

DOSSIER D'INFORMATION SUR L'INTÉGRATION DE LA SEXOSPÉCIFICITÉ

BASÉ SUR L'ÉVALUATION SOMMATIVE DE L'INITIATIVE INNOVATION POUR LA SANTÉ DES MÈRES ET DES ENFANTS D'AFRIQUE (ISMEA)

CONCEPTS CLÉS

Sexospécificité : « *les rôles qui sont déterminés socialement, les comportements, les activités et les attributs qu'une société considère comme appropriés pour les hommes et les femmes.* » [1]

Sexe : « *les attributs biologiques qui distinguent les femmes des hommes.* » [2]

Recherche sur la mise en œuvre : « *l'étude scientifique des questions relatives à la mise en œuvre - l'acte de concrétiser une intention, ce qui, dans la recherche en santé, peut être des politiques, des programmes ou des pratiques individuelles (qu'on appelle collectivement les « interventions »). L'objectif est de comprendre les interventions qui fonctionnent dans le « monde réel », ainsi que comment et pourquoi elles fonctionnent, et de mettre à l'essai des approches permettant de les améliorer.* » [3]

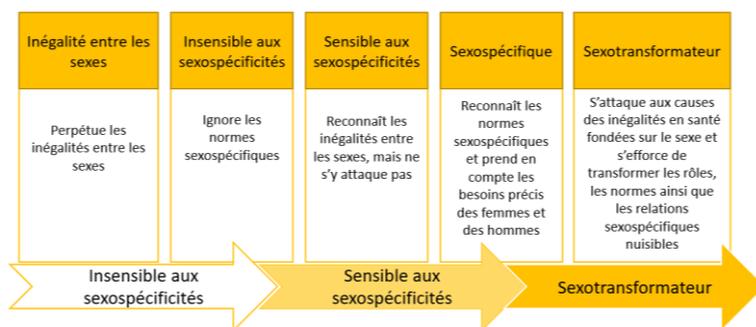
CONTEXTE

Le dossier d'information sur l'intégration de la sexospécificité a été préparé dans le cadre de l'évaluation sommative de l'initiative ISMEA, qui vise à améliorer la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants en renforçant les systèmes de santé, avec comme point d'entrée les soins de santé primaires. L'ISMEA a été lancée en mars 2014 par le Centre de recherches pour le développement international (CRDI), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et Affaires mondiales Canada (AMC), et devrait prendre fin en juillet 2021.

L'ISMEA appuie 28 projets de recherche sur la mise en œuvre dans 11 pays africains, lesquels ont été attribués à 19 équipes de recherche dans le cadre d'une première sélection, ainsi que neuf subventions de synergie élargissant la portée et la profondeur des projets sélectionnés. Toutes les équipes sont dirigées par un chercheur principal (CP) d'un établissement de recherche africain. De plus, elles ont un cochercheur principal affilié à un établissement de recherche canadien, ainsi qu'un cochercheur principal occupant un poste de décision, généralement au sein du gouvernement local, régional ou national. Deux subventions supplémentaires ont été accordées à des organismes de politiques et recherche en matière de santé (OPRS) en Afrique de l'Ouest et de l'Est, qui sont chargées de soutenir le renforcement des capacités des équipes de recherche, de faciliter l'apprentissage mutuel entre elles, de soutenir l'application des connaissances, et d'accroître la visibilité de la recherche afin de faciliter l'adoption des résultats à échelle dans les politiques nationales et régionales sur la santé.

L'évaluation sommative a été réalisée entre novembre 2019 et septembre 2020. Les données ont été collectées entre décembre 2019 et mai 2020, notamment au moyen d'un sondage en ligne auprès des chercheurs de l'ISMEA et d'entrevues avec des informateurs clés : chercheurs, décideurs et d'autres parties prenantes au Canada et dans les pays du programme. Enfin, le dossier d'information fournit un résumé et une analyse plus approfondie de la manière dont la sexospécificité a été intégrée dans l'initiative de l'ISMEA.

RECHERCHE SUR LA MISE EN ŒUVRE ET SEXOSPÉCIFICITÉ



Adapté de Greaves et coll. [5]

L'analyse de la sexospécificité explore les différences entre et parmi les hommes, les femmes et les personnes de divers genres. Elle examine la sexospécificité par rapport aux stratifications sociales, et évalue la façon dont les relations de pouvoir interviennent à plusieurs niveaux et par différentes voies. [4] L'analyse de

la sexospécificité dans la recherche sur la mise en œuvre examine comment les relations de pouvoir sexospécifiques influent sur la mise en œuvre d'une intervention, ainsi que la mesure dans laquelle le processus de recherche lui-même transforme progressivement les relations de pouvoir sexospécifiques ou, du moins, n'exacerbe pas les inégalités.

Les stratégies d'intégration de la sexospécificité dans la recherche comprennent (i) la désagrégation des données par sexe et autres mesures de stratification sociale, (ii) l'utilisation d'un cadre sexospécifique, (iii) l'intégration de questions d'analyse des sexospécificités, (iv) l'intégration de l'analyse sexospécifique dans les processus de collecte de données et (v) l'intégration de l'analyse sexospécifique dans les résultats de la recherche. [6] Dans le cadre de l'évaluation, le **continuum d'intégration de la sexospécificité** [voir figure] a été utilisé pour évaluer la mesure dans laquelle les projets de l'ISMEA ont intégré la sexospécificité, en classant les approches et les résultats selon le degré de prise en compte des relations et des normes sexospécifiques.

COMMENT LA SEXOSPÉCIFICITÉ A-T-ELLE ÉTÉ INTÉGRÉE DANS LES PROCESSUS DE RECHERCHE ?

CONCEPTION DE LA RECHERCHE

L'intégration de la sexospécificité était un objectif central de l'appel à propositions de l'ISMEA; on a indiqué que la recherche sur la mise en œuvre pourrait enrichir la base de données probantes pour éclairer l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et d'interventions qui s'attaquent aux déséquilibres des relations de pouvoir sexospécifiques et, par conséquent, aux causes profondes de l'inégalité entre les sexes. [Error! Reference source not found.] L'équipe d'évaluation a évalué la sensibilité des propositions de recherche aux sexospécificités à l'aide de six critères : [6]

CRITÈRES	PROPOSITIONS QUI RÉPONDAIENT AU CRITÈRE
1. Les femmes ou les jeunes filles sont bénéficiaires de la recherche	28
2. La recherche vise intentionnellement un groupe précis d'hommes ou de femmes	21
3. La recherche tient compte des différences entre les hommes et les femmes	17
4. La recherche s'attaque aux inégalités créées par les normes, les relations et les rôles inégaux entre les genres	14
5. La sexospécificité est incluse dans les objectifs de recherche	20
6. La sexospécificité est incluse dans la question de recherche	12

Critères tirés de Morgan et coll. [6]

Douze (12) des 28 propositions de recherche initiale et de propositions de recherche de synergie répondaient à au moins cinq critères et ont été jugées sexotransformatrices; 12 répondaient à entre deux et quatre critères et ont été jugées sensibles aux sexospécificités; et quatre ne répondaient qu'au premier critère et ont été jugées insensibles aux sexospécificités.

Lors de la phase de lancement des 19 projets initiaux, 11 équipes de recherche ont été encouragées à améliorer davantage l'intégration de la sexospécificité. En réponse, six équipes ont renforcé l'intégration de la sexospécificité, principalement en reconnaissant les relations de pouvoir différentielles entre les sexes, en améliorant les outils de collecte de données, ou en intégrant un spécialiste des questions genre dans l'équipe. Les cinq autres équipes n'ont apporté aucune modification. Enfin, aucune des propositions ne prenait en compte les personnes de genre divers.

COLLECTE ET ANALYSE DES DONNÉES

Lors de la collecte des données, la plupart des projets de recherche ont désagrégé les données sur les bénéficiaires en fonction du sexe ou des mesures de stratification sociale. La plupart des processus de collecte de données étaient considérés comme étant **sensibles aux sexospécificités**. Ils incluaient notamment la conduite d'enquêtes auprès des femmes, y compris une sous-analyse sur la sexospécificité dans les enquêtes de base; un outil d'enquête sur l'autonomisation économique des femmes dans l'enquête finale; la séparation des groupes de discussion focalisée par sexe des participants; et l'inclusion d'indicateurs de suivi et d'évaluation jugeant le niveau de participation des femmes et des hommes. Des **processus sexotransformateurs** ont été utilisés par cinq équipes de recherche et comprenaient l'évaluation de la manière dont les relations et les normes sexospécifiques influent sur le comportement des bénéficiaires; l'analyse des principaux obstacles pour les femmes et la définition de stratégies pour les surmonter; l'évaluation du niveau de pouvoir décisionnel des femmes au sein du ménage; et le suivi des impacts de l'intervention sur les comportements des hommes et des femmes.

EXTRANTS DE RECHERCHE

Au moment de l'évaluation, les extraits de 22 projets de recherche étaient disponibles. Une analyse désagrégée de l'accent mis sur les sexospécificités dans les résultats disponibles a souligné les éléments suivants :

- Trois projets de recherche n'avaient pas (encore) produit d'extraits faisant référence aux normes, aux rôles et aux relations sexospécifiques, et étaient considérés comme insensibles aux sexospécificités.
- Neuf projets de recherche avaient produit des extraits tenant compte des sexospécificités (quatre sensibles aux sexospécificités et cinq sexospécifiques).
- Il a été constaté que 10 projets de recherche ont publié des extraits de recherche sexotransformateurs.

Sur les 10 projets ayant produit des extraits de recherche sexotransformateurs, huit utilisaient une conception de recherche sexotransformatrice, alors que les deux autres étaient sensibles aux sexospécificités. Ils ont tous deux renforcé leur orientation sexospécifique pendant la mise en œuvre et l'un d'eux a intégré un spécialiste des questions genre dans l'équipe. Un seul des quatre projets qui ont été jugés insensibles aux sexospécificités lors de la conception a ajouté une perspective sexospécifique à deux de ses extraits de recherche (en

EXEMPLE : EXTRANTS DE RECHERCHE SENSIBLES AUX SEXOSPÉCIFICITÉS

Une étude systématique menée par une équipe de recherche a permis de cerner comment la participation d'un partenaire dans les soins de santé maternelle et le fait d'être membre d'une « armée de développement des femmes » avaient des effets protecteurs par rapport à la mortalité maternelle.

EXEMPLE : EXTRANTS DE RECHERCHE SEXOTRANSFORMATEURS

Une étude publiée par une équipe de recherche a indiqué que les visites universelles à domicile aux femmes enceintes et à leurs maris ont permis de réduire les complications pendant la grossesse. Cela a aussi réduit la violence domestique pendant la grossesse ainsi que d'autres risques de complications pendant la grossesse, tels que les travaux pénibles et le manque de communication entre les conjoints.

reconnaissant les effets différenciés du projet sur les femmes et sur les hommes), et tous les extraits disponibles liés aux trois autres projets sont demeurés insensibles aux sexospécificités.

QUELLES STRATÉGIES ONT ÉTÉ COURONNÉES DE SUCCÈS? LESQUELLES NE L'ONT PAS ÉTÉ?

La plupart des projets de recherche ont défini **la sexospécificité comme un problème de santé des femmes**, en se concentrant principalement sur les femmes dans le contexte de la santé reproductive et de la procréation. Les stratégies ont notamment mis l'accent sur les femmes en tant que principales bénéficiaires du projet (à titre d'agentes de santé, de clientes des services de santé maternelle ou de mères), ou sur l'amélioration de la manière dont les services sont fournis aux femmes. Par ailleurs, certains projets considéraient que l'accent mis sur la santé des femmes intégrait suffisamment la sexospécificité. Les projets peuvent être considérés comme étant sensibles aux sexospécificités. Cependant, les équipes de recherche n'ont pas nécessairement examiné comment les relations de pouvoir sexospécifiques exercent une influence sur la mise en œuvre des interventions.

Des stratégies efficaces qui abordent les relations de pouvoir sexospécifiques ont été formulées en fonction d'une analyse des obstacles auxquels les femmes sont confrontées pour accéder aux services de santé. En voici des exemples :

- **Renforcer le rôle et la participation des femmes dans les services de santé** (en tant que prestataires de services ou membres de la communauté) : Des projets menés en Tanzanie, en Ouganda, au Mali, au Burkina Faso et au Nigéria ont utilisé l'éducation pour renforcer l'autonomie des femmes et accroître leur capacité à décider de leur santé.
- **Mobiliser les hommes en tant que champions** de la communication de messages de santé, en tant qu'époux solidaires des travailleuses de la santé communautaire ou en tant que participants actifs aux soins de grossesse et de maternité de leur partenaire.

Toutefois, les stratégies de mobilisation des hommes doivent être situées dans le contexte plus large des normes sexospécifiques traditionnelles et de l'autonomie des femmes, afin de ne pas renforcer les déséquilibres de pouvoir existants entre les sexes en suggérant que les femmes ont besoin du soutien des hommes pour prendre des décisions concernant leur santé. [11] En outre, plusieurs études ont démontré que la stratégie de mobilisation des hommes est plus efficace lorsque les femmes disposent simultanément d'une confiance et de connaissances accrues, et de la capacité de faire valoir leurs droits. [8,9,10] La stratégie visant à autonomiser les femmes et à les encourager à discuter de leurs problèmes avec les hommes pour trouver des solutions communes s'est avérée fructueuse et a été adoptée par quatre projets de recherche qui étaient considérés comme sexotransformateurs dans le cadre d'au moins trois processus de recherche.

POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DU CONJOINT

Une équipe de recherche a documenté comment la politique qui exigeait que les hommes accompagnent leur partenaire à sa première visite prénatale empêchait la consultation précoce car les hommes étaient réticents à subir le test de dépistage du VIH ou à être vus comme étant dominés par leur partenaire. Lorsque leur conjoint refusait de les accompagner, les femmes n'avaient pas accès aux services ou faisaient appel à d'autres hommes pour les accompagner, ce qui allait à l'encontre de l'objectif d'accroître l'engagement du conjoint dans la grossesse.

COMMENT L'INTÉGRATION DE LA SEXOSPÉCIFICITÉ A-T-ELLE ÉTÉ SOUTENUE PAR LES OPRS? QUELLES STRATÉGIES ONT ÉTÉ COURONNÉES DE SUCCÈS ET POURQUOI? LESQUELLES NE L'ONT PAS ÉTÉ?

L'intégration de la sexospécificité dans les processus de recherche a été encouragée par les OPRS en utilisant trois stratégies différentes :

- **Mener des recherches formatives sur la situation sexospécifique** dans chaque pays. Ces analyses ont été menées au début de l'ISMEA et communiquées aux équipes de recherche. Même si elles ont été jugées instructives, elles n'ont présenté aucun nouveau renseignement sur la sexospécificité, selon les chercheurs interrogés par l'équipe d'évaluation. L'OPRS d'Afrique de l'Ouest a également organisé une réunion pour discuter de ces résultats et a encouragé les participants à proposer des changements concrets pour améliorer l'orientation sexospécifique des recherches. Toutefois, il n'était pas clair dans quelle mesure les changements ont été mis en œuvre.
- **Formation sur l'intégration de la sexospécificité.** Les deux OPRS ont organisé des ateliers de formation de cinq jours portant sur la sexospécificité, lesquels ont été généralement bien appréciés par les chercheurs africains consultés par l'équipe d'évaluation. En outre, deux ateliers de formation sur la sexospécificité propres à chaque pays ont été soutenus en Ouganda et au Nigéria. Ces ateliers ont contribué à intégrer les enjeux de sexospécificité dans la recherche. Cependant, sur les 15 chercheurs africains qui ont confirmé avoir participé à un tel atelier, seulement huit ont estimé que leurs capacités s'étaient fortement améliorées grâce à la formation.
- **Le mentorat sur la sexospécificité spécifique aux projets** a été cité par plusieurs informateurs comme une stratégie utile pour aider à garantir que les enjeux de sexospécificité sont intégrés dans les extrants du projet. Ce soutien adapté n'a pas été fourni à toutes les équipes de recherche au moment de l'évaluation. Toutefois, l'OPRS d'Afrique de l'Ouest a prévu d'aider les équipes de recherche à effectuer des analyses sexospécifiques de leurs données, en vue de les publier dans des revues à comité de lecture pour donner suite à l'atelier de formation sur la sexospécificité.

QUELS SONT LES ENSEIGNEMENTS TIRÉS ET LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT L'INTÉGRATION DE LA SEXOSPÉCIFICITÉ EN CE QUI CONCERNE LES INITIATIVES COMPLEXES COMME L'ISMEA?

Afin d'intégrer la sexospécificité dans la recherche sur la mise en œuvre, la recherche devrait viser à examiner comment les relations de pouvoir sexospécifiques exercent une influence sur la mise en œuvre d'une intervention. Les stratégies fructueuses étaient fondées sur une analyse des obstacles à la prise de décisions en matière de santé; comprenaient des initiatives qui ont renforcé la participation et les capacités des femmes dans le domaine de la santé; et favorisaient l'engagement des hommes pour assurer une prise de décisions concertée. Quant aux stratégies moins fructueuses, elles étaient uniquement axées sur les femmes en tant que principales bénéficiaires.

- ⇒ **Recommandation 1** : Au début d'une initiative visant à financer un programme de recherche sur la mise en œuvre dans le domaine de la santé, clarifier l'objectif visé par l'intégration de la sexospécificité dans la recherche. La recherche doit-elle être sensible aux sexospécificités? Ou doit-elle s'attaquer aux causes des inégalités en santé fondées sur le genre et transformer les normes, les relations et les rôles sexospécifiques nuisibles?
- ⇒ **Recommandation 2** : Pour l'examen technique des propositions de recherche soumises dans le cadre d'une telle initiative, des critères explicites visant à évaluer la sensibilité aux sexospécificités des propositions et plans de mise en œuvre devraient être élaborés et appliqués.

La formation et le mentorat des chercheurs en matière de sexospécificité aident à clarifier la manière dont la sexospécificité peut être intégrée dans leurs projets de recherche. Cependant, la formation seule ne se traduisait pas nécessairement par une intégration accrue des dimensions sexospécifiques. Le mentorat sur la sexospécificité spécifique aux projets s'est avéré plus bénéfique.

- ⇒ Recommandation 3 : L'orientation sexospécifique des projets de recherche sur la mise en œuvre pourrait être renforcée en donnant accès à un mentorat individuel, spécifique aux projets, et assuré par des experts régionaux en matière de sexospécificité. L'inclusion d'un expert en matière de sexospécificité dans l'équipe des OPRS rendrait cette offre plus accessible.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. What do we mean by 'sex' and 'gender'? Genève : OMS; 2016.
2. Instituts de recherche en santé du Canada. *L'influence du genre et du sexe : Un recueil de cas sur la recherche liée au genre, au sexe et à la santé*. 2012
3. Peters, D.H. et coll. Implementation research: what it is and how to do it. *Br J Sports Med*. 2014; 48: p. 731-736.
4. Morgan, R. « How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research? » *Health Policy Plan*. 2016; 31(8):1069-78.
5. Greaves, L. et coll. *Making It Better: Gender Transformative Health Promotion*. Canadian Scholar's Press/Women's Press. 2014.
6. Morgan, R. et coll. Chapter 11: Incorporating gender analysis into health systems implementation research in Lucas H, Zwarenstein M. *A practical guide to implementation research on health systems*. Brighton: IDS 2016
7. CRDI. *Analysis of Gender Approach. Innovating for Maternal and Child Health in Africa*. 2019.
8. Avan, H.W. et coll. Women's Empowerment and Contraceptive Use: The Role of Independent versus Couples' Decision-Making, from a Lower Middle-Income Country Perspective. *PLOS one* 2014; 9(8): e104633.
9. Pratley, P. Associations between quantitative measures of women's empowerment and access to care and health status for mothers and their children: A systematic review of evidence from the developing world, *Social Science and Medicine*. 2016.
10. Corroon, M. et coll. The role of gender empowerment on reproductive health outcomes in urban Nigeria. *Matern Child Health J*, 2014; 18(1):307–315
11. Bergen, N. et coll. Promoting equity in maternal, newborn and child health – how does gender factor in? Perceptions of public servants in the Ethiopian health sector. *Global Health Action*, 2020; 13(1).