

Lorsque le client est un homme: la relation client-prestataire du point de vue de la sexospécificité

La relation client-prestataire se définit comme la communication verbale et non verbale qui intervient entre le personnel d'un programme de soins de santé et les personnes en quête d'information ou de services. La relation client-prestataire de qualité supérieure est l'un des buts poursuivis par un mouvement mondial qui place le planning familial et la santé génésique dans le contexte des droits humains.¹ Dans cette perspective, la réponse aux besoins du client, plutôt que l'atteinte d'un résultat démographique ou autre, est l'objectif principal.

Les éléments essentiels d'une bonne relation client-prestataire sont le traitement respectueux du client (y compris le respect de son droit à la confidentialité et au caractère privé de sa démarche), le respect du droit de la femme de prendre elle-même les décisions concernant son corps, le choix volontaire et éclairé, et l'incorporation d'une perspective sexospécifique.² Les directives actuelles quant à la relation client-prestataire présument généralement que «le client» est une femme. Il existe peu de données empiriques concernant la question de savoir comment et pourquoi la relation client-prestataire devrait être modifiée lorsque «le client» est un homme ou un couple comprenant un homme et une femme. A travers l'examen de la littérature et des données empiriques disponibles, cet article met en évidence les aspects positifs et les pièges potentiels de la relation client-prestataire lorsque le client est un homme. Quelques suggestions pour la formation des prestataires sont également proposées en vue de maximiser les avantages et de réduire les risques.

PARTICIPATION MASCULINE: POURQUOI?

La Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement (CIPD) a lancé un appel aux organisations qui avaient jusque là offert leurs services de planning familial et autres prestations de santé génésique aux femmes, à engager la participation active des hommes dans leurs programmes, pour le bénéfice ultime des deux sexes. Les défenseurs de la santé de la femme et les féministes avaient d'abord redouté que l'implication des hommes ne détourne des ressources dont bénéficieraient sinon les femmes et n'empiète sur leur liberté génésique. Leurs craintes se sont toutefois amoindries face à l'évidence croissante, sous l'effet de l'épidémie du VIH, que la santé génésique de l'individu dépend largement d'un acte de nature relationnelle entre deux personnes. La considération de ces relations en tant qu'élément central des programmes et services de santé génésique est désormais généralement reconnue comme utile et nécessaire. La Campagne mondiale contre

le sida du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) s'est concentrée, en 2000 et 2001, sur la participation des hommes, surtout jeunes. L'organisation attribue plus de 70% des infections au VIH aux relations hétérosexuelles, et 5 à 10% aux relations homosexuelles entre hommes.³ Selon Peter Piot, directeur d'ONUSIDA: «Les hommes ont un rôle essentiel à jouer dans la réduction de la transmission du VIH. Ils ont le pouvoir de changer le cours de l'épidémie du sida».⁴

En fait, comme l'a observé le Population Council dans une étude parmi les organisations non gouvernementales (ONG) prestataires de services de santé génésique en Inde, de nombreux prestataires ont intégré les hommes à leurs services, non sous l'effet des recommandations de la CIPD ou d'ONUSIDA, mais plutôt dans le cadre d'un «processus évolutif», reconnaissant que «l'amélioration de la santé génésique des femmes ne pourrait être que limitée sans le soutien et la participation active des hommes».⁵ Cela sans compter que les femmes taisent de moins en moins leur impuissance à adopter les changements recommandés par le prestataire pour la protection de leur propre santé:

«Pourquoi ne dites-vous pas vous-même aux membres de ma famille ce que je devrais manger [pendant ma grossesse]? Si je me mets à manger ce que vous me conseillez, mon mari et ma belle-mère me battront».—*Femme d'Ahmedabad, Inde*⁶

Au Pakistan, en réponse aux conseils donnés à l'occasion d'un séminaire sur la maternité sans risques, les femmes ont souligné que, bien que mieux informées, elles ne disposaient ni de l'autorité, ni des ressources financières indispensables à l'action. Les hommes sont maîtres de la décision d'obtenir des soins de santé, de même que de l'argent nécessaire à leur obtention.⁷ Ce plaidoyer des femmes a mené, dans de nombreux pays, à l'élaboration de programmes visant la participation masculine qui soient «réalistes» et qui, tout en reconnaissant l'autorité de l'homme au sein de la famille, cherchent à en influencer l'usage au profit de la femme tout autant que de l'homme.

INTRODUIRE UNE PERSPECTIVE SEXOSPÉCIFIQUE

«Faire participer les hommes» veut souvent dire les inclure dans les séances de conseil, seuls ou avec leur partenaire féminine. L'introduction d'une perspective sexospécifique dans les relations client-prestataire qui inclut une participation masculine implique plusieurs éléments.

Selon Raju et Leonard: «Le processus d'invitation de l'homme doit être envisagé avec prudence pour éviter surtout d'affaiblir les droits souvent précaires de la femme quant

Par Karin Ringheim

Karin Ringheim est responsable senior pour le Program for Appropriate Technology in Health, Washington, DC.

**Il incombe dès
lors au
prestataire de
considérer les
inégalités
sexuelles et
sociales entre
les hommes et
les femmes qui
affectent la
santé
génésique...**

au contrôle de son propre corps et à la prise de ses propres décisions. Si les hommes participent sous l'effet de la demande des femmes, on assistera à un glissement du modèle social initié et régi par les femmes elles-mêmes. Cependant, il ne faut surtout pas oublier que ce qu'il importe de protéger à tout prix est le droit de chaque femme de décider, avec ou sans explication, de ne pas impliquer son partenaire, s'il tel est son choix.⁸

Parallèlement, sous l'effet de la concentration historique sur les services destinés aux femmes, le besoin des hommes en matière d'information et de services de santé génésique a été négligé, au détriment, souvent, des deux sexes. Les hommes sont souvent moins informés que les femmes sur les questions d'anatomie et de physiologie, tout en étant moins disposés qu'elles à admettre leur ignorance. Une enquête menée en Inde⁹ et une étude d'intervention au Pakistan¹⁰ ont chacune documenté que même les hommes éduqués n'étaient guère instruits sur les questions de santé génésique. Les hommes ont droit, autant qu'ils en ont besoin, à une information sur la santé génésique et aux services afférents.

Il incombe dès lors au prestataire de considérer les inégalités sexuelles et sociales entre les hommes et les femmes qui affectent la santé génésique, ainsi que le moyen de satisfaire les besoins d'information et de services des hommes sans pour autant réduire l'attention accordée aux femmes. Il s'agit, certes, d'un processus complexe. La relation client-prestataire de qualité avec les clients de sexe masculin s'efforce d'assurer la promotion de l'équité entre les sexes au profit des hommes comme à celui des femmes. Il répond aux besoins des hommes tout en se concentrant principalement sur les questions qui sont prioritaires pour les femmes. Bien que le conseil des couples puissent stimuler une communication positive au sein de leur relation, il est des cas où les hommes et les femmes sont mieux servis par une interaction individuelle avec le prestataire.

Les relations client-prestataire à tous les niveaux de la santé génésique peuvent bénéficier d'une attention aux questions sexospécifiques. Cet article se penche sur les relations client-prestataire avec les hommes dans les domaines du planning familial, de la prévention de la violence, des soins suite à un avortement et de la maternité sans risques.

Planning familial

Parmi ces quatre secteurs de la santé génésique, le planning familial se distingue comme celui jouissant de la plus grande expérience en termes de participation d'une clientèle masculine. L'inclusion des hommes dans les programmes et services est de plus en plus courante depuis une dizaine d'années, et la littérature abonde sur l'implication des hommes et la communication entre partenaires. Il n'existe pourtant que peu de données empiriques sur la transformation de la dynamique de la relation en présence d'un client de sexe masculin.

Des observations existent qui font état d'un certain biais

de la part prestataires à l'encontre des clients masculins.¹¹ Ils les mettent mal à l'aise et leur donnent l'impression d'être malvenus,¹² omettent de leur donner une information exacte sur les méthodes contraceptives masculines telles que la vasectomie,¹³ et violent leurs droits au caractère confidentiel et privé de leur démarche.¹⁴

Les faits indiquent toutefois aussi que lorsque les hommes participent aux séances de conseil avec les femmes, ils reçoivent plus que leur part d'attention. Au Kenya, une analyse de séances de conseil incluant des femmes, des hommes et des couples a révélé que les hommes étaient beaucoup plus susceptibles que les femmes de poser des questions et de contribuer au dialogue. Les séances impliquant les hommes seuls et les couples duraient plus de deux fois plus longtemps que celles limitées aux femmes. Côté positif, en présence des deux partenaires, les prestataires encourageaient une plus grande communication au sein des couples, ainsi que la prise de responsabilité des hommes vis-à-vis du planning familial.¹⁵ Malheureusement, toutefois, ils rejetaient ou ignoraient aussi la participation des femmes 28% du temps, alors qu'ils répondaient toujours favorablement aux commentaires et aux questions des hommes.¹⁶ Ce traitement préférentiel peut être dû, en partie, à la nouveauté des consultations destinées aux hommes. Les chercheurs n'en concluent pas moins que les prestataires kenyans accordaient de meilleurs soins aux hommes qu'aux femmes. Ces conséquences non intentionnelles de l'implication des partenaires masculins soulignent le besoin de sensibilisation des prestataires à la dynamique des sexes, tant entre les partenaires qu'entre le client et le prestataire. Les chercheurs préconisent une formation des prestataires qui encourage les femmes à s'exprimer et qui assure l'écoute et la résolution de leurs questions.¹⁷

La vasectomie est une option contraceptive viable mais sous-utilisée par ceux qui ont atteint le nombre d'enfants désiré. Il n'existe que trois pays au monde*—parmi eux, aucun en voie de développement—où le nombre de vasectomies est égal ou supérieur à celui des stérilisations féminines,¹⁸ et ce en dépit du fait que la vasectomie est une procédure plus simple, plus sûre et moins onéreuse. Les efforts de formation de promoteurs masculins du planning familial et les observations des relations client-prestataire au Bangladesh et en Inde démontrent que les prestataires masculins aussi bien que féminins partagent les partis pris de leurs clients à l'encontre de la vasectomie: ils sont susceptibles d'indiquer à leurs clients que la vasectomie est cause d'impuissance et que, contrairement à la réalité, la procédure est plus risquée et plus chère que la stérilisation féminine.¹⁹ Les prestataires et les clients masculins peuvent donc partager la croyance qu'il est inutile d'imposer la vasectomie aux hommes puisque les femmes peuvent tout aussi bien subir elles-mêmes la stérilisation. De telles convictions, basées sur des préjugés sexuels discriminant la santé des femmes, ne pourront être modifiées par un simple effort de formation conventionnelle sur les avantages de la vasectomie. La formation devra également confronter les partis pris sexuels à la base de ces fortes présomptions des

*Royaume-Uni, Nouvelle-Zélande et Pays-Bas.

privilèges masculins.

Dans les pays dont la culture ne favorise pas la discussion des questions sexuelles et de santé génésique entre les hommes et les femmes, l'élimination de cet obstacle en début d'union matrimoniale peut mener à une amélioration durable de la communication entre époux. SEWA-Rural (Society for Education, Welfare and Action), une ONG implantée à Gujarat, en Inde, implique les hommes dans les questions de santé génésique de différentes manières. L'organisation aide notamment les jeunes mariés—seuls et en présence de leurs aînés—à initialiser et à améliorer leurs échanges sur les questions de la santé génésique. Bien que la plupart des jeunes couples se montrent avides d'information, SEWA-Rural a constaté que les agents sanitaires eux-mêmes souffraient d'inhibition pour discuter de telles questions et qu'ils éprouvaient plus de difficultés que les jeunes mariés à surmonter leurs idées reçues sur les comportements sexuels. Une formation spécialisée a dû leur être donnée avant de les lancer sur le terrain de la sexualité et de l'équité entre les sexes. SEWA-Rural a observé qu'il valait mieux organiser plusieurs séances sur une période de plusieurs semaines et n'aborder que quelques sujets à la fois. On évite ainsi la surcharge d'information tout en permettant aux agents de traiter et d'intégrer la formation reçue, ceci d'autant plus qu'elle remet en cause leurs propres valeurs et niveaux de confort. Des équipes d'agents sanitaires masculins et féminins assurent aujourd'hui la promotion d'une meilleure communication et d'une sensibilité accrue aux spécificités sexuelles de la part des partenaires et parmi les membres de la famille. L'approche est de nature holistique; elle voit la famille comme le bénéficiaire potentiel d'une formule globale de services de santé.²⁰

L'ONG SIDH (Society for the Integrated Development of the Himalayas), établie à Uttar Pradesh, en Inde, désire sensibiliser les jeunes hommes en faveur de la santé génésique des femmes à travers l'établissement du lien entre les questions de sexospécificité et de droits humains. Dans le cadre d'un projet soutenu par le programme PATH (Program for Appropriate Technology in Health), SIDH a découvert que les jeunes hommes se mettaient sur la défensive lorsqu'il était question de la santé des femmes. Ils s'opposaient au concept de l'équité entre les sexes, redoutant de perdre l'autorité à laquelle ils estimaient avoir droit. Ayant eu l'occasion d'exprimer leurs propres inquiétudes, ils se sont toutefois ensuite montrés plus disposés à entendre celles des femmes. Il a été déterminé que tant les hommes que les femmes croyaient que la virilité était associée à la qualité et à la quantité du sperme et que la perte de sperme pouvait être affaiblissante. Ils n'étaient dès lors ni les uns, ni les autres enclins à «gaspiller» du sperme par l'usage du préservatif. La crainte d'une perte préoccupait à ce point les hommes qu'ils en présentaient une détresse psychologique profonde. L'attention accordée à la question les a aidés à considérer plus ouvertement l'impact des disparités sexuelles sur la santé des femmes, y compris les risques liés au non-usage du préservatif. Les relations entre les prestataires (en l'occurrence, les formateurs de SIDH) et les clients

ont également agi comme un modèle du traitement respectueux des femmes et mis en valeur les avantages de relations harmonieuses entre les sexes pour plus d'intimité et de bonheur dans le ménage.²¹

Prévention de la violence

Le projet ReproSalud, financé par l'organisme américain USAID (U.S. Agency for International Development) dans le but d'améliorer la santé génésique des femmes pauvres du Pérou, n'avait pas débuté en tant qu'intervention de prévention de la violence ou impliquant les partenaires masculins. La sensibilisation des femmes à leur droit fondamental de ne pas être forcées à avoir des rapports sexuels et de ne pas devoir subir d'abus les a en fait amenées à réclamer l'inclusion des maris dans le programme. Salud y Genero, une ONG mexicaine, a été chargée de former les agents sanitaires à aider les hommes à réfléchir aux «expériences d'abus et de maltraitance dont ils avaient eux-mêmes souffert ou été témoins»²² et à les rapporter aux abus qu'ils faisaient subir à autrui. Cette sensibilisation des hommes s'est avérée extrêmement utile à la promotion du changement dans la dynamique des sexes, les hommes faisant état de profondes transformations personnelles de comportement, corroborées par leurs partenaires féminines:

«Les maris formés comprennent mieux. Avant, ils imposaient brutalement les rapports sexuels. Ils frappaient, surtout quand ils avaient bu. Plus maintenant».—*Employée du projet, 32 ans*²³

Une évaluation du projet a en effet documenté une réduction spectaculaire de la consommation d'alcool, de la violence domestique et des rapports sexuels forcés dans les zones touchées par le projet.²⁴

Dans certaines circonstances, l'implication des partenaires masculins dans les relations client-prestataire peut présenter pour les femmes un risque considérable de violence. Dans l'ouest kenyan et dans les autres régions traditionalistes d'Afrique subsaharienne, les pressions culturelles d'avoir des enfants sont telles que les hommes s'opposent parfois à la pratique contraceptive des femmes.²⁵ Celles désireuses d'espacer leurs grossesses présument que leurs maris ne les soutiendront pas et se sentent souvent forcées de pratiquer une méthode à leur insu. On estime ainsi que 6 à 20% des femmes qui pratiquent la contraception en Afrique subsaharienne le font en secret.²⁶

Une femme dont le secret est découvert peut être sujette à la violence de l'homme. Là où la violence est considérée comme un moyen de surveillance et de correction du comportement féminin, les femmes peuvent être aussi susceptibles que les hommes de penser qu'il est approprié de battre une femme dans le cas de certaines «transgressions», y compris la pratique secrète de la contraception. Une étude menée au Ghana a ainsi révélé qu'environ 51% des femmes et 43% des hommes s'accordaient à estimer qu'un homme avait le droit de battre sa femme si elle pratiquait la contraception à son insu.²⁷ D'autres hommes prétendent qu'à l'origine de la violence se trouve non pas l'usage de la contraception en soi, mais la décision de se soustraire à l'autorité masculine:

...l'implication des partenaires masculins dans les relations client-prestataire peut présenter pour les femmes un risque considérable de violence.

«Nous ne sommes pas contre l'usage de ces méthodes, mais si une femme vient à la clinique sans son mari, [vous devriez] insister qu'elle vienne avec lui. Ces femmes essaient de prendre le contrôle de nos maisons et de notre pouvoir de décision».—*Jeune homme de Naga, Ghana*²⁸

Dans un tel contexte, les efforts d'implication des clients masculins doivent être entrepris avec beaucoup de prudence. L'influence des normes sociales et la promotion d'une meilleure compréhension des avantages de la contraception au niveau de la collectivité pourraient bien être une première étape nécessaire, car dans l'état actuel des choses, les femmes se retrouvent potentiellement mises en danger, lorsqu'elles pratiquent la contraception en secret ou si leur partenaire participe à des séances de conseil communes.

Aucun domaine ne présente de risque potentiel supérieur à celui de l'implication des hommes dans le conseil et le dépistage des infections sexuellement transmises (IST), surtout lorsqu'il s'agit du VIH. Dans de nombreux cas, les femmes redoutent, à juste titre, la violence de leur partenaire ou l'abandon si elles sont atteintes d'une IST ou séropositives pour le VIH. Selon une étude menée par le Population Council en Tanzanie, une cliente sur quatre interviewées dans un centre de conseil et dépistage volontaires du VIH/sida a déclaré que la violence était «un problème majeur» de sa vie. Dans cette étude, la violence était identifiée tant comme facteur de risque de contraction du VIH que comme réaction redoutée à un diagnostic positif. Compte tenu de l'âge et d'autres facteurs démographiques, parmi les femmes de 18 à 29 ans, celles qui étaient séropositives étaient 10 fois plus susceptibles que celles séronégatives d'avoir vécu un épisode violent aux mains d'un partenaire actuel. La peur de la réaction violente du partenaire s'est du reste révélée être la principale raison du silence des femmes quant à leur statut VIH.²⁹

Des services de conseil de couple sont offerts dans ce centre de conseil et dépistage volontaires à l'intention de ceux qui viennent se faire tester ensemble. Les partenaires participent ensemble à une séance de conseil avant le test. Après le test, ils reçoivent toutefois leurs propres résultats séparément et bénéficient d'un conseil individuel. L'occasion leur est ensuite donnée de discuter leurs résultats ensemble en présence d'un conseiller, s'ils le désirent tous deux. La plupart des couples acceptent l'offre. Les chercheurs concluent que les prestataires devraient aussi dépister la violence des partenaires et aider les femmes à se préparer et à trouver des manières d'annoncer le résultat sans prendre de risque dans la communication avec leurs partenaires. Etant donné les hauts niveaux de violence des partenaires, ils soulignent aussi la nécessité d'efforts communautaires sur la sexualité et la violence pour faire évoluer les normes sociales et promouvoir la résolution non violente des conflits.³⁰

Soins suite à un avortement

L'expérience d'un avortement, spontané ou provoqué, s'accompagne souvent d'un haut degré d'anxiété et d'incertitude. Bien que les maris accompagnent souvent leurs

femmes à l'hôpital, les efforts cherchant à les impliquer dans le processus des soins ultérieurs—y compris le conseil sur le planning familial—sont rares. Selon une étude menée par le Population Council dans cinq hôpitaux kenyans, où plus d'une admission sur trois au service de gynécologie était le résultat de complications d'un avortement provoqué, 14% seulement des hommes interviewés avaient reçu la moindre information sur l'état de leur épouse, alors que 94% déclaraient qu'ils auraient voulu en être informés. De même, 15% seulement avaient reçu une information sur le planning familial après la procédure, alors que 92% y auraient été intéressés.³¹

En Egypte, le Population Council a mené une recherche opérationnelle en vue de déterminer si la participation des hommes améliorait le rétablissement des patientes après un avortement. Les maris des femmes admises à l'hôpital pour cause de complications suite à un avortement ont été conseillés sur le rôle qu'ils pouvaient jouer dans le rétablissement de leur épouse et sur l'usage du planning familial. Compte tenu d'études précédentes faisant état de l'hésitation des femmes à poser leurs questions ou à exprimer leurs inquiétudes en présence de leur mari,³² les hommes ont été conseillés séparément, notamment sur le besoin de repos et d'alimentation adéquate de la femme, sur les signes indicateurs de la nécessité de suivi, sur le retour à la fécondité dans les deux semaines suivantes et sur le besoin de mesures de planning familial pour éviter une nouvelle grossesse. Dès le début de l'étude, toutefois, il a été observé que lorsque les prestataires étaient formés pour conseiller les maris, ils négligeaient parfois d'informer aussi les femmes, de sorte que le conseil des maris venait remplacer, plutôt que renforcer, l'attention accordée aux femmes. Les résultats indiquent aussi que les hommes étaient plus réceptifs au conseil d'un personnel médical de plus haut niveau et mieux formé. L'impact d'un tel personnel sur les comportements des maris était du reste plus utile au soutien affectif des femmes après l'avortement. Les chercheurs font remarquer que le conseil donné aux maris doit toujours l'être en complément à celui donné aux femmes, jamais en remplacement de celui-ci.³³

Il est parfois nécessaire aux conseillers de faire preuve, dans le conseil aux maris, de plus de tact et de diplomatie que de coutume. En Turquie, où le retrait est la forme contraceptive la plus utilisée, l'échec de la méthode est cité comme raison de plus de la moitié des grossesses non désirées donnant lieu à un avortement. Bien que légale, l'IVG n'est admise qu'avec le consentement du mari. En dépit de ses origines patriarcales, cette exigence a facilité les efforts d'inclusion des maris dans les discussions du planning familial après un avortement. Les médecins et les conseillers d'un hôpital important d'Ankara ont reçu l'assistance de l'organisation EngenderHealth (anciennement AVSC, Access to Voluntary and Safe Contraception International) pour le conseil des couples sur la procédure de l'avortement en soi et sur leurs options de planning familial, y compris la vasectomie. Les conseillers ont parfois été appelés à des fins de conseil matrimonial lorsque les femmes reprochaient

**Il est parfois
nécessaire aux
conseillers de
faire preuve,
dans le conseil
aux maris, de
plus de tact et de
diplomatie que
de coutume.**

aux maris l'inefficacité de leur méthode, alors que les maris se montraient sceptiques quant à l'échec véritable de la méthode. Selon un psychologue membre du personnel, il n'était pas rare de voir le mari prétendre que l'enfant n'était pas le sien, «mais après explication des aspects physiologiques et anatomiques, le couple comprend généralement». ³⁴ Le conseil conjoint des hommes et femmes s'est avéré particulièrement efficace: 98% des couples ont adopté une méthode contraceptive moderne après l'avortement et le nombre d'avortements ultérieurs s'est réduit de près de moitié. ³⁵

Maternité sans risques

La maternité sans risques semble être le domaine où la participation de l'homme devrait être le moins sujette à polémique. Peu d'efforts ont toutefois été entrepris à ce jour pour déterminer si l'inclusion des hommes dans les programmes de maternité sans risques avait un effet réducteur sur la mortalité et la morbidité liées à la maternité. Les hommes contrôlent souvent les décisions de l'obtention de soins pour les membres de leur famille, mais ils ne comprennent pas quand l'attention médicale est nécessaire. Ils sont aussi parfois hésitants à révéler leur ignorance sur les questions de santé génésique et de physiologie. Une étude sur les connaissances masculines en matière de santé génésique menée à Uttar Pradesh, où la mortalité liée à la maternité est supérieure à 700 morts pour 100.000 naissances vivantes, a révélé que les hommes étaient très peu conscients des complications graves de la grossesse et de l'accouchement. La moitié environ des 6.700 maris interviewés ne pouvaient pas citer un seul signe de danger. ³⁶

Le Frontiers Project, mis en œuvre par le Population Council, soutient un double effort visant à déterminer si la participation des hommes aux consultations prénatales produit un effet positif sur la santé maternelle et les issues des naissances. En Afrique du Sud, la recherche formative a démontré que les hommes autant que les femmes désirent une participation masculine aux consultations prénatales. Les femmes estiment que les prestataires seraient mieux aptes à communiquer leurs messages à leurs partenaires sur les questions qu'elles ne sont pas capables de discuter elles-mêmes. Par la promotion de «la grossesse comme responsabilité familiale», le projet a élaboré une formation destinée aux prestataires en matière de conseil des couples et de soins de meilleure qualité aux femmes. ³⁷ Les prestataires sont également formés à aider leur clientèle à évaluer leur risque d'IST. Dans une étude parallèle menée en Inde, l'amélioration du moral des prestataires, née d'une plus grande satisfaction des clientes, a permis de compenser les temps de conseil accrus. ³⁸ Ces études offriront de précieux compléments à la littérature relative à la participation constructive des hommes.

A Delhi, des ateliers organisés par Community Aid and Sponsorship Program et Foster Parents Plan International dans le but d'accroître la sensibilité des hommes aux questions des soins prénatales et de la maternité sans risques ont mené à une fréquentation accrue des centres de consulta-

tion prénale durant le premier trimestre de la gestation. Le moment de la journée et la saison se sont avérés d'importants facteurs de programmation des ateliers: les hommes ne voulaient en effet y participer que le dimanche, de préférence en hiver et pas pendant leur émission de télévision préférée. ³⁹

IMPLICATIONS POUR LA FORMATION DES PRESTATAIRES

Pour accepter le changement, les hommes doivent pouvoir identifier les avantages d'une relation moins hiérarchique avec les femmes. Si la relation entre prestataires et clients peut aider les hommes à comprendre les bénéfices d'une virilité moins contraignante (union matrimoniale plus heureuse et plus intime, par exemple), ces hommes seront peut-être plus disposés à accepter les suggestions les invitant à aider leur épouse, à traiter les femmes avec respect et à ne plus recourir à la violence pour «corriger» le comportement des femmes. La formation classique des prestataires ne les aide toutefois pas à examiner les dynamiques de pouvoir entre les sexes ou à envisager les intérêts différents des hommes et des femmes. Selon certains arguments, la formation à la sexospécificité doit se produire en même temps que les efforts généraux d'autonomisation des femmes et de sensibilisation des hommes. ⁴⁰ Ensemble, les prestataires et la collectivité finiront ainsi par affecter tout autant «l'offre» de prestataires dotés de compétences favorisant une bonne relation avec le client que «la demande» par les clientes d'un traitement équitable et respectueux.

Les attitudes des prestataires et de leur clientèle étant généralement le produit d'un même contexte culturel, les prestataires risquent parfois de s'en remettre inconsciemment aux clients masculins. Une formation qui défie les convictions et les pratiques profondément ancrées du prestataire est donc essentielle au succès de la relation avec les clients masculins. Pour le conseil aux couples, les prestataires doivent de plus avoir les compétences nécessaires pour répondre aux besoins des deux partenaires. Une technique consiste à solliciter l'opinion de la femme de manière encourageante et respectueuse. Reconnaître le moment où il vaut mieux conseiller les partenaires séparément en est une autre—pour la discussion des comportements sexuels extérieurs à la relation du couple, par exemple.

Pour offrir des services contraceptifs et de santé génésique de bonne qualité, les prestataires doivent aussi être aptes à couvrir les questions sensibles de manière optimale pour le confort des clients. Il faudra peut-être d'abord qu'ils accroissent leur propre niveau de confort à l'égard de la discussion de la sexualité et de l'usage d'un langage sexuel. Les exercices de clarification de leurs valeurs—leurs sentiments à l'égard des pratiques sexuelles du client, par exemple—peuvent les aider à éviter les rapports discretionnaires et inefficaces.

Parmi les approches de formation fructueuses mises au point pour faciliter le travail avec les clients masculins, on notera les activités destinées à augmenter le niveau d'aisance des prestataires. L'ONG SARTHI (Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India) de Gujarat, en Inde,

La maternité sans risques semble être le domaine où la participation de l'homme devrait être le moins sujette à polémique.

a constaté que ses efforts d'inclusion des hommes étaient entravés par le manque d'ouverture et de sensibilité de ses agents sanitaires, pour la plupart bénévoles. L'approche de la formation du groupe reposait davantage sur les exercices faisant appel à des expériences vécues et participatifs que sur les méthodologies cliniques ou topiques. Les techniques telles que le «mappage corporel», où les participants marquent sur un dessin du corps les parties liées à la douleur ou au plaisir, ont confirmé la difficulté du personnel à aborder la sexualité. Une boîte à questions a ensuite été introduite pour permettre au personnel de poser ses questions en toute franchise, de manière anonyme. En combinaison avec un soutien continu et l'amélioration des compétences, ces techniques ont amené les agents sanitaires à aborder les questions de sexospécificité et de sexualité avec les membres aussi bien masculins que féminins des ménages.⁴¹

La clinique pour hommes Clinica Para El Hombre, de Profamilia opère à Bogota, en Colombie, depuis 1995. Pour la formation de son personnel, ses objectifs se définissent comme suit: aider les prestataires à se sentir plus à l'aise vis-à-vis de leur propre sexualité, à réfléchir à leurs attitudes personnelles à l'égard des rôles de l'homme et de la femme, et à appliquer, dans leurs relations avec les clients leur réflexion sur la sexualité et les rôles sexuels. Les clients masculins se sont révélés moins informés sur la santé génésique et moins habitués aux examens physiques que leurs homologues féminines. De plus, selon un sexothérapeute à la clinique de Bogota, les femmes acceptent plus facilement la responsabilité des problèmes mais il leur est difficile de parler de leurs expériences sexuelles. Par contre, les hommes parlent aisément de leurs expériences sexuelles mais ils sont moins susceptibles que les femmes de se blâmer en cas de problèmes.⁴² Les prestataires ont également observé que les clients masculins exigent davantage l'attention du personnel et se montrent moins patients s'ils doivent attendre d'être servis:

«Certains hommes arrivent et veulent être reçus immédiatement. Certains crient ou s'impatientent. On voit rarement cela chez les femmes».—*Conseillère*⁴³

L'exploration de la construction sociale de la masculinité et de la manière dont elle autorise l'homme, mais pas la femme, à exiger plus facilement des droits—à la vie privée, par exemple—aura été révélatrice pour le personnel. Selon la directrice de Profamilia, Maria Isabel Plata: «Nos expériences avec les hommes nous ont appris à quel point la question de l'intimité était importante. Si l'on demandait aux hommes, en public, où ils avaient eu leurs derniers rapports sexuels, ils refusaient de répondre. Les femmes répondaient souvent à voix basse. La clinique des hommes nous a appris l'importance de l'intimité car ils se sont plaints dès le début. C'est ainsi que nous avons commencé à voir la question de l'intimité [pour les femmes aussi] d'un œil différent».⁴⁴

D'autres conseillers ont remarqué que les hommes étaient plus susceptibles de parler de leurs problèmes personnels car ils estiment n'avoir personne d'autre à qui parler. Le personnel des cliniques pour hommes de Profamilia donne

l'exemple d'une bonne relation client-prestataire telle qu'appliquée aux hommes:

«Nous ne voyons pas le patient comme une prostate mais comme un homme présentant un besoin. Je recherche la personne qui se cache derrière ce besoin. Pour le client, cela veut dire que le médecin lui a apporté un bon service mais a aussi reconnu le patient en tant que personne. C'est important, car il arrive qu'un homme vienne demander une attention médicale mais qu'il recherche plutôt, en réalité, conseil et attention».—*Membre du personnel clinique*⁴⁵

Le travail avec les hommes a aidé le personnel à reconnaître que les femmes présentent également un besoin de conseil et n'ont pas moins droit à un service de qualité pour la simple raison qu'elles sont moins revendicatrices que les hommes dans leurs exigences.

CONCLUSION

Les prestataires qui traitent avec une clientèle masculine et féminine doivent être sensibles aux rôles des sexes et à leur importance dans la relation client-prestataire. Il est important pour les prestataires de reconnaître leurs propres tendances à accorder un statut plus élevé et une plus grande attention aux clients masculins s'ils veulent éviter de léser la cliente féminine dans leurs rapports impliquant un couple. Pour le client masculin, la modélisation du traitement respectueux de la femme par le prestataire peut potentiellement influencer la relation du couple.⁴⁶ Pour que la participation des hommes soit source de valeur positive plutôt qu'un obstacle à la santé génésique des femmes et à celle des hommes, l'équité entre les sexes dans les relations client-prestataire doit recevoir l'attention fondamentale qu'elle mérite.

RÉFÉRENCES

1. Alcalá M, Preface to *Commitments to Sexual and Reproductive Rights for All*, New York: Family Care International, 1995.
2. Murphy E et Steele C, Client-provider interactions (CPI) in family planning services: guidance from research and program experience, dans: *Maximizing Access and Quality*, papier de travail, Washington, DC: U.S. Agency for International Development, 2000, vol. 1, n° 2; et International Planned Parenthood Federation Western Hemisphere Region (IPPF/WHR), *How Gender-Sensitive Are Your HIV and Family Planning Services?* New York: IPPF/WHR, 2002, <http://www.ippfwhr.org/resources/gender_continuum.html>, accédé le 17 juillet 2002.
3. Piot P, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), *World AIDS Campaign: Men Key to Reducing HIV/AIDS. New Campaign Targets Widely Held Beliefs About Masculinity*, communiqué de presse, Melbourne, Australia: UNAIDS, 7 octobre 2001, <http://www.unaids.org/whatsnew/press/eng/pressarc01/WAC_071001.html>, accédé le 17 juillet 2002.
4. Ibid.
5. Raju S et Leonard A, Nongovernmental organizations pave the way, dans: Raju S et Leonard A, réds., *Men as Supportive Partners in Reproductive Health, Moving from Rhetoric to Reality*, New York: Population Council, 2000, p. 3.
6. Centre for Health, Education, Training and Nutrition Awareness (CHETNA), Narrowing the gender gap by enhancing men's involvement in reproductive health, dans: Raju S et Leonard A, 2000, *ibid.*, p. 30.
7. Kamal I, Field experiences in involving men to promote safe motherhood: the Pakistan experience, papier présenté au congrès de Regional Health Advisors de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

- sur le Programming for Male Involvement in Reproductive Health, Washington, DC, du 5 à 7 septembre 2001.
8. Raju S et Leonard A, 2000, op. cit. (voir référence 5), p. 51.
 9. Bloom S et al., What husbands know in Northern India about reproductive health: correlates of knowledge about pregnancy and maternal and sexual health, *Journal of Biosocial Science*, 2000, 32(1): 237-251.
 10. Kamal I, 2001, op. cit. (voir référence 7).
 11. Ringheim K, Reversing the downward trend in men's share of contraceptive use, *Reproductive Health Matters*, 1999, 7(14):83-96.
 12. Pile J et al., Involving men as partners in reproductive health: lessons learned from Turkey, AVSC Working Paper, New York: AVSC, 1999, n° 12, p. 5.
 13. Piet N et al., *Men in India, Bangladesh and Pakistan: Reproductive Health Issues*, Delhi, India: Population Council, 1999, pp. 90-91.
 14. AVSC et Profamilia, *Profamilia's Clinics for Men: A Case Study*, New York: AVSC et Bogota, Colombia: Asociación Profamilia, 1997.
 15. Kim YM, Counseling and communicating with men to promote family planning in Kenya and Zimbabwe, papier présenté au congrès de Regional Health Advisors de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le Programming for Male Involvement in Reproductive Health, Washington, DC, du 5 à 7 septembre 2001.
 16. Kim YM et al., Difference in counseling men and women: family planning in Kenya, *Journal of Patient Education and Counseling*, 2000, 39(1):37-47.
 17. Ibid.
 18. Nations Unies (ONU), *World Contraceptive Use Data Sheet*, 1998, New York: ONU, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 1999.
 19. Piet N et al., 1999, op. cit. (voir référence 13).
 20. Society for Education, Welfare, and Action-Rural, Enhancing roles and responsibilities of men in women's health, dans: Raju S et Leonard A, 2000, op. cit. (voir référence 5), p. 29.
 21. Gupta P, Joshi A et Crook B, Gender and social justice: nurturing young men's partnership with women to improve reproductive health. A case study of the central Himalayas, Washington, DC: Men and Reproductive Health Subcommittee of the U.S. Agency for International Development Interagency Gender Working Group, 2002.
 22. Rogow D, Alone you are nobody, together we float: the Manuela Ramos movement, *Quality/Calidad/Qualité*, New York: Population Council, 2000, n° 10, p. 15.
 23. Ibid., p. 20.
 24. Ibid.
 25. Rutenberg N et Watkins SC, Conversation and contraception in Nyanza province, Kenya, papier présenté au congrès de la Population Association of America, New Orleans, LA, USA, du 9 à 11 mai 1996.
 26. Biddlecom A et Fapahunda B, Covert contraceptive use, prevalence, motivations and consequences, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4):360-372.
 27. Bawah et al., Women's fears and men's anxieties: the impact of family planning on gender roles in Northern Ghana, *Studies in Family Planning*, 1999, 30(1):54-66.
 28. Ibid.
 29. Maman S et al., *HIV and Partner Violence: Implications for HIV Voluntary Counseling and Testing Programs in Dar es Salaam, Tanzania*, New York: Horizons Project, Population Council, 2001, p. 26.
 30. Ibid.
 31. Solo J et al., Creating linkages between incomplete abortion and family planning services in Kenya: what works best? New York: Population Council, 1998, p. 22.
 32. Kim YM et Awaum D, What are the particular aspects of counseling male family planning clients? Case from Kenya, papier présenté au congrès de la American Public Health Association, New York, du 17 à 21 novembre 1996.
 33. Abdel-Tawab N, Huntington D et Nawar L, Ethical considerations in studying the effects of counseling the husbands of postabortion patients in Egypt, papier présenté au congrès de la American Public Health Association, Indianapolis, IN, USA, du 9 à 13 novembre 1997.
 34. Pile J, 1999, op. cit. (voir référence 12).
 35. Ibid.
 36. Singh K, Bloom S et Tsui A, Husband's reproductive health knowledge, attitudes and behavior in Uttar Pradesh, India, *Studies in Family Planning*, 1998, 29(4):388-399.
 37. Reproductive Health and Research Unit (South Africa) et Population Council, *Men in Maternity. Enhancing Roles and Responsibilities of Men in Women's Health*, Durbin, South Africa: Reproductive Health and Research Unit et New York: Population Council, 2001.
 38. Population Council, Involving men in their wives' antenatal and postpartum care in India, *Frontiers Project Research Update-Mar. 2001*, New York: Population Council, 2001.
 39. Community Aid and Sponsorship Program et Foster Plan International (CASP-PLAN), Working with men to improve reproductive health in a Delhi slum, dans: Raju S et Leonard A, 2000, op. cit. (voir référence 5), p. 26.
 40. Social Action for Rural and Tribal Inhabitants of India (SARTHI), Men's involvement in women's health: the SARTHI experience, dans: Raju S et Leonard A, 2000, op. cit. (voir référence 5), p. 23.
 41. Ibid., p. 22.
 42. AVSC, 1997, op. cit. (voir référence 14), p. 24.
 43. Ibid.
 44. Ibid., p. 32.
 45. Ibid., p. 30.
 46. Steele C, International Women's Health Coalition, communication personnelle, le 25 octobre 2001.

Pour contacter l'auteur: Kringheim@path-dc.org