

Autonomiser les femmes par la promotion de la santé et de l'alphabétisme



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture



UNESCO Institute
for Lifelong Learning

Institut de l'UNESCO
pour l'apprentissage
tout au long de la vie

Autonomiser les femmes par la promotion de la santé et de l'alphabétisme



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture



UNESCO Institute
for Lifelong Learning

Institut de l'UNESCO
pour l'apprentissage
tout au long de la vie

Publié en 2017 par

l'Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage
tout au long de la vie
Feldbrunnenstraße 58
20148 Hambourg, Allemagne

Cette étude a été publiée par l'UIL en 2016 sous le titre original *Promoting Health and Literacy for Women's Empowerment*.

© Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie (UIL)

Alors que les programmes et projets de l'Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie (UIL) sont élaborés conformément aux directives fixées par la Conférence générale de l'UNESCO, les publications de l'Institut sont rédigées sous sa seule responsabilité ; l'UNESCO ne répond pas de leur contenu.

Le choix et la présentation des faits ainsi que les opinions exprimées dans cette publication n'engagent que leurs auteurs et ne coïncident pas nécessairement avec les positions officielles de l'UNESCO ou de l'Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'UNESCO ou de l'Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie 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.

Auteure : Anna Robinson-Pant

Remerciements : Je remercie Ulrike Hanemann, Cassandra Scarpino, Rika Yoroza et Malgorzata Torchala, qui ont fourni des conseils et des documents très utiles pour la réalisation de cette étude. Je voudrais associer à ces remerciements le Pr Alan Rogers et le Dr Vicky Duckworth, qui ont généreusement partagé leurs documents et expériences.

Graphisme : Teresa Boese

ISBN 978-92-820-2130-9

OEuvre publiée en libre accès sous la licence Attribution-ShareAlike 3.0 IGO (CC-BY-SA 3.0 IGO) (<http://creativecommons.org/licenses/by-sa/3.0/igo/>). Les utilisateurs du contenu de la présente publication acceptent les termes d'utilisation de l'Archive ouverte de libre accès UNESCO (<http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-fr>).



SOMMAIRE

AVANT-PROPOS

Page 5

1. INTRODUCTION

Page 7

2. ALPHABÉTISATION ET SANTÉ

Page 8

3. « L'ALPHABÉTISATION SANITAIRE » : LA PERSPECTIVE ALTERNATIVE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

Page 10

4. ÉTUDIER L'AUTONOMISATION DES FEMMES, L'ALPHABÉTISATION ET LA SANTÉ

Page 13

5. VERS QUELQUES PRINCIPES D'ANALYSE DE L'ALPHABÉTISATION DES ADULTES ET DE L'APPRENTISSAGE SANITAIRE POUR L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Page 15

6. IDENTIFIER LES BONNES PRATIQUES DES PROGRAMMES D'ALPHABÉTISATION AXÉS SUR LA SANTÉ ET L'ÉGALITÉ DES SEXES

Page 16

7. QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS D'UNE BONNE PRATIQUE ?

Page 26

8. RECOMMANDATIONS

Page 30

RÉFÉRENCES

Page 33

AVANT-PROPOS

La présente publication est la troisième d'une série d'études sur l'alphabétisation et l'autonomisation de la femme. Elle vise à contribuer au développement d'approches intersectorielles de l'alphabétisation, de l'éducation et de la formation des adultes en examinant l'ensemble des politiques en matière d'éducation, de famille, d'intégration, de citoyenneté, de santé, de bien-être social et de finance publique. De telles approches s'avèrent indispensables pour réaliser la vision déclinée dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et, en particulier, dans le *Cadre d'action Éducation 2030*. Les décideurs politiques doivent sortir des carcans sectoriels et aller vers une collaboration institutionnelle et des programmes intégrant la santé, l'alphabétisation et l'égalité des sexes. S'appuyant sur des exemples concrets, cette étude démontre dans quelle mesure les programmes d'alphabétisation des jeunes et des adultes, en particulier axés sur les femmes, contribuent à la réalisation des *Objectifs de développement durable*.

La relation entre santé, égalité des sexes et éducation a été largement étudiée. La littérature existante apporte un éclairage particulier sur les aspects liés à l'alphabétisation des jeunes filles et des femmes adultes. D'une part, elle montre comment l'alphabétisme contribue à améliorer la santé des individus tout en promouvant l'autonomisation des femmes. En effet, il est largement établi que celles qui ont eu accès à l'alphabétisation et à l'éducation adoptent généralement de meilleurs comportements sanitaires et disposent d'une plus grande autonomie sur leur corps. D'autre part, on peut également constater que les progrès en matière de résultats de santé et d'égalité des sexes renforcent les niveaux d'alphabétisme des femmes et des hommes, preuve de l'existence d'un lien de causalité interdépendante entre trois domaines : éducation, santé et autonomisation. Le fait de les considérer comme des facteurs interdépendants revient à reconnaître aussi l'effet émancipateur de l'alphabétisation à la fois sur l'individu, sa famille et sa communauté. En attestent les programmes analysés dans la présente étude, tous disponibles dans la base de données *Pratiques efficaces d'alphabétisation de l'UNESCO*.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 souligne en quoi la réalisation de chaque objectif de développement durable (ODD) est tributaire du niveau de réalisation des autres. D'où, la nécessité d'adopter des approches intersectorielles pour « parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » (ODD 5), mais aussi de repenser certaines conceptions concernant la santé. En effet, se départissant des perspectives classiques, l'ODD 3 envisage celle-ci non plus simplement en termes de traitement et de prévention des maladies, mais comme l'ensemble des conditions nécessaires, y compris l'accès à une éducation de qualité, pour « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge ». Encore une fois, la santé comme état de bien-être, l'autonomisation des femmes et l'éducation sont interdépendantes. La Recommandation de l'UNESCO sur l'apprentissage et l'éducation des adultes de 2015 fait le même constat et déclare que « l'apprentissage et de l'éducation des adultes ont pour objectif de les doter des aptitudes nécessaires pour exercer et réaliser leurs droits et prendre leur destin en main ».

Avec cette publication, qui est une contribution à la célébration de la Journée internationale de l'alphabétisation 2016, je souhaite partager avec les parties prenantes ma conscience que s'il reste beaucoup à faire pour « assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie » (ODD 4), en particulier pour les jeunes filles et les femmes adultes, cela peut passer par de nouveaux partenariats et une collaboration efficace entre les secteurs sanitaire, éducatif et social. Je suis convaincu que la valeur intrinsèque de l'alphabétisation et de l'éducation, qui va bien au-delà du développement économique, est d'autonomiser la personne. Cela revient à habiliter femmes et hommes, par l'éducation, à prendre en charge leur santé et leur bien-être, mais aussi à déterminer leur avenir.

**Le Directeur,
Institut de l'UNESCO pour l'apprentissage tout au long de la vie**

1. INTRODUCTION

Les « jardins d'apprentissage », les « abris des hommes », le blog *Our Bodies Ourselves* et l'action communautaire contre les mutilations génitales féminines (MGF) ne sont que quelques exemples de la manière d'intégrer alphabétisation, apprentissage, genre et santé dans le cadre d'un processus d'autonomisation. À travers le passage en revue de programmes alliant alphabétisation et santé, cette publication apporte sa contribution à la réflexion sur la manière dont l'alphabétisation des jeunes et des adultes peut promouvoir la santé, mais aussi l'autonomisation de la femme.

La reconnaissance des synergies entre santé, éducation et égalité des sexes est à la base de l'engagement de la Déclaration d'Incheon Éducation 2030 (Forum mondial sur l'Éducation, 2015) à promouvoir des opportunités d'apprentissage de qualité tout au long de la vie pour tous : « L'éducation est aussi l'un des plus puissants moyens d'améliorer la santé des individus – et d'assurer que les avantages tirés de cette évolution soient transmis aux générations à venir » (p.8). Les données du secteur de la santé indiquent que des femmes en bonne santé et autonomes sont « bien outillées pour assumer leurs multiples rôles de mères, tutrices, travailleuses, volontaires et dirigeantes » (Langer et al. 2015, p. 1169). Les *Objectifs de développement durable* (ODD), officiellement entrés en vigueur le 1er janvier 2016, guideront les agendas internationaux et nationaux des quinze prochaines années. Les dix-sept ODD peuvent être perçus à la fois comme une vision très fragmentée (avec 169 cibles) ou comme un agenda holistique qui promeut l'interaction intersectorielle au service du développement durable. Adoptant la seconde perspective, la présente étude veut examiner les interconnexions entre trois de ces objectifs en rapport avec l'alphabétisation des adultes :

ODD 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

ODD 4 : Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

ODD 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Chacun de ces objectifs insiste fortement sur l'équité, l'inclusion et les approches holistiques. Comparés aux *Objectifs du Millénaire pour le développement* (OMD), les ODD reposent sur une conscience plus profonde que le bien-être va au-delà des seules structures de santé et que l'éducation ne se limite pas à l'alphabétisation élémentaire et à la scolarisation formelle. L'égalité des sexes, dénominateur commun des ODD, renvoie ici à « l'égalité de droits, responsabilités et opportunités des femmes et des hommes ainsi que des filles et des garçons...en reconnaissant la diversité des différents groupes de femmes et d'hommes » (UNESCO, 2014a, p. 3).

Le défi pour les éducateurs, les décideurs politiques et tous les acteurs est de savoir comment mettre en action la vision 2030, compte tenu de la difficulté de mener un travail multisectoriel et intersectoriel aux niveaux local, national et international. Cette difficulté réside sans doute, en partie, dans les contraintes financières institutionnelles et la gouvernance. Le manque de connaissances et la tendance à travailler en vase clos constituent aussi d'autres facteurs importants lorsqu'il s'agit de partager les expériences et les bonnes pratiques entre les secteurs et les différents domaines d'expertise. C'est pourquoi cette étude cherche non seulement à identifier les succès en termes d'interventions et de bonnes pratiques, mais aussi à arriver à une compréhension commune entre professionnels – praticiens de la santé et éducateurs – qui partagent des objectifs similaires. Pour cette raison, elle commence par examiner le sens de termes comme alphabétisation, santé, « alphabétisation sanitaire », apprentissage et autonomisation dans ces domaines respectifs.



Une apprenante du Programme d'alphabétisation pour les femmes (Irak)

2. ALPHABÉTISATION ET SANTÉ

2.1 DÉFINIR L'ALPHABÉTISATION UNE DÉFINITION RÉCENTE DE L'UNESCO (2015A) INDIQUE QUE :

L'alphabétisation constitue une composante clé de l'apprentissage et de l'éducation des adultes. Elle implique un continuum de niveaux d'apprentissage et d'aptitude qui permet aux citoyens de participer à l'apprentissage tout au long de la vie et de prendre part pleinement à la vie de la communauté, du lieu de travail et de la société. Elle inclut l'aptitude à lire et écrire, identifier, comprendre, interpréter, créer, communiquer et calculer à l'aide de supports imprimés et manuscrits, mais aussi l'aptitude à résoudre des problèmes dans un environnement de plus en plus riche en technologie et en information.

Cette conception dépasse les définitions antérieures de l'alphabétisation fonctionnelle en tant que lecture, écriture et numératie appliquées et reconnaît le caractère multimodal de l'alphabétisation, qui fait intervenir des pratiques orales, visuelles et numériques complexes. L'alphabétisation se conçoit comme un processus intervenant à la fois au sein et en dehors des programmes et cadres éducatifs, qui inclut apprentissage et usage des acquis. La notion d'une alphabétisation intégrée aux pratiques sociales et culturelles, formant un continuum plutôt qu'un clivage entre écrit et oralité (Street, 1993), marque un passage des compétences acquises en classe à une prise en compte des pratiques de communication de la vie courante. Dans le contexte de l'alphabétisation, le terme « alphabétisme critique » s'inspire de l'approche pédagogique de Freire pour l'acquisition d'une « conscience critique » : « un objectif à atteindre en partie à travers l'usage de livres et d'autres supports écrits, mais plus profondément, à travers la 'lecture' (c'est-à-dire, interroger, théoriser, étudier, questionner...) et l'écriture' (c'est-à-dire, agir sur et transformer de façon dialogique) le monde social » (UNESCO, 2005, p. 152). S'appuyant sur les travaux académiques sur l'alphabétisation comme étant appliquée, pratiquée et située (UIL, 2013a, p. 20), cette revue examine comment son apprentissage peut se rattacher à ou découler des croyances, pratiques et prestations de services sanitaires.

2.2 ÉLARGIR LA CONCEPTUALISATION DE LA SANTÉ

La santé est un état de bien-être physique, mental et social complet au lieu de la simple absence de maladie ou d'infirmité. (OMS, 1948)

Cette définition adoptée par l'Organisation mondiale de la Santé en 1948 continue d'inspirer l'élaboration des politiques, y compris les ODD, qui mettent en avant cette acception élargie de la santé en tant que bien-être qui ne se limite pas aux politiques du secteur sanitaire. La théorie des déterminants sociaux de santé (DSS)¹ souligne que notre santé est sujette à diverses influences, dont le travail, l'ethnie, la sécurité alimentaire, le genre, l'environnement, les relations sociales et, bien entendu, l'éducation. L'OMS reconnaît les effets des inégalités sociales et économiques sur la santé dans sa constitution, qui préconise une approche fondée sur les droits (OMS, 2006). Jugée indispensable dans le cadre de cette approche, l'égalité des sexes a permis un engagement fort en faveur de la lutte contre les normes inégales et les stéréotypes en matière de genre qui influencent les politiques et les services de santé (EWE, 2015, p. 38).

La récente *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016–2030)* présente une vision élargie, qui passe de la focalisation étroite sur la santé maternelle et infantile à un cadre étendu de santé sexuelle et reproductive (Langer et al., 2015). Pour la première fois, les adolescents sont mentionnés aux côtés des femmes et des enfants, en reconnaissant leur « rôle décisif aux côtés des femmes et des enfants comme acteurs essentiels du changement dans l'après-2015 » (EWE, 2015, p. 11). La Stratégie mondiale adopte une approche axée sur le cours de la vie, soulignant que « la santé d'une personne à chaque

¹ L'OMS (n.d) définit les déterminants sociaux de santé comme « les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent, et l'ensemble général de forces et de systèmes qui façonnent les conditions de la vie quotidienne. Ces forces et systèmes incluent les politiques et systèmes économiques, les programmes de développement, les normes sociales, les politiques sociales et les systèmes politiques ».

étape de sa vie affecte celle des suivantes... et a des effets sur la génération suivante » (ibid.). Préconisant une approche intégrée et multisectorielle, elle dresse une liste de « facteurs favorisant la santé », dont l'éducation, l'eau, la nutrition, l'air pur, etc. Elle décrit trois objectifs principaux :

SURVIVRE : Mettre fin aux décès évitables
S'ÉPANOUIR : Assurer la santé et le bien-être
TRANSFORMER : Étendre les environnements propices (EWEC, 2015, p. 6)

L'accent mis sur les environnements propices et les cibles connexes – y compris « éliminer toutes les pratiques néfastes ainsi que la discrimination et la violence à l'égard des femmes et des filles » – est d'une pertinence particulière pour cette étude.

Cette conceptualisation de la santé – qui ne se limite pas à prévenir et soigner les maladies mais promeut et crée les conditions du bien-être et de l'égalité au sein des communautés – a des implications spécifiques concernant le rôle des professionnels de la santé et des éducateurs. Au fil des décennies, il y a eu un passage de l'éducation sanitaire à une approche multidisciplinaire de la *promotion de la santé* (signalé pour la première fois par l'usage de ce terme par l'OMS dans la Charte d'Ottawa en 1986). Si l'éducation sanitaire était souvent axée sur le client de santé isolé et ses besoins en termes de services, la promotion de la santé s'intéresse à la communauté au sens large pour la sensibiliser et prendre en charge directement les déterminants sociaux de santé. Décrivant les limites d'une approche basée sur l'éducation sanitaire, English (2012, p. 16) explique qu'« une approche basée sur la promotion de la santé déplace le centre d'intérêt de la dépendance du malade vis-à-vis de la littérature sur l'éducation sanitaire vers une participation communautaire aux activités de promotion de la santé, telles que les cuisines communautaires, les programmes sanitaires à caractère confessionnel et les campagnes de protection de l'environnement comme faits quotidiens ».

Il s'est opéré un rejet idéologique du modèle médicalisé de la santé – dans lequel les citoyens se positionnaient comme consommateurs ou clients d'une médecine experte. Mais, pour certains commentateurs, la promotion de la santé n'est pas allée assez

loin dans la lutte contre les inégalités dans le monde et les grandes structures politiques/économiques qui influencent la santé. Par exemple, les campagnes anti-tabac tendent davantage à cibler le comportement au niveau individuel et communautaire qu'à affronter la puissante industrie mondiale du tabac. Soulignant la nécessité d'élaborer une approche plus critique et participative de promotion de la santé, English (2012, p. 20) suggère que « les individus doivent être perçus non pas comme des consommateurs de services de santé, comme si ceux-ci étaient la source de la santé, mais plutôt comme des créateurs de santé ».

La présente étude s'appuie sur la conceptualisation holistique de la santé décrite plus haut, mais aussi sur une approche de la santé fondée sur la justice sociale comme partie intégrante, mais aussi découlant des inégalités sociales, politiques et économiques. La distinction entre éducation sanitaire et promotion de la santé (en tant qu'approche plus collective et politisée) offre un moyen d'analyser les différents types d'apprentissage et les rôles des éducateurs en matière d'alphabétisation et de santé.

2.3 ÉTUDIER LA RELATION ENTRE ALPHABÉTISATION ET SANTÉ

La relation entre alphabétisation et santé a été le centre d'intérêt de nombreux travaux de recherche et débats politiques. Aux États-Unis, par exemple, les études indiquent que les personnes peu alphabétisées ont 1,5 à 3 fois plus de chances d'avoir de mauvais résultats de santé que celles qui ont fait des études avancées (DeWalt et al., 2004). Dans les pays à revenu faible, une attention particulière a été accordée à l'alphabétisation des femmes pour ses retombées positives sur la santé, notamment la planification familiale et l'amélioration de la nutrition et de l'assainissement. L'amélioration du niveau d'éducation des femmes a permis d'éviter 50 % de décès infantiles entre 1970 et 2009 (Langer et al., 2015). L'UNESCO (2014b, p. 3) indique qu'une femme alphabétisée a en moyenne 23 % plus de chances de se faire assister par une sage-femme, et les mères instruites plus de chances de faire vacciner leurs enfants. Partant de ces assertions, les politiques et programmes d'alphabétisation ont généralement adopté une approche utilitariste et limitée de l'autonomisation de la femme, centrée sur

une alphabétisation en lien avec son rôle procréateur de mère. À l'inverse, analysant l'impact de la santé sur l'alphabétisation et l'éducation, la recherche montre que les adultes en bonne santé ont moins de chances de faire travailler leurs filles, les libérant ainsi pour l'école (Langer et al., 2015).

La majorité des études dans ce domaine adoptent une approche quantitative. Par exemple, l'étude comparative d'Ali et al. en 2011 sur l'état de santé d'enfants nés de mères alphabètes et analphabètes dans un hôpital pakistanais a révélé une grande disparité en matière de vaccination (les mères instruites sont plus susceptibles de vacciner leurs enfants). Même si elles montrent souvent une corrélation statistique importante, ces études soulèvent des questions sur la manière dont d'autres variables – en particulier la pauvreté – pourraient agir sur la relation entre alphabétisation des femmes et résultats de santé. La conceptualisation de la santé dans ces études peut être rattachée à la discussion précédente sur la nécessité de reconnaître les influences générales sur la santé. Plus important encore (pour cette étude consacrée à l'alphabétisation des adultes), les taux d'alphabétisme des femmes sur lesquels reposent ces travaux de recherche tendent à mesurer les années de scolarité et cherchent rarement à savoir si les femmes ont appris à lire et écrire à l'école pendant leur enfance ou à l'âge adulte (Robinson-Pant 2005). Il semble plus ardu de définir l'alphabétisme – et de le mesurer – que d'évaluer les résultats de santé à travers les taux de mortalité infantile ou de fertilité. Ainsi, pour les niveaux d'alphabétisme des adultes, se sert-on souvent d'un indicateur indirect tel que le niveau d'études atteint, le niveau déclaré (lorsqu'une femme déclare son niveau d'alphabétisme ou se dit analphabète) ou l'information fournie par le chef de famille. Dans l'étude de cas du Pakistan évoquée plus haut, il a été demandé aux femmes de lire des titres de journaux pour voir si elles sont « alphabétisées » (Ali et al., 2011). Le clivage supposé entre alphabétisme et analphabétisme qui sous-tend ce travail de recherche diverge avec la définition de l'alphabétisme fournie plus haut, qui le considère comme un continuum de compétences et de niveaux d'aptitudes.

Se référant au *Cadre d'action de Belém* (UIL, 2010a, p. 6), cette étude soutient que « le droit à l'alphabétisation (est)... un préalable au développement de l'autonomie

personnelle, sociale, économique et politique ». Cette conception de l'alphabétisme comme « outil d'autonomisation » (UIL, 2013a, p. 20) est importante pour analyser comment les femmes s'attaquent de façon critique aux multiples inégalités de leur existence, y compris les facteurs qui agissent sur la santé. « Un environnement alphabétisé enrichi » (ibid.) constitue un autre élément clé pour comprendre l'alphabétisme et s'intéresse aux producteurs de textes écrits et visuels, mais aussi à ceux qui les utilisent. Le terme « environnement alphabétisé » met l'accent à la fois sur l'existant (l'« environnement d'alphabétisation ») et sur « l'état que nous cherchons à atteindre » et les « contextes particulièrement propices à l'acquisition et l'utilisation des compétences » (Easton, 2014, p. 36).

La définition de l'alphabétisme comme continuum, fait de diverses compétences, connaissances, pratiques de communication (certaines liées aux résultats de santé) et de l'environnement alphabétisé provient des décideurs et des chercheurs du secteur de l'éducation. Cette étude va à présent comparer les idées relatives à l'alphabétisation et à l'apprentissage, répandues dans le secteur de la santé et utilisées par les professionnels, en particulier le terme d'« alphabétisation sanitaire ».

3. « L'ALPHABÉTISATION SANITAIRE » : LA PERSPECTIVE ALTERNATIVE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

L'expression « alphabétisation sanitaire » est-elle synonyme de « alphabétisation et santé » ? Employé pour la première fois lors d'une conférence sur l'éducation sanitaire en 1974, le terme a évolué depuis, comme le notent Frisch et al. (2011, p. 119), et recouvre plus que « l'alphabétisation fonctionnelle dans le domaine de la santé ». La présente section analyse l'évolution du sens du terme au fil du temps et en fonction des contextes.

À l'apparition de l'alphabétisation sanitaire dans le secteur de la santé, sa définition se limitait à la lecture et à l'écriture de supports sanitaires. Depuis, elle s'est étendue et englobe l'utilisation de ce savoir, reflétant ainsi l'approche holistique de la promotion de la santé décrite plus haut. C'est ce qu'illustre la définition de l'OMS (1998) :

Les compétences cognitives et sociales qui déterminent la motivation et l'aptitude des individus à accéder à l'information, la comprendre et l'utiliser de façon à promouvoir et à maintenir la bonne santé (OMS, 2013).

Depuis 1998, divers types d'alphabétisations sanitaires ont été définis, souvent en fonction des différents types de compétences acquises en matière de savoir/citoyenneté sanitaire. Nutbeam (2000) distingue trois types d'alphabétisations sanitaires particulièrement influents :

- alphabétisation sanitaire fonctionnelle (niveau de lecture et écriture de base qui permet de comprendre et d'utiliser l'information sanitaire) ;
 - alphabétisation sanitaire communicative ou interactive (niveau de connaissances et d'alphabétisme plus avancé pour interagir avec les prestataires de soins de santé et capacité d'interpréter et d'appliquer l'information à des circonstances changeantes) ;
 - alphabétisation sanitaire critique (niveau cognitif plus avancé pour analyser l'information de façon critique et mieux maîtriser sa vie)
- (Extrait de Frisch et al., 2011, p. 118)

Le modèle de Nutbeam repose sur l'hypothèse selon laquelle les compétences avancées associées à « l'alphabétisation sanitaire critique » favorisent une autonomie et une participation accrues aux prises de décisions en matière de santé. L'alphabétisation sanitaire a aussi été conceptualisée en termes de types de connaissances acquises (Schulz et Nakamoto, 2005). Chacun des modèles d'« alphabétisation sanitaire » présentés ici est multidimensionnel et dépasse l'alphabétisation conçue comme la simple capacité à décoder les messages ou informations sanitaires écrits. Cependant, ils diffèrent par leur niveau de restriction de leur centre d'intérêt au secteur sanitaire et aux prestataires de services de santé, mais aussi par leur reconnaissance de l'importance du contexte dans lequel l'alphabétisation sanitaire est pratiquée. Fait important, la recherche sur l'alphabétisation sanitaire citée ci-dessus a été menée au Canada, aux États-Unis et en Europe. Ces environnements « hautement alphabétisés » reconnaissent fortement que l'« alphabétisation sanitaire » est un processus bidirectionnel impliquant une interaction aussi bien avec les producteurs

qu'avec les lecteurs de textes imprimés et numériques. L'initiative « langage clair » (CDC, 2016), par exemple, voulait renforcer la communication entre les prestataires de services de santé et le public en améliorant la lisibilité des notices médicales et des supports de promotion sanitaire. S'y ajoute l'importance de renforcer les compétences en écriture – par exemple, lorsqu'on demande aux diabétiques de noter leurs symptômes au quotidien.

Une différence majeure entre les approches réside dans leur degré de conceptualisation de l'« alphabétisation sanitaire » en termes d'autonomisation, conformément à cette définition de Kickbusch et al. (2005) : « Une stratégie critique de l'autonomisation consiste à amener les personnes à mieux maîtriser leur santé, savoir obtenir des informations et prendre leurs responsabilités ». L'OMS (2013) s'est appuyée sur ces concepts d'autonomisation personnelle et individuelle pour examiner la dimension institutionnelle de l'« alphabétisation sanitaire », en particulier la nécessité de développer des liens entre plusieurs acteurs et de partager le pouvoir politique.

Il est clair que le sens de l'« alphabétisation sanitaire » recoupe les définitions du binôme « alphabétisation et santé » fournies plus tôt, qui s'intéressent au rapport de la lecture et de l'écriture à la réflexion critique et à l'autonomisation. Elle insiste fortement sur la « citoyenneté sanitaire » (voir Zarcadoolas et al., 2005) et les compétences nécessaires au citoyen pour revendiquer ses droits à l'accès à des structures et informations sanitaires de qualité. L'idée selon laquelle l'« alphabétisation sanitaire » est un processus tout au long de la vie, et dans toutes ses dimensions, sous-tend l'essentiel des études dans ce domaine et trouve un écho dans la récente définition de l'alphabétisation de l'UNESCO (2015a) citée plus haut (voir la section 2i). Même s'il est lui parfois reproché de promouvoir un modèle médical qui privilégie les prestataires et les clients (English, 2012), les faits prouvent l'existence de plusieurs domaines de l'alphabétisation (en dehors des programmes et structures de santé formels) qui mettent aussi les personnes au contact de l'information sanitaire.

Analysant ce qui fait la particularité du secteur de la santé, les éducateurs en santé partent souvent d'un « modèle des actifs » (Pakaari et Pakaari, 2012),

qui positionne la santé et l'alphabétisation comme des ressources que les personnes apportent avec elles. À travers leurs exemples d'éducation sanitaire informelle, notamment des hommes atteints d'un cancer du sein qui s'informent sur la maladie (Seltrecht, 2015), Ostrouch-Kaminska et Viera (2015, p. 183) illustrent le fait que « le vécu est un concept important, susceptible à la fois de déclencher un processus d'apprentissage et de constituer une ressource de l'activité éducative ». Ce point de départ s'oppose à l'approche dite du déficit, souvent adoptée par les décideurs et les concepteurs de programmes d'alphabétisation destinés aux « femmes analphabètes » (voir Robinson-Pant, 2004 et Chopra, 2004). L'accent y est mis sur le déficit de compétences et de connaissances des femmes en matière d'alphabétisme et de santé. La littérature sur l'« alphabétisation sanitaire » reconnaît aussi de façon plus marquée les approches d'apprentissage informel et les savoirs locaux susceptibles d'inspirer les éducateurs en santé. Informé par une approche de justice sociale, Hill (2016, p. 46) énumère les responsabilités des éducateurs en santé des adultes à l'intérieur comme à l'extérieur de la salle de classe : entre autres, travailler dans les communautés, influencer les professionnels de la santé, promouvoir l'accès aux soins, influencer la législation/politique, travailler au niveau international, promouvoir et mener des travaux de recherche intégrés et éduquer les individus.

Les différents types de connaissances et compétences identifiés en rapport avec l'« alphabétisation sanitaire » – dont le modèle Nutbeam d'alphabétisation fonctionnelle, communicative et critique offre un exemple – invitent à une plus grande attention au *type d'apprentissage* susceptible de favoriser les résultats de santé. Cette analyse des processus d'apprentissage et des différents facteurs qui influencent le comportement sanitaire peut aider à ouvrir la « boîte noire » de l'alphabétisation dans les études quantitatives sur les liens entre alphabétisation et santé citées plus haut. Trop souvent, l'on suppose une relation de cause à effet linéaire évidente entre alphabétisation des adultes et amélioration de l'état de santé. À titre d'illustration, ce projet *Alphabétisation et santé des femmes* au Népal où l'agence de mise en œuvre américaine a entrepris d'évaluer, au moyen d'une enquête, l'effet de l'alphabétisation sur le changement de pratiques sanitaires. Même si l'adoption de la planification familiale peut

être directement corrélée aux taux d'alphabétisme, l'agence a vite compris que l'équation « alphabétisation (des femmes) = changement des comportements en santé procréative » ne rend pas compte de la complexité du changement. Elle a dû décomposer le processus pour savoir si le programme a amélioré les connaissances sanitaires et si cela a, à son tour, changé le comportement sanitaire en se posant la question suivante : « est-ce que programme d'alphabétisation = connaissances sanitaires accrues = adoption accrue de la planification familiale ? » (Robinson-Pant, 2001). Un modèle multidimensionnel alliant « alphabétisation critique » et santé pourrait aider, dans ce type de programmes, à expliquer de façon plus nuancée *pourquoi* l'alphabétisation des femmes pourrait avoir un impact sur les résultats de santé.

Quelle est donc la pertinence des définitions, approches et modèles d'« alphabétisation sanitaire » dans le secteur de la santé pour les praticiens de l'alphabétisation des pays à revenu faible ? Les hypothèses concernant l'accès universel à des soins de santé de qualité sous-tendent l'essentiel de l'action d'« alphabétisation sanitaire », un concept né au Canada et aux États-Unis, et doivent être adaptées aux situations des pays à revenu faible où de telles facilités tiennent davantage de l'aspiration que de la réalité. Plus important, la priorité accordée au secteur formel de la santé, qui reconnaît à peine la force et l'importance des institutions, savoirs et pratiques autochtones qui prédominent souvent dans les communautés des pays à revenu faible. Ces systèmes alternatifs pour « faire la santé » influencent aussi parfois le secteur formel. Par exemple, il peut arriver que les dispensaires tiennent rarement des dossiers écrits et que les praticiens de la santé préfèrent la communication orale informelle aux accords et instructions écrits.

Même si l'« alphabétisation sanitaire » est présentée comme un capital social et culturel dans le rapport de l'OMS (2013) et ailleurs, les femmes ou l'inégalité des sexes y sont étrangement à peine mentionnées en rapport avec l'autonomisation, pas plus que l'alphabétisme sanitaire n'y est désagrégé par sexe. Par exemple, une revue systématique du binôme alphabétisation et santé aux États-Unis par DeWalt et al. (2004) analyse les résultats de santé selon l'appartenance ethnique, la culture et l'âge, mais pas le sexe. Le contraste semble plus frappant avec la recherche éducative dans les

pays à revenu faible, qui s'est presque exclusivement focalisée sur l'alphabétisation des femmes comme la clé pour améliorer l'état de santé individuel, familial et communautaire. De même, il est prouvé que savoir lire, écrire et compter ne constitue pas la priorité des approches d'« alphabétisation sanitaire ». Le compte-rendu ci-dessus souligne l'importance d'élaborer des programmes d'apprentissage des adultes qui cherchent à promouvoir la santé en mettant en avant l'alphabétisation critique et l'autonomisation. La section suivante examine le concept d'autonomisation des femmes pour nous aider à mieux comprendre comment les programmes d'alphabétisation et santé peuvent renforcer les processus de changement des relations entre les sexes.

4. ÉTUDIER L'AUTONOMISATION DES FEMMES, L'ALPHABÉTISATION ET LA SANTÉ

L'autonomisation des femmes est trop considérée comme un résultat quantifiable des programmes de développement – en particulier dans les contextes éducatifs. La conceptualisant sous forme de « voyage » plutôt que de destination, Cornwall et Edwards (2014, p. 7) soutiennent que « l'autonomisation est un processus, pas un état, un statut ou un point final fixe, encore moins un résultat mesurable auquel des cibles peuvent être rattachées ». Cette notion du caractère fluide de l'autonomisation, arborant différentes formes dans différents contextes, conteste le type d'approche de recherche analysé plus haut à propos des liens entre l'alphabétisation des femmes et la santé. Par exemple, l'étude de Burchfield et al. (2002) sur l'impact de l'alphabétisation sur l'autonomisation des femmes de Bolivie repose sur des enquêtes auprès des femmes concernant leurs comportements et attitudes avant et après le programme d'alphabétisation en rapport avec divers indicateurs d'autonomisation (par exemple, si elles ont compris l'importance de la propreté). La conception de l'étude – qui comporte un groupe de contrôle qui n'a pas participé au programme – implique que n'importe quel indicateur d'autonomisation peut être directement rattaché aux cours d'alphabétisation.

À l'opposé, le concept de « circuits cachés d'autonomisation » (Cornwall et Edwards, 2014) renvoie aux modes non planifiés et imprévisibles par lesquels les femmes

acquièrent de nouvelles connaissances qui les aident à réfléchir à leur situation – par exemple, regarder la télévision ou discuter avec des voisines, sur les réseaux sociaux et dans le cadre de la pratique religieuse. Cela passe par l'abandon des programmes et institutions de développement formels au profit d'une approche plus ouverte des questions de genre qui influencent aussi la santé. Par exemple, au Bangladesh, Nazneen et Sultan (2014) étudient les stratégies adoptées par une organisation de femmes pour mobiliser l'appui et faire campagne contre les attaques à l'acide en examinant la représentation culturelle de la femme. En se focalisant moins sur l'autonomisation de la femme en tant que sujet individuel pour tenir compte des pratiques sociales, politiques et culturelles générales, on peut admettre que :

L'autonomisation est un processus complexe de négociation au lieu d'une séquence linéaire d'intrants et de résultats (Cornwall et Edwards, 2014, p. 27).

Cette perspective multidimensionnelle plus ouverte de l'autonomisation des femmes et de l'égalité des sexes peut aider à regarder au-delà des interventions de développement planifiées et à voir quels changements sont peut-être déjà en marche au niveau global et local et contestent les rôles et relations de genre. La dimension relationnelle de l'autonomisation revêt une importance particulière pour l'égalité des sexes puisque, parfois, l'autonomisation d'une femme signifie perte d'autonomisation pour une autre. Par exemple, une sœur cadette ou une belle-fille peut avoir à « suppléer » une aînée dans les tâches ménagères pour lui permettre de suivre ses cours d'alphabétisation.

La recherche ethnographique sur genre et alphabétisation révèle que non seulement les aspects fonctionnels, mais aussi la valeur symbolique de l'alphabétisation, sont particulièrement importants dans les processus d'autonomisation. Chez les communautés hispaniques défavorisées de Los Angeles, Rockhill observe que certains maris perçoivent l'alphabétisation de leur épouse comme une menace à leur propre identité en termes de « statut » perçu : « L'alphabétisation est un devoir, mais pas un droit, des femmes... la plupart n'ont pas le droit de changer – d'être "quelqu'un" – leur mari s'y oppose, parfois de force » (1993, p. 171). Dans le

secteur de la santé, l'impact de l'alphabétisation des femmes sur la prise de décisions a été l'objet d'un intérêt particulier pour voir si la voix des femmes alphabétisées compte plus que celle de leur mari dans la prise de décisions clés comme la planification familiale ou l'accès aux services de santé. La recherche ethnographique sur le programme de planification familiale au Népal, décrit plus haut, révèle que les processus décisionnels sont plus complexes que le seul fait pour une femme de gagner en assurance pour persuader son mari. Ladite étude note l'intervention d'autres facteurs, tels que la pression des beaux-parents et les préoccupations financières des femmes liées à l'effet des contraceptifs sur leur productivité au travail (Robinson-Pant, 2001). Les programmes d'alphabétisation sont souvent évalués en termes de gain des femmes en pouvoir décisionnel. Le fait de considérer l'autonomisation des femmes comme un processus complexe de négociation soulève des questions méthodologiques importantes sur la façon d'étudier et d'évaluer le processus décisionnel (en particulier, en matière de santé de la reproduction).

Cette conceptualisation d'une autonomisation qui va au-delà de l'intervention de développement planifiée et sert de prisme pour examiner les processus complexes de changement social rejoint les transformations idéologiques notées plus haut en matière de santé. L'approche holistique basée sur les droits en matière de promotion de la santé tient compte des divers facteurs qui influencent la santé et le bien-être – y compris l'inégalité des sexes. Analysant l'apprentissage sanitaire des adultes sous un prisme féministe, English et Irving (2015) expliquent comment l'apprentissage transformateur s'est souvent étroitement focalisé sur la transformation individuelle des femmes plutôt que de s'attaquer aux grands défis. Ils indiquent que « l'apprentissage transformateur... s'est en grande partie limité à parler de la santé comme d'une série de choix individuels et de conditions locales au lieu d'un lieu de transformation sociale » (ibid., p. 34). Ils s'appuient sur les trois types d'« apprentissage non scolaire » identifiés par Gorman (2007) pour la santé de la communauté :

- apprentissage pour la survie (par exemple, apprendre à nourrir une famille, gérer un revenu faible)
- apprentissage pour la résistance (par exemple, la mobilisation d'un quartier pour conserver un espace public local)

- apprentissage pour la lutte (action collective pour savoir pourquoi une forêt est coupée sans se préoccuper du point d'eau des résidents)
(Basé sur English et Irving, 2015, p. 38)

Cette distinction entre les différents types d'apprentissage transformateur propose un moyen de faciliter la compréhension et l'action pour corriger les inégalités globales et locales entre les sexes qui influencent la santé. Contrairement à de nombreux programmes d'alphabétisation et de développement basés sur l'approche dite de « l'alphabétisation d'abord » (Rogers, 1999), l'apprentissage transformateur peut partir d'une compréhension sexospécifique des inégalités en matière de santé et évoluer éventuellement vers les activités d'alphabétisation. Par exemple, dans les années 1960 aux États-Unis, le mouvement *Boston Women's Health Book Collective* est né du souci des femmes de prendre en main les questions touchant à leur santé, notamment procréative (English et Irving, 2015). Grâce à ce mouvement, elles se sont donné la main pour apprendre, partager des expériences et publier, en 1973, un livre intitulé *Our Bodies, Ourselves*, qui démontre que les « femmes, consommatrices de santé informées, sont catalyseurs de changement social » (OBOS, 2016). L'ouvrage est maintenant publié en plusieurs langues dans plusieurs pays, où les groupes de femmes l'adaptent à leurs réalités culturelles et discutent à travers un blog. Cet exemple montre comment activités d'alphabétisation et textes sanitaires peuvent naître de l'apprentissage transformateur sur la santé et de l'action collective des femmes.

À quel niveau et comment les programmes d'alphabétisation des adultes et de développement s'insèrent-ils dans ces concepts de l'autonomisation des femmes en tant que voyage non planifié et imprévisible ? Les exemples d'apprentissage informel axé sur l'égalité des sexes et la santé présentés ci-dessus semblent indiquer que *l'alphabétisation peut aussi suivre, au lieu de déclencher, l'apprentissage transformateur*. La focalisation sur les besoins de santé d'un individu et l'alphabétisation peut être combinée à une approche plus holistique et politisée pour faciliter une action collective permettant de s'attaquer aux grandes inégalités qui affectent la santé de la femme. Vues sous la perspective de la politique et de la planification, ces idées consistent à lier des préoccupations sani-

taires concrètes immédiates (« apprentissage pour la survie ») à des changements juridiques, sociaux et économiques durables (associés à « l'apprentissage pour la lutte ») peuvent être rattachées aux concepts de besoins sexospécifiques pratiques et stratégiques de Moser (1993).² Les besoins sexospécifiques pratiques sont identifiés par rapport aux « rôles socialement acceptés de la femme dans la société » et « ne contestent pas la division du travail selon le sexe ou le statut de subordination de la femme dans la société, bien qu'ils en soient le résultat » (ibid., 40). Les besoins sexospécifiques stratégiques sont ceux que « les femmes identifient à cause de leur statut de subordination aux hommes dans leur société » (ibid., p. 39) et peuvent inclure le contrôle sur leur corps, les droits légaux et la violence sexuelle et sexiste.

Actuellement, les interventions d'alphabétisation qui répondent aux besoins sexospécifiques stratégiques des femmes (ou des hommes) en partant d'un besoin sexospécifique pratique peuvent aider à résoudre des questions plus générales d'autonomisation et de santé. Le large éventail d'actions préconisé par l'ODD 5 (modification des lois, appui au leadership des femmes, lutte contre la violence sexuelle et sexiste et les pratiques néfastes, entre autres) peut être pris en charge à travers cette approche globale de l'autonomisation de la femme dans le cadre des programmes d'alphabétisation.

5. VERS QUELQUES PRINCIPES D'ANALYSE DE L'ALPHABÉTISATION DES ADULTES ET DE L'APPRENTISSAGE SANITAIRE POUR L'AUTONOMISATION DES FEMMES

La revue de la recherche et de la politique en matière de santé, d'alphabétisation et d'autonomisation des femmes ci-dessus a mis en lumière quelques principes clés pour analyser les programmes d'alphabétisation sous l'angle de la santé et de l'égalité des sexes :

² Il convient de noter que la distinction faite par Moser entre besoins sexospécifiques pratiques et stratégiques a été conceptualisée pour la première fois dans les années 1980, une époque où dominaient les approches « directives » de la politique de genre et de la planification.

i. Le concept de la santé comme état de bien-être va au-delà de la maladie et de la fourniture de services de soins pour embrasser un agenda de justice sociale

Le passage de l'éducation sanitaire à la promotion de la santé et l'adoption d'une perspective holistique rattachant la santé aux inégalités globales comporte des implications importantes pour les programmes d'alphabétisation. Cette posture idéologique vis-à-vis de la santé défie les approches classiques de la pédagogie, du curriculum et de la planification à travers un plaidoyer pour l'apprentissage participatif et la réflexion critique. En positionnant l'individu en tant que citoyen actif au lieu d'un client passif interagissant avec des professionnels de santé « experts » comporte des implications pour les rôles (et la formation) de tous les acteurs de la promotion de la santé et des programmes d'alphabétisation.

ii. La relation entre alphabétisation des femmes et santé peut être analysée en étudiant les types d'alphabétisation et d'apprentissage sanitaire qui favorisent les processus d'autonomisation

Les travaux de recherche sur l'alphabétisation des femmes et la santé se sont focalisés sur l'analyse statistique des résultats de santé liés au statut d'alphabétisé. Le modèle multidimensionnel de la « promotion de la santé » et l'alphabétisation critique soulignent l'importance pour les chercheurs de regarder au-delà du fait de savoir lire, écrire et compter pour analyser un champ complexe de pratiques de communication sur les questions courantes de santé. Au lieu d'envisager l'alphabétisation uniquement en termes fonctionnels, les approches critiques de l'alphabétisation et de la promotion de la santé et la perception globale qui ancre l'alphabétisation dans des pratiques socioculturelles soulignent les questions de pouvoir, d'identité et de voix en rapport avec la santé et l'autonomisation des femmes.

iii. L'autonomisation des femmes implique aussi un apprentissage informel des relations, de la communication, de l'action sociale et du changement au-delà (mais aussi, au sein) des programmes d'alphabétisation des adultes et d'éducation sanitaire.

Le concept d'autonomisation des femmes, comme voyage (avec des « circuits cachés » de l'autonomisation) plutôt que destination, invite les éducateurs à envisager

une diversité du savoir et de l'apprentissage qui puisse soutenir la transformation sociale. Il s'agit, entre autres, de s'inspirer des expériences des mouvements sociaux, d'explorer les structures et curricula d'apprentissage alternatifs et de former des groupes soucieux des préoccupations sociales et politiques spécifiques. L'alphabétisation peut naître de ces processus sociaux ou y être ancrée – au lieu d'être le point de départ de l'autonomisation des femmes. Il est admis que l'apprentissage informel fait partie intégrante de ces processus, mais aussi qu'il est intimement lié à l'alphabétisation formelle et non formelle et à l'apprentissage sanitaire.

À la base de ces principes se trouve la reconnaissance que les activités d'alphabétisation et de santé doivent répondre à ces contextes spécifiques en termes de buts, de structures et de pédagogie. Au lieu de cibler les femmes en tant que groupe homogène, il s'agit de tenir compte de leurs différents identités, besoins et pratiques linguistiques et culturelles en rapport avec la santé et l'autonomisation. La promotion de la santé a été conceptualisée sous forme de processus d'apprentissage tout au long de la vie, et dans toutes ses dimensions – d'où la nécessité de revoir la multitude de programmes d'alphabétisation des femmes sous cet éclairage. Par exemple, les cours peuvent inclure des personnes à niveaux d'alphabétisme différents. La question de savoir comment lier les cours à court terme à des opportunités d'apprentissage futures pose celles du recrutement de personnel et de la dotation en ressources des programmes d'alphabétisation dans le cadre d'un effort global visant à promouvoir la santé et l'égalité des sexes. L'activité collective envisagée pour la santé, le genre et l'alphabétisation requiert un intérêt plus marqué pour la collaboration, le partenariat et la programmation intersectoriels. Ces questions seront abordées dans la deuxième partie de cette revue, qui s'intéresse à la politique, à la planification et aux programmes d'alphabétisation.

6. IDENTIFIER LES BONNES PRATIQUES DES PROGRAMMES D'ALPHABÉTISATION AXÉS SUR LA SANTÉ ET L'ÉGALITÉ DES SEXES

Cette section examine, à l'aide du prisme développé plus haut, les programmes d'alphabétisation des adultes axés sur la santé et l'égalité des sexes, qui

peuvent se résumer en ces termes : la santé englobe plus que l'absence de maladie ; le développement de l'alphabétisme va au-delà des niveaux élémentaires en lecture ; l'inclusion de l'écriture et de la numération ; et l'autonomisation en tant que processus et non en tant que résultat. L'adoption d'une approche holistique de la santé, qui embrasse le changement social, culturel, économique et politique, veut dire qu'il serait possible d'inclure presque tous les programmes d'alphabétisation des adultes dans cette définition ! Pour cette raison, la présente publication examine essentiellement des programmes ayant des objectifs explicites en termes de promotion de la santé et d'égalité des sexes. Leur approche sera analysée sous les sous-thèmes relatifs à la santé en rapport avec les cibles spécifiques de l'ODD 3 (dont la santé maternelle et la mortalité infantile, la nutrition et la santé mentale) en vue d'identifier les bonnes pratiques.

6.1 SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (SMI)

La majeure partie des programmes d'alphabétisation des adultes comportant une composante d'éducation santé se focalise sur le rôle procréateur de la femme – en particulier, en tant que mère et protectrice de la famille. Cela repose sur ce qu'il est convenu d'appeler une approche utilitariste de l'autonomisation des femmes et sur l'argument selon lequel les femmes instruites/alphabétisées auront un plus grand impact positif sur la santé de leurs enfants. Aubel et al. (2004) contestent cette focalisation étroite sur le changement de comportement individuel chez les femmes en âge de procréer et avancent qu'elle ignore largement le rôle des vieilles femmes en matière de santé maternelle et infantile au sein du ménage. Le même argument peut être avancé pour le rôle des jeunes filles. Un projet de recherche-action sur l'éducation à la nutrition au Sénégal illustre une approche alternative. La recherche formative révèle que les vieilles femmes constituent une source importante conseils continus pour les femmes enceintes. Les hommes demandent généralement conseil à leur mère et expliquent que « Les grand-mères nous disent ce que nos femmes et enfants doivent et ne doivent pas manger. Elles savent ce qu'il faut faire », (ibid., p. 950). Pendant le projet, des idées nouvelles ont été présentées à des grands-mères, qui ont été invitées à réfléchir sur des croyances répandues concernant la grossesse – par



Photo du Programme d'autonomisation communautaire de Tostan (Sénégal)

exemple, les femmes enceintes doivent beaucoup travailler et éviter de beaucoup manger pour avoir un fœtus mince et facile à accoucher. À la suite de cette réflexion, 91 % des femmes des villages bénéficiaires du projet déclarent avoir réduit leur charge de travail lors de leur dernière grossesse. Cette recherche révèle la nécessité d'éviter une approche « réductrice » de la santé maternelle et infantile (ibid., p. 947) et de tenir compte des multiples acteurs impliqués dans les prises de décisions, notamment sur la planification familiale. L'analyse des types d'approche d'alphabétisation et de santé promus dans les programmes d'alphabétisation révèle que de nombreux manuels destinés aux adultes incluent des récits et informations relatifs à la santé maternelle et infantile, qui peuvent être perçus sous l'angle de l'approche classique d'« éducation pour la santé » individualisée (à l'opposé de la « promotion de la santé ») expliquée plus haut. L'enseignement des tâches d'alphabétisation liées aux soins de santé – par exemple, apprendre à lire les instructions sur un flacon

de médicaments, calculer les doses ou conserver des données – peut aussi être lié au modèle d'« alphabétisation sanitaire fonctionnelle » de Nutbeam. Plusieurs programmes ont adopté une vision plus large du binôme alphabétisation et santé, adossée à un agenda de justice sociale. Ils feront l'objet de cette revue.

Le *Programme d'autonomisation communautaire* de Tostan (UIL, 2012a) offre un exemple d'approche participative de l'alphabétisation, du genre et de la santé basée sur les droits, qui se rattache à une approche de la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent tout long de la vie (EWEC, 2015). Fondée en 1991 au Sénégal, l'ONG Tostan International (Tostan) a mis au point une méthode centrée sur l'apprenant qui s'inspire des savoirs et croyances locaux pour encourager les participants à analyser leurs expériences personnelles. Pour répondre aux besoins des femmes qui « voulaient d'abord connaître leur corps, puis apprendre le développement de l'enfant » (Gillespie et Melching, 2010, p.

485), elle a élaboré un curriculum de plus de deux ans qui aborde la santé de la femme sous l'angle des droits. Reposant essentiellement sur la discussion, la première phase comprend des sessions sur l'hygiène et la santé pour comprendre le corps, les maladies courantes et la nutrition. La deuxième est centrée sur l'alphabétisation, notamment la rédaction de lettres, de propositions de projets simples et de SMS. Grâce à une action collective contre des pratiques néfastes comme les MGF impliquant divers membres de la communauté (y compris des chefs religieux), le programme a à la fois utilisé et contesté des croyances autochtones en matière de santé. Au début, l'intérêt de Tostan pour les droits des femmes a irrité certains hommes et conduit à la fermeture de certaines classes. En réponse, l'ONG a réécrit les modules en y ajoutant les droits des hommes. Le programme de Tostan repose sur une conception plus ouverte de l'alphabétisation, décrite plus haut, à savoir un phénomène multimodal, incluant communication orale, écrite et numérique et apprentissage tout au long de la vie/couvrant tous les aspects de la vie.

Le projet *L'alphabétisation au service des femmes*, mis en œuvre par Iraqi Al-Firdaws Society (UIL, 2014), part d'un point de départ similaire à celui de Tostan en termes de droits et de santé de la femme. Toutefois, au lieu de promouvoir une approche participative de la construction du savoir et de l'apprentissage, Al-Firdaws a conçu un curriculum qui enseigne aux femmes des connaissances formelles sur les systèmes de gouvernance et leurs droits afin de renforcer leur rôle dans la société, le processus politique et la démocratie. Le programme couvre des thèmes tels que « Éducation au vote », « Islam et démocratie », mais aussi l'éducation à la santé. Son point d'entrée pourrait être identifié comme le besoin sexospécifique stratégique des femmes d'avoir une voix et une représentation plus fortes au sein des structures politiques et juridiques, mais aussi d'accéder à l'éducation formelle. Son approche adopte les curricula d'alphabétisation du ministère de l'Éducation, et il délivre des diplômes équivalant aux quatrième et sixième années d'enseignement primaire. Compte tenu de la forte opposition de certains chefs de tribu (cheikhs) à l'éducation des femmes, Al-Firdaws a initié des campagnes de sensibilisation pour s'assurer le soutien de l'ensemble de la communauté. L'incorporation de thèmes sanitaires dans son approche globale distingue cette

initiative de nombreux programmes d'alphabétisation des femmes qui font de la SMI leur point de départ. La focalisation sur les droits et les diplômes d'enseignement formel offre une voie alternative pour autonomiser les femmes.

Dans le domaine de la santé procréative et sexuelle, le savoir et les structures sociales autochtones ont servi de précieux point de départ susceptible de s'enrichir de nouvelles connaissances. En Ouganda, Glanz (2009) a étudié le rôle traditionnel d'un membre de la famille, la *senga* ou tante paternelle, qui conseillait sa nièce sur les questions de sexualité. Du fait de l'urbanisation et des pratiques d'alphabétisation changeantes, l'institution de la *senga* a évolué (des lettres de jeunes demandant conseil à la *senga* sur les questions de sexe et des « livres de secrets » en langue luganda sur la sexualité) vers les médias (radio) où des *sengas* masculins aussi donnent des conseils. Conscient de l'efficacité de cette approche autochtone de l'éducation sexuelle, le ministère de la Santé a envisagé d'intégrer le modèle de la *senga* à ses stratégies de communication sur la santé et la sexualité.

Cherchant à introduire de nouvelles méthodes de planification familiale dans les communautés en Afghanistan, le programme REACH (*Rural Expansion of Afghanistan's Community Healthcare*), financé par l'USAID (Sato, 2007), s'est servi de l'enseignement islamique sur la contraception. Il a utilisé les versets du Coran qui justifient l'espacement des naissances pour communiquer avec les femmes et les hommes et produit une fiche des « mythes répandus sur l'espacement des naissances ». Les mollahs des communautés ont joué un rôle décisif dans la promotion de l'usage de contraceptifs en acceptant de discuter avec les hommes. Un programme d'alphabétisation dénommé



Photo du Programme d'alphabétisation pour les femmes (Irak)



Photo du Programme Alphabétisation bilingue en santé procréative (Bolivie)

Apprentissage pour la vie (Lfl, *Learning for Life*) a été conçu en vue de renforcer l'assurance et l'estime personnelle des femmes et de les habiliter à jouer un rôle plus important dans les prises de décisions familiales (UIL, 2013b). Avec un curriculum couvrant la langue, la santé, les maths et la religion, il a soutenu l'éducation d'un groupe de femmes susceptibles de suivre plus tard une formation d'agents de santé communautaire. Cela a permis de combler une lacune majeure : auparavant, il était difficile de trouver des femmes d'âge mûr instruites pour ce rôle. Il n'y avait que des jeunes filles célibataires, incapables de donner des conseils sur la planification familiale. S'appuyant sur le jeu de rôles et les débats inspirés d'événements réels, les cours de Lfl ont donné aux femmes des possibilités d'améliorer leurs techniques de communication pour s'en servir au sein de leur famille et dans le cadre de leur travail de santé communautaire. Le programme REACH est allé au-delà de l'éducation sanitaire pour envisager la démocratisation des services de santé – pour avoir noté, par exemple, que certains professionnels de la santé avaient souvent « une attitude autoritaire envers les clients » et distribuaient des contraceptifs sans conseils. Comme les exemples précédents, REACH démontre l'intérêt de s'appuyer sur les croyances et pratiques traditionnelles, mais aussi de travailler de façon holistique avec l'ensemble de la communauté et de promouvoir l'apprentissage auprès des pairs. L'alphabetisation est perçue comme une ressource, aux côtés des connaissances sanitaires et des services de planification familiale, qui peut favoriser l'autonomisation des femmes.

La santé maternelle et infantile a été critiquée pour son caractère « unidirectionnel », fondé sur des méthodes

à base de messages et axé sur le changement de comportement individuel (Aubel et al., 2004). À l'opposé, le programme *Alphabétisation bilingue en santé procréative* (*Bi-Alfa*) en Bolivie reconnaît la complexité et l'influence des autres membres de la famille et des valeurs communautaires sur les prises de décisions sanitaires (UIL, 2010b). Son curriculum combine sensibilisation aux droits des femmes à la santé procréative et développement de leurs techniques de négociation. Basés sur l'approche de Freire, les cours d'alphabetisation encouragent la femme et l'homme à adopter la perspective genre pour débattre de thèmes comme l'estime personnelle, les relations sans violence et la prise de décisions au sein de la famille. Le programme ciblant les communautés autochtones défavorisées, l'alphabetisation s'est faite à la fois en langues locales et en espagnol, dans le cadre d'un processus qui intègre les systèmes de savoirs locaux. Ainsi, de nombreuses femmes rurales ont appris à interagir avec les professionnels de la santé en toute assurance et consultent les services de soins de santé primaire, y compris pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. En adaptant les contenus (santé, alphabetisation et langue) au contexte, le programme a su répondre à la situation, aux besoins et aux intérêts spécifiques des participants.

Les programmes d'alphabetisation familiale mis en œuvre par la Fondation ACEV pour l'éducation mère-enfant en Turquie démontrent un intérêt comparable pour le renforcement de l'interaction entre époux comme moyen de corriger les inégalités entre les sexes en matière de prise de décisions et de droit à la parole (UIL, 2011a). Le programme d'appui aux mères s'intéresse à l'éducation positive des enfants et à la santé sexuelle procréative des mères. À la demande des participantes, un programme d'appui aux pères a été initié en vue d'améliorer l'éducation parentale des pères et de créer un environnement domestique plus propice. Par la suite, elles ont déclaré que les modalités d'interaction avec leur époux avaient changé et que les décisions en matière de contrôle des naissances et de discipline des enfants étaient de plus en plus concertées. Grâce à un programme d'alphabetisation fonctionnelle des adultes, les femmes ont également acquis des compétences qui leur ont donné de l'assurance pour accéder aux structures sanitaires. En ciblant l'ensemble de la famille, ces programmes

reconnaissent que les prises de décisions sanitaires sont souvent collectives et que le rôle de la femme dans ce processus peut être conforté en renforçant son estime personnelle et sa confiance en ses techniques de négociations et son niveau d'alphabétisme. Cette approche s'intéresse clairement aux concepts de citoyenneté sanitaire et d'autonomisation présentés plus haut.

Une alphabétisation incluant compétences orales, lecture, écriture et numératie est au cœur du *Programme d'alphabétisation des adultes* mis en œuvre par le Conseil national des femmes (CNF) en Ile Maurice (UIL, 2016a). Ce programme s'attache à renforcer l'estime personnelle et l'autonomie des femmes à travers l'alphabétisation et les techniques de conversation pratiques pour les aider à défendre leurs droits au sein de la famille. Les femmes sont également invitées à demander l'appui de conseillers qualifiés ou des services gouvernementaux face à la violence de leur époux. Le volet alphabétisation du programme – apprendre à remplir les formulaires ou à budgétiser – se rapporte directement à leur vie et vise à renforcer leur estime personnelle tout en réduisant leur dépendance vis-à-vis des hommes. Parallèlement aux manuels d'alphabétisation du CNF, les alphabétiseurs utilisent une approche dite des « alphabétismes réels » (voir Rogers, 1999), basée sur les brochures disponibles localement sur l'alimentation saine, le sida, l'hypertension et d'autres questions de santé. À première vue, ce programme peut sembler adopter une approche d'éducation sanitaire à travers l'alphabétisation fonctionnelle, en se focalisant sur la diffusion de l'information sanitaire pendant les cours (les modules incluent des informations sur les maladies et l'alimentation équilibrée). Mais, son objectif global de promouvoir l'autonomie sociale et économique des femmes défavorisées en s'intéressant aux relations entre les sexes au sein du ménage renseigne sur l'agenda de justice sociale qui informe sa pédagogie et son curriculum.

Tous ces programmes s'intéressent à la santé et à l'autonomisation de la femme du point de vue des droits même si, comme le montre le programme irakien Al-Firdaws, cela n'implique pas nécessairement une pédagogie participative ou un curriculum centré sur le savoir local et les besoins sanitaires. Ils diffèrent par le niveau de priorité qu'ils accordent à la santé ou à l'al-

phabétisation comme point d'entrée et par le type de connaissances sanitaires ou de pratiques d'alphabétisation qu'ils mettent en avant. Dans le programme CNF en Ile Maurice, l'alphabétisation fonctionnelle joue un double rôle, en cela qu'elle permet aux femmes de gagner en indépendance, mais aussi d'accéder aux nouvelles connaissances sanitaires grâce aux supports publiés. Alors que le programme d'ACEV en Turquie perçoit les femmes principalement à travers leur rôle de mère, d'autres comme Tostan au Sénégal reconnaissent leurs différents rôles et s'attachent à améliorer leur statut économique et à les mobiliser en militantes communautaires de la lutte contre les pratiques néfastes. La santé procréative et la planification familiale sont au cœur de nombreux programmes d'alphabétisation qui adressent des informations ou messages ciblés aux différentes femmes. À l'opposé, les programmes REACH, Tostan et Bi-Alfa témoignent de l'importance de reconnaître le caractère collectif/communautaire du processus décisionnel et s'appuient sur les croyances religieuses et les langues autochtones pour améliorer la communication.

6.2 SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET NUTRITION

L'approche élargie de la thématique des femmes et de la santé préconisée par la Stratégie mondiale de l'OMS (EWEC, 2015) identifie la nutrition comme un important « facteur favorisant la santé » tout au long de la vie. Conscients du rôle important de la femme dans la fourniture de soins, certains programmes promeuvent son alphabétisation en vue d'améliorer la santé et la nutrition au sein de la communauté. Aux Philippines, le *Programme d'éducation communautaire alternatif (ACEP)* dessert les peuples autochtones ubos et t'bolis de Mindanao, dont l'accès aux services de santé et d'éducation est limité (UIL, 2010c). Il rassemble les femmes lors des cours d'alphabétisation pour analyser de façon critique les systèmes cognitifs et culturels t'bolis tout en découvrant les systèmes de savoirs modernes. Combinant médecine et habitudes alimentaires traditionnelles et pratiques nutritionnelles modernes, il invite les anciens à partager des récits et à discuter des croyances culturelles. Cette approche a débouché sur l'aménagement de « jardins d'apprentissage » pour promouvoir l'alphabétisation et l'apprentissage des techniques de jardinage et informer



Alfabetizando com Saúde (Brésil)

sur les cultures vivrières nutritives et peu coûteuses. L'alphabétisation en deux langues a pu se faire grâce à la désignation des produits en t'boli et en philippin et en indiquant leur valeur nutritionnelle ou médicale. L'usage des plantes médicinales traditionnelles et la préparation d'aliments autochtones sont devenus plus fréquents, les femmes ayant aménagé leur propre jardin à la maison. En même temps qu'il s'inspire du

savoir autochtone, l'ACEP est un exemple d'approche holistique et émancipatrice de l'apprentissage et de la santé communautaire – grâce à leurs compétences en numératie, les femmes ont gagné en assurance et traitent plus efficacement avec les commerçants.

Au Brésil, le programme *Alfabetizando com Saúde* dispense des cours d'alphabétisation des adultes qui

promouvent la sensibilisation sanitaire (UIL, 2011b). Financé par les départements de la santé et de l'éducation de la municipalité de Curitiba, il a formé un réseau de volontaires de l'éducation qualifiés grâce à l'Unité municipale de la santé. Un curriculum portant sur les enjeux sanitaires locaux a été élaboré. À titre d'exemple, citons la publication d'un premier livret sur les maladies causées par une araignée brune venimeuse répandue dans la ville. Le programme utilise les méthodes participatives : théâtre, débats, jeu de rôles, etc. Pour la sensibilisation, la jonction entre alphabétisation et santé se fait à l'aide de l'alphabet : par exemple, pour la lettre C, les apprenants découvrent le cholestérol et comment le faire baisser. Les éducateurs bénévoles ont noté que le fait d'avoir gagné en assurance et en estime personnelle a aidé certaines femmes à faire face à la dépression. S'y ajoute l'effet sur les habitudes alimentaires découlant d'une meilleure connaissance des aliments qui réduisent le cholestérol. Le programme est inédit en cela qu'il est financé par une collectivité locale (pour les supports d'enseignement et les allocations de transport), mais sa réussite reste tributaire (comme beaucoup de programmes analysés dans cette étude) de l'engagement personnel d'éducateurs bénévoles non rémunérés. Ce qui n'est pas sans conséquences sur sa pérennité.

Alors qu'aux Philippines, le programme ACEP adopte une approche dénommée « apprendre par la pratique » pour découvrir la nutrition, au Brésil le programme *Alfabetizando com Saúde* privilégie l'acquisition d'informations sanitaires à travers la lecture de supports publiés. La sécurité alimentaire et les questions de pauvreté, essentielles pour améliorer la nutrition, rappellent la nécessité pour les programmes d'alphabétisation d'ajouter la formation et l'assistance agricoles et économiques à leur activité de sensibilisation sanitaire. De même, il convient d'aborder la nutrition sous une perspective genre comme le propose Verburg (2016) : « Il n'est donc pas étonnant que des niveaux élevés de discrimination entre les sexes soient associés à des niveaux élevés de malnutrition tant aiguë que chronique ». C'est dire qu'une approche plus ouverte de l'autonomisation des femmes par le biais de l'alphabétisation pourrait avoir un meilleur impact qu'une focalisation étroite sur leur éducation à la nutrition.

6.3 PRÉVENTION DU VIH / SIDA

La réduction de la transmission du VIH peut être perçue comme un défi médical plutôt qu'éducatif. Toutefois, au début de l'épidémie du sida, l'éducation a été préconisée comme « vaccin social » pour prévenir la propagation du VIH (Aikman et al., 2008, p. 3) comme si la diffusion de l'information sur la maladie via l'école suffisait à résoudre le problème. Aujourd'hui, il est de plus en plus admis qu'une égalité accrue des sexes est en fait essentielle et que l'éducation peut offrir aux femmes et aux hommes un moyen de réfuter les attitudes fondées sur le genre. Lors du Forum de Dakar sur l'Éducation pour tous (EPT), l'OMS a appelé à adopter un objectif centré sur les compétences de la vie courante afin d'aider les jeunes à « prendre des décisions avisées, communiquer efficacement et gérer leur vie de façon saine » (UNESCO, 2015b, p. 122). À l'importance accrue accordée à l'éducation sexuelle est venu s'ajouter le passage d'une approche qui tenait les apprenants pour des récepteurs passifs de l'information sur les risques sexuels à la promotion d'un comportement sexuel sain et de l'équilibre des rapports de forces entre les sexes.

Au début, les liens entre alphabétisation des adultes et VIH/sida étaient perçus en termes d'alphabétisation fonctionnelle – les personnes n'ont pas les compétences pour lire l'information ou vérifier les messages oraux (UIL, 2007). La majorité des programmes d'alphabétisation continue de se focaliser sur l'incorporation de messages et d'informations sur le VIH/sida dans leurs supports de cours. Toutefois, une discussion globale sur le pouvoir, le genre et la sexualité a permis à ceux qui adoptent les approches critiques et participatives de Freire d'aller plus loin. En effet, ces approches critiques peuvent aider à contester les croyances et pratiques qui influencent le comportement sexuel et à mobiliser la population pour revendiquer de meilleurs services de santé.

L'apprentissage auprès des pairs a été un élément crucial des programmes d'alphabétisation qui soutiennent les communautés vivant avec le VIH/sida. Au début des années 1990, une méthode participative appelée *Stepping Stones* a été conçue pour aider les jeunes à comprendre la sexualité, la santé procréative et les prises de décisions dans le cadre des relations sexuelles à l'aide de méthodes visuelles telles que la « cartogra-



Jeunesse et Développement (Mali)

phie corporelle » (Welbourn, 1995). Par la suite, *Stepping Stones* a embrassé les approches multimédia, y compris une formation cinématographique participative dispensée par Salamander Trust au Malawi. Des membres de la *Coalition des femmes vivant avec le VIH* ont participé aux ateliers en compagnie de leurs partenaires pour apprendre les techniques de base du tournage et du montage et créer des récits axés sur leur vécu (Stepping Stones, 2016). Les groupes ont su utiliser le film pour discuter avec des publics locaux sur des thèmes tels que le VIH et la violence sexuelle et sexiste.

Combinant cette méthode d'éducation sanitaire avec REFLECT (une méthode d'alphabétisation des adultes de Freire initiée par ActionAid), l'approche de *STAR* (*Societies Tackling AIDS Through Rights*) apparaît comme un moyen d'allier communication/plaidoyer pour la prévention du VIH et alphabétisation des adultes. Inaugurée en Ouganda, elle a réuni régulièrement des groupes de 25 personnes environ – en majorité des personnes vivant avec le VIH et des groupes de femmes – au sein des cercles REFLECT pour discuter de questions telles que le conflit, les sources de revenus et les relations entre les sexes dans le contexte du VIH et du sida. Par exemple, abordant la dynamique de pouvoir au sein de leur foyer et des prises de décisions

en matière de planification familiale et de mariage, les participants se sont mis à analyser ces influences sur la propagation du VIH/sida. Le niveau d'alphabétisme des participants a été amélioré en les encourageant à lire et à écrire des informations relatives à cette thématique, mais aussi à apprendre à tenir un livre de souhaits et de souvenirs (Nakiboneka, 2007).

Au Mali, l'approche de STAR s'est inscrite dans le cadre d'une stratégie communautaire holistique du *Programme de développement communautaire de Jeunesse et Développement* pour lutter contre le VIH/sida dans le contexte de la pauvreté (UIL, 2009a). Le Comité d'éducation citoyenne a renforcé les capacités des citoyens et la connaissance de leurs droits grâce à des cercles REFLECT, tandis que le Comité de pilotage du groupe des femmes a planifié et mis en œuvre des projets générateurs de revenus comme le maraîchage et les systèmes de crédit. Des pairs éducateurs ont été identifiés dans le village pour animer l'éducation en santé procréative, mais aussi distribuer des articles pour la prévention des MST et du VIH/sida. La mise en place de Centres d'action citoyenne a permis de pérenniser l'alphabétisation communautaire. Outre le VIH/sida et l'information sanitaire, les supports abordaient aussi la thématique de la décentralisation et des questions liées aux droits du citoyen. Cet exemple illustre l'importance de s'appuyer sur une approche de la promotion de la santé, basée sur l'apprentissage participatif (alphabétisation, sensibilisation sanitaire et politique, entre autres), pour déclencher le processus d'autonomisation et de renforcement des capacités. Le programme du Mali a considérablement renforcé la participation des femmes aux projets locaux et aux organisations communautaires, mais aussi l'accès aux services et structures de santé.

Face au déséquilibre des relations entre les sexes, certains programmes ont ciblé la jeunesse masculine en vue de changer les attitudes et comportements sexuels risqués. Parmi eux, le programme *Yari Dosti* (« solidarité masculine ») développé en Inde en 2003 (Khandekar et al., 2008). Son but, lutter contre les comportements qui exposent les jeunes hommes au VIH/sida et réduire la violence à l'égard des femmes dans les communautés urbaines pauvres de Mumbai. S'appuyant sur les résultats d'une recherche-action participative qui demandait à ces jeunes « Qu'entendez-vous par être un "vrai homme" ? », il a adopté deux stratégies principales.

La première consiste à constituer des groupes de discussion dans lesquels les participants réfléchissent et débattent des prises de décisions et des attitudes en matière de sexualité. Ces sujets, délibérément ouverts plutôt que didactiques, visaient à les amener à changer de points de vue s’ils étaient convaincus par les arguments de leurs camarades – sur des thèmes tels que le consentement, le respect dans les relations, la socialisation des garçons et des filles et les pressions des pairs. La seconde est une « campagne de marketing social » conçue en réponse aux préoccupations des participants relatives à l’absence d’environnement favorable en dehors des groupes de discussion. Les activités du programme incluent le théâtre de rue sur la sexualité et le genre, mais aussi des affiches véhiculant des messages textuels conçus par les participants. L’homogénéité socio-économique de la cible (communautés dalits³ urbaines pauvres) été un facteur clé et a permis au programme de réfuter les idées reçues sur la masculinité et d’ouvrir un nouvel espace pour parler de sexe. Si la communication et la sensibilisation aux questions de genre en ont été point de départ, l’alphabétisation n’en a pas moins joué un rôle important dans la vulgarisation de l’approche.

Tous ces programmes confirment l’idée selon laquelle la réponse éducative contre la pandémie du VIH/sida ne se limite pas qu’à la diffusion de l’information. Au contraire, leur approche inclut l’autonomisation des femmes et des hommes en vue de s’attaquer aux problèmes de pauvreté, de déséquilibre des rapports de forces et d’identités fondées sur le genre qui contribuent à la propagation et à l’impact du virus. Préconisant des activités d’alphabétisation participatives, ces programmes montrent l’intérêt d’une approche critique de la promotion de la santé, y compris en étudiant comment amener les jeunes hommes à changer d’attitudes envers les femmes et de comportement sexuel.

6.4 SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE

Nombre de programmes d’alphabétisation analysés jusqu’ici ont noté un impact sur le bien-être collectif et individuel, y compris sur la maladie mentale, même

si cela ne constituait pas leur objectif premier. Dans les pays à revenu intermédiaire et élevé, en particulier, l’alphabétisation favorise une meilleure intégration sociale et permet d’éviter la dépression ou le stress. Au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d’Irlande du Nord, une enquête sur la lecture pour le plaisir (Billington, 2015, p. 7) révèle qu’elle rend un cinquième des répondants moins seuls et que : « les lecteurs réguliers déclarent se sentir moins stressés et déprimés et plus détendus en lisant qu’en regardant la télévision. La lecture crée un monde parallèle capable d’estomper les angoisses personnelles ». L’écriture aussi se révèle être un moyen de soulager le stress, en particulier chez les victimes de violence et de relations abusives.

Décrivant leurs expériences dans le cadre de l’animation d’une recherche-action participative destinée à encourager les femmes à réfléchir sur leur vie et leurs sentiments, Duckworth et Ade-Ojo (2016) observent que « la violence est tuée dans la honte ». En sa qualité d’animateur, Duckworth (2013) a utilisé la poésie pour discuter avec elles d’identité, de genre et de race dans le cadre d’un programme d’alphabétisation des adultes financé par des fonds publics et privés dans le nord de l’Angleterre. Cela a ouvert un « espace pour exprimer les émotions à travers la poésie ». Les femmes victimes d’abus et d’événements traumatisants se sont mises à explorer leur créativité, souvent par le biais de l’écriture, mais aussi par celui de l’image et de l’art. Carol, ancienne victime d’une dépression grave, affirme avoir retrouvé la sérénité à travers la création poétique : « Si j’avais pu utiliser la poésie, voire des mots pour comprendre ce que je ressentais, ma vie aurait été différente. Maintenant, dès que je commence à déprimer, je compose des vers et vide toutes mes émotions sur une page. » (ibid.). Raconter sa vie par écrit soulage non seulement l’auteur, mais aussi d’autres femmes traversant des situations similaires. La presse locale a suivi la trajectoire de quelques participantes, et cette couverture médiatique a encouragé des mères célibataires à se regrouper pour s’entraider. Il était important pour elles non seulement de partager leurs expériences, mais aussi de se faire entendre dans l’espace public à travers l’écriture et de « construire des identités qui réfutent leurs représentations négatives dans la presse » (ibid.). Le processus d’écriture créative leur a permis d’analyser leurs sentiments de dépression ou de colère, mais aussi de construire de nouvelles identités et trajectoires.

³ Historiquement, les dalits sont considérés comme des « bannis » du système de castes hindou, qui compte quatre catégories.

Au Yémen, le projet *Alphabétisation par la poésie* a mis au point une pédagogie d’alphabétisation des adultes basée sur le conte et les pratiques de création poétique populaires (UIL, 2009b). Les femmes se regroupent pour apprendre à lire et à écrire par le biais des contes, de la poésie et des proverbes de leur terroir. En transcrivant ces récits originellement en dialecte local avec l’aide de leur enseignant, elles se sont peu à peu initiées à l’arabe standard. À la fin, les textes ont été dactylographiés et publiés sous forme de recueil pour permettre aux participantes de lire leurs propres récits et poèmes imprimés. Chez beaucoup de communautés rurales yéménites, les adultes de plus de 35 ans composent des poèmes courts qu’ils chantent en travaillant au champ ou au foyer. Toutefois, les interprétations conservatrices importées de l’Islam dénoncent les traditions orales féminines, qualifiées de non islamiques, tandis que la télévision a commencé à prendre la place de la poésie et des récits féminins à l’intérieur du foyer. Un peu à l’image de l’exemple britannique cité plus haut, le projet a contribué à renforcer la voix des femmes dans l’espace public. En publiant leurs poèmes, elles ont acquis de nouvelles identités et rehaussé le statut de la poésie orale associée à la femme rurale. Grâce à ce processus d’autonomisation, elles ont présenté leurs poèmes à l’occasion d’événements nationaux et gagné en assurance pour initier des interventions sanitaires dans deux villages. Du point de vue du bien-être, le processus créatif d’écriture de poèmes pour exprimer leurs émotions et idées les a aidées à s’adapter à leur environnement changeant, mais aussi à devenir des actrices du changement.

La réticence de certains hommes à se rapprocher des services et des professionnels de la santé ou à admettre leur maladie, en particulier la dépression, est au cœur du débat dans les pays à revenu intermédiaire et élevé. Le mouvement dit des « Abris des hommes » a permis de trouver une approche pour améliorer leur santé et leur bien-être. La « shedagogie », définie comme « le mode d’apprentissage informel préféré de certains hommes, principalement auprès d’autres hommes, dans des espaces semblables à des abris » (Golding et Carragher, 2015), a vite gagné en popularité. Aujourd’hui, il existe plus d’un millier de tels espaces dans le monde, surtout en Australie où ce mouvement à la base est né dans les années 1980 (et a été comparé aux « mouvements domestiques des quartiers » des femmes des années 1970). Espace tradi-

tionnel où les hommes passent du temps à apprendre et à travailler de façon informelle, l’abri peut être comparé aux programmes d’alphabétisation des pays à revenu faible qui s’appuient sur les structures et pratiques autochtones. Pour Golding (2011, p. 76), « l’ironie, c’est que ces abris communautaires cesseraient d’être aussi attractifs et efficaces, s’ils se donnaient le nom de centre d’apprentissage (ou d’alphabétisation, de préparation pour l’emploi, de santé et de bien-être) ».

Bien que l’alphabétisation et l’assistance ne soient pas au centre ni le point de départ de cette approche, la première peut jouer un rôle dans les activités des abris, en particulier lorsque les hommes cherchent un emploi. Les abris offrent à des groupes d’hommes spécifiques, généralement structurés en organisation communautaire, un espace pour se rencontrer et partager leurs expériences et compétences avec d’autres hommes. En Irlande, leur évaluation a révélé qu’ils ont aidé à soulager des hommes âgés souffrant de dépression et d’angoisse et servent d’espace propice pour accéder à l’information sur la santé masculine. Toutefois, le mouvement a été critiqué pour avoir renforcé au lieu de contester les rôles et stéréotypes traditionnels associés au genre – même si certains abris accueillent des femmes. Cette initiative informelle d’apprentissage à la base illustre le rôle important des groupes d’apprentissage de même sexe dans l’amélioration du bien-être. Des conclusions similaires ressortent des études portant sur des cours d’alphabétisation des femmes dans des pays à revenu faible où les bénéficiaires ont salué l’opportunité de partager leurs sentiments et de développer leurs connaissances dans un espace sécurisé.

Le programme *Club de lecture et atelier d’écriture Free Minds* (Esprits libres), créé pour les détenus de 16 et 17 ans aux États-Unis, est aussi presque exclusivement masculin (UIL, 2016b). En effet, les filles ne représentent que 1 % des bénéficiaires en raison de leur taux d’incarcération nettement inférieur à celui des garçons. Ce programme, lancé sous forme d’atelier bimensuel de lecture et de poésie, s’appuie sur le livre, la création littéraire et le soutien par les pairs pour habiliter les jeunes à envisager un meilleur avenir. Ses membres ayant souvent eu une expérience négative de l’alphabétisation scolaire, il tente de leur faire découvrir des auteurs et des personnages issus de

leur milieu et confrontés aux mêmes obstacles qu'eux. Après leur libération, le *Club de lecture pour la réinsertion* leur propose des ateliers d'écriture axés sur des compétences professionnelles telles que la rédaction de CV et les encourage à s'exprimer par la création littéraire pour évacuer leur traumatisme. Les membres de *Free Minds* participent aussi à une initiative de prévention de la violence en assumant le rôle d'« ambassadeurs poètes », qui se rendent dans les espaces communautaires pour partager leurs poèmes et leurs expériences. Même si la lecture a aidé les participants à « s'ouvrir l'esprit » et à partager leurs histoires de transformation personnelle avec le grand public, ce programme peut se prêter aux mêmes critiques que les abris des hommes – à savoir, que les livres choisis perpétuent les stéréotypes sur le genre et que les compétences enseignées confortent les emplois traditionnels réservés aux hommes.

Ces exemples diversifiés de programmes alliant apprentissage, alphabétisation et bien-être mental témoignent des bienfaits thérapeutiques de la lecture et de l'écriture. Ceux du Royaume-Uni et du Yémen partent de la notion selon laquelle l'alphabétisation peut être une pratique à la fois collective et individuelle. Une fois que les femmes livrent leur poésie et leur autobiographie au public à travers les présentations (Yémen) et les médias (GB), leurs écrits deviennent



Club de lecture et atelier d'écriture Free Minds (USA)

source d'inspiration et d'aide pour d'autres femmes vivant des situations similaires. Tous ces programmes attestent l'importance des approches ciblant un seul sexe pour offrir un espace sécurisé informel qui permet de s'exprimer par la création artistique et de vaincre la solitude. Le défi, comme le montrent le mouvement des abris des hommes et le club de lecture *Free Minds*, consiste à intégrer une dimension genre de l'autonomisation afin de contrecarrer les stéréotypes dominants – tels que les femmes « victimes d'abus » ou le fait d'associer les hommes uniquement à des activités professionnelles masculines traditionnelles.

7. QUELS SONT LES ÉLÉMENTS CONSTITUTIFS D'UNE BONNE PRATIQUE ?

Cette étude a révélé comment l'alphabétisation des adultes peut déboucher sur l'autonomisation des femmes, de nouvelles identités sexospécifiques et une égalité accrue des sexes. Tenant compte de la diversité des objectifs, institutions et approches pédagogiques analysés plus haut, la présente section identifie quelques aspects qui en ont fait le succès.

i. Comprendre et identifier les groupes cibles appropriés : alphabétisation et santé pour les femmes, pour les hommes – ou pour tous

Si, dans leur majorité, les programmes identifient les femmes comme principal groupe bénéficiaire (avec un intérêt particulier pour celles en âge de procréer), ils n'en admettent pas moins avec force la nécessité d'impliquer les hommes et la communauté. Cela traduit le passage, noté plus haut, de l'éducation sanitaire individuelle des femmes au concept de promotion de la santé, qui cible l'ensemble de la communauté et renforce l'action politique en allant au-delà de la vulgarisation de l'information sanitaire. L'étude a souligné en outre l'importance des programmes sexospécifiques – en terme d'offre d'espaces sécurisés pour le partage d'expériences communes entre personnes d'origines similaires ou pour discuter des attitudes sexospécifiques qui influencent la santé. Le défi consiste à éviter de perpétuer les stéréotypes liés au genre à travers les programmes sexospécifiques et à faire le lien entre apprentissage transformateur en matière de santé et de relations hommes-femmes au sein du groupe cible et transformation à l'échelle sociale/communautaire.

ii. Promouvoir les approches critiques de la santé et de l’alphabétisation pour autonomiser les femmes

Reposant sur une approche de l’alphabétisation et de la santé fondée sur les droits, la plupart des programmes examinés ici ont adopté une pédagogie participative, inspirée notamment d’une approche freirienne critique de l’alphabétisation, qui allie sensibilisation (conscientisation) et action. Même si l’alphabétisation fonctionnelle a joué un rôle dans l’autonomisation des femmes (entre autres, en améliorant leurs rôles économiques à travers la tenue de comptes et de budgets), les faits montrent aussi sa valeur symbolique dans la promotion de l’identité et du rôle de la femme dans l’espace public. Ce type d’autonomisation a eu un impact indirect sur la santé et le bien-être – qu’il s’agisse de doter les femmes des compétences et de l’assurance nécessaires pour réclamer ou mettre en place de nouveaux services de santé ou de s’affirmer davantage dans le cadre des relations sexuelles et au sein du ménage. La focalisation sur les approches critiques de la santé et de l’alphabétisation, qui ont toutes deux un lien avec les rapports de force, a ébranlé la pratique courante de nombreux programmes d’alphabétisation des femmes consistant à incorporer des messages sanitaires didactiques dans leur manuel. Bien que la littérature actuelle (UNESCO, 2015c) suggère d’utiliser la téléphonie mobile et d’autres technologies de communication numérique pour échanger de façon critique avec les apprenants, force est de constater que rares sont les programmes d’alphabétisation des adultes et de santé à adopter cette pratique. Là où la téléphonie mobile et d’autres TIC ont été utilisées, c’était essentiellement pour envoyer des messages sanitaires (par SMS) au lieu de développer un niveau d’alphabétisme numérique critique permettant d’accéder à l’information sanitaire et de l’évaluer au quotidien. Une revue des projets d’apprentissage via la téléphonie mobile pour l’autonomisation des femmes révèle « une dépendance prépondérante vis-à-vis du transfert d’informations » et que « le processus d’apprentissage reste faible, avec peu d’interactions entre apprenant et contenu » (UNESCO, 2015c, p. 7). L’alphabétisation et la santé ont été analysées comme des priorités concurrentes en termes de curriculum (voir Rudd et al., 1988, sur la question de savoir s’il faut « plus » d’alphabétisation ou « plus » de contenu sanitaire). En adoptant une approche intégrée holistique, la revue a démon-

tré qu’il s’agit moins de privilégier l’une ou l’autre que d’aborder les deux dans le cadre d’un processus global d’autonomisation.

iii. Apporter des réponses dans des contextes spécifiques

Tous les programmes soulignent l’importance de comprendre les pratiques culturelles, les relations entre langues locales et officielles, le savoir et les structures autochtones. Adopter une perspective genre par rapport aux pratiques autochtones en matière d’alphabétisation et de santé peut revenir à analyser, contester et tenter de transformer les pratiques préjudiciables à la santé de la femme (comme les MGF) ou à introduire et concilier différentes sources de savoirs sanitaires (comme les conceptions autochtones et occidentales de la nutrition). Partant du respect et de l’utilisation des structures et réseaux sociaux en place, plusieurs programmes ont pu gagner la confiance des communautés et intégrer de nouvelles pratiques dans les institutions existantes. Surtout, il s’est avéré important de commencer par analyser et réfuter les rôles et relations traditionnels des femmes et des hommes pour s’attaquer aux questions de santé. Dans le cas des initiatives d’alphabétisation portant sur la santé procréative et la planification familiale, la prise de décisions n’a pas été conceptualisée uniquement par rapport à la femme individuelle (comme on pourrait s’y attendre dans un contexte occidental), mais en tant qu’acte collectif, faisant souvent intervenir beaucoup d’autres personnes, communautés et institutions. Différentes significations et valeurs ont été rattachées à l’alphabétisation dans différents contextes, et cela a influencé les approches adoptées, qu’il s’agisse de la création littéraire pour canaliser des émotions douloureuses ou de la lecture pour s’informer sur les droits.

iv. Admettre que l’autonomisation ne dépend ni d’un point de départ ni d’une approche d’alphabétisation spécifique

On a eu tendance à supposer que seules les approches fondées sur l’alphabétisation critique et un curriculum participatif conçu à la base pouvaient favoriser l’autonomisation des femmes. Toutefois, la présente revue



Une affiche sanitaire du Programme d'autonomisation de la communauté (Gambie)

indique qu'un programme d'alphabétisation conçu au niveau central, mis en œuvre au moyen de cours formels, peut aussi autonomiser certains groupes de femmes – qui, par exemple, souhaitent rattraper leur scolarité inachevée pendant l'enfance. De nombreux programmes ont pour dénominateur commun un agenda de justice sociale en matière d'alphabétisation, de santé et d'autonomisation, qui encourage à percevoir la femme comme une citoyenne active. C'est tout l'opposé des programmes d'alphabétisation qui adoptent une vision négative de la femme comme réceptrice passive d'informations sanitaires ou de compétences en alphabétisation. Cette dernière vision repose sur un objectif utilitariste, qui promeut la femme actrice du développement et cherche à améliorer la santé du ménage et de la communauté en mettant en avant son rôle procréateur. Au lieu de soutenir que les cours d'alphabétisation ou les initiatives d'éducation sanitaire sont nécessairement le point de départ le plus efficace pour déclencher le changement, plusieurs programmes rendent compte de la trajectoire inattendue de l'autonomisation. Ils notent un « effet d'entraînement » puisqu'il arrive que des interventions éducatives planifiées entraînent l'adoption et l'adaptation de leurs idées au-delà du cadre du programme. Cet apprentissage informel est essentiel pour favoriser le changement social à grande échelle, en particulier en matière d'égalité des sexes. L'alphabétisation est une

ressource parmi tant d'autres (y compris le savoir et les structures sanitaires) susceptible d'accompagner ce processus d'autonomisation.

v. Renforcer la viabilité pour la pérennité

Les structures institutionnelles mises en place pour les initiatives d'alphabétisation et de santé analysées plus haut vont des projets communautaires aux programmes gouvernementaux de grande envergure. La majorité des programmes ont mis en place de nouvelles structures organisationnelles – comités, centres d'apprentissage communautaires, bibliothèques ou centres d'éducation sanitaire. Ils ont travaillé en partenariat avec la communauté pour qu'elle poursuive les activités une fois que le financement externe aura pris fin. Le développement d'une initiative d'alphabétisation et santé par un département municipal de la santé illustre une stratégie alternative, qui s'appuie sur l'infrastructure existante pour établir des liens plus forts entre prestataires de soins de santé et programmes d'alphabétisation. Cependant, le défi pour la plupart des programmes examinés ici réside dans le caractère bénévole du travail des éducateurs communautaires. À l'opposé, les promoteurs qui proposent aux animateurs salaire et plan de carrière ont montré une détermination à relever le statut et la pérennité des programmes d'alphabétisation des adultes et de santé communautaire.



Événement organisé par les communautés participant au Programme d'autonomisation communautaire de Tostan (Sénégal)



Photo d'une manifestation de Tostan (Sénégal)

8. RECOMMANDATIONS

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 déclare un engagement fort pour une égalité des sexes et une autonomisation des femmes et des filles, questions qui imprègnent les multiples dimensions du développement durable traitées dans les ODD. Les inégalités entre les sexes en matière de santé et d'éducation sont mises en évidence par les ODD 3 et 4, mais aussi par beaucoup d'autres objectifs connexes tels que l'ODD 2 (Éliminer la faim). En outre, l'ODD 5 relatif à l'égalité des sexes et à l'autonomisation des femmes insiste sur la nécessité d'éliminer toutes les pratiques préjudiciables, telles que la mutilation génitale féminine (cible 5.3), et d'assurer l'accès de tous aux soins de santé sexuelle et procréative et de faire en sorte que chacun puisse exercer ses droits en matière de procréation (cible 5.6). Cette étude montre que l'éducation et l'alphabétisation des adultes sont importantes pour atteindre ces objectifs et cibles, notamment en influençant les valeurs et attitudes sociales sexospécifiques dominantes. Cependant, l'expérience montre que la politique éducative nationale et internationale tend à privilégier la scolarisation formelle au lieu d'accorder la priorité à l'apprentissage et à l'éducation des adultes. Le *deuxième Rapport mondial sur l'apprentissage et l'éducation des adultes* rapportait en 2013 que seule la moitié des pays étudiés travaillait activement à améliorer l'égalité des sexes dans l'éducation des adultes (UIL, 2013a, p. 118). C'est dire que le défi principal demeure – à savoir, assurer un engagement plus

fort à financer des programmes d'alphabétisation et d'éducation des adultes de haute qualité.

Dans le secteur de l'alphabétisation des adultes, il est difficile de trouver un programme dont le curriculum n'inclut pas la santé. Cependant, la majorité adopte l'approche classique de l'alphabétisation fonctionnelle pour transmettre des messages sanitaires aux femmes à l'aide de manuels et se focalise presque exclusivement sur leur rôle procréateur. La présente étude souligne l'importance de promouvoir une perspective élargie de la santé qui inclue le bien-être et traite de problèmes connexes tels que la violence sexuelle et sexiste, comme l'indique l'ODD 3. Le passage, dans le secteur de la santé, à la promotion de la santé et à une approche axée sur le cours de la vie réfute la focalisation étroite sur la santé maternelle et infantile. Mieux, au lieu d'adopter une approche utilitariste de l'autonomisation des femmes, *les programmes d'alphabétisation les plus efficaces s'appuient sur des objectifs transformateurs, une pédagogie participative et une durée plus longue*. Dorénavant, l'essor rapide des technologies numériques, la mobilité internationale croissante des femmes et des hommes, le changement environnemental, les conflits et guerres et la longévité accrue constituent autant de facteurs qui façonneront l'agenda d'alphabétisation et de santé du futur.

Sur la base des bonnes pratiques relevées dans ce document et formulées dans le contexte du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et d'un

paysage mondial changeant, les recommandations suivantes ont été proposées :

i. Une compréhension holistique plus large de la santé comme le bien-être est nécessaire dans le secteur de l'éducation pour que les programmes d'alphabétisation puissent soutenir l'ODD 3.

La question de la santé a été abordée de façon étroite par de nombreux programmes d'alphabétisation des adultes visant à vulgariser l'information relative à la santé maternelle et infantile. Toutefois, ils peuvent adopter une perspective plus ouverte, qui vise à habiliter les femmes et les hommes à devenir des citoyens actifs, capables de prendre en charge et de réclamer l'amélioration des services de santé et du bien-être communautaire. De tels programmes sont plus aptes à engendrer des changements positifs des pratiques sanitaires, résoudre les problèmes d'inégalité et garantir une responsabilité accrue des prestataires des soins de santé vis-à-vis des communautés cibles.

ii. Les politiques et programmes d'éducation et d'alphabétisation des adultes doivent adopter de toute urgence une pédagogie flexible, créative et innovante et les nouvelles technologies afin de s'adapter aux grands changements qui s'opèrent au sein de l'environnement alphabétisé.

L'accessibilité croissante des technologies numériques dans la plupart des régions du monde offre aux éducateurs des adultes (en santé et en alphabétisation) une bonne occasion de comprendre comment les gens interagissent avec l'information relative à leur bien-être dans un contexte de changement rapide de l'environnement alphabétisé. Cependant, les programmes d'alphabétisation des adultes reposent encore en grande partie sur les supports imprimés du fait de leur approche fonctionnelle. Même si beaucoup d'initiatives intègrent maintenant les TIC, c'est généralement pour véhiculer des messages didactiques sur l'alphabétisation et la santé, à la manière des manuels, au lieu de développer des approches d'alphabétisation créatives, critiques et participatives. Qu'il s'agisse de reconnaître les façons de partager des expériences relatives à la santé et de soutenir l'action citoyenne à travers les réseaux sociaux ou d'utiliser les sites Internet pour analyser les symptômes, les programmes

d'alphabétisation doivent s'appuyer sur les pratiques et ressources numériques locales, notamment la téléphonie mobile. Une telle pédagogie peut aussi être perçue comme un moyen d'appuyer le besoin sexospécifique stratégique des femmes pour l'égalité d'accès aux technologies numériques. Admettant l'existence d'une fracture numérique, les promoteurs doivent réagir et tenir compte de la disponibilité de ressources dans des contextes spécifiques. Cela pourrait passer par l'élaboration de pédagogies flexibles, créatives et innovantes en plus des approches basées sur les TIC, telles que la poésie (comme l'illustre cette publication) pour améliorer le niveau d'alphabétisme et la santé des apprenants.

iii. Tout en s'appuyant sur l'expérience antérieure des apprenants et en valorisant savoir, culture et langue au niveau local, il convient d'utiliser diverses approches de l'alphabétisation, de la santé et de l'autonomisation.

Il est démontré que les principes de la bonne pratique – en l'occurrence, s'appuyer sur l'expérience des apprenants, valoriser les savoirs autochtones et les langues locales – ont une plus forte influence sur la participation des femmes aux programmes d'alphabétisation et de santé que sur celle des hommes. Ce, parce que dans de nombreux contextes, les femmes peuvent avoir un accès limité aux langues et cultures dominantes. Mieux, il convient d'étudier comment les structures institutionnelles ou informelles existantes (comme les groupes de femmes ou les abris des hommes) peuvent servir de base pour les initiatives de santé et d'alphabétisation. En partenariat avec les communautés, les programmes d'alphabétisation peuvent s'appuyer sur les formes d'organisation autochtones, les approches d'apprentissage informel et admettre que l'autonomisation prend différentes formes dans différents contextes.

iv. En élaborant des programmes d'alphabétisation et de santé pour l'autonomisation des femmes, il convient d'accorder un intérêt particulier aux structures des organisations et du personnel

Le travail intersectoriel soulève des questions sur le mode de sélection et de formation du personnel – qu'il s'agisse du personnel de santé qui apprend à alphabétiser des adultes ou, comme c'est plus souvent le cas,

d'alphabétiseurs qui acquièrent quelques notions de santé. Ces questions pratiques relatives aux missions, à l'organisation, au recrutement et à la formation des programmes d'alphabétisation et de santé influencent souvent le niveau de réalisation concrète des politiques. De nombreux programmes comptent sur des bénévoles ou des alphabétiseuses mal payées et s'appuient sur des opportunités de formation/carrière courtes, hypothéquant de ce fait leurs objectifs globaux d'égalité des sexes. Pour les programmes d'alphabétisation et de santé, il convient de mettre à profit les structures organisationnelles, institutionnelles et relatives au personnel déjà en place, mais aussi d'en créer de nouvelles à travers la collaboration, le partenariat et le renforcement des capacités entre les secteurs.

v. Les politiques et programmes de santé et d'alphabétisation doivent passer d'une approche utilitariste à une approche transformatrice de l'autonomisation des femmes et de l'égalité des sexes.

De nombreux programmes d'alphabétisation se sont caractérisés par une approche utilitariste de l'autonomisation et de la santé des femmes, inspirée par une recherche étroitement axée sur les liens entre leur alphabétisation et divers indicateurs de santé maternelle/infantile. Une approche transformatrice du genre pourrait permettre à ces programmes de dépasser les stéréotypes sur le rôle de la femme « mère et protectrice » et de l'homme « soutien de famille » pour promouvoir une diversité accrue de leurs objectifs, méthodes et preuves de résultats.

RÉFÉRENCES

- Aikman, S., Unterhalter, E. and Boler, T. (eds). 2008. *Gender Equality, HIV and AIDS: A challenge for the Education Sector*. Oxford, OXFAM.
- Ali, S., Chaudry, T. and Naqvi, Q. 2011. Effect of maternal literacy on child health: myth or reality. *Ann. Pak. Inst. Med. Sci.*, Vol. 7, No. 2, pp. 100–03.
- Aubel, J. Toure, I. and Diagne, M. 2004. Senegalese grandmothers promote improved maternal and child nutrition practices: the guardians of tradition are not averse to change. *Social Science and Medicine*, Vol. 59, pp. 945–59.
- Billington, J. 2015. *Reading Between the Lines: the Benefits of Reading for Pleasure*. Quick Reads. Centre for Research into Reading, University of Liverpool.
- Burchfield, S., Hua, H., Iturry, T., Rocha, V. 2002. A longitudinal study of the effect of integrated literacy and basic education programs on the participation of women in social and economic development in Bolivia, USAID/World Education Inc. <http://datatopics.worldbank.org/hnp/files/edstats/BOLdprep02.pdf> (Accessed 25 July 2016.)
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention). 2016. Health Literacy and Plain Language. <http://www.cdc.gov/healthliteracy/developmaterials/plainlanguage.html> (Accessed 25 July 2016.)
- Chopra, P. 2004. Distorted mirrors: (de)centring images of the 'illiterate Indian village woman' through ethnographic research narratives. A. Robinson-Pant (ed.), *Women, Literacy and Development: Alternative Perspectives*. London, Routledge.
- Cornwall, A. and Edwards, J. 2014. Negotiating empowerment. A. Cornwall and J. Edwards (eds), *Feminisms, Empowerment and Development: Changing Women's Lives*. London/New York, Zed Books.
- DeWalt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr, K. and Pignone, M. 2004. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. *J. Gen. Intern. Med.*, Vol. 19, pp. 1228–239.
- Duckworth, V. 2013. *Learning Trajectories, Violence and Empowerment Amongst Adult Basic Skills Learners*. London, Routledge.
- Duckworth, V. and Ade-Ojo, G. 2016. Journey through transformation: a case study of two literacy learners. *Journal of Transformative Education*, pp. 1–20.
- Easton, P. 2014. *Sustaining Literacy in Africa: Developing a Literate Environment*. Paris, UNESCO.
- English, L. 2012. A critical theory of adult health learning. L. English (ed.), *Adult Education and Health*. Toronto, University of Toronto Press.
- English, L. and Irving, C. 2015. Adult health learning: for women, with women. L. English and C. Irving (eds), *Feminism in Community: Adult Education for Transformation*. International Issues in Adult Education.
- EWEC (Every Woman Every Child). 2015. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030). *Survive, Thrive, Transform*. Geneva, WHO. <http://www.who.int/life-course/publications/global-strategy-2016-2030/en/> (Accessed 26 July 2016.)
- Frisch, A., Camerini, L., Diviani, N. and Schulz, P. 2011. Defining and measuring health literacy: how can we profit from other literacy domains? *Health Promotion International*, Vol. 27, No.1, 117–25.
- Gillespie, D. and Melching, M. 2010. The transformative power of democracy and human rights in nonformal education: the case of Tostan. *Adult Education Quarterly*, Vol. 60, No. 5, pp. 477–98.
- Glanz, C. 2009. Locally developed literacy practices: the field of Senga in Uganda. K. Parry (ed.), *Reading in Africa, Beyond the School*. Kampala, Fountain Publishers.
- Golding, M. 2011. Men's informal learning and wellbeing beyond the workplace. S. Jackson (ed.), *Innovations in Lifelong Learning: Critical Perspectives on Diversity, Participation and Vocational Learning*. London, Routledge.
- Golding, B. and Carragher, L. 2015. Community men's shed and informal learning: an exploration of their gendered roles. J. Ostrouch-Kaminska and C. Vieira (eds), *Private World(s): Gender and Informal Learning of Adults*. Rotterdam, ESREA Sense Publishers.

- Hill, L. 2016. Interactive influences on health and adult education. *New Directions for Adult and Continuing Education*, No. 149, Spring 2016.
- Khandekar, S., Rokade, M., Sarmalkar, V., Verma, R., Mahendra, V. and Pulerwitz, J. 2008. Engaging the community to promote gender equity among young men: experiences from 'Yari Dosti', Mumbai. S. Aikman, E. Unterhalter and T. Boler (eds), *Gender Equality, HIV, and AIDS: A Challenge for the Education Sector*. Oxford, OXFAM Publications, pp. 184–201.
- Kickbusch, I., Wait, S., and Maag, D. 2005. *Navigating Health: the Role of Health Literacy*. London, Alliance for Health and the Future.
- Langer, A., Meleis, A., Knaul, F.M., Atun, R., Aran, M., Arreola-Ornelas, H., Bhutta, Z., Binagwaho, A., Bonita, R., Caglia, J., Claeson, M., Davies, J., Donnay, F., Gausman, J., Glickman, C., Kearns, A., Kendall, T., Lozano, R., Seboni, N., Sen, G., Sindhu, S., Temin, M., and Frenk, J. 2015. Women and health: the key for sustainable development. *The Lancet Commissions*, Vol. 386 September 19, pp. 1165–210.
- Moser, C. 1993. *Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training*. London, Routledge.
- Nakiboneka, E. 2007. Mobilizing community members to reflect and act on HIV and AIDS: Experiences with using the STAR methodology in Uganda, Article produced as part of the KIC Project, OXFAM. <http://www.bibalex.org/Search4Dev/files/292417/122941.pdf> (Accessed 26 July 2016.)
- Nazneen, S. and Sultan, M. 2014. Reciprocity, distancing and opportunistic overtures: women's organizations negotiating legitimacy and space in Bangladesh. A. Cornwall and J. Edwards (eds), *Feminisms, Empowerment and Development: Changing Women's Lives*. London/New York, Zed Books.
- Nutbeam, D. 2000. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, Vol. 15, pp. 259–67.
- OBOS. 2016. Our Bodies Ourselves. <http://www.ourbodiesourselves.org/> (Accessed 26 July 2016.)
- Ostrouch-Kaminska, J. and Vieira, C. 2015. Informal learning and gender: a revision for the future. J. Ostrouch-Kaminska and C. Vieira (eds), *Private World(s): Gender and Informal Learning of Adults*. Rotterdam, ESREA Sense Publishers, pp. 41–58.
- Stepping Stones. 2016. Participatory Video Training. <http://www.steppingstonesfeedback.org/index>
- World(s): Gender and Informal Learning of Adults*. Rotterdam, ESREA Sense Publishers, pp. 183–90.
- Pakaari, L. and Pakaari, O. 2012. Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education*, Vol. 112, No. 2, pp. 133–52.
- Robinson-Pant, A. 2001. *Women's literacy and health: can an ethnographic researcher find the links?* B.V. Street (ed.), *Literacy and development: ethnographic perspectives*. London, Routledge.
- Robinson-Pant, A. 2004. 'The illiterate woman': changing approaches to researching women's literacy. A. Robinson-Pant (ed.), *Women, Literacy and Development: Alternative Perspectives*. London, Routledge.
- Robinson-Pant, A. 2005. The social benefits of literacy. Background paper for EFA Global Monitoring Report 2006. Literacy for Life. Paris, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146105e.pdf> (Accessed 26 July 2016.)
- Rockhill, K. 1993. Gender, literacy and the politics of literacy. B.V. Street (ed.), *Cross-Cultural Approaches to Literacy*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Rogers, A. 1999. Improving the quality of adult literacy programmes in developing countries: the 'real literacies' approach. *International Journal of Educational Development*, Vol. 19, pp. 219–34.
- Rudd, R., Zacharia, C. and Daube, K. 1998. Integrating health and literacy: adult educators' experiences. *NCSALL Reports No. 5, August 1998*. Harvard School of Public Health.
- Sato, M. 2007. Challenges and successes in family planning in Afghanistan. *Management Sciences for Health (MSH) Occasional Paper*, No. 6. <https://www.msh.org/sites/msh.org/files/Challenges-and-Successes-in-Family-Planning-in-Afghanistan.pdf> (Accessed 26 July 2016.)
- Schultz, P.J. and Nakamoto, K. 2005. Emerging themes in health literacy. *Studies in Communication Sciences*, Vol. 5, pp. 1–10.
- Seltrecht, A. 2015. Not just for women: breast cancer, gender and informal learning in an exceptional situation. J. Ostrouch-Kaminska and C. Vieira (eds), *Private World(s): Gender and Informal Learning of Adults*. Rotterdam, ESREA Sense Publishers, pp. 41–58.

- php/page/Resources/gb?resourceid=74
(Accessed 26 July 2016.)
- Street, B.V. 1993. Introduction: the new literacy studies. B.V. Street (ed.) *Cross-Cultural Approaches to Literacy*. Cambridge, Cambridge University Press, pp. 1–23.
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2007. *Making the connections: why literacy matters for HIV prevention*. Hamburg, UIL (written by C. Medel-Anonuevo and D. Mahamadou Cheick)
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2009a. Community Development Programme. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=13&country=MU&programme=227> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=3&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2009b. Literacy through poetry (LTPP). *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=12&country=YE&programme=25> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=25&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2010a. *Confintea VI Belem Framework for Action: Harnessing the Power and Potential for Adult Learning and Education for a Viable Future*. Hamburg, UIL.
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2010b. Bilingual Literacy and Reproductive Health. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=16&country=BO&programme=38> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=38&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2010c. Alternative Community Education Programme (ACEP). *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=14&country=PH&programme=64> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&language=fr&programme=64>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2011a. The Family Literacy Programme. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=15&country=TR&programme=141> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=206&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2011b. Alfabetizando com Saúde (Learning to Read and Write in Good Health). *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=16&country=BR&programme=2> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=2&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2012a. The Tostan Community Empowerment Program. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=13&country=SN&programme=86> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=86&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2013a. *Global Report on Adult Learning and Education (GRALE 2), Rethinking Literacy*. Hamburg, UIL.
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2013b. Learning for Life. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=14&country=AF&programme=76> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=76&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2014. Literacy for Women. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=12&country=IQ&programme=160> (Accessed 26 July 2016.)
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2016a. Adult Literacy Programme. *Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=13&country=MU&programme=227> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=227&language=fr>]
- UIL (UNESCO Institute for Lifelong Learning). 2016b. Free Minds Book Club and Writing Workshop.

- Effective Literacy and Numeracy Practices Database (LitBase)*. Hamburg. <http://www.unesco.org/uil/litbase/?menu=15&country=US&programme=232> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : <http://litbase.uil.unesco.org/?menu=4&programme=232&language=fr>]
- UN. 2015. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development, Resolution Adopted by the General Assembly on 25th. September 2015*. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Résolution adoptée par l'Assemblée générale le 25 septembre 2015. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=F]
- UNESCO. 2005. *Literacy for Life, EFA Global Monitoring Report 2006*. Paris, UNESCO.
[version française, cf. : Education pour tous: l'alphabétisation, un enjeu vital; rapport mondial de suivi sur l'EPT, 2006. Paris, UNESCO]
- UNESCO. 2014a. *UNESCO's Promise: Gender Equality – a Global Priority*. The Division for Gender Equality. Paris, UNESCO. <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/HQ/BSP/GENDER/PDF/GEAPweb.pdf> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : La Promesse de l'UNESCO: l'égalité des genres, une priorité globale. Division de l'égalité des genres. Paris, UNESCO. <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002269/226923m.pdf>]
- UNESCO. 2014b. *Sustainable Development Begins with Education: How Education Can Contribute to the Proposed Post-2015 Goals*. Paris, UNESCO. <http://en.unesco.org/gem-report/sustainable-development-begins-education#sthash.Rr6865al.dpbs> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : Le Développement durable commence par l'éducation: comment l'éducation peut contribuer à la réalisation des objectifs proposés pour l'après 2015. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002305/230508f.pdf>]
- UNESCO. 2015a. *Recommendation on Adult Learning and Education*. <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002325/232596e.pdf> (Accessed 26 July 2016.)
[version française, cf. : Recommandation sur l'apprentissage et l'éducation des adultes. <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002451/245179f.pdf>]
- UNESCO. 2015b. *EFA Global Monitoring Report 2015, Education for All 2000-2015 Achievements and Challenges*. Paris, UNESCO.
[version française, cf. : Rapport mondial de suivi sur l'EPT 2015. Éducation pour Tous 2000-2015 : Progrès et Enjeux. Points clés. Paris, UNESCO]
- UNESCO. 2015c. *Mobile Phones and Literacy: Empowerment in Women's Hands. A Cross-Case Analysis of Nine Experiences*. Paris, UNESCO.
- Verburg, G. 2016. Good nutrition: our bets are on the girls. *ELDIS Blog*. 23 May, 2016. <http://www.eldis.org/go/blog/posts/good-nutrition--our-bets-are-on-the-girls> (Accessed 26 July 2016.)
- Welbourn, A. 1995. *Stepping Stones: A Training Package in HIV/AIDS, Communication and Relationship Skills*. London. Strategies for Hope. http://www.stepsstonesfeedback.org/index.php/About/Stepping_Stones_training_package/gb (Accessed 26 July 2016.)
- World Education Forum. 2015. *Incheon Declaration, Education 2030: Towards Inclusive and Equitable Quality Education and Lifelong Learning for All*. http://www.waam2015.org/sites/default/files/incheon_declaration_en.pdf (Accessed 26 July 2016.)
- World Health Organization. 1948. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19 June–22 July 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, No. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.
- World Health Organization. 2006. *Constitution of the World Health Organization*. http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Accessed 26 July 2016.)
- World Health Organization. 2013. *Health Literacy: the Solid Facts*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization. No Data. *Social Determinant of Health*. http://www.who.int/social_determinants/en/ (Accessed 27 July 2016.)
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. and Greer, D. 2005. Understanding health literacy: an expanded model. *Health Promotion International*, Vol. 20, No. 2, pp. 195–203.



Organisation
des Nations Unies
pour l'éducation,
la science et la culture



UNESCO Institute
for Lifelong Learning

Institut de l'UNESCO
pour l'apprentissage
tout au long de la vie