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- fuit la communauté pour éviter les pressions.
- épouse parfois la fille et assume ses responsabilités.

De même, la grande majorité des garçons qui ont participé à une étude au Kenya sur la santé des adolescents de sexe masculin en matière de sexualité et de reproduction a reconnu que rendre une fille enceinte était immoral et ils ont exprimé leurs remords et leur compassion. Ils se sentaient coupables, reconnaissaient qu'une fille enceinte «devient un paria» et qu'elle «perd tout dans la vie». Ils ont reconnu aussi que c'est bien d'avoir des relations sexuelles avant le mariage, «mais pas lorsque cela débouche sur une grossesse»; «nos petites amies sont comme nos sœurs et on n'aime pas voir sa sœur souffrir». Un petit nombre de garçons ont été touchés dans leur amour-propre et on fait valoir que «la plupart des garçons se repentiraient en public d'avoir rendu une fille enceinte, mais qu'en secret ils se sentiraient bien et seraient fiers d'avoir rendu une fille enceinte parce que cela signifierait qu'ils sont bel et bien des hommes, capables de faire un gosse à une femme»⁵⁵⁶. Cette dernière opinion est largement partagée par les adolescents de sexe masculin en Afrique de l'Ouest⁵⁵⁷.

LES PROGRAMMES RELATIFS À LA SANTÉ DE ADOLESCENTS EN MATIÈRE DE SEXUALITÉ ET DE REPRODUCTION

170

De nombreux types différents de programme s'occupent de la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction. Certains se concentrent exclusivement sur la fourniture de services, d'autres combinent la fourniture de services à des activités d'information, d'éducation et de promotion et d'autres encore font œuvre de pionnier en adoptant l'approche holistique à volets multiples envisagée par la CIPD. La plupart des programmes de santé de la reproduction ciblant les jeunes hommes encouragent un comportement sexuel responsable, mais peu d'entre eux connaissent les besoins ou aspirations de ces derniers.

Souvent, des ONG travaillent de concert avec les organisations communautaires en fournissant des ressources éducatives et des formations. D'autres types de collaboration des ONG sont décrits plus bas sous le titre «programmes de sensibilisation». Les projets de Save the Children relatifs à la santé des adolescents en matière de reproduction au Malawi, au Bhoutan, au Népal et au Viet Nam sont des exemples d'une approche soulignant la participation de plusieurs secteurs communautaires en collaborant avec une multitude de parties prenantes⁵⁵⁸.

Les activités menées à chaque endroit diffèrent selon les besoins et les intérêts de la communauté, mais la plupart comprennent des activités telles que l'élaboration de matériaux d'information; la fourniture de services d'orientation professionnelle, de possibilités économiques et de programmes de crédit; l'organisation de dialogues avec les parents; la formation des

⁵⁵⁵ C. Nzioka, «Obstacles in Managing the Dual Risks», p. 15.

⁵⁵⁶ Ibid., p. 14.

⁵⁵⁷ H. Toro et al., «Male Involvement: Regional Specificities» [document présenté à l'atelier thématique des services d'appui techniques (SAT) du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998].

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

professeurs d'école et des prestataires de services concernant les services «accueillants pour les jeunes», la formation des jeunes en tant qu'éducateurs de leurs pairs.

Teneur et méthodologies des programmes d'éducation ciblant les jeunes hommes

Les filles ont de fortes chances de pouvoir discuter de la reproduction spontanément avec les autres membres de la famille de sexe féminin, mais les garçons se heurtent à un «silence embarrassé» ou à des attitudes moralisatrices concernant la reproduction et la sexualité. L'absence de communication ouverte et instructive sur ces questions et l'idée que les garçons ne s'intéressent qu'à la sexualité font que les jeunes hommes n'ont pas l'occasion d'étudier la signification du rôle qu'ils jouent dans le cadre de relations et en matière de reproduction⁵⁵⁹. La participation d'éducateurs et de conseillers de sexe masculin à la formation des garçons dans le domaine de la sexualité peut aider les jeunes hommes à aborder ces questions et, ainsi, à briser le silence et les mythes qui en découlent⁵⁶⁰.

Outre le règlement des conflits, aider les garçons et les jeunes hommes à se sentir à l'aise lorsqu'ils expriment leurs émotions est l'initiative la plus récente prise dans le cadre des efforts visant à offrir aux garçons de nouveaux modèles d'identité sexuelle. Une des composantes primordiales de la remise en question du sexisme et de la violence et de l'élaboration de nouveaux modèles de la virilité est d'aider les garçons à parler de sentiments – tant les leurs que ceux des autres. Comme deux éducateurs l'ont fait observer, il faut pour cela «aider les garçons à apprendre à s'exprimer et à communiquer avec les autres d'une façon traditionnellement considérée comme féminine et non masculine; encourager des comportements qui sont souvent réprimés chez les garçons et les hommes (cela comprend la communication intime; la coopération plutôt que la concurrence; l'aide mutuelle; le fait de se sentir responsable du bien-être émotionnel de l'autre)... Attaquer l'idée selon laquelle certaines émotions ne sont pas masculines et aider les garçons à exprimer leurs sentiments qui les font apparaître vulnérables»⁵⁶¹.

Pour appuyer les efforts des pays dans le domaine de l'équité entre les sexes, le FNUAP recourt notamment à des projets adaptés à chaque pays dans le domaine de l'éducation en matière de population et de vie familiale qui ciblent les adolescents. Les différences de terminologie peuvent refléter les préoccupations et sensibilités à l'égard de l'introduction de l'éducation sexuelle. L'objectif de l'apprentissage des compétences pratiques et de la préparation à la vie familiale est de renforcer l'harmonie dans la famille et dans les relations entre les hommes et les femmes en s'appuyant sur la communication, la négociation, le respect des choix individuels, l'estime de soi et l'autonomisation.

⁵⁵⁸ J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 15.

⁵⁵⁹ E. Centerwall, *Sexuality Education for Adolescent Boys*, Swedish Association for Sex Education, (Stockholm, 1995), p.14.

⁵⁶⁰ Ibid.

⁵⁶¹ S. Askew et C. Ross, *Boys Don't Cry : Boys and Sexism in Education* (Buckingham : Open University Press, 1998), p. 75 et 87 in «Positive Strategies with Boys to End Violence», par M. Kaufman (document établi pour la Section de l'égalité entre les sexes, du partenariat et de la participation de la Division des programmes, Fonds des Nations Unies pour l'en-

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Apprentissage des compétences pratiques: aider les garçons à choisir leur avenir

Le cadre des «compétences pratiques» ou aptitudes à la vie quotidienne, utilisé à l'heure actuelle dans plusieurs pays, met l'accent sur l'apprentissage interactif et intègre l'acquisition de connaissances (information), d'attitudes (comportements et croyances) et d'aptitudes (communication et négociation)⁵⁶². Cela dote les jeunes des compétences dont ils ont besoin pour négocier les relations nécessaires pour la survie économique et les aide à établir les rôles qu'ils assumeront et les responsabilités qui les aideront à créer leur ménage⁵⁶³. L'objectif de l'apprentissage des compétences pratiques est de permettre aux jeunes de mieux prendre en main leur vie en faisant des choix de vie qui soient sains, en résistant aux pressions négatives et en réduisant les comportements à risque⁵⁶⁴. Le Centre for Development and Population Activities (CEDPA), avec l'appui du FNUAP, a élaboré un recueil pour l'apprentissage participatif intitulé *Choose a Future! Issues and Options for Adolescent Boys*, guide relatif aux programmes destiné aux animateurs et formateurs qui travaillent avec des garçons âgés de 12 à 20 ans. L'ouvrage aide les adolescents à faire face aux questions décrites ci-dessus en les aidant à construire leur vie et à se créer eux-mêmes des possibilités. La conscience de soi, l'identification des valeurs et la reproduction font partie des thèmes abordés dans le guide, qui s'inscrit dans un programme de plaidoyer plus large englobant les parents, les membres de la communauté, les animateurs de jeunes et les filles⁵⁶⁵.

La méthodologie utilisée pour enseigner les compétences pratiques susmentionnées convient aux établissements d'enseignement de type classique et autre, car elle encourage la discussion, l'échange d'informations et l'approfondissement des questions. La méthodologie est utilisée avec des adultes et avec des adolescents dans le cadre de classes sur les compétences parentales, avec des groupes sur l'art d'être père, entre agents de vulgarisation et dans le cadre de l'éducation sexuelle. Elle tient compte aussi des techniques d'apprentissage novatrices et interactives, mais, fait plus important encore, elle aide les instructeurs à se sentir à l'aise lorsqu'ils discutent de sujets touchant à la sexualité⁵⁶⁶.

Éducation en matière de population

L'éducation en matière de population a été mise au point en vue de satisfaire les besoins des jeunes d'âge scolaire et d'intégrer des questions de population dans un ensemble très divers de filières d'enseignement. Le FNUAP, en collaboration avec l'UNESCO, la FAO et l'OIT, a mis en place des programmes d'éducation en matière de population dans plus de 90 pays. Dans le cadre de cette éducation, les conséquences des questions de population aux niveaux individuel et social sont étudiées et discutées dans les établissements d'enseignement de type classique et

fance, mars 2000).

⁵⁶² Fonds des Nations Unies pour l'enfance, UNICEF, «What is the Life Skills Approach?» «Teachers Talking», septembre 2000. www.unicef.org/teachers/teacher/lifeskil.htm

⁵⁶³ J. Fombi et R. Lubovitch, «The Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge about Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women», UNICEF, décembre 1997, p. 27.

⁵⁶⁴ UNICEF, «What is the Life Skills Approach?».

⁵⁶⁵ Centre for Development and Population Activities (CEDPA), *Choose a Future! Issues and Options for Adolescent Boys: A Source Book of Participatory Learning Activities*, novembre 1998.

⁵⁶⁶ Focus on Young Adults, «Reproductive Health Programs for Young Adults: Outreach Programs», Focus, août 1998,

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

autre. L'objectif ultime est d'améliorer la compréhension de la dynamique de la population au niveau du pays et au niveau mondial, et, partant, d'améliorer la capacité individuelle d'effectuer des choix en connaissance de cause⁵⁶⁷.

L'éducation en matière de population assure aussi la promotion d'images non stéréotypées des hommes et des femmes et aide les étudiants à forger des attitudes et des valeurs positives en matière d'identité sexuelle. Les approches suivies dans les programmes scolaires peuvent encourager les attitudes positives et inciter les étudiants à réfléchir calmement aux relations entre les hommes et femmes et à leurs rôles dans la communauté. L'accent est mis sur le traitement équitable des individus des deux sexes en tant que principe fondamental. Les stéréotypes préjudiciables sur les deux sexes sont présentés en tant que tels et analysés. Les débats en classe sont un moyen efficace d'aborder cette question. On dit aux filles et aux garçons qu'ils ont le droit de savoir quelles sont les implications des grossesses précoces pour leur avenir. De nouveaux modèles identificatoires pour les femmes et les hommes sont étudiés en classe et les enfants sont encouragés à ne pas considérer que leur avenir est limité par les catégories professionnelles réservées traditionnellement aux hommes ou aux femmes. L'analyse des rôles sexosociaux est encouragée, non seulement au niveau professionnel, mais aussi à celui du ménage, des relations de parenté, des dirigeants communautaires, ainsi que l'analyse des rôles conjugaux et parentaux⁵⁶⁸.

Préparation à la vie familiale

La préparation à la vie familiale est similaire à l'éducation en matière de population, mais elle met plus l'accent sur les déterminants et les effets sanitaires (physiques, sociaux et mentaux) et environnementaux (au niveau du ménage et de la communauté) de la fécondité et de la population. Ces programmes peuvent être intégrés dans les programmes scolaires ou utilisés en dehors du cadre scolaire. Le FNUAP a apporté son appui à des programmes de préparation à la vie familiale avec les associations du mouvement scout dans plusieurs pays, dont le Zimbabwe, le Kenya, Madagascar, le Sénégal, le Cameroun et le Ghana⁵⁶⁹.

Éducation sexuelle

Des désaccords importants concernant l'éducation sexuelle contribuent à l'absence de politiques et de directives relatives à l'éducation sur la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité. Le champ du débat est plutôt vaste, celui-ci portant sur tous les aspects du contenu de l'enseignement et visant à établir à quel âge, où, comment et par qui cet enseignement doit être dispensé. Par ailleurs, on s'accorde de manière générale à reconnaître que les modèles d'éducation sexuelle antérieurs à l'ère du VIH/sida, qui diffusaient des informations mais ne donnaient pas aux personnes les moyens de les utiliser, n'ont pas atteint leur objectif qui était de réduire les grossesses non désirées. Les programmes de formation pour jeunes hommes dans le domaine de la sexualité devraient comprendre:

www.pathfind.org/focus.htm.

⁵⁶⁷ O. J. Sikes, «Reconceptualisation de l'éducation en matière de population», Document technique No 2, FNUAP, New York, 1991.

⁵⁶⁸ Ibid.

⁵⁶⁹ FNUAP, «The Sexual and Reproductive Health of Adolescents», p. 30 et 31.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- Les différences et similarités entre les hommes et les femmes;
- la physiologie des hommes, y compris la fécondité masculine, l'importance des hormones mâles dans la sexualité, l'érection et l'éjaculation, les rapports sexuels et les dysfonctions chez l'homme; l'identité masculine et le respect des fonctions complexes du corps humain;
- l'exploitation sexuelle des femmes: violence, pornographie et prostitution;
- les manières d'aimer, ce qui offre aux jeunes hommes l'occasion de poser des questions sur les femmes;
- comment les femmes fonctionnent,
- les tabous concernant l'amour et les façons d'engager la discussion sur les sentiments (la plupart des jeunes hommes sont socialisés de façon à assumer un rôle sexosocial qui interdit aux hommes d'exprimer leurs émotions);
- les maladies sexuellement transmissibles et la grossesse⁵⁷⁰.

Les questions mentionnées par les lycéens participant à «Lenterna», atelier sur la sexualité organisé par l'association indonésienne de planification familiale, sont la masturbation, «sa fréquence normale» et ses conséquences; l'image du corps, la taille du pénis, les poils du pubis; la perte de la virginité; les MST et l'orientation sexuelle⁵⁷¹.

174

Un examen du programme d'éducation sexuelle aux États-Unis qualifie les éléments suivants de critiques pour leur efficacité:

- mettre l'accent sur un ou plusieurs comportements sexuels précis; faire passer un message clair;
- fournir des informations de base précises sur les risques des rapports sexuels non protégés et sur les méthodes de protection;
- parler des pressions sociales sur le comportement sexuel;
- incorporer la pratique des compétences en matière de communication, de négociation et de refus;
- utiliser différentes méthodes d'enseignement participatives qui permettent aux étudiants de personnaliser l'information;
- prévoir suffisamment de temps pour achever les activités importantes;
- utiliser des enseignants ayant reçu une formation ou des pairs attachés au programme. ⁵⁷²

⁵⁷⁰ E. Centerwall, « Sexuality Education for Adolescent Boys», p. 24-27; et Focus on Young Adults, «Reproductive Health Programs for Young Adults».

⁵⁷¹ Focus on Young Adults, «Reaching Young Men with Reproductive Health Programs», *Focus*, 1998, www.pathfind.org/focus.htm.

⁵⁷² J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 18.

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

Une critique faite à la mise en place d'une éducation sexuelle est l'idée que cette éducation aura pour effet d'accroître la promiscuité et de rendre plus précoce l'activité sexuelle chez les jeunes. Toutefois, il existe un certain nombre d'études qui montrent que ces idées sont erronées. L'ONUSIDA a évalué les incidences que le VIH et l'éducation sur la santé en matière de sexualité ont sur le comportement sexuel des jeunes gens. L'étude a révélé que les programmes d'éducation sur la santé en matière de sexualité retardent les premiers rapports sexuels et réduisent la fréquence des rapports sexuels, le taux de conception, le taux d'avortement et le taux de natalité. L'étude a montré aussi que les programmes de prévention du VIH/sida encouragent la monogamie et une utilisation plus régulière des préservatifs. L'étude a révélé que «malgré un taux de réussite variable dans la réalisation des objectifs du programme, 14 études sur 15 n'indiquent pas que l'éducation sur la santé en matière de sexualité a pour effet de rendre plus précoce ou plus fréquente l'activité sexuelle chez les jeunes»⁵⁷³.

Faire participer les parents à l'éducation sexuelle de leurs fils

Les parents sont les principaux éducateurs de leurs enfants en matière de sexualité. Interrogés, de nombreux parents et jeunes gens indiquent qu'ils préféreraient que les parents soient la principale source d'information des adolescents sur la sexualité et la santé de la reproduction⁵⁷⁴. L'éducation sexuelle dispensée à la maison a souvent des effets durables. La plupart des parents, y compris les parents religieux, ont besoin de plus d'informations et d'une éducation sur ce que sont la sexualité et l'éducation sexuelle afin d'être capables de communiquer comme il convient sur ces questions. Il est très important que la communication entre les parents et leurs enfants soit à la fois ouverte et positive - et qu'elle commence le plus tôt possible⁵⁷⁵.

175

Le soutien des parents dans la vie des adolescents est un facteur de prévention important pour les grossesses précoces ou les MST. C'est l'occasion de relier le ménage aux influences de la société qui se manifestent par le biais de l'éducation et de la mobilisation des parents et des groupes communautaires. De nouveaux programmes sont élaborés en vue d'aider les parents à communiquer leurs valeurs sur la sexualité et à fournir des informations exactes qui soient propices au développement. Les parents qui participent à l'éducation sexuelle de leurs enfants sont mieux en mesure de voir la valeur des services de santé en matière de sexualité et de reproduction auxquels certains s'opposent à présent. Cette participation peut être assurée par les associations parents-enseignants et en fournissant des services d'appui aux parents⁵⁷⁶.

Lieux d'intervention au titre des programmes: les écoles

Le nombre des enfants inscrits à l'école primaire dans les pays en développement ayant augmenté de près de 50 millions au cours des cinq dernières années, les écoles sont un moyen de plus en

⁵⁷³ ONUSIDA, «Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update», 1997, p. 12..

⁵⁷⁴ J. Bongaarts et B. Cohen, (éd.), «Adolescent Reproductive Behaviour in the Developing World», *Studies in Family Planning* 29, No. 2 (juin 1998).

⁵⁷⁵ FNUAP, «Parents Handbook on Sexuality and Communication Skills», Family Life Education Programme in Ghana, 2000. www.siecus.org.

⁵⁷⁶ FNUAP, «Strengthening UNFPA's Approach to Sexuality Education».septembre 2000, p. 6 et 7.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

plus efficace pour atteindre les jeunes gens et leur famille. Les programmes d'éducation en matière de santé ou de population qui existaient déjà en milieu scolaire dans de nombreux pays peuvent être ajustés en y ajoutant des éléments sur la sexualité et la santé de la reproduction. Les programmes en milieu scolaire abordent habituellement des questions telles que la prévention des grossesses précoces, du VIH/sida et des MST⁵⁷⁷.

Les écoles pourraient être un lieu sûr permettant aux adolescents de discuter de questions personnelles, d'obtenir des conseils et d'étudier des rôles sexosociaux non stéréotypés. Toutefois, on ne sait guère dans quelle mesure les écoles sont prêtes à s'atteler à cette tâche. Des études, une réalisée au Pérou, qui examine l'identité masculine⁵⁷⁸, l'autre au Mexique, qui étudie les besoins des jeunes autochtones dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction⁵⁷⁹, indiquent que les écoles ont peut-être besoin d'une meilleure préparation pour promouvoir de nouveaux modèles d'identité sexuelle. L'étude réalisée au Pérou montre que les jeunes hommes sont susceptibles de rejeter le système scolaire officiel fondé sur les récompenses et les punitions, de remettre en question les autorités scolaires et d'adopter un autre système qui attache de l'importance à l'agressivité et les autres modèles de rôles sexosociaux stéréotypés pour impressionner leurs pairs. Dans l'étude réalisée au Mexique, les enseignants ont exprimé la nécessité de suivre une formation traitant des mariages précoces, des grossesses non désirées et des autres questions de santé en matière de reproduction et de sexualité afin de pouvoir surmonter leur embarras et être plus à l'aise pour discuter de ces sujets sensibles avec les adolescents⁵⁸⁰.

176

Les programmes en milieu scolaire ont besoin de l'appui du gouvernement, des dirigeants communautaires et des parents pour réussir. Les autres éléments clés sont une vision, une direction dynamique, des directives nationales, une adaptation aux préoccupations locales, des évaluations préalables et a posteriori des besoins, du temps et des ressources. «L'insertion d'un nouveau contenu et l'application de nouveaux programmes dans les écoles prend au moins de trois à cinq ans», autant de temps qu'il en faut pour mesurer les résultats de programmes novateurs⁵⁸¹. Les programmes efficaces apprennent aux enseignants à utiliser le programme et à l'adapter afin de satisfaire les besoins locaux. Certains programmes en milieu scolaire orientent les étudiants vers des services locaux de santé ou de conseil. Les débats et les discussions sont des outils couramment utilisés par les étudiants pour réfléchir aux conséquences de leurs décisions, attitudes et valeurs sexuelles qui les influencent. Ce type d'exercice contribue à les doter des connaissances et des compétences essentielles pour négocier des rapports sexuels à moindre risque⁵⁸².

⁵⁷⁷ Focus on Young Adults, «Reproductive Health Programs for Young Adults».

⁵⁷⁸ J. C. Calligos, «Sobre Heroes y Batallas: Los caminos de la identidad masculina», Escuela para el Desarrollo, Lima (Pérou) 2000, p. 50.

⁵⁷⁹ J. C., Soto et A. F. Alvarado, «Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Indígenas de las Principales Etnias de México», IMSS-Solidaridad, 2000, Mexique.

⁵⁸⁰ Paul Bloem, «Los Hombres Jóvenes: un Panorama internacional», document présenté au séminaire d'Amérique latine sur le thème «Working with young men: Health, Sexuality, Gender and Prevention», Queretaro (Mexique), 28-31 mars 2000, p. 17.

⁵⁸¹ Ibid.

⁵⁸² Focus on Young Adults, «Reproductive Health Programs for Young Adults».

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

L'appui du FNUAP a renforcé la capacité d'une école publique à Alagoas (Brésil) d'intégrer un programme d'éducation sexuelle élaboré par la Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (Bemfam)⁵⁸³. «Planeando tu Vida» (Planifier ta vie), élaboré par le Instituto Mexicano de Investigacion de Familia y Poblacion, est l'un des quelques programmes qui ont été évalués. Les résultats montrent que les parents, les enseignants et les étudiants se disent très favorables à l'inclusion du cours dans le programme secondaire national au Mexique. Les étudiants faisant partie du groupe expérimental ont amélioré leurs connaissances sur la contraception et ils n'avaient pas plus de chances de devenir sexuellement actifs que ceux du groupe témoin et les étudiants sexuellement actifs qui ont suivi le cours avaient plus de chances d'utiliser des contraceptifs que les étudiants sexuellement actifs du groupe témoin.

*Une autre façon d'intervenir: les programmes de diffusion*⁵⁸⁴

La diffusion est apparue comme un autre moyen d'atteindre les jeunes gens, en particulier les adolescents qui ne sont pas scolarisés et les jeunes qui sont difficiles à atteindre. Dans nombre de pays en développement, les jeunes hommes quittent l'école à un jeune âge et ils sont souvent concentrés dans quelques secteurs d'activité tels que les transports, l'agriculture et la pêche, et la construction, où ils peuvent être ciblés par des programmes. L'éducation sexuelle doit aussi être disponible dans d'autres endroits que les écoles, en particulier lorsque les obstacles politiques et pratiques à l'éducation sexuelle en milieu scolaire sont trop difficiles à surmonter⁵⁸⁵. De multiples approches sont utilisées pour atteindre cette population comme le montrent les exemples suivants:

L'éducation par les pairs

Les programmes d'éducation par les pairs forment des jeunes gens à atteindre leurs pairs en leur donnant des informations, en les orientant vers des services et en leur fournissant des produits ou des services de conseil. Ces programmes réussissent à gagner l'accès à des groupes de population difficiles à atteindre tels que les jeunes non scolarisés, les enfants des rues ou les professionnels du sexe, parce qu'ils s'efforcent de recruter et de former des éducateurs/conseils qui ont les mêmes caractéristiques que le groupe de population ciblé. Étant donné que la pression du groupe est un facteur déterminant pour une initiation sexuelle précoce, les pairs éducateurs peuvent fournir un appui en vue d'obvier à cette influence négative. Ainsi, l'éducation par les pairs peut fournir aux jeunes hommes l'occasion d'examiner les mythes qui ont façonné leurs attitudes à l'égard d'eux-mêmes et des femmes. Les jeunes hommes réagissent généralement bien aux pairs éducateurs et accueillent favorablement l'occasion de parler de leurs sentiments et de leurs rôles en tant qu'hommes; ils jugent les pairs éducateurs crédibles, accessibles et utiles⁵⁸⁶.

La diversité des termes utilisés pour se référer à ces programmes, telles que éducateurs pairs, conseiller pairs, aides pairs, promoteurs pairs, distributeurs pairs, animateurs de groupes, indique le large éventail des approches existantes. Eu égard au travail qu'ils effectuent s'agissant

⁵⁸³ FNUAP, «Strengthening Reproductive Health Services for Adolescents in Latin America». *Project Summary*, juillet 2000, p. 5.

⁵⁸⁴ Adapté de Focus on Young Adults, «Reproductive Health for Young Adults».

⁵⁸⁵ J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 19.

⁵⁸⁶ C. Green, «Reaching Young Men with Reproductive Health Programs», Focus, décembre 1998, www.pathfind.org/focus.htm.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

d'inciter les jeunes gens à obtenir les informations et les services dont ils ont besoin, les éducateurs/conseils pairs sont parfois appelés «promoteurs pairs». Ces promoteurs travaillent

Données d'expérience relatives à l'éducation par les pairs

Au Mexique, les pairs éducateurs du projet de MEXFAM intitulé «Gente Joven» déclarent qu'à la suite des activités du projet, un plus grand nombre de jeunes hommes cherchent à obtenir des informations sur la contraception. En Namibie, le projet «Strengthening Male Involvement in Reproductive Health» (renforcement de la participation des hommes à la santé de la reproduction) donne une formation aux cadres des pairs éducateurs en vue de conduire des sessions d'éducation continue pour d'autres jeunes hommes appartenant aux forces armées et à la police, aux clubs de sport et à l'Église évangélique luthérienne.

Au Ghana, la Croix-Rouge et l'association scout ont organisé un programme d'éducation par les pairs qui fournit une formation aux techniques de négociation de rapports sexuels à moindre risque, de refus et d'affirmation de soi⁵⁸⁷.

En Jamaïque, les éducateurs pairs du projet de la Croix-Rouge «Together We Can» (Ensemble nous pouvons) ont déclaré avoir noté des améliorations sensibles des connaissances sur la transmission du VIH et sur les endroits où les jeunes gens ayant une MST peuvent demander de l'aide. Ce projet a été inclus dans une évaluation AIDSCAP (Aids Control and Prevention Project) qui a conclu que 95 % des éducateurs pairs avaient procédé à des changements dans leur vie et dans leur comportement, que 31 % avaient des rapports sexuels à moindre risque et/ou utilisaient des préservatifs, que 20 % avaient réduit le nombre de leurs partenaires sexuels et que 19 % avaient changé leurs attitudes⁵⁸⁸.

178

actuellement avec les participants en tête-à-tête ou en petit groupe. Mais ils peuvent assumer aussi d'autres responsabilités, par exemple faire des présentations devant de grands groupes, représenter les organisations pour lesquelles ils travaillent en siégeant à des commissions ou conseils et s'entretenir avec les directeurs de programme⁵⁸⁹. Ainsi, un administrateur pair siège au Conseil d'administration de la Fédération internationale pour la planification familiale. Les administrateurs pairs ont travaillé à la rédaction d'un manifeste de la jeunesse et ont participé à l'élaboration du programme radiophonique "Sexwise", collaboration entre la Fédération internationale pour la planification familiale et la British Broadcasting System, qui est diffusé en Afrique, dans le monde arabe, en Amérique latine, en Asie du sud-est et en Chine.

Les centres pour les jeunes

Les centres pour les jeunes travaillent avec les jeunes en vue de renforcer leurs compétences pratiques et, partant, à prévenir les grossesses non désirées ainsi que les autres comportements à risque. Ils fournissent aussi une assistance aux adolescentes enceintes et proposent des programmes d'enseignement des compétences parentales, d'enseignement professionnel et

⁵⁸⁷ Ibid.

⁵⁸⁸ J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 23.

⁵⁸⁹ Focus on Young Adults, «Using Peer Promoters in Reproductive Health Programs for Youth». *Focus*, décembre 1997, www.pathfind.org/focus.htm.

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

d'éducation, ainsi que des activités récréatives⁵⁹⁰. Ces programmes tendent à attirer plus de garçons que de filles⁵⁹¹. Un centre qui obtient de bons résultats à Haïti, dirigé par la Fondation pour la santé reproductive et l'éducation familiale (FOSREF) et recevant un appui du FNUAP, offre différentes activités, dont des sessions d'éducation et de divertissement éducatif par les pairs, ainsi que des services d'orientation vers un dispensaire accueillant pour les jeunes. L'accent mis par ce centre sur la santé de la reproduction contribue peut-être à sa réussite, mais cela ne pourrait être confirmé qu'en effectuant des évaluations plus systématiques⁵⁹².

Les partenariats entre ONG ou organisations communautaires qui travaillent avec la jeunesse sont de plus en plus populaires. Ainsi, au Kenya, PATH et la Kenya Scout Association collaborent à un projet qui dote de compétences pratiques les enfants des rues à un centre de réadaptation⁵⁹³. Dans la région arabe, le FNUAP collabore avec le mouvement scout.

Lieux de travail et emplois

Le lien entre la santé des adolescents en matière de reproduction et les emplois prend de l'importance. La formation des travailleurs et le renforcement des compétences sont de plus en plus intégrés aux programmes relatifs à la santé des adolescents en matière de reproduction offerts par les organisations de services pour les jeunes. En Haïti, le Groupe de lutte antisida, programme de prévention du VIH conduit sur les lieux de travail à Port-au-Prince allant des services publics de distribution aux entreprises d'embouteillage, a fourni une éducation pour la prévention contre le VIH à près de 20 000 travailleurs, en majorité des hommes, âgés entre 15 et 49 ans⁵⁹⁴. Les ouvriers d'usine en Thaïlande ont participé à un programme pilote d'éducation par les pairs axé sur la prévention du VIH. Les résultats indiquent des améliorations dans la compréhension par les participants de la réduction des risques et de l'importance de la communication avec les partenaires sur le VIH/sida et sur les rapports sexuels à moindre risque, les résultats de l'évaluation révèlent aussi un accroissement de la communication signalée entre partenaires et des efforts visant à éduquer les membres de la famille de la communauté dans le domaine de la santé en matière de sexualité⁵⁹⁵.

En Thaïlande, l'armée royale thaïlandaise a institué un programme de prévention et de traitement du VIH/sida. L'intervention, qui utilise la structure de commandement de l'armée et les groupes d'amis existants naturellement composés d'appelés âgés de 19 à 23 ans, est axée sur l'accroissement de l'utilisation des préservatifs dans les maisons de prostitution et avec d'autres partenaires, la réduction de la consommation d'alcool et de la fréquentation des maisons de prostitution et l'amélioration des techniques de négociation touchant aux rapports sexuels et à l'utilisation des préservatifs. Le programme s'est traduit par une diminution de l'incidence des MST et du VIH⁵⁹⁶.

⁵⁹⁰ J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 31.

⁵⁹¹ B. S. Mensch et M. E. Greene, «The Uncharted Passage: Girl Adolescence in the Developing World», Population Council, 1998.

⁵⁹² J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 31.

⁵⁹³ Ibid., p. 20.

⁵⁹⁴ C. Green, «Reaching Young Men with Reproductive Health Programs».

⁵⁹⁵ J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 26.

⁵⁹⁶ C. Green, «Reaching Young Men with Reproductive Health Programs».

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Région arabe: éducation en matière de santé de la reproduction pour les éclaireurs et les éclaireuses

Les problèmes sexuels existent dans la région des États arabes tout comme ailleurs dans le monde. Les résultats d'une enquête récente indiquent qu'au Maroc et en Algérie les filles célibataires abandonnent environ 2000 bébés non désirés chaque année. Les tabous auxquels est soumise la sexualité et le culte de la virginité existant dans la plupart des pays arabes conduisent à une grande répression, qui empêche de communiquer librement au sein de la famille et de la société sur les questions touchant à la sexualité. Les résultats d'une enquête sur les problèmes des jeunes en Syrie ont indiqué que les jeunes avaient besoin d'une éducation sexuelle.

Le FNUAP, en collaboration avec le bureau régional arabe de l'Organisation mondiale du mouvement scout et le bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a démarré un projet visant à intégrer la santé en matière de reproduction et les questions relatives à l'équité entre les sexes dans les programmes pour les éclaireurs et les éclaireuses. L'organisation scout arabe travaille en liaison étroite avec les associations d'éclaireurs et d'éclaireuses de 19 pays.

Le projet régional vise à renforcer la formation dispensée par des conseillers pairs sur la santé des adolescents en matière de reproduction et de sexualité, à améliorer les capacités nationales en matière de recherches et de base de données sur la santé des adolescents en matière de reproduction, et à renforcer encore la coordination au moyen d'échanges de données d'expériences réussies, de formations et de matériaux d'IEC (information, éducation et communication).

Les ateliers de formation ont porté sur la recherche dans le domaine de la santé des adolescents en matière de reproduction, l'élaboration et la production de matériaux d'IEC économiques et les techniques de conseil. Les questions couvertes ont compris la santé de la reproduction, les MST/VIH/sida, population et fécondité, équité entre les sexes et plaidoyer. Les scouts ont été formés à l'enquête par la narration, aux techniques de communication, notamment la communication interpersonnelle, et à la fourniture de services de conseil à leurs pairs.

L'Organisation mondiale du mouvement scout a aussi participé au Jamboree mondial organisé au Chili au cours duquel différents ateliers se sont tenus en vue de sensibiliser les éclaireurs à la santé des adolescents en matière de reproduction. Les thèmes débattus ont été la santé des adolescents, la prévention des MST/VIH/sida, le certificat pré-nuptial, le choix d'un partenaire pour la vie, la santé et la croissance, le développement de la personnalité, les questions sociales et familiales, les questions liées aux distinctions fondées sur le sexe, l'éthique et les valeurs. Les ateliers ont mis l'accent sur des questions telles que les MST et l'infection à VIH, le mariage et la formation de la famille à travers des jeux de rôle, des brochures illustrées, des magazines muraux et des expositions. Le Jamboree a été une excellente occasion pour les garçons de s'informer sur les différentes questions touchant à la santé de la reproduction.

Les lieux où il est possible de toucher directement le public, tels que les discothèques, les salles de billard, les salles de jeux vidéo, les marchés et les foires locales permettent tous d'atteindre les jeunes hommes et de leur fournir des informations sur la santé de la reproduction, des préservatifs et des services. En Ouganda, le programme de préparation à la vie familiale du diocèse de Busoga a observé que tant les jeunes hommes que les hommes adultes assument moins de responsabilités quotidiennes que les femmes et qu'ils constituent par conséquent un public facile à atteindre si l'on mène une action sur le terrain dans les lieux où ils «traînent». En Indonésie, un projet

Thaïlande: Participation des hommes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité et des droits de la reproduction pour les adolescents dans les communautés musulmanes du sud

En 1999, l'association thaïlandaise de planification familiale, avec l'appui du FNUAP, a démarré un projet pilote à Pattani, le centre de la population musulmane des quatre provinces méridionales de la Thaïlande. Environ 56% des adolescents quittent l'école après avoir achevé les années d'enseignement obligatoire. Les femmes et les adolescents n'ont pas le droit d'étudier les questions relatives à la santé en matière de sexualité du fait des normes traditionnelles de la communauté musulmane. En conséquence, l'incidence des MST/VIH, le taux de conception chez les adolescentes et la toxicomanie parmi les adolescents de la région ont augmenté. La plupart des toxicomanes et des personnes infectées par le VIH sont du sexe masculin. Dans la communauté musulmane méridionale, ce sont les hommes qui prennent les décisions dans la famille; en conséquence, l'association thaïlandaise de planification familiale les a encouragés à participer au projet.

Le projet avait pour objectif de promouvoir la santé des adolescents et leurs droits en matière de reproduction dans les communautés musulmanes de la province de Pattani en coopérant avec le conseil islamique provincial, les oulémas locaux et les pairs éducateurs et de fournir des services de santé de la reproduction et de planification familiale aux jeunes couples mariés, en recourant aux centres de santé des adolescents en matière de reproduction et aux agents sanitaires bénévoles de la communauté.

Le projet a utilisé une approche à plusieurs volets s'appuyant sur des activités de plaidoyer, l'IEC et la fourniture de services dans le domaine de la santé de la reproduction en vue d'atteindre les adolescents et les hommes. L'association thaïlandaise de planification familiale a démarré le projet en faisant campagne sur l'importance que l'éducation pour la santé de la reproduction revêt pour les adolescents. Les questions relatives à la santé de la reproduction et à la responsabilité des hommes dans la perspective de l'Islam ont été discutées avec le conseil en vue de convaincre ses membres que l'éducation pour la santé de la reproduction est nécessaire pour que les adolescents de la région puissent mener une vie saine et productive.

Cinq districts à Pattani ont été choisis pour le projet pilote et cinq centres de santé des adolescents en matière de reproduction ont été mis en place. Des expositions et des shows vidéo sur la santé des adolescents en matière de reproduction ont été organisés à l'intention des adolescents de sexe masculin. L'association thaïlandaise de planification familiale a organisé des stages de formation dans le domaine de la santé des adolescents en matière de reproduction à l'intention des agents sanitaires bénévoles de la communauté dans les villages musulmans afin de leur permettre de fournir des informations sur ce domaine et des contraceptifs aux adolescents et aux jeunes couples mariés. La stratégie a attiré de nombreux adolescents de sexe masculin, comme le reflète leur participation active à la gestion des centres de santé des adolescents en matière de reproduction et au programme d'éducation connexe.

Enseignements tirés

Les organisations religieuses de la communauté locale peuvent jouer un rôle important en assurant la promotion de la santé des adolescents en matière de reproduction et des questions relatives aux droits dans ce domaine; en conséquence, il est important de gagner leur soutien dès le début de ce type de programme. Dans le cas de Pattani, le conseil islamique provincial a joué un rôle central dans la prise de décisions concernant la santé des adolescents en matière de reproduction.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

utilise des agents de diffusion pour atteindre les jeunes hommes dans les bars et aux coins de rue. La plupart des jeunes ont commencé par réagir négativement en ce qui concerne les préservatifs et peu nombreux sont ceux qui ont accepté ceux que les agents leur offraient, mais en six mois un changement d'attitude a été noté; les réactions positives des partenaires des jeunes hommes ont fait que l'utilisation des préservatifs est devenue à la mode⁵⁹⁷.

SERVICES DE SANTÉ DE LA REPRODUCTION ACCUEILLANTS POUR LES JEUNES

Nombre des caractéristiques attribuées aux services «accueillants pour les hommes» s'appliquent à ceux qui sont «accueillants pour les jeunes». L'approche adoptée à l'égard des jeunes est toutefois fort différente, car «les adolescents pensent rarement à la planification de leur famille» et ils craignent de rencontrer quelqu'un qu'ils connaissent, comme «un voisin ou leur tante, voire leur mère» s'ils se rendent dans un dispensaire⁵⁹⁸. «Des prestataires de services bienveillants, attentionnés, compréhensifs et sensibles» sont l'un des principaux critères mentionnés dans les enquêtes où l'on demande aux jeunes quels types de service ils souhaitent. Les autres caractéristiques importantes des services accueillants pour les jeunes peuvent être regroupées dans les catégories suivantes:

Caractéristiques des services accueillants pour les jeunes

Prestataires

- ▶ personnel qui a été formé en vue de travailler avec les jeunes;
- ▶ personnel qui a été formé en vue de respecter les jeunes et leurs besoins;
- ▶ personnel qui reconnaît l'importance centrale pour les adolescents du caractère privé et confidentiel des services;
- ▶ responsables de dispensaire qui veillent à ce que les conseillers ou le personnel médical disposent de temps supplémentaire pour discuter de questions particulières avec les jeunes gens.

Établissements sanitaires

- ▶ un lieu distinct ou des horaires spéciaux réservés aux jeunes adultes qui consultent;
- ▶ horaires commodes pour les jeunes adultes, par exemple la fin d'après-midi, le soir et le week-end;
- ▶ espace suffisant pour protéger la vie privée des jeunes gens;
- ▶ le décor du dispensaire doit être aussi peu «médical» que possible et plaire aux jeunes gens.

⁵⁹⁷ Ibid.

⁵⁹⁸ IPPF/WHR, «Youth-Friendly Services».

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

Conception du programme

- ▶ les clients consultant sans rendez-vous sont les bienvenus;
- ▶ attente de courte durée et entassement de la clientèle évité;
- ▶ coût modique des services les rendant abordables pour les jeunes gens;
- ▶ garçons et jeunes hommes encouragés à consulter et des services qui leur sont réservés sont proposés
- ▶ accès dans la salle d'attente à des matériaux audiovisuels et imprimés traitant des questions concernant les jeunes adultes;
- ▶ efforts visant à faire largement connaître l'existence des programmes spéciaux pour les jeunes gens dans les écoles, les bureaux, les usines, les centres de loisirs et les autres cadres communautaires. Une publicité de ce type contribue souvent à rendre plus à l'aise les jeunes qui participent à un programme.

SOURCE: IPPF/WHR (Fédération internationale pour la planification familiale, Région de l'hémisphère occidental), «Youth-Friendly Services»

Moins courants et ayant un caractère plus expérimental sont les conseillers pairs qui travaillent avec des conseillers professionnels; la tenue de discussions en groupe informelles et formelles; la fourniture d'une vaste gamme de services de santé de la reproduction, tels que des services de conseil fournis aux victimes de sévices sexuels, des soins de santé prénatals et post-partum et des services d'avortement; des pairs et des professionnels adultes travaillant dans le cadre de programmes de diffusion en vue de promouvoir les informations et des produits tels que les contraceptifs, des comprimés de fer et des compléments vitaminés⁵⁹⁹.

183

Fourniture de services de conseil confidentiels en temps voulu

Mieux conseiller les garçons et les jeunes hommes au moyen de programmes d'éducation sexuelle appropriés pourrait contribuer à faire face à nombre des questions qui apparaissent plus tard dans le cycle de vie⁶⁰⁰. Cela, toutefois, est difficile à faire pour un groupe de population qui manifeste de la réticence à parler aux adultes et est encore moins porté à partager ses préoccupations personnelles concernant la sexualité et à soulever des questions qui risquent de révéler leur manque d'assurance.

Lignes directes de téléassistance et programmes radiophoniques ouverts aux auditeurs⁶⁰¹

Les adolescents, en particulier de sexe masculin, obtiennent la plupart de leurs informations auprès de pairs mal informés. Les lignes directes de téléassistance et les programmes radiophoniques ouverts aux auditeurs leur permettent de poser des questions anonymement et d'obtenir des réponses judicieuses. Les lignes directes de téléassistance, connues aussi sous le nom de lignes d'assistance téléphonique, sont des lignes téléphoniques ouvertes que l'on peut

⁵⁹⁹ Focus on Young Adults, «Making Reproductive Health Services Friendly for Young People», Focus, décembre 1997, www.pathfind.org/focus.htm.

⁶⁰⁰ Family Health International. «Santé de la reproduction – responsabilités masculines». Network en français, Vol. 18, No.3 (printemps 1998).

⁶⁰¹ Focus on Young Adults, «Reaching Adolescents through Hotlines and Radio Call-in Programs». Focus, décembre 1999, www.pathfind.org/focus.htm

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

La santé des adolescents en matière de reproduction au Panama⁶⁰²

L'association panaméenne pour la planification familiale (APLAFA) a commencé un programme de collaboration relatif à la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction à David (Chiriquí) avec le FNUAP, le ministère local de la santé et les dirigeants communautaires. Ses objectifs étaient de renforcer les capacités des ONG et des organismes gouvernementaux au Panama pour qu'ils puissent travailler conjointement aux fins de la fourniture de services et de la conduite d'activités d'IEC pour les adolescents; d'améliorer les modèles existants pour la fourniture de services et d'IEC aux adolescents; et d'accroître le nombre des adolescents que l'on peut atteindre par des services et des activités d'IEC de qualité dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction.

Les structures communautaires existantes, y compris le Ministère de la santé et des ONG, ont travaillé avec les jeunes et les écoles en vue de promouvoir l'intégration d'activités relatives à la santé en matière de sexualité et de reproduction dans leur travail quotidien et, partant, d'améliorer les services, l'éducation et l'information.

Les activités communautaires comprennent des réunions avec les jeunes et les enseignants et des cours et des discussions à l'intention des parents et d'autres membres de la communauté en vue de les informer sur les activités du projet, de leur fournir des informations sur la santé des adolescents en matière de sexualité et de reproduction et de promouvoir leur participation au projet. D'autres activités encouragent la participation des administrateurs des écoles et des enseignants, qui sont formés à l'éducation en matière de population, et la planification et la conduite d'activités éducatives. En outre, l'Instituto Mexicano de Investigacion de Familia y Poblacion (IMIFAP) (Institut mexicain d'enquête sur la famille et la population) a formé le personnel de l'APLAFA, le personnel du Ministère de la santé et des agents à la communication avec les adolescents sur la sexualité, les considérations sexospécifiques dans le cadre du travail avec des jeunes gens, les droits des adolescents et les méthodes de travail communautaires.

L'APLAFA forme à l'heure actuelle de jeunes promoteurs à la communication avec leurs pairs; aux méthodes contraceptives, à la prévention du VIH/sida et aux grossesses des adolescents; et au travail d'orientation. Les stratégies éducatives du projet encourageront les dirigeants des ONG à reproduire l'éducation sexuelle avec des adolescents et à intégrer les questions de santé en matière de sexualité et de reproduction dans leur travail. Des conférences de jeunes au cours desquelles les jeunes gens discutent de leurs besoins et des stratégies font partie intégrante du projet.

Enseignements tirés

Un des enseignements les plus utiles tirés de ce projet a été qu'il est important pour la réussite du programme de faire participer à celui-ci de nombreux groupes différents, dont d'autres ONG, les écoles et le gouvernement. On trouvera ci-après d'autres enseignements tirés qui seront utiles pour l'application des projets:

- ▶ les projets corporatifs nécessitent au démarrage une période d'organisation d'au moins six mois;
- ▶ Faire participer la communauté à toutes les étapes du programme, depuis la planification jusqu'à la mise en oeuvre, donne à la communauté un sentiment de maîtrise et rend le programme dans son ensemble plus efficace;
- ▶ travailler avec le ministère de la santé est un bon moyen de mettre en place des programmes durables efficaces par rapport au coût, car il faut pour cela restructurer les services existants au lieu de créer de nouveaux dispensaires;
- ▶ des efforts ciblés doivent être déployés pour faire participer les parents au programme.

Chapitre 7: Atteindre les jeunes hommes et les garçons

utiliser en vue d'obtenir des réponses à des questions sur des sujets particuliers. Celles qui sont utilisées couramment dans le domaine de la santé sont consacrées à des questions telles que la grossesse, la prévention et le traitement des MST et du VIH/sida, et aux services de conseil aux victimes d'un viol. Les programmes radiophoniques ouverts aux auditeurs se déroulent avec un hôte et parfois des invités qui répondent à l'antenne à des questions posées par des auditeurs au téléphone ou par écrit sur la santé en matière de sexualité et de reproduction, la prévention du suicide, l'abus des drogues et la violence. Les personnes qui répondent sont formées à discuter des questions sur un ton positif sans émettre de jugement, ils aident les appelants à clarifier leurs valeurs, attitudes et comportements, et ils contribuent à développer les compétences en matière de négociation et de communication aux fins de la prise de décision.

Les lignes directes de téléassistance et les émissions radiophoniques interactives ont été très utiles pour atteindre les adolescents en leur fournissant un soutien émotionnel, des informations confidentielles et des conseils en période de crise:

- Elles atteignent de nombreux jeunes. Au Kenya, le *Youth Variety Show* touche plus de 3,3 millions de jeunes gens. À Mexico, la ligne directe *Joven a Joven* reçoit en moyenne 4600 appels par mois. Plus de 150 000 jeunes ont appelé la ligne directe *Dial-A-Friend* aux Philippines durant les sept premiers mois de son existence et en Afrique du Sud la ligne directe AIDS Helpline a reçu 30 000 appels en 1997⁶⁰³. Ces programmes touchent un public plus vaste que celui qui est ciblé car ils attirent les jeunes. En Inde, la ligne directe *Talking about Sexual and Reproductive Health Information* (TARSHI) ne cible pas expressément les jeunes, pourtant environ 60 % des personnes qui appellent ont entre 15 et 25 ans.
- Elles sont efficaces par rapport au coût comparées aux services de conseil fournis par les prestataires et aux discussions en petits groupes, et cela ne coûte pas grand-chose ou rien à l'utilisateur.
- Elles peuvent être structurées en fonction d'horaires qui conviennent aux jeunes, après l'école et la nuit lorsque les jeunes sont le plus susceptibles de les utiliser. Les lignes directes peuvent être programmées pour répondre aux appels par un message automatisé qui fournit des informations 24 heures sur 24 sept jours sur sept.
- Elles peuvent faire participer les jeunes en recrutant et en les formant pour qu'ils puissent répondre aux personnes qui appellent. En Indonésie, la ligne directe Sahabat Remaja (Les amis de la jeunesse) a observé que les jeunes sont plus à l'aise lorsque ce sont leurs pairs qui fournissent les services de conseil sur la ligne directe.
- Elles orientent des personnes qui appellent vers des services. En Ouganda, les conseillers pairs de la ligne directe du *Youth Sexual and Reproductive Health Project* sont formés et encouragés à accompagner les personnes qui appellent jusqu'aux services de l'hôpital universitaire. La ligne directe *Joven a Joven* a établi des relations avec les services psychiatriques, les centres de conseil et les centres d'accueil pour les victimes de la violence

⁶⁰² IPPF/WHR, 2000, www.ippfwhr.org.whatwedo/panama.html.

⁶⁰³ Focus on Young Adults, «Reaching Adolescents through Hotlines and Radio Call-in Programs». *Focus*, décembre 1999, www.pathfind.org/focus.htm

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

dans la famille, et les dispensaires spécialisés dans la santé de la reproduction en vue d'y aiguiller les appelants qui ont besoin d'une assistance supplémentaire.

- Elles sensibilisent la communauté. En Ouganda, la ligne directe du *Youth Sexual and Reproductive Health Project* a reçu de nombreuses lettres d'appréciation émanant de membres de la communauté, notamment des jeunes, ce qui montre son efficacité. En Inde, la ligne directe TARSHI, parallèlement aux matériaux d'information qu'elle distribue lors de manifestations publiques, sert de source d'information pour les journalistes qui écrivent sur les questions relatives à la santé de la reproduction. TARSHI recueille aussi des données sur les appels qu'elle reçoit et les utilise pour des activités de plaidoyer sur les questions relatives à la sexualité.

Toutefois, il est difficile d'assurer le suivi et l'évaluation de ces programmes. Le respect de l'anonymat et le caractère confidentiel des appels peuvent entraver la collecte des données permettant d'établir le profil des appelants, aussi les effets de ce type de programme sont-ils difficiles à mesurer.

La presse écrite et l'Internet

Les journaux et les périodiques populaires sont un autre moyen permettant aux jeunes gens de communiquer avec des adultes crédibles. En Ouganda, *Straight Talk*, journal dont le tirage mensuel est d'environ 100000 exemplaires, cible des lecteurs âgés de 14 à 19 ans. La section «Breaking News» (dernières nouvelles) accorde une large place aux commentaires et aux questions des jeunes lecteurs, «et les conseils fournis par l'éditeur adulte sont francs. En réponse à une question d'un lecteur masculin, le journal a écrit: «Si vous avez peur d'avoir un rapport sexuel avec votre petite amie, cela signifie que vous n'êtes pas encore prêt. Il est normal que vous ayez des sensations sexuelles à votre âge, mais vous n'êtes pas obligé pour autant d'avoir des rapports sexuels. La masturbation pourrait vous aider à soulager cette tension». Bien que les opinions exprimées soient particulièrement franches, le journal marche très bien»⁶⁰⁴. Des programmes commencent aussi à faire des essais avec l'Internet et les CD-ROM en vue de rendre l'information accessible aux jeunes hommes qui hésitent, parce qu'ils ne se sentent pas à l'aise, à discuter de questions intimes ayant trait à la sexualité.

Programmes de divertissements éducatifs

Les divertissements éducatifs sont expressément élaborés en vue de faire passer un message en divertissant, afin d'améliorer les connaissances du public sur une question, promouvoir des attitudes favorables et changer les comportements possibles⁶⁰⁵. Le Centre pour les programmes de communication de l'Université Johns Hopkins (JHU/CCP) les décrit comme «une stratégie de communication novatrice qui utilise les médias à vocation récréative pour communiquer sur des questions sociales dans des domaines tels que la santé, l'environnement, la justice sociale et la santé»⁶⁰⁶. L'objectif des programmes de divertissement éducatifs est de contribuer au changement social – processus consistant à modifier le système de comportement social dans une société

⁶⁰⁴ ONUSIDA, «Young People and HIV/AIDS» *UNAIDS Briefing Paper*, avril 1999, p. 10.

⁶⁰⁵ A. Singhal et E. Rogers, *Entertainment Education - A Communication Strategy for Social Change* (New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999), p. 9.

⁶⁰⁶ «Search of the Month», septembre 2000, www.jhuccp.org/info-to-go.

Travailler avec les jeunes Péruviens au centre pour les jeunes 'Futuro' de INPPARES⁶⁰⁷

Le Centro Juvenil «Futuro» de l'Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES) (Institut péruvien de paternité responsable), l'association de planification familiale au Pérou, s'efforce activement de dénoncer les informations inexactes que de nombreux jeunes ont sur la sexualité, les MST, la contraception et la conception, par exemple la croyance erronée selon laquelle il serait «impossible» pour une femme de devenir enceinte lors d'un premier rapport sexuel, croyance partagée par 79 % des adolescents interrogés. Le centre a dû faire preuve d'imagination pour venir à bout de ces mythes et atteindre les jeunes de façon efficace.

Il y a deux ans, le centre a commencé à offrir à ses jeunes des services de conseil sur l'Internet (www.inppares.org.pe/). Ce nouveau moyen de communication est attirant pour les jeunes, non seulement du fait qu'il s'agit d'une nouvelle technologie, mais aussi parce que leur identité est protégée. Le service Internet a aidé le Centre à maintenir un contact constant avec les jeunes dans les lycées et les universités dans l'ensemble du pays. À l'heure actuelle, le centre répond en moyenne à 80 demandes de renseignements par semaine, qui portent habituellement sur les préoccupations des jeunes et les questions qui se posent sur la sexualité et les méthodes contraceptives. En sus des services de conseil sur l'Internet, INPPARES a élaboré un CD-ROM interactif original qui informe les jeunes sur la transmission, le diagnostic et le traitement des MST/VIH. C'est un moyen confidentiel pour les jeunes de s'informer sur ce sujet délicat dont ils auraient du mal à parler avec des professionnels de la santé.

donnée. Ces changements peuvent intervenir au niveau de l'individu, de la communauté ou de la société. Six facteurs déterminent l'efficacité des divertissements éducatifs: les caractéristiques du public, les facteurs organisationnels, l'environnement médiatique, la recherche sur le public, les facteurs propres aux programmes et les facteurs infrastructurels⁶⁰⁸.

La campagne lancée au Sénégal pour atteindre les hommes a été axée sur la combinaison des avantages de l'approche éducation-divertissement, du projet de la ligne téléphonique directe en vue d'encourager les hommes à s'intéresser aux questions relatives à la santé familiale, en particulier la planification familiale, de l'information sur le VIH/sida et de l'aiguillage vers les services de santé de la reproduction. Elle s'est appuyée sur trois stratégies: le plaidoyer auprès des autorités religieuses (y compris les confréries musulmanes) et les décideurs (parlementaires), une campagne médiatique, et la mobilisation communautaire, ce dernier élément en collaboration avec les agents de santé communautaires. Les adolescents ont été approchés dans le cadre du projet pilote relatif à la ligne téléphonique directe, conjointement avec les services de planification familiale, et au moyen d'un concert de rap. Lors de celui-ci, pour mobiliser les jeunes autour du thème de la santé de la reproduction, une série de concours de musique, de poésie traditionnelle et de représentation théâtrale ont été organisés. Les adolescents ont été encouragés à écrire de chansons raps, des poèmes et des sketches sur les questions touchant à la santé

⁶⁰⁷ IPPF/WHR, «Working with Young Peruvians at the INPPARES 'Future' Youth Center», *Reaching Out*, printemps 2000.

⁶⁰⁸ A. Singhal et E. Rogers, *Entertainment Education*.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

de la reproduction, telles que les MST et le VIH/sida. Les représentants ou les artistes ont été informés sur les questions, ce qui leur a permis d'incorporer des messages pertinents dans leurs compositions personnelles. Les paroles des chansons de rap présentées par les adolescents ont pour finir donné lieu à un concert de rap qui a été annoncé à la radio. Tous les billets pour le concert ont été vendus et la participation a été bonne. Les recettes, jointes à l'appui du JHU/CCP, ont permis de financer la ligne téléphonique directe pour les jeunes. C'est un exemple de stratégie fondée sur les divertissements éducatifs utilisée en vue de financer une ligne téléphonique directe. Le recours aux chansons de rap a été un point fort de cette approche⁶⁰⁹.

En Haïti, la Fondation de santé reproductive et d'éducation familiale (FOSREF), en collaboration avec le Center for Development and Health (CDS), a lancé un projet intitulé «Youth Reproductive Health». Les activités du projet ont compris un jeu sur la responsabilité sexuelle, une chanson pour une vidéo musicale, trois messages radiophoniques, trois romans-photos et d'autres matériaux médiatiques. Un groupe de rap connu en Haïti a produit la chanson et la vidéo. La vidéo été diffusée sur la chaîne de télévision commerciale et une chanson a été diffusée régulièrement à la radio⁶¹⁰. La chanson est perçue par le public haïtien comme une chanson comme les autres du groupe et non comme une chanson spéciale ayant un message portant sur la santé. Tout le monde, en particulier les adolescents, connaissent les paroles.

Family Health Internationale et Ashe, une ONG jamaïcaine, travaillent à l'élaboration d'un programme novateur, «Preparing for the Vibes in the World of Sexuality» en utilisant le théâtre, la musique et d'autres techniques de communication pour renforcer l'autonomie des jeunes gens et les préparer à une vie sexuelle responsable⁶¹¹.

La commercialisation sociale

Les adolescents constituent un public cible important pour les efforts de commercialisation sociale (décrits de façon plus détaillée au chapitre VI). Une évaluation récente de campagnes de commercialisation sociale axées sur les jeunes en Afrique du Sud, au Botswana, au Cameroun et en Guinée révèle le temps et le travail nécessaires pour changer les comportements des adolescents. Les résultats de cette évaluation sont résumés dans l'encadré suivant.

⁶⁰⁹ Voir le site web www.jhuccp.org/info-to-go/enter-ed/index.stm.

⁶¹⁰ Ibid.

⁶¹¹ J. Senderowitz, «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health», p. 19.

Enseignements tirés du SMASH⁶¹²

Pour changer le comportement des adolescents, il peut être nécessaire de mener des activités de programme énergiques pendant au moins deux à trois ans. Les programmes de commercialisation sociale axés sur les jeunes dont la période d'intervention est courte (un an ou moins) sont peut-être à même d'améliorer les connaissances sur la santé de la reproduction, ce qui peut induire un changement de comportement, mais ils ont peu de chances d'avoir une forte incidence sur le comportement.

Les programmes de commercialisation sociale qui ciblent les jeunes sont très efficaces lorsqu'ils combinent judicieusement des activités de promotion médiatique et de communication interpersonnelle (face-à-face). Les approches interpersonnelles, telles que l'éducation par les pairs en petits groupes, sont extrêmement efficaces pour promouvoir le dialogue, mais leur portée est limitée si elles ne sont pas complétées par des activités médiatiques de grande envergure. Les programmes qui s'appuient sur les médias ont une capacité limitée de faire face aux préoccupations des jeunes et d'instaurer la confiance. Les programmes réussis combinent les deux approches.

Mieux comprendre les différentes préoccupations des jeunes hommes et des jeunes femmes dans le domaine de la santé en matière de sexualité pourrait vraisemblablement améliorer l'efficacité des interventions axées sur les adolescents. Les activités de programme et les messages peuvent être plus efficaces s'ils sont adaptés pour tenir compte des préoccupations des hommes et des femmes. Il faut que les deux sexes puissent entendre des messages cohérents pour que, par exemple, ils puissent se comprendre lorsqu'ils négocient l'utilisation de préservatifs.

La promotion de préservatifs pour la prévention des MST ou du VIH/sida nécessite des stratégies de communication élaborées avec soin en vue de réduire les stigmates liés à l'utilisation de préservatifs. La gageure pour les programmes qui encouragent l'utilisation de préservatifs par les jeunes gens est d'éduquer ceux-ci sur leur efficacité pour ce qui est de prévenir les maladies tout en les associant à des modes de vie positifs en vue de réduire les stigmates liés à leur utilisation.

Il est nécessaire de procéder à des évaluations en vue de mesurer les incidences des activités de programme. Les types de recherche qui utilisent un groupe témoin sont idéals mais pas toujours faisables. L'utilisation de questionnaires standard et d'un grand échantillon (par exemple 1000 personnes) peut améliorer ces types d'évaluation.

⁶¹² SMASH, "Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa".

Conclusion



Des changements considérables sont intervenus ces cinq dernières années dans les programmes qui se penchent sur le rôle des hommes dans le domaine de la population et de la santé en matière de reproduction et de sexualité, dont les plus remarquables sont les suivants:

- un bond dans les connaissances psychosociales sur les perceptions que les hommes ont des questions relatives à la sexualité et à la reproduction, leur processus de socialisation et son incidence sur les hommes et les femmes;
- l'utilisation d'une approche sexospécifique dans le domaine de la santé en matière de sexualité et de reproduction;
- la reconnaissance des besoins sanitaires et psychologiques personnels des hommes;
- la nécessité d'intégrer les MST/VIH/sida aux services de planification familiale;
- la nécessité de promouvoir les préservatifs en tant que méthodes de double protection contre à la fois les grossesses non désirées et les MST/VIH/sida;
- une visibilité et un engagement accrus pour ce qui est de mettre fin à la violence à l'égard des femmes, et des liens plus clairs avec la sexualité et le VIH/sida;
- un mouvement international des hommes mobilisant contre la violence;
- un mouvement visant à rapprocher les hommes de la maternité sans risques;
- l'étude de nouveaux modèles de la masculinité qui respectent pleinement les femmes.

Entre-temps, la prolifération des initiatives, notamment la modification des législations, les réseaux masculins progressistes, la formation des prestataires de services et les tentatives visant à donner aux jeunes hommes et aux garçons une éducation sexuelle, une formation antisexiste et des compétences en matière de règlement des conflits permettent de comprendre de façon plus précise quels sont les éléments essentiels nécessaires pour intégrer les hommes en tant que partenaires aux programmes de santé en matière de reproduction et de sexualité.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Il ressort de cet examen de la recherche et des programmes que le FNUAP et ses partenaires devraient continuer de s'intéresser à un certain nombre de domaines prioritaires afin de poursuivre les progrès faits dans le domaine du plaidoyer, de la recherche et de l'évaluation, comme indiqué ci-après:

Plaidoyer

En vue de créer des conditions propices au changement des rôles sexesociaux, le plaidoyer doit se dérouler aux niveaux international, national et local. Les activités de plaidoyer devraient s'attacher à:

- Faire en sorte que les personnalités au niveau de la communauté dans l'acceptation la plus large (pouvoirs publics, secteur privé, autorités religieuses, médias, milieu du spectacle) donnent leur adhésion aux partenariats égalitaires entre les hommes et les femmes. Les domaines prioritaires pour les campagnes de plaidoyer sont l'égalité entre les sexes, les besoins des hommes et des femmes dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité (au-delà de la planification familiale) et la cessation des pratiques nuisibles, dont la préférence pour les fils, les mariages précoces, les mutilations génitales féminines et la violence dans la famille.
- Adopter des lois, politiques et stratégies qui condamnent la violence, permettent aux hommes de prendre un congé de maternité et d'être plus près de leur femme et de leurs enfants depuis la conception jusqu'à l'éducation des enfants, et promouvoir un accès plus libre aux préservatifs. Mobiliser les organisations d'hommes, de femmes et de jeunes, ainsi que les prestataires de services en vue d'encourager les hommes à solliciter des services, y compris de conseil, contribuera à rendre les hommes plus à l'aise à leur place dans la « sphère privée ».
- Travailler avec les médias, les éducateurs et les prestataires de services en vue de promouvoir de nouveaux modèles masculins à émuler, de changer les normes qui tolèrent la violence et d'encourager la diversité.
- Une autre gageure est de réduire l'hostilité à l'encontre des hommes consentants qui dans leur vie privée ont des rapports sexuels avec des membres du même sexe. Une telle hostilité porte atteinte à la volonté des adolescents et des hommes de solliciter des services et de déclarer les symptômes du VIH/sida⁶¹³. Parmi les mesures que les donateurs peuvent prendre, il convient de mentionner la révision des lois qui sont discriminatoires à l'égard des hommes ayant des relations avec d'autres hommes et la fourniture d'un appui à l'organisation de la communauté autour des programmes de prévention.

La recherche

Des informations supplémentaires sont nécessaires sur les facteurs contextuels qui déterminent l'identité masculine et les relations entre les sexes dans toutes les régions, ainsi que sur les différents aspects des milieux à risque. Des recherches plus approfondies sont aussi nécessaires pour comprendre le comportement entre membres du même sexe et ses relations avec la prise de risques⁶¹⁴. Il y a aussi une pénurie d'information sur les sentiments des hommes à l'égard de

⁶¹³ UNAIDS, "AIDS and men who have sex with men", *AIDS Technical Update*, May 2000, UNAIDS Best Practices Collection, Geneva.

⁶¹⁴ UNAIDS, "AIDS and men who have sex with men".

Conclusion

la paternité, sur la façon dont ils font face à une grossesse et à un avortement spontané de leur partenaire ou à la mortalité/morbidité d'un de leurs enfants⁶¹⁵. D'autres questions restent toujours sans réponse, par exemple sur la façon dont les hommes perçoivent la santé de la reproduction et ce à quoi ils peuvent prétendre: comment les hommes perçoivent-ils leurs droits personnels, leurs privilèges et leurs responsabilités ? Quels sont selon eux les droits des femmes? Comment perçoivent-ils l'égalité des droits entre les hommes et les femmes?⁶¹⁶ Comment perçoivent-ils les pratiques néfastes et comment celles-ci peuvent-elles être éradiquées selon eux?

Diffusion de la recherche et élaboration d'une terminologie normalisée

Un corps de travaux publiés peu à peu analyse efficacement les causes de la violence en mettant l'accent sur l'inégalité des relations de pouvoir et les définitions dominantes de la masculinité, mais cette analyse n'a pas été suffisamment popularisée et elle n'est pas assez utilisée dans le cadre des efforts de prévention.

Bien que des notions telles que relations entre les sexes, hommes en tant que partenaires, masculinité, éducation sexuelle et double protection ne soient plus nouvelles et qu'elles aient été récemment adoptées dans le domaine de la population, les formulations concernant ces notions complexes restent fluctuantes et devraient être normalisées. Leur normalisation contribuerait à engendrer une communauté de vues à l'échelle mondiale.

Évaluation et indicateurs

On a grand besoin d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs standard pour évaluer rigoureusement les programmes axés sur les hommes. Les indicateurs qui sont élaborés devraient évaluer les évolutions concernant le comportement sexuel des hommes, le respect des choix de leur partenaire, la dynamique au niveau des couples, la quête de la santé et l'attention accordée à la santé de leur partenaire.

Partage de l'information

Le partage plus efficace de l'information demeure une question qui doit être renforcée et auquel il convient d'accorder une attention et un appui financier accrus. Les expériences novatrices menées dans les pays nordiques devraient être diffusées dans le monde entier. Une stratégie qui continue de porter ses fruits s'agissant de l'application du Programme d'action de la CIPD consiste à partager les résultats des recherches et les solutions à des problèmes communs et à reproduire les programmes réussis.

Ainsi, les centres régionaux d'échanges d'informations tels que la Facultad Latino Americana de Ciencias Sociales (FLACSO), les bureaux régionaux du Population Council et d'autres centres situés en Afrique et en Asie devraient bénéficier d'un appui accru d'organismes des Nations unies tels que ONUSIDA et le FNUAP.

⁶¹⁵ Personal communication from Wariara Mbugua, UNFPA, October 2000.

⁶¹⁶ R. P. Petchesky, "Conceptual Framework for IRRAG Research on Men", International Reproductive Rights Research Action Group, Phase II Study on Men's Sexuality, Rights and Personhood, April 1999, p. 3.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

L'Internet est un outil utile pour faciliter le transfert de connaissances, mais des problèmes de langue et de connectivité peuvent se poser. Il faudrait n'épargner aucun effort pour assurer l'accès des pays en développement aux sites existants et leur donner la capacité de publier leurs données d'expérience.

Forger de nouveaux partenariats dans les situations d'urgence et de conflit

Une collaboration plus étroite entre les gouvernements, les populations, les organisations de soins de santé et les organismes s'occupant des réfugiés et des secours dans la fourniture de services aux hommes et aux femmes dans des situations d'urgence contribuerait à renforcer les initiatives dans ce domaine. Ce type de partenariat enrichirait les connaissances générales sur les questions urgentes touchant à la reproduction et à la sexualité qui se posent dans les camps de réfugiés, les zones de guerre et dans d'autres situations d'urgence, ainsi que sur les stratégies les plus efficaces pour satisfaire les besoins dans de telles situations dans le domaine de la santé en matière de reproduction et de sexualité.

Renforcement des réseaux d'hommes sensibilisés au problème de la parité des sexes

Des réseaux nationaux, régionaux et même pour certains internationaux sont nés des différentes conférences consacrées à la participation des hommes qui se sont tenues au cours des cinq dernières années. Ces réseaux devraient être renforcés en vue de jouer un rôle dans le cadre des activités de plaidoyer décrites plus haut, de susciter un débat et de permettre aux hommes de s'approprier les questions et les solutions qui leur sont trouvées.

194

Comme l'a déclaré une spécialiste de la problématique hommes-femmes: « Il y a de nombreux hommes qui s'efforcent de mettre un terme aux différentes formes de violence à l'égard des femmes et des filles, des hommes qui remettent en question la définition des femmes en tant que propriété des hommes, qui remettent en question le patriarcat, ainsi que le type de masculinité sur lequel il est fondé. Nous devons en savoir plus sur ces hommes, les reconnaître et travailler avec eux. Nous devons élever nos fils afin qu'ils soient comme ces hommes»⁶¹⁷.

Le contenu du présent rapport témoigne du travail considérable qui a été accompli ces cinq dernières années par le FNUAP et d'autres organisations en vue de forger des partenariats avec les hommes. Les hommes souhaitent de plus en plus améliorer la qualité de leur vie familiale, être sains sur le plan de la sexualité et de la reproduction et établir des partenariats constructifs avec les femmes. Le domaine de la population a pris conscience du fait que la moitié de la population n'était pas prise en considération dans le cadre des questions touchant à la reproduction et à la sexualité. Le moment est venu de redoubler d'efforts pour corriger cette omission en étudiant les modèles, en examinant les stratégies et en évaluant la conception des programmes, tout en allant prudemment de l'avant en vue d'intégrer les hommes sans menacer la santé et les droits des femmes.

⁶¹⁷ R. F. Hayward, «Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women» [document présenté au Symposium mondial de l'OMS sur Violence et Santé, Kobe (Japon), 12-15 octobre 1999], in rapport final et document de fond de l'atelier de l'UNICEF sur le thème «Ending Gender Violence and Reaching Other Goals: What Do Men and

Bibliographie



Aganon, M.E. et al. «Population and Family Welfare Programmes at Enterprise level : The Philippine Experience». In *Population Education and Services in Enterprises*. FNUAP/OIT (INT/92/P77), 1994.

Agarwal, B. «Gender and Command over Property : A Critical Gap in Economic Analysis and Policy in South Asia». *World Development* 22, No 110 (1994) : 1455-78.

— «AIDS and the World II», Jonathan M. Mann et Daniel J.M. Tarantola (éd.), Oxford University Press, 1996.

Agence suédoise de développement international «Men's Voices, Men's Choices: Sexuality, Fatherhood and Male Identity in a Changing Society». Rapport d'un séminaire régional, Lusaka (Zambie), 1999.

Ajuwon, A. J. et al. «Sexual Coercion among Adolescents in Ibadan, Nigeria : The Perspectives of Males». Document présenté à la réunion régionale de Bureau régional de l'Afrique de l'OMS, Afrique du Sud, p. 27-29, septembre 2000.

Askew, Sue et **Carol Ross** *Boys Don't Cry : Boys and Sexism in Education*. Buckingham : Open University Press, 1998.

Avenido, S.G. « Member and Family Welfare Services Provided by the Associated Labour Unions/Trade Union Congress of the Philippines». Dans le rapport de l'OIT sur la Réunion consultative régionale sur les services sociaux d'ensemble pour les membres et leur famille dispensés par les organisations syndicales, Cebu, 23-27 avril 1996.

AVSC International «Men as Partners: Ideas from Four Continents». *AVSC News*. Printemps 1997.

— «Men as Partners Initiative: Summary Report of *Literary Review* and Case Studies». New York, 1997.

— «Men as Partners in Reproductive Health». Rapport d'atelier. Mombassa (Kenya), mai 1997.

— « Introduction to Men's Reproductive Health Services», New York, 2000.

AVSC International et IPPF/WHR *Five Case Studies Prepared for the Symposium on Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms*. Oaxaca (Mexique), octobre 1998.

— « Male Participation in Sexual and Reproductive Health: New Paradigms». *Literature Review* . Oaxaca (Mexique), octobre 1998.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- «Male Participation in Sexual and Reproductive Health : New Paradigms». Symposium Report. Oaxaca (Mexique), octobre 1998.
- Banakole, A. et S. Singh**, «Couple's Fertility and Contraceptive Decision-Making in Developing Countries: Hearing the Man's Voice», *International Family Planning Perspectives* 24, No. 1 (1998), p. 15.
- Banjós, N. et al.** « La promotion du préservatif comme contraceptif». *ANRS Information*, No. 19. (juillet/août 1996) : 47.
- Barker, Gary** «The Misunderstood Gender: Male Involvement in the Family and in the Reproductive and Sexual Health in Latin America and the Caribbean». Chicago: John D. et Catherine T. MacArthur Foundation, janvier 1996.
- « Boys in the Hood, Boys in the Barrio: Exploratory Research on Masculinity, Fatherhood and Attitudes toward Women among Low Income Young Men in Chicago, USA, and Rio de Janeiro, Brazil». Union internationale pour l'étude scientifique de la population (UIESP), Centro de Estudios de Poblacion (CENEP). Document présenté au Séminaire sur le thème «Family Men, Family Formation and Reproduction», Buenos Aires, 13-15 mai 1998.
- «Boys, Men and HIV/AIDS», document de synthèse d'ONUSIDA [deuxième version, Instituto Promundo, Rio de Janeiro (Brésil), janvier 2000].
- 196 | — «Exploratory Operational Definitions of Gender Equitable Behavior by Young Men», notes tirées de recherches doctorales, juillet 2000.
- Bauni, E. K. et B. O. Jarabi** «Family Planning and Sexual Behavior in the Era of HIV/AIDS: The Case of Nakuru District, Kenya». *Studies in Family Planning* (mars 2000).
- Bawah, Ayaga, A., et al.** «Women's Fears and Men's Anxieties: The Impact of Family Planning on Gender Relations in Northern Ghana». *Studies in Family Planning* 30, No. 1 (1999).
- Becker, Stan** «Couples and Reproductive Health: A Review of Couples Studies». *Studies in Family Planning* 27, No. 6 (1996), p. 291-306.
- «Measuring Unmet Needs: Wives, Husbands or Couples ?» *Family Planning Perspectives* 24, No. 94 (1999), p. 172-180.
- Becker, Stan et J. C. Robinson** «Reproductive Health Care: Services Oriented to Couples». *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 61, No. 3 (1998), p. 275-281.
- Beckman, L.**, «Communication, Power and the Influence of Social Networks in Couple Decisions on Fertility», in *Determinants of Fertility in Developing Countries*, vol. 2, R. A. Bulatao et al. éditeurs (New York, Academic Press, 1983), p. 415-443.
- Berer, Marge** «Men», *Reproductive Health Matters* 7 (mai 1997), p. 10.
- Bhalerao et al.**, «Contribution of the Education of Prospective Fathers to the Success of Maternal Health Care Programmes», *Journal of Postgraduate Medicine* 30, No. 1, 1984.
- Bilac, Elisabete D. et al.**, «The 'Family Man': Conjugalitv and Fatherhood among Middle-class Brazilian Men in the 1990s», Programme sur la reproduction humaine de l'OMS, Universidade Estadual de Campinas-Nucleo de Estudos de População, janvier 2000.

Bibliographie

Blanc, A. et al. , «Negotiating Reproductive Outcomes in Uganda», p. 214. Calverton (Maryland). Macro International, décembre 1996.

Bloem, P. «Los Hombres Jóvenes: un Panorama internacional». Document présenté au séminaire d'Amérique latine sur le thème «Working with young men: Health, Sexuality, Gender and Prevention», Queretaro (Mexique), 28-31 mars 2000, p. 17.

Brooks, M. «Men's Views on Male Hormonal Contraception». *British Journal of Family Planning* 24, No. 1 (avril 1998), p. 7-17.

Bruce, J. «Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework». *Studies in Family Planning* 21, No. 2 (1990), p. 61-69.

Calligos, J. C. «Sobre Heroes y Batallas: Los caminos de la identidad masculina», Escuela para el Desarrollo, Lima (Pérou) 2000, p. 50.

CARE «Strategies to Involve Men in Reproductive Health Care: From Farm Management to Family Management». *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library, 1990-1999, mai 1999.

Casterline, John Communication personnelle, Genève, 2000.

Cates, W. et **K. Stone** «Family Planning, Sexually Transmitted Diseases and Contraceptive Choice: A Literature Update, Part 1». *Family Planning Perspectives* 24, No. 2 (mars-avril 1992).

Cates, W. et al. «Dual vs. Dual(ing) Protection against Unintended Pregnancy and Sexually Transmitted Infections: What is the Best Contraceptive Approach?» Family Health International. Manuscript établi en vue d'être publié dans le *British Medical Journal*, 2000.

Cazes, Daniel «Work among Men in Latin America: Investigation and Practices, Results and Experiences». Document présenté au Séminaire sur les hommes, la formation de la famille et la reproduction, UIESP, Buenos Aires (Argentine), 13-15 mai 1998.

Centre pour le développement et les activités en matière de population (CEDPA), «Gender Equity: Concepts and Tools for Development», Washington, D.C., 1996.

— *Choose a Future! Issues and Options for Adolescent Boys: A Source Book of Participatory Learning Activities*. Washington D.C., novembre 1998.

Centerwall, E. « Sexuality Education for Adolescent Boys». Swedish Association for Sex Education, Suède, 1995.

Chikara, Florence T. «The Rôle of IEC in Reinforcing or Changing Gender Stereotypes and Promoting Gender Equality». In *Sexual and Reproductive Health and Rights of Women*. IPPF Discussion Paper, numéro 1, 1995.

Clark, Sam et al., «Increased Participation of Men in Reproductive Health Programmes», rapport établi pour le Ministère royal des affaires étrangères, Oslo (Norvège), 21 février 1999.

Coeytaux, Francine «Celebrating Mother and Child on the Fortieth Day: The Sfax, Tunisia, Postpartum Program». *Quality/Calidad/Qualité*, No. 1. New York. The Population Council, 1989.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Cohen, Sylvie I. et Doriz D'Cruz Grote, «Communication and Gender : Some Reflections Based on Experiences from UNFPA, UNICEF and UNAIDS». Intervention lors de l'atelier d'ONUSIDA sur la communication aux fins du changement de comportement et du changement social, tenu à Genève en août 2000.

Connell, R. W. «La Organización social de la masculinidad». In *Masculinidad/es, Poder y Crisis*, édité par Teresa Valdés et José Olavarría. Santiago: Isis Internacional, Ediciones de las Mujeres No. 24, 1997.

Cook, Rebecca J. «Gender, Health and Human Rights», *Health and Human Rights* (Harvard School of Public Health), 1, No. 4 (1995) p. 357 et 358.

CORIAC Affiches. Pour de plus amples renseignements, aller à : coriac@laneta.apc.org

Coulter, Angela «Paternalism or Partnership : Patients Have Grown Up – and There's No Going Back». *British Medical Journal* 319 (1999), p. 719.

Danforth, Nick et Cynthia P. Green, «Involving Men in Reproductive Health: A Review of USAID-Funded Activities», USAID Poptech Report No. 96-070050, avril 1997.

Danielson, R «Couple-Friendly Care: Paradigm for Reproductive Health Promotion». Document présenté à la réunion annuelle de la American Public Health Association, San Diego (Californie), novembre 1995.

Das Gupta, M. «Selective Discrimination against Female Children in Rural Punjab, India». *Population Review* 13, No. 1 (1987), p. 77-100.

Dixon-Mueller, Ruth «The Sexuality Connection in Reproductive Health», *Studies in Family Planning* 24, No. 5 (septembre-octobre 1993).

Douthwaite, M. «Male Involvement in Family Planning and Reproductive Health in Pakistan: A Review of the Literature». *Research Report* No. 7. Population Council, Islamabad (Pakistan), mars 1998.

Drennan, M. et al., «New Perspectives on Men's Participation», *Population Reports*, (Johns Hopkins University School of Public Health), series J, No. 46, octobre 1998.

Egero, Bertil «Considerations on Male Involvement». Présentation au Groupe consultatif du FNUAP sur la parité entre les sexes, New York, 23-25 mars 2000.

Erukhar, A. S. et B. S. Mensch «Gender Differences in Dating Experiences and Sexual Behaviour among Adolescents in Kenya». Document présenté à la 23e Conférence sur la population de l'Union internationale pour l'étude scientifique de la population, Beijing, 11-17 octobre 1997.

Ezeh, Alex et al., «Men's Fertility, Contraceptive Use and Reproductive Preferences». *Demographic and Health Surveys Comparative Studies*, No. 18. Calverton (Maryland). Macro International Inc., 1996.

Family Health International «Santé de la reproduction – responsabilités masculines». Network en français, Vol. 18, No.3 (printemps 1998). www.fhi.org/fr/network

Bibliographie

— «Tribune libre : Des raisons pour faire confiance aux préservatifs». Article condensé à partir de la monographie «The Latex Condom – Recent Advances, Future Directions». Network en français, Vol. 18, No 3 (1998). Révisé 8 octobre 1999. www.fhi.org/fr/network

Fapohunda, Bolaji et Naomi Rutenberg, «Expanding Men's Participation in Reproductive Health in Kenya» (Nairobi), African Population Policy Research Centre, 1999.

Fathalla, M «Reproductive Health: A Global Overview». *Annals of the New York Academy of Sciences*, 28 juin 1991.

Fawcus, Susan et al. «A Community-Based Investigation of Avoidable Factors in Maternal Mortality in Zimbabwe». *Studies in Family Planning* 27, No. 6 (1996), p. 319.

Figuroa Juan Guillermo, «Some Reflections on the Presence of Males in the Reproductive Process». Basé sur des présentations faites lors d'un Séminaire d'études sur la masculinité, University Programme of Gender Studies, Autonomous National University of Mexico (Figuroa et Liendro), 1994 ; et au Séminaire sur la fécondité et le cycle de vie de l'homme à l'ère de la baisse de la fécondité, IUSSP, Zacatecas, Mexico, 1995.

Finger, W. R., «Social Marketing Campaigns to Prevent AIDS Have Made Condoms Readily Accessible and Affordable», *Network* 18, No 3 (Family Health International, printemps 1998).

FNUAP,

«Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Africa», *Workshop Proceedings*, Addis Abeba (Éthiopie), 25-30 janvier 1997.

— «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Arab States», *Workshop Proceedings*, Rabat (Maroc), 24-28 novembre 1997.

— «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Asia and the Pacific», *Workshop Proceedings*, New Delhi (Inde), 22-26 novembre 1997.

— «Expert Consultation on Operationalizing Reproductive Health Programmes: Latin America and the Caribbean», *Workshop Proceedings*, Lima (Pérou), 3-7 novembre 1997.

— «Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications», 1998, p. 5.

— «Male Involvement in Reproductive Health: Incorporating Gender throughout the Life Cycle», *TSS Occasional Paper*, No 1, juin 1998.

— «The Sexual and Reproductive Health of Adolescents: A Review of UNFPA Assistance». *Technical Report* No. 43, 1998.

— Atelier thématique des SAT sur la participation des hommes à la santé de la reproduction, novembre 1998. Atelier thématique des SAT sur la participation des hommes à la santé de la reproduction, novembre 1998.

— «Implementing the Reproductive Health Vision - Involving Men in Reproductive Health», *Evaluation Findings*, issue 24 (juillet 1999), p. 5.

— «Ethics, Religion and Reproductive Health». Message électronique de Fatou Sarr Diop, janvier 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- «Legislative Commitments to Sexual and Reproductive Health and Rights: A Five-Year Review of the Cairo and Beijing Conferences in Latin America and the Caribbean». 2000.
- «Strengthening Reproductive Health Services for Adolescents in Latin America». *Project Summary*, juillet 2000.
- «Parents Handbook on Sexuality and Communication Skills». Family Life Education Programme in Ghana, 2000. www.siecus.org.
- «Vivre ensemble, dans des mondes séparés : Hommes et Femmes à une époque de changements». In *L'état de la population mondiale 2000*.

FNUAP et ECO, «The Role of Men in Population and Reproductive Health Programmes» [Bakou (Azerbaïdjan), 21-24 septembre 1998], *Conference Report*, juin 1999, p. 12 et 50.

FNUAP/Equipe de services techniques pour l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud, «Report of UNFPA Inter-country workshop adolescent Reproductive Health for East and South East Asia and the Pacific Island Countries» (Pattaya, 27 avril-3 mai 2000).

FNUAP/Equipe d'appui technique *Report of a Sub-regional Workshop on Access and Quality of Reproductive Health Services*, vol. 1. Addis Ababa, Ethiopie, 2-10 Octobre 1997.

FNUAP et PATH «Sexual Health». *Outlook* 16, No. 4 (février 1999), p. 7.

FNUPA et le Groupement des Associations Islamiques Nigériennes pour la Planification Familiale et la Promotion de la Femme en Islam (GAIPFI). *Islam, Population et Développement, Place de la Femme dans l'Islam, Islam et Santé de la Reproduction*, p. 5, 19-27. (Niamey) Niger, 1998.

Focus on Young Adults «Using Peer Promoters in Reproductive Health Programs for Youth». *Focus*, www.pathfind.org/focus.htm, décembre 1997.

— «Reproductive Health Programs for Young Adults: Outreach Programs», *Focus*, août 1998, www.pathfind.org/focus.htm.

— «Reaching Adolescents through Hotlines and Radio Call-in Programs». *Focus*, décembre 1999, www.pathfind.org/focus.htm.

Foreman, Martin, (éd.), *Men and AIDS: Taking Risks or Taking Responsibility?* (Londres : The Panos Institute et Zed books, 1998), p. 7.

Foumbi, J. et R. Lubovitch «The Role of Men in the Lives of Children: A Study of How Improving Knowledge about Men in Families Helps Strengthen Programming for Children and Women». UNICEF, 1er décembre 1997.

GAIPFI «Islam, population et développement, place de la femme dans l'islam, islam et santé de la reproduction». Niamey (Niger), 1998.

Greene, Cynthia «Reaching Young Men with Reproductive Health Programs». *Focus*, décembre 1998, www.pathfind.org/focus.htm.

Greene, Cynthia, et al. «Male Involvement in Reproductive Health, Including Family Planning and Sexual Health». *Technical Report* 28. FNUAP, New York, 1995.

Bibliographie

- «Involving Men in Reproductive Health: Policy Implications for Developing Countries». Document présenté à la American Public Health Association, New York, 1996.
- Greene, Margaret E.**, «The Politics and Practice of Involving Men in Reproductive Health», Center for Health and Gender Equity, Takoma Park (Maryland), 1999, p. 8.
- «The Benefits of Involving Men in Reproductive Health» (document présenté à la Association for Women in Development et à USAID en novembre 1999).
- Greene, Margaret E.** et **Ann Biddlecom**, «Absent and Problematic Men: Demographic Accounts of Male Reproductive Roles», *Population and Development Review* 26, No. 1 (2000), p. 96.
- Greene, Margaret E.** et **André Mayouya**, «Conceptual Frameworks and Data». Document présenté à l'atelier thématique des services d'appui techniques (SAT) du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998.
- Gupta, Geeta Rao** «Gender, Sexuality, and HIV/AIDS: The What, the Why, and the How», Communication en plénière, XIIe Conférence internationale sur le sida, Durban (Afrique du Sud), juillet 2000.
- Hawkes, Sarah** «Providing Sexual Health Services for Men in Bangladesh». *Sexual Health Exchange* 3 (1998), p. 14.
- «Why Include Men/Establishing Sexual Health Clinics in Rural Bangladesh», *Health Policy and Planning* 13, No. 2 (1998), p. 121-130.
- Hayward, Ruth Finney** «Needed: A New Model of Masculinity to Stop Violence against Girls and Women». Document présenté au Symposium mondial de l'OMS sur Violence et Santé, Kobe (Japon), 12-15 octobre 1999.
- Hein, C.** et al. *Population Education and Services in Enterprises. FNUAP/OIT (INT/92/P77)*, 1992.
- Heise, Lorie** «Violence, Sexuality and Women's Lives». In *Conceiving Sexuality: Approaches to Sex Research in the Postmodern World*, chap. 7. New York, Routledge, 1995.
- Heise, Lorie, Jacqueline Pitanguy et Adrienne Germain** «Violence against Women: The Hidden Health Burden». *Documents de travail de la Banque mondiale*, No. 255, 1994.
- Helzner, Judith** «Male Involvement in Reproductive Health», *Planned Parenthood Challenges* (IPPF), p. 5, 1996.
- Herdt, G.** «Sexual Cultures and Population Movement, Implications for AIDS/STDs». In *Sexual Cultures and Migration in the Era of AIDS: Anthropological and Demographic Perspectives*. Oxford: Clarendon Press, 1997.
- Hirsch, Jennifer S.** et **Constance A. Nathanson**. «Amor and Infidelidad: The STD/HIV Prevention Implications of Changing Ideas About Marriage and the Importance of Sexual Fidelity in Western Mexico». Document présenté à APHA, novembre 1999.
- Hull, T.H.** «Men and Family Planning: How Attractive is the Programme of Action?» (document présenté à la Psychosocial Meeting, New York, mars 1999).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

IPPF/WHR «Confronting Domestic Violence», *Forum* 14, No. 1 (janvier 1999).

— «The Flip Side: Involving Men in Sexual and Reproductive Health». *Forum* 14, no. 2 (décembre 1998): 4–5.

— «What is a Man?», *Forum* 14, No. 1 (janvier 1999).

— «Youth-Friendly Services», *Forum* 14, No. 2 (décembre 1999).

— BASTA! (printemps 2000): 7.

— «Working with Young Peruvians at the INPPARES 'Future' Youth Center». *Reaching Out* (printemps 2000).

International Research on Women Intervention en plénière, 12e Conférence internationale sur le sida, Durban (Afrique du Sud), juillet 2000.

Isiugo-Abanihe, Uche C., «Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men», *Studies in Family Planning* 25, No. 3 (1994), p. 150 et 151.

Janneke, H. H. M. et al., «Men's Attitudes Toward Vaginal Microbicides and Microbicide Trials in Zimbabwe», *International Family Planning Perspectives* 25, No. 1, 1999.

202

Johns Hopkins University Center for Communication Programmes *Reaching Men Worldwide: Lessons Learned from Family Planning and Communication Projects, 1986–1996*. Working Paper Series, no. 3, janvier 1997.

— "Better Together: A Report on the African Regional Conference on Men's Participation in Reproductive Health", avril 1997.

John Hopkins University School of Public Health "Promoting Male Methods and Men's Services". *Population Reports*, series M, no. 12, juillet 1994.

— "New Perspectives on Men's Participation". *Population Reports*, series J, no. 46, octobre, 1998.

— "Closing the Condom Gap". *Population Reports*, series H, no. 9, avril 1999.

— «Search of the Month», septembre 2000. www.jhuccp.org/info-to-go.

Johns Hopkins University/Population and Communication Services and Académie pour le Développement de L'Education (AED/SARA). "Les Hommes: partenaires-clés de la santé de la reproduction". Report of the First Conference of Francophone Countries on Male Involvement in Reproductive Health, Ouagadougou, Burkina Faso, 30 mars–3 avril 1998.

Karra, M. et al. «Male Involvement in Family Planning: A Case Study Spanning Five Generations of a South India Family». *Studies in Family Planning* 28, No. 1, mars 1997.

Kaufman, Michael «The Construction of Masculinity and the Triad of Men's Violence». In *Beyond Patriarchy: Essays by Men on Pleasure, Power and Change*, édité par M. Kaufman. Toronto : Oxford University Press, 1985.

— «Las experiencias contradictorias del poder entre los hombres», ISIS International, Chile 1997.

Bibliographie

- «Involving Men and Boys: A Necessary Step in Ending Violence against Women and Girls». Document présenté à la Conférence nationale de la Namibie sur les hommes contre la violence à l'égard des femmes, Windhoek (Namibie), 23-25 février 2000.
- «The Seven P's of Men's Violence». Publié dans le rapport final et document principal de l'atelier de l'UNICEF sur le thème «Ending Gender Violence and Reaching Other Goals: What Do Men and Violence Have To Do with it?» New York, 23 et 24 mars 2000.
- «Conflict Resolution: Finding Better Ways to Help Boys and Girls Solve Problems». Document établi pour la Section de l'égalité entre les sexes, du partenariat et de la participation de la Division des programmes de l'UNICEF, 31 mars 2000.
- «Positive Strategies with Boys to End Violence». Document établi pour la Section de l'égalité entre les sexes, du partenariat et de la participation de la Division des programmes de l'UNICEF, mars 2000.

Khadijat, L. Mojidi «Increasing Male Participation: Lessons from Mali, Kenya and Nigeria». In *Grassroots to Global Networks: Improving Women's Reproductive Health*. Document présenté à la Conférence sur les enseignements tirés du projet ACCESS (ACCESS Learned Conference), CEDPA, Washington D.C., 18 et 19 juin 1998.

Kim, Y. M. et D. Awasum «What Are the Particular Aspects of Counselling Male Family Planning Clients? A Case from Kenya». Document présenté à l'atelier de l'Équipe spéciale sur les hommes et la santé de la reproduction de l'American Public Health Association, novembre 1996.

Kimmel, Michael «Working towards Gender Equality: Where are the Men?» Presentation faite au Groupe de travail du PNUD sur les hommes et l'égalité entre les sexes, New York, 12 août 1999.

Kisekka, M. «Involving Men in Operationalizing Reproductive Health Programmes: Addressing Gender Based Issues», Consultation régionale du FNUAP, Afrique, Addis-Abeba (Éthiopie), 25-30 janvier 1997.

Ladjali, Malika «Gender Quality of Care: Common Approaches for Common Goals». OMS, Genève, 1998.

Laudari, Carlos «Gender Equity in Reproductive and Sexual Health». Document présenté à Rome, FAO/OMS/FNUAP novembre 1998.

Leach, F. «Gender Education and Training: An International Perspective». *Gender and Development* 6, No. 2 (1998), p. 9-18.

Leslie, J. et al. «Female Nutritional Status across the Life-span in Sub-Saharan Africa: Prevalence Patterns». *Food and Nutrition Bulletin* 18, No. 1 (1997), p. 20-43.

Le Vine, S. «Mothers and Wives in Gusii» in *Women of East Africa*, Chicago & London: University of Chicago Press, 1979.

Lutaol, Thomas et al., «Trends and Determinants of Contraceptive Use in Rakai District (Ouganda), 1995-1998», *Studies in Family Planning* 31, No 3 (2000), p. 217-227.

Magnani, Robert J. «The Impact of the Family Planning Supply Environment on Contraceptive Intentions and Use in Morocco», *Studies in Family Planning* 30, No. 2 (1999), p. 120-132.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

- Maharaj, Pranitha** «Prevention on Unwanted Pregnancy and HIV Infections: Perspectives of Young Men and Women», School of Development, Durban (sans date).
- Makhlouf, H. et F. Abdel Kader Ahmed**, «Husband's Rôle in Reproductive Health Survey», Cairo Demographic Center, Le Caire (Égypte), 1996.
- Marcham, Christina et al** «Dual Protection : Reappraising the Condom as Contraception». Département de la recherche sur la santé reproductive de l'OMS, octobre 1999.
- Mason, Karen O. et al.**, «The Husband's Role in Determining Whether Contraception is Used: The Influence of Gender Context in Five Asian Countries». Document présenté à l'IUSSP, Buenos Aires (Argentine), 13-15 mai 1998.
- Matalama, M. I.** «Gender-Related Indicators for the Evaluation of Quality of Care in Reproductive Health Services», *Challenges in Reproductive Health Matters* 6, No. 11 (mai 1998), p. 10-21.
- Mbizvo, M. et M. Basset, M** «Reproductive Health and AIDS Prevention in Sub-Saharan Africa : The Case for Increased Male Participation», *Health Policy and Planning* 11, No. 1, 1996.
- Mensch, Bruce S. et Margaret E. Greene** «The Uncharted Passage: Girl Adolescence in the Developing World». Population Council, 1998.
- Messersmith, Lisa J. et al.**, «Who's at Risk? Men's STD Experience and Condom Use in Southwest Nigeria», *Studies in Family Planning* 31, No 3 (2000), p. 203-216.
- Mohiddin, A.** «Partnership: A New Buzz-word or Realistic Relationship? Africa and Partnership On-line (Society for International Development) 41, No. 4, 1998.
www.sidint.org/publications/development/vol.41/no4/41-4b.htm
- Moore, Henrietta** *Feminism and Anthropology* (Cambridge: Polity Press, 1988).
- *Identity: Personal and Socio-cultural*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International, 1998.
- Muhwava, W. et N. Matinhure**, «Awareness and Perceptions of STD/HIV/AIDS and Spousal Communication: Opportunities for Behaviour Change» (à paraître, Projet 97908F, appuyé par l'OMS/HRP, Université du Zimbabwe, Centre for Population Studies, Harare).
- Mundigo, Axel** «Determinants of Unsafe Induced Abortion in Developing Countries». Document présenté lors de la Réunion sur la satisfaction des priorités et des besoins dans le domaine de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité, OMS, Genève, 28 et 29 août 2000.
- Muñoz, Norori V. et J. Muñoz Lopez** «Conceptualizing Masculinity through a Gender-Based Approach», *Sexual Health Exchange* 1998, No. 2, p. 3-6.
- Murray, Christopher J. L. et Alan D. Lopez, éd.**, *The Global Burden of Disease*, Global Burden of Disease Series, vol. 1. Boston: Harvard University Press, 1996.
- Muzskat, Malvina et al.**, «When Three Is Better Than Two», OMS/HRP, Universidade Estadual de Campinas-Nucleo de Estudos de População, janvier 2000.
- Nash, Herndon** «Les hommes ont une influence sur l'utilisation des contraceptifs». Network en français, Vol. 18, No.3 (printemps 1998). www.fhi.org/fr/network

Bibliographie

- Ncube, J.** «Sex : The Shocking Truth». *Drum* [Durban (Afrique du Sud)], 13 juillet 2000.
- Ndong, Isahiah** et al., «Men's Reproductive Health: Defining, Designing and Delivering Services», *International Family Planning Perspectives* 25, supp., 1999, p. 53.
- Neaz, A.** «Converting Bangladesh's Influential Religious Leaders». *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.
- Nelson, K. E.** et al., «Changes in Sexual Behaviour and a Decline in HIV Infection among Young Men in Thailand», *New England Journal of Medicine* 335, No. 5 (1996), p. 297-303.
- Ngom, Pierre** «Men's Unmet Need for Family Planning: Implications for African Fertility Transitions», *Studies in Family Planning* 28, No. 3 (1997), p.192-202.
- Nnko, S. E. A.** «Risk Behaviours of Male Adolescents in Tanzania: Motives and Patterns of Their Sexual Relationship». Document présenté à la réunion régionale de l'OMS/ONUSIDA pour l'Afrique, tenue à Prétoria (Afrique du Sud), 27-29 septembre 2000.
- Noel-De Bique, D.** «The Caribbean: NGO Partnerships for Advancing Male Responsibility in Implementing the Goals of the ICPD». In *HERA: Health, Empowerment, Rights & Accountability, Confounding the Critics: Cairo, Five Years On*. Rapport sur la conférence, Coyococ, Morelos (Mexique), 15-18 novembre 1998.
- Nzioka, Charles** «Male Participation in Decision-Making on Family Planning and Modern Contraceptive Use in Kenya». Rapport soumis à la composante stratégique sur la recherche, le développement et la formation à la recherche dans le domaine de la reproduction humaine, OMS 2000.
- «Obstacles in Managing the Dual Risks of Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections Among Young Men in Kenya». Document présenté à la réunion régionale de l'OMS/ONUSIDA pour l'Afrique, tenue à Prétoria (Afrique du Sud), 27-29 septembre 2000.
- O'Brien, Jon** «Men and Family Planning: So, What Did They Talk About?» *Reproductive Health Matters*, No. 3 (1994), p. 101.
- OIT** «Lessons Learned from UNFPA/OIT Programmes about Reaching Men», p. 5. Sans date.
- OMS** «Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health Used in the Regional Office for Europe», mars 1999.
- «Management and Care of Women Victims of Violence». Atelier d'orientation, (Kigali) Rwanda, 11-14 février 1997. WHO/HSC/PV1/99.8, 1999.
- OMS/HRP**, «Men in Nepal Ignoring Risks from Unprotected Casual Sex», *Social Science Research Policy Briefs*, series 1, No. 2, octobre 1999.
- «Improved Services and Counselling Reduce Risk-Taking Behaviour and Increase Condom Use in Shanghai, China», *Social Science Research Policy Briefs*, series 1, No 3, juin 2000, p. 5.
- OMS/ONUSIDA/FNUAP** Déclaration conjointe de politique générale OMS/ONUSIDA/FNUAP: «Dual Protection against Unwanted Pregnancy and Sexually Transmitted Infections, including HIV», 1999.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

ONUSIDA «AIDS and MEN who Have Sex with Men», AIDS Technical Update, UNAIDS Best Practices Collection, 2000.

— «AIDS and the Military», UNAIDS Point of view, Best Practices Collection, 1998.

— «Communication Framework for HIV/AIDS: A New Direction». Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida et Université d'État de Pennsylvanie, 1999.

— «Impact of HIV and Sexual Health Education on the Sexual Behaviour of Young People: A Review Update», 1997.

— «Prisons and AIDS», UNAIDS Point of view, Best Practices Collection, 1997.

— «Report of a Workshop on Planning for Gender and AIDS Mainstreaming». Genève, 14-17 juin 1999.

— World AIDS Campaign, 2000. www.UNAIDS/World.

Organisation des Nations Unies «Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement». Le Caire, 5-13 septembre 1994. A/CONF.171/13, 18 octobre 1994.

— «Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes». Beijing, 4-15 septembre 1995. A/CONF.177/20, 17 octobre 1995.

206 | — «Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement». A/S-21/5/Add.1, 1er juillet 1999.

— «Preliminary Analysis of the Beijing + 5 Outcome Document». Division des femmes. www.un.org/Womenwatch/daw/followup/analysis.htm.

Osama, S. «Addressing the Gender Dimension Involving Men with Special Reference to Sudan». In *Operationalizing Reproductive Health Programmes: Report of Workshop*, p. 20 et 21. FNUAP, Consultation régionale pour les États arabes, Rabat (Maroc), 24-28 novembre 1997.

PATH « Involving Men in Reproductive Health», *Outlook* 14, No. 3 (1997), p. 1.

Pathfinder «Promoting Reproductive Health for Young Adults through Social Marketing and Mass Media: A Review of Trends and Practices», p. 2-6. Focus on Young Adults, Research Series, 16 juillet 1997.

Petchesky, Rosalind P. «Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping and International Practice». Document présenté à la conférence *Reconceiving Sexuality*, Rio de Janeiro, 14 avril 1996.

— «Conceptual Framework for IRRAG Research on Men». International Reproductive Rights Research Action Group. Phase II Study on Men's Sexuality, Rights and Personhood, avril 1999.

Pfannenschmidt, S., et al. «Through a Gender Lens». Washington, DC: Agence internationale de développement des États Unis (USAID), octobre 1997.

Population Council «Male Community-Based Development Agents Effective at Reaching Men with Family Planning Message». *African Alternatives* 2, No. 1 (août 1995) p. 6.

Bibliographie

- «Male Involvement in Family Planning: A Challenge for the National Programme Workshop». *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library 1990-1999, juin 1996.
 - «Case Studies from India Examine the Status of Men as Supportive Partners in Reproductive Health». News Release [études de cas du projet «Halting AIDS on the Highway», Atanu Majumbar, Bhoruka Public Welfare Trust, Calcutta (Inde)], 8 août 2000. www.popcouncil.org/news%5Fviews/menaspartnersrls.htm .
 - «Integrating Men into the Reproductive Health Equation: Acceptability and Feasibility in Kenya», The Robert H. Ebert Program on Critical Issues in Reproductive Health, 2000.
 - «Male Circumcision and HIV/AIDS: Directions for Future Research». *Reproductive Health and Family Planning*, Horizons, juin 2000.
 - «Meeting Women's Health Care Needs after Abortion». *Frontiers in Reproductive Health Brief*, No. 1, août 2000.
 - *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rethoric to Reality*, édité par Raju Saraswati et Ann Leonard. South and East Asia Regional Office, 2000.
 - «Perception of Male Members about Reproductive Health Matters: Preliminary Evidence from a Tribal Area of Gujarat». In *Men as Supportive Partners in Reproductive Health: Moving from Rethoric to Reality*, édité par Raju Saraswati et Ann Leonard. South and East Asia Regional Office, 2000.
 - Seminar on Male Involvement in Reproductive Health: Summary of Research Findings and Future Directions, Alexandrie (Égypte), Population Council Asia and Near East Operations Research and Technical Assistance Project, 4 et 5 mai 1998.
 - The Tostan Story: Breakthrough in Senegal Ending Femala Genital Cutting». *Frontiers in Reproductive Health*, juillet 2000. www.popcouncil.org/rhfp/tostan.html.
- Population Council / Inopal III** «Introduction of Multimedia as an Information Tool for Sexual and Reproductive Health Education». *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library 1990-1999. Lima (Pérou), 29 octobre 1998.
- Pulerwitz, J.** «Involving Men in HIV/AIDS and Reproductive Health Programmes». Présentation des résultats du projet *Horizons* à la réunion de l'organisation MotherCare sur les comportements clés dans le domaine de la santé et la survie maternelle. Washington D.C., mai 2000.
- Ransom, Elizabeth** «Men's Roles in Women's Health and Safer Motherhood». Document présenté à la Population Association of America, 2000.
- Reproductive Health Outlook**, septembre 2000. www.rho.org/html/menrh_progexamples.htm.
- Reyes, H.** «Relevance of Condoms in Prisons». Document présenté à la Conférence sur les services de santé correctionnels, Australie, novembre 1997. www.icrc.org.
- Ringheim, Karin** «Male Involvement and Contraceptive Methods for Men, Present and Future» (document présenté à la session de l'American Public Association intitulée «Toward Gender Partnership in Reproductive Health», novembre 1996).

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

— «Reversing the Downward Trend in Men's Share of Contraceptive Use», *Reproductive Health Matters*, 1999.

Rix, D. «Male Sexual Education in a Danish Perspective». *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

Robey, B. et **M. Drennan** «Des enquêtes montrent que les hommes sont très intéressés par la planification familiale», *Network en français* Vol. 18, No. 3 (Family Health International, printemps 1998) www.fhi.org/fr/network.

Rogow, D. et **S. Horowitz** «Withdrawal: A Review of the Literature and an Agenda for Research». *Studies in Family Planning* 26, No. 3 (1995), p. 140.

Rosenzweig, R. et al. «Male Involvement, Couple-Friendly Care, Relationship Awareness, and Gender Partnership in Reproductive Health». Document présenté à la American Public Health Association, novembre 1996.

Ross, John A. et **Elizabeth Frankenberg** «Findings from Two Decades of Family Planning Research», Population Council, New York, 1993.

Roudi, F. et **L. Ashford** «Men and Family Planning in Africa», Population Reference Bureau Chartbook of DHS Data, Washington D.C., 1996.

Sadik, Nafis «Human Rights and Global Needs: Ethical Considerations in Population Policies». Déclaration faite au Symposium CORDAID, Pays-Bas, janvier 1988.

Sathar, Zeba et **John B. Casterline** «The Onset of Fertility Transition in Pakistan», document de travail No 112, Population Council, New York, 1998.

Senderowitz, J. «A Review of Program Approaches to Adolescent Reproductive Health» (version provisoire), USAID / G / PHN, 2000.

Severo, C. et al., «Factories, Port Authorities and Vineyards: Why Do They Care? Enterprise-based Distribution of Family Planning Services in Madagascar: Results of the First 18 Months». Document présenté à l'American Public Health Association, 1997.

Shepard, Bonnie «Masculinity and the Male Role in Sexual Health». *Planned Parenthood Challenges* 2, 1996.

Sherris, J. D. «Contraceptive Social Marketing: Lessons from Experience». *Population Reports*, series J, No. 30, Programme d'information en matière de population de l'École de santé publique de l'Université Johns Hopkins, juillet/août 1995.

Silberschmidt, Margarethe «Rethinking Gender Relations: An Investigation of Men, Their Changing Roles within the Household and the Implications for Gender Relations in Kissii District, West Kenya». In *CDR Research Report* No. 16. Copenhague : Centre for Development Research, 1991.

Singhal, A. et **E. Rogers** *Entertainment Education: A Communication Strategy for Social Change*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1999.

Social Marketing for Adolescent Sexual Health (SMASH) «Results of Operation Research in Botswana, Cameroon, Guinea, South Africa». Measure Communication Reports, juin 2000, www.Measurecommunication.org/factsheets/smash/program_lessons.htm.

Bibliographie

Soto J. C. et A. F. Alvarado «Salud Sexual y Reproductiva en Jóvenes Indígenas de las Principales Etnias de México», IMSS-Solidaridad, 2000, Mexique.

Steele, C. et al. «The Language of Male Involvement: What Do You Mean by That?» Populi, novembre 1996.

Stölen, Kristiane «Gender Sexuality and Violence in Ecuador» [document présenté au Nordic Symposium on Gender and Social Change in the Third World (Symposium nordique sur la problématique hommes-femmes et le changement social dans le tiers-monde), Ganavolden (Norvège)], 1990.

Tawab, N. A. et al. «Effects of Husband Involvement on Post-abortion Patients' Recovery and Use of Contraception in Egypt». Population Council Operations Research/Technical Assistance Project and the Egyptian Fertility Care Society, 1997.

Thuo, Margaret «Male Involvement and Participation in Reproductive Health in Uganda: Summary of the Research Findings». Équipe d'appui au pays du FNUAP, Addis-Abeba, 1999.

Tolbert, K. et al. «Improving Reproductive Health of Couples: Men, the Ignored Partners». *Frontiers in Reproductive Health*, Electronic Library, 1990-1999, Population Council, 1998.

Toro, H. et al. «Male Involvement: Regional Specificities». Document présenté à l'atelier thématique des services d'appui techniques (SAT) du FNUAP sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction, Rome, 9-13 novembre 1998.

Touré, Lalla « Male Involvement in Family Planning: A Review of the Literature and Selected Programme Initiatives in Africa». USAID/HHRA, novembre 1996.
www.usaid.gov/regions/afr/hhra/male.

Tweedie, Ian « Walking the Stereotype Tightrope: Lessons Learned from Communication Approaches to Men's Participation in Zimbabwe». Rapport de la réunion sur le thème 'Changing Communication Strategies for Reproductive Health and Rights'. The Health and Development Policy Project, Population Council, Washington D.C., 10-11 décembre 1997.

UNICEF «Men in Families». 1995.

— «What is the Life Skills Approach?» «Teachers Talking», septembre 2000.
www.unicef.org/teachers/teacher/lifeskil.htm.

Upadhyay, U. D. et Robey, B., «Why Family Planning Matters», *Population Reports*, series J, No. 49, Baltimore (Maryland), Population Information Program, Johns Hopkins University School of Public Health, 1999.

Valdés, T. et J. Olavarría «Ser hombre en Santiago de Chile: a pesar de todo, un mismo modelo». In *Masculinidades y equidad de género en América Latina*, édité par T. Valdés et J. Olavarría. FLACSO, FNUAP, Santiago, 1998.

Van Dam, J. et M. C. Anastasi «Male Circumcision and HIV/AIDS: Directions for Future Research», rapport d'une réunion tenue à Washington D.C. , Population Council, juin 2000.

Varga, C. A. «The Forgotten Fifty Percent: A Review of Sexual and Reproductive Health Literature on Boys and Young Men in Sub-Saharan Africa». Document présenté à la réunion régionale de l'OMS pour l'Afrique à Prétoria (Afrique du Sud), 27-29 septembre 2000.

Faire des hommes des partenaires:
Nouvelle approche à l'égard de la santé en matière de sexualité et de reproduction

Villareal, M. «Construction of Masculinity(ies): Implications for Sexual and Reproductive Health». Document présenté à l'atelier thématique des SAT sur la participation des hommes aux programmes et services de santé en matière de sexualité et de reproduction. FNUAP, Rome, 9-13 novembre 1998.

Wall, Lewis, L. «Dead Mothers and Injured Wives: The Social Context of Maternal Morbidity and Mortality among the Hausa of Northern Nigeria». *Studies in Family Planning* 29, No. 4 (1998), p. 341.

Wegner, M. N. et al. «Men as Partners in Reproductive Health: From Issues to Action». *International Family Planning Perspectives* 24, No. 1, mars 1998.

Wilkinson, David John et al. «Using the Newspaper to Disseminate Vasectomy Information in Kenya». *Knowledge into Action: A Guide to Research Utilization* 14, No. 2 (1993-1994), p.165.

Wolf, B. et al., «The Role of Couple Negotiation in Unmet Need for Contraception and the Decision to Stop Childbearing in Uganda», *Studies in Family Planning* 31, No. 2 (2000), p. 124-137.

Wouters, A. Rapport de visite en Zambie, Équipe d'appui du FNUAP à Harare (Zimbabwe), 15 janvier 1999.

Yinger, Nancy «Unmet Needs for Family Planning: Reflecting Women's Perceptions». In *Reproductive Health Effects of Gender-Based Violence Policy and Programme Implications*. FNUAP, New York, 1998.

Yinger, Nancy et **Elaine Murphy** «Illustrative Indicators for Programming in Men and Reproductive Health». Projet présenté à la session plénière du Groupe de travail interorganisations sur la parité entre les sexes le 6 octobre 1999.