

OFFRIR DES SERVICES DE SANTÉ AUX POPULATIONS DÉFAVORISÉES

2007

Népal

La planification participative améliore la santé génésique des jeunes défavorisés

Au Népal, pays où les besoins des jeunes en matière de santé génésique sont particulièrement aigus, une approche participative de proximité a diminué le déficit de résultats dans ce domaine pour les jeunes issus de milieux défavorisés. Cette démarche a amélioré l'accès aux services, leur qualité, ainsi que les connaissances et le comportement des jeunes en matière d'hygiène sexuelle.

Une crise mondiale

La planète compte aujourd'hui le plus grand nombre de jeunes jamais recensé, soit plus d'un milliard de personnes âgées de 10 à 19 ans, dont la plupart vivent dans les pays en développement. Bon nombre de ces adolescents se marient et fondent des familles, mais compte tenu des *a priori* et des jugements sociaux et moraux quant aux besoins des jeunes en termes de sexualité et de services, ceux-ci n'ont pas accès aux informations et aux services de santé génésique. Les plus mal loties sont les femmes pauvres, sans instruction, vivant en milieu rural. Le manque de services et d'informations n'est pas seulement préjudiciable à la vie de ces individus, mais aussi au bien-être futur des sociétés où ils vivent.

Le projet pour les adolescents au Népal (NAP)

Les milieux du développement voient dans les approches participatives un moyen efficace d'accroître l'autonomie et la responsabilisation – deux des facteurs essentiels à l'amélioration des services de santé destinés aux défavorisés. Le projet en faveur des adolescent au Népal (NAP) est un projet d'une durée de cinq ans qui a été conduit de 1998 à 2003 en collaboration avec un organisme international de prestation de services (EngenderHealth), un organisme d'études internatio-

nal (International Center for Research on Women), et des ONG népalaises locales (New ERA Ltd. et BP Memorial Health Foundation). Afin de vérifier l'efficacité des approches participatives à la santé génésique des jeunes par rapport aux autres méthodes, le projet a mis en œuvre des programmes sur quatre sites d'études et de contrôle, urbains et ruraux.

Sur les sites d'étude, priorité a été donnée à la participation des communautés et à la mobilisation active des groupes vulnérables, comme les pauvres, les jeunes femmes et les minorités ethniques, à tous les stades du programme. Le NAP a pris en considération les priorités de développement plus générales mentionnées par divers membres de la collectivité. Ainsi, des interventions destinées à améliorer les services d'assistance aux jeunes, d'éducation et d'aide psychologique par les pairs, ont été associées à des interventions de plus grande envergure jugées prioritaires par la communauté et destinées à améliorer la conjoncture socio-économique et les ouvertures offertes aux jeunes. Il s'agissait notamment de programmes d'éducation pour adultes, d'activités de gestion des normes sociales et de l'accès à des moyens de subsistance économiques. En conséquence, l'ensemble des interventions visait à remédier aux obstacles structurels, normatifs et systémiques à la santé génésique des jeunes. Par ailleurs, les jeunes, leurs parents, et d'autres membres de la communauté ont activement participé aux activités conduites sur les sites d'étude au travers d'un éventail très varié de groupes de proximité établis durant le projet. À l'inverse, sur les sites de contrôle, l'équipe de projet a défini et mis en œuvre des interventions conventionnelles de santé génésique qui portaient exclusivement sur les facteurs de risques les plus immédiats, tels que les MST ou les grossesses non désirées. La mise au point des interventions et les méthodes appliquées sur les sites d'étude ont prêté une attention par-



ticulière aux désavantages socioéconomiques (en termes de sexe, d'habitat rural/urbain, de richesse, d'origine ethnique, de niveau de scolarité, et de statut marital), ce qui n'a pas été le cas sur les sites de contrôle.

La pauvreté a été mesurée par l'indice des biens des ménages. Si elle constitue un élément critique, elle n'est pas le seul handicap qui empêche les jeunes d'accéder aux informations et services pertinents en matière de santé génésique. L'étude a examiné plusieurs types d'obstacles qui, outre la pauvreté, touchent les jeunes, à savoir l'inégalité entre les sexes, les disparités entre les zones urbaines et rurales, et le niveau d'instruction. Elle a retenu les soins prénataux, l'accouchement dans un établissement spécialisé, et la connaissance des modes de transmission du VIH comme résultats importants en matière de santé génésique pour mesurer l'impact de ces différents désavantages chez les jeunes. Les données de l'étude ont été tirées de deux enquêtes quantitatives transversales, l'une de référence (965 ménages), l'autre finale (1003 ménages), ainsi que de méthodes qualitatives et participatives. L'enquête de référence a ciblé les filles et les garçons, mariés et célibataires, âgés de 14 à 21 ans. Les données recueillies à l'issue du programme d'intervention ont pour leur part porté sur les individus âgés de 14 à 25 ans de manière à couvrir l'ensemble des jeunes susceptibles d'avoir participé au projet où d'en avoir bénéficié.

Observations

L'approche participative a de manière générale mieux réussi à réduire les disparités en matière de santé génésique dérivant des conditions de vie chez les jeunes. Les résultats ont été mesurés en fonction de trois indicateurs : accouchement en établissement de santé, soins prénataux et connaissance des modes de transmission du VIH/SIDA. Dans les deux groupes, la superposition des données concernant le patrimoine des ménages et le statut rural/urbain correspondaient presque exactement aux disparités entre zones rurales et urbaines, et l'écart entre les deux groupes s'est avéré substantiel. Deux autres facteurs de désavantage – l'instruction et l'appartenance ethnique – correspondent aussi sensiblement aux inégalités en termes de patrimoine et de lieu de résidence (villes ou campagnes).

Accouchement en établissement de santé. L'enquête de référence a fait apparaître, sur les sites d'étude comme sur les sites de contrôle, des disparités substantielles entre les jeunes femmes riches et pauvres en termes d'accès à un établissement de santé pour l'accouchement (graphique 1). À l'issue

de l'expérience, cet écart s'était resserré sur le site d'étude, évolution qui n'a pas été apparente sur les sites de contrôle. Comme l'indique le graphique 1, cela tient à ce que l'amélioration de l'accès à un établissement spécialisé a entièrement concerné les 50 % les plus pauvres de la population sur le site d'étude, alors que sur les sites de contrôle, les riches comme les pauvres en ont bénéficié.

Soins prénataux. Les résultats de l'analyse de régression montrent qu'avant l'intervention, une jeune citadine des sites d'étude avait 16 fois plus de chances d'obtenir des soins prénataux que son analogue en milieu rural. À la fin du projet, ce chiffre était de 1,2 seulement. Les sites de contrôle n'affichent pas d'amélioration similaire de l'accès aux soins prénataux des jeunes femmes rurales (Malhotra *et al.* 2004).

Connaissance précise des modes de transmission du VIH. L'étude de référence indiquait que sur tous les sites, les filles étaient moins susceptibles de citer correctement deux modes au moins de transmission du VIH que les garçons. Sur le site d'étude urbain, l'intervention a apporté de telles améliorations que le pourcentage des filles bien informées sur le VIH a en fait dépassé celui des garçons. Une évolution similaire n'a pas été observée sur les sites de contrôle. Cela dit, aucune des interventions n'a réussi dans le même temps à réduire notablement l'écart de connaissances sur le VIH entre les personnes instruites et non instruites (Malhotra *et al.* 2004).

Pourquoi l'approche participative a-t-elle fonctionné ?

La réussite de l'approche participative tient essentiellement à trois de ses caractéristiques : 1) elle a facilité la coproduction de services ; 2) elle a responsabilisé les jeunes et accru l'obligation de rendre compte des prestataires de services et des responsables publics envers la communauté ; et 3) elle a augmenté la demande d'informations et de services des collectivités.

Coproduction

De par sa nature, la santé génésique des adolescents se prête particulièrement à la coproduction de services par les clients et à l'information en libre-service ; la conception de l'intervention participative favorisait cette coproduction. Des pairs bien informés et formés ainsi que des réseaux sociaux fiables sont devenus des sources de prestation. Sur les sites d'étude, les interventions ont utilisé et consolidé les réseaux sociaux pour assurer l'échange d'information et de conseils, ce qui n'a

pas été fait sur les sites de contrôle. Les jeunes des sites d'étude ont également mieux compris la finalité des services et comment les utiliser de manière optimale que ceux des sites de contrôle.

Responsabilisation et obligation de rendre compte

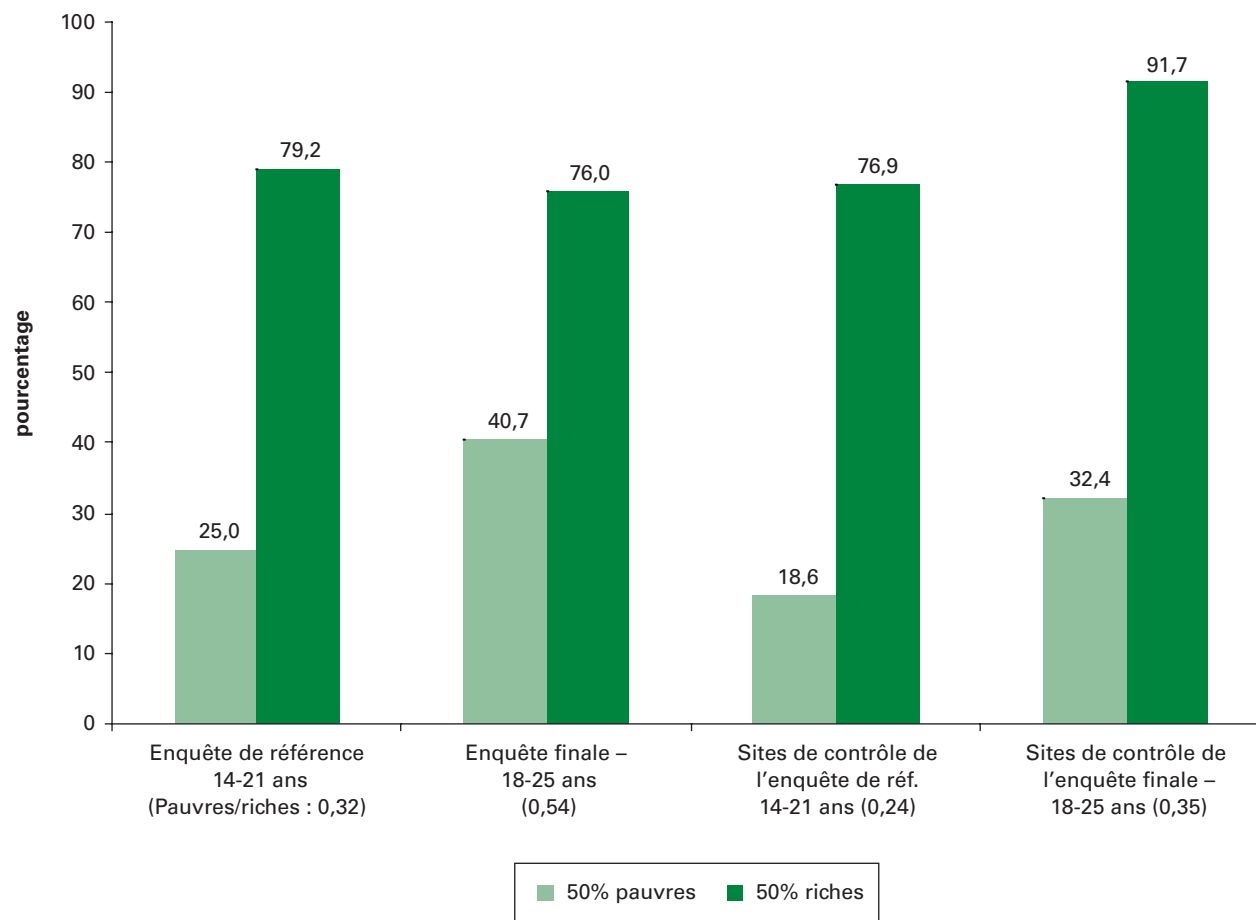
Des efforts dynamiques ont été déployés pour diffuser l'information et établir des structures et des groupes de décision. L'approche participative a mieux réussi à responsabiliser les jeunes et les adultes des communautés et à accroître l'obligation de rendre compte des prestataires et des responsables publics envers les collectivités. Les comités, groupes de travail et clubs de jeunes établis sur les sites d'étude ont développé les compétences des communautés sur plusieurs plans : formation de consensus, prise de décision, planification, organi-

sation, consultations, demande de moyens et exigence de transparence envers les différents intervenants. Ainsi, les adultes et les jeunes ont appris à négocier avec le comité de développement villageois et ont abouti *conjointement* à la conclusion qu'ils pouvaient réclamer des financements publics pour poursuivre les activités du projet. Le programme a appris aux prestataires à être ouverts aux jeunes, courtois et coopératifs, et les jeunes se sont rendu compte qu'ils pouvaient exiger ces comportements.

Demande des communautés

Sur les sites d'étude, les interventions ne visaient pas seulement à modifier les résultats de santé génésique, mais aussi les normes et institutions sociales fondamentales, un élément déterminant pour que la demande d'informations et de ser-

Figure 1. Accouchement en établissement de santé : première grossesse, jeunes femmes mariées pauvres et non pauvres, Népal



Source : Projet en faveur des adolescents au Népal, enquête de référence sur les ménages et les adolescents de 1999, et enquête finale de 2003.

vices augmente chez les désavantagés. L'approche participative a créé un nouvel état d'esprit dans les communautés, marqué par une compréhension plus fine et plus profonde de la santé génésique des jeunes et de ses répercussions sur de nombreux aspects de la vie. Les communautés sont aussi plus conscientes de la façon dont la famille, la différence entre les sexes, les structures sociales et les normes font obstacle à un comportement sexuel et reproductif plus sain. Cette évolution garantit que la demande de services de santé génésique pour les jeunes se maintiendra.

Conclusions

Des opérations de petite envergure à l'échelon des communautés peuvent s'avérer probantes en matière de responsabilisation et de transparence. Les approches participatives, en particulier, peuvent donner aux jeunes, surtout aux jeunes désavantagés, les moyens de négocier pour obtenir des informations et des services appropriés, accessibles et fiables auprès de leurs parents, des prestataires de services et des responsables publics. Il est clair qu'un élargissement de la définition du terme « désavantagé » s'impose. Nul ne conteste

que la pauvreté en est la mesure capitale et décisive. Néanmoins, dans de nombreuses collectivités rurales du monde en développement, la situation des désavantagés tient à l'interaction complexe et imbriquée de divers facteurs contextuels qui doivent être pris en considération. Les analyses de la pauvreté en tant que mesure du désavantage doivent s'accompagner d'études portant sur le lieu de résidence (rural ou urbain), sur la discrimination sexuelle et l'accès à l'éducation, qui sont des marqueurs essentiels des différences sociales, culturelles et économiques.

La présente fiche a pour objectif de résumer les bonnes pratiques en matière de santé, de nutrition et de démographie. Elle s'inspire de l'article « Nepal: The Distributional Impact of Participatory Approaches on Reproductive Health for Disadvantaged Youths, chapitre 11, de *Reaching the Poor with Health, Nutrition, and Population Services: What Works, What Doesn't, and Why* » (Washington, D.C.: Banque mondiale, 2005), et du rapport spécial « *Do Participatory Programs Work? Improving Reproductive Health for Disadvantaged Youth in Nepal* » paru dans le numéro de mai 2006 de la publication *Development Outreach* de la Banque mondiale. Les opinions qui y sont exprimées ne reflètent pas nécessairement celles de la Banque mondiale.

Ces fiches peuvent également être consultées à l'adresse suivante : www.worldbank.org/wbi/healthandaids

