



Guide sur l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans les interventions de vaccination de la République démocratique du Congo (RDC)

Renforcement des capacités en matière de conception, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation

FLOWMINDER.ORG

avec le soutien et la participation de



Guide sur l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans les interventions de vaccination de la République démocratique du Congo (RDC)

Renforcement des capacités en matière de conception, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation

Auteurs :
Marie-Katherine Waller (Flowminder Foundation)

Contribution :
Apphia Yuma (Flowminder Foundation), Elsa Dufay (Flowminder Foundation), Sophie Delaporte (Flowminder Foundation), Dr Jean-Pierre Okito Okandjo (Flowminder Foundation), Alphoncina Bockondas Manga (Flowminder Foundation).

Ce document porte principalement sur les inégalités des genres qui existent entre les hommes et les femmes. Il est également important de réduire les obstacles à la vaccination que rencontrent les soignant(e)s de genres divers ou non-conformes. Bien qu'ils ne soient pas spécifiquement abordés dans ce document, bon nombre des principes et des outils peuvent être également adaptés à ces groupes.

Table des matières

Introduction	6
Le but de ce guide en matière de vaccination	6
Audience et utilisation de ce guide	7
Structure du guide	7
Partie A : Préparation et animation d'une session de sensibilisation ou une formation	9
Étapes clés pour préparer et organiser une formation	10
Partie B : Modules	12
Module 1 : Sensibilisation aux genres - Les concepts clés et les politiques d'égalité des genres et d'inclusion sociale en matière de santé	12
1. Concepts clés de l'égalité des genres et de l'inclusion sociale dans le domaine de la santé, comprendre les fondements du travail en matière d'égalité des genres et d'inclusion sociale	12
1.1 Termes clés : la différence entre les concepts de sexe et de genre	12
1.2 Liste des concepts clés	13
Exercices interactifs (module 1, section 1)	17
Exercice #1 : délibération sur les valeurs	17
Exercice #2 : Un jeu de paires	17
2. Obstacles à la vaccination liés à l'inégalité des genres et à l'exclusion sociale	20
2.1. Une aide mémoire : Le cadre PROGRESS-Plus	22
Exercices interactifs (module 1, section 2)	23
Exercice #1: L'intersection entre l'iniquité fondé sur le genre et autres déterminants sociaux de santé	23
Exercice #2 : La marche du pouvoir	23
3. Politiques (internationales et nationales spécifiques à la RDC)	27

Table des matières

Module 2 : l'analyse comparative entre les sexes et l'analyse d'inclusion sociale	30
1. L'analyse d'inclusion sociale pour identifier les groupes les plus vulnérables	30
2. Comprendre l'analyse comparative entre les sexes (ACS) ou analyse sexospécifique	31
2.1. Les objectifs, le pourquoi et le quand	32
3. Appliquer l'analyse comparative entre le sexes (ACS) dans vos interventions de vaccination	32
3.1. Utilisation de l'outil d'analyse du problème et des causes	34
3.2. Cadre d'ACS de l'UNICEF	35
4. Que faire des résultats de vos analyses ?	36
Exercices interactifs (Module 2, sections 2 et 3)	37
Exercice #1 : Le cas de Jeanne et d'Alain	37
Module 3 : Intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans les interventions de vaccination et de santé	43
1. Comprendre l'approche de l'intégration d'une optique sensible au genre	43
2. L'échelle d'évaluation sexotransformatrice	44
Exercices interactifs (Module 3, sections 1&2)	45
Exercice #1 : Une réflexion personnelle et collective	46
Exercice #2 : Étude de cas : Programme de santé maternelle et infantile	47
3. Six étapes pour intégrer une optique sensible au genre et inclusive tout au long des programmes	48
4. Liste de contrôle pour l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans la planification et les programmes de la santé et de l'immunisation	49

Table des matières

4.1 Liste de Contrôle #1 : Six étapes pour intégrer une optique sensible au genre et inclusive dans les programmes de santé	49
4.2. Liste de Contrôle #2 : Fiche de Support: Intégration d'une analyse sexospécifique et d'inclusion sociale dans la micro-planification au niveau de l'aire de santé	63
5. Pratiques prometteuses en Afrique, Asie centrale et Asie du sud	69
Annexes	72
Annexe 1: Exemples d'ordre de jour de formation de courte durée (Partie A)	72
Annexe 2 : Annexe 2 : Exemple de Formulaire d'évaluation Pré/Post Session de Sensibilisation (Partie A)	74
Annexe 3 : Quiz de connaissance & Réponses (Module 1, section 1)	76
Annexe 4 : Étude de Cas pour découvrir pourquoi le genre est important pour la santé (Module 1, section 1)	79
Annexe 5 : Exercice - Tempête de mots pour comprendre le genre par rapport au sexe	88
Annexe 6: Outil sur l'analyse de l'inclusion sociale (Module 2, section 3)	91
Annexe 7: Liste des questions ACS (Module 2, section 2)	94
Annexe 8:Tableau de la matrice ACS (Module 2, section 2)	100
Annexe 9: Exemples d'indicateurs sensibles à la dimension de genre (Module 3)	104
Annexe 10: Exemples d'énergiseurs et de brise-glaces	106
Annexe 11: Autres termes clés	108
Annexe 12: Les niveaux de l'échelle d'évaluation sexotransformatrice	111

Introduction

Le but de ce guide en matière de vaccination

Ce guide a pour objectif principal de permettre la création d’ambassadeurs pour l’égalité des genres et l’inclusion sociale afin d’aborder les questions de genre et autres barrières liées à l’exclusion sociale dans le secteur de santé et de vaccination de la RDC.

Traditionnellement, les services de vaccination n’ont tenu compte ni des inégalités entre les hommes et les femmes ni de l’exclusion sociale dans les stratégies pour répondre aux iniquités dans la couverture vaccinale. Pourtant, il est démontré que dans les pays où l’inégalité des genres est la plus grande, le taux de mortalité des moins de 5 ans est plus élevé et le taux de vaccination plus faible.² La RDC a l’un des taux de mortalité infantile les plus élevés au monde³, et l’indice d’inégalité de genre (IIG) classe la RDC en 156ème position sur 162 pays, indiquant ainsi un niveau très élevé d’inégalités.⁴ Il est primordial de développer des stratégies spécifiques pour répondre aux barrières liées au genre et à l’exclusion sociale qui entravent l’équité dans la couverture vaccinale ainsi que des **stratégies de ciblage pour atteindre les filles et les garçons à dose zéro et sous-vaccinés**.

Au travers de ce guide, les agents de santé ont à leur portée des outils pratiques pour intégrer une optique de genre et inclusive au sein des interventions de vaccination, afin d’atteindre chaque fille et chaque garçon, quels que soient leurs conditions de vie ou leur statut social.⁵ Il se concentre sur le soutien au renforcement des capacités et aux actions conjointes entre le PEV, les partenaires internationaux, et la société civile incluant des femmes, des hommes, des filles et des garçons des communautés ciblées.

Audience et utilisation de ce guide

Le contenu de ce guide est principalement prévu pour les équipes du PEV et leurs partenaires (internationaux, nationaux et locaux):

- Les responsables du PEV et les prestataires de santé travaillant aux niveaux central, intermédiaire et opérationnel, notamment les médecins, les infirmiers titulaires et leurs superviseurs, les responsables des groupes de travail, les points focaux pour l’égalité des genres, les responsables des programmes de promotion de la santé et les partenaires de la société civile qui suivent la demande des communautés pour la vaccination et la fourniture de services de vaccination.
- Les organisations de défense des droits des femmes et des enfants qui travaillent sur l’égalité des genres dans le domaine de la santé au sein des communautés et pour améliorer l’accès des femmes, des adolescentes et des jeunes filles et garçons aux services de santé maternelle et infantile, y compris pour la vaccination des enfants.

Ce guide étant polyvalent, vous pouvez l’adapter à vos besoins, soit pour:

- i) Renforcer vos capacités individuelles en tant qu’agent de santé sur l’intégration de la dimension genre dans vos activités.
- ii) Élaborer une formation de sensibilisation pour un renforcement des compétences collectives en matière d’intégration d’analyse comparative entre les sexes (ou analyse sexospécifique) et d’analyse d’inclusion sociale dans votre lieu de service. Cette formation spécifique sur la dimension genre et l’inclusion sociale peut compléter la formation standard du gouvernement.

- iii) Faciliter des discussions multisectorielles et inclusives entre les acteurs de la vaccination lors de la conception, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation, de sorte que les questions et les obstacles liés à l’inégalité des genres et à l’exclusion sociale soient intégrés dans la microplanification, les stratégies de vaccination, le suivi et l’évaluation du PEV de routine.

Structure du guide

Le guide adopte une approche progressive en introduisant en premier lieu des concepts et des compétences essentiels pour intégrer des optiques sensibles au genre et à l’inclusion sociale dans les services de vaccination avant de présenter des outils pour effectuer des analyses comparatives entre les sexes (ACS) et d’inclusion sociale qui permettent d’évaluer et de développer des actions sexotransformatrices.

La **Partie A** offre des conseils pour préparer et faciliter des formations simples mais couvrant les principes clés qui peuvent être courtes (1/2 journée) ou plus longues (de trois à cinq jours) selon les ressources disponibles. Vous trouverez une illustration d’un programme pour une journée de sensibilisation portant sur ce guide en Annexe 1. Une formation plus longue qui couvre la plupart des thématiques et outils des trois modules dans ce guide peut être dispensée en quatre à cinq jours.

La **Partie B** combine des exercices et des outils pratiques qui peuvent servir à la fois au renforcement des capacités en fournissant les outils nécessaires pour mettre en œuvre des sessions de formation, et à l’intégration effective des analyses comparatives entre les sexes et d’inclusion sociale dans les interventions de vaccination.

Cette partie est organisée en trois modules principaux :

Dans le **module 1 - Sensibilisation aux questions de genre - Concepts d’égalité des genres et d’inclusion sociale dans les politiques et programmes de santé**, vous vous familiariserez avec les concepts fondamentaux d’égalité des genres et d’inclusion sociale en rapport avec la santé, notamment en matière de vaccination ;

Dans le **module 2 - Analyse comparative entre les sexes (ACS) et Analyse d’inclusion sociale**, vous vous familiariserez avec les concepts de l’analyse fondée sur le genre ainsi qu’avec les approches d’inclusion sociale qui permettent de mieux identifier les gardiens/gardiennes des enfants zéro-doses et sous-vaccinés et leurs communautés, et comprendre les causes sexospécifiques qui contribuent aux faibles résultats en matière de couverture vaccinale ;

Dans le **module 3 - Élaborer des actions sexotransformatrices et d’inclusion**, vous vous familiariserez avec la manière d’élaborer et d’intégrer des actions sexotransformatrices et socialement inclusives dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation des politiques et programmes de vaccination.

1. Les neuf provinces sont Kasai, Kasai-Oriental, Sud-Kivu, Ituri, Lomami, Haut-Lomami, Haut-Katanga, Kwilu, et Kinshasa. Les autres partenaires de mise en œuvre sont Flowminder et le Center for International Earth Science Information Network de l’Université Columbia (CIESIN) ainsi que le groupe de recherche WorldPop de l’Université de Southampton (UoS), L’Ecole de Santé publique de Kinshasa, L’UNFPA, Le Programme Alimentaire Mondial et L’UNOPS.
2. <https://immunizationevidence.org/subtopics/gender-inequity/>.
3. Bureau national des statistiques. (2019). Enquête en grappes à indicateurs multiples 2018. Rapport final. Kinshasa, RDC.
4. L’indice mondial des inégalités de genre (GII) mesure l’égalité des genres et le niveau d’autonomisation des femmes en utilisant trois dimensions : la santé reproductive, l’autonomisation et l’activité économique.
5. Ce guide s’inspire de plusieurs ressources: Guide pratique pour l’intégration d’une perspective de genre dans les programmes de vaccination (Bureau régional de l’UNICEF, 2019) ; Une perspective de genre pour faire progresser l’équité dans la vaccination (Equity Reference Group (ERG), 2018); Guide pour l’intégration des actions en faveur de l’égalité des genres dans la réponse de COVID 19 (Plan International Canada, 2020) Une Boîte d’outil pour l’intégration d’égalité de genres et l’inclusion sociale dans la développement, suivi et évaluation (World Vision, 2020) ; Intégration de la dimension de genre pour les gestionnaires de la santé : Une Approche Pratique (OMS 2011); Boîte à outils pour l’analyse de genre dans les systèmes de santé (Jhpiego, 2016) ; Introduction à l’analyse sexospécifique (non publié) (Riddle, 2019); et L’influence du genre sur la vaccination : utilisation d’un cadre écologique pour examiner les inégalités croisées et les voies du changement (Marta Feletto et Alyssa Sharkey, 2019) .

Le saviez-vous ?

Si une mère n'a pas les ressources financières nécessaires, le pouvoir décisionnel ou des connaissances suffisantes sur l'immunisation pour prendre des décisions informées, son enfant est plus à risque de ne pas être vacciné.⁶

L'engagement des hommes dans la santé de l'enfant peut améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile.⁷

70% des agents de santé sont des femmes qui sont elles-mêmes confrontées à des obstacles sexospécifiques qui peuvent influencer leur performance comme prestataire de service de santé (par exemple, la double charge de travail de soins qu'elles doivent assumer à la maison et au travail).

Une attitude des prestataires discriminatoire qui manque de compassion, de respect et d'empathie envers les patients peut réduire la motivation des patients à rechercher les services de vaccination.⁸ Par exemple, le genre d'un vaccinateur peut influencer l'intérêt des mères et gardiennes à apporter leurs enfants aux services de vaccination car elles préfèrent en général l'écoute et les conseils d'une femme.⁹

Un rapport du Groupe consultatif stratégique d'experts sur la vaccination portant sur 86 pays a révélé des niveaux de couverture vaccinale complets plus élevés chez les garçons que chez les filles, mais ces différences étaient statistiquement significatives qu'en Azerbaïdjan, au Belize, en Inde, au Mali et en Somalie.¹⁰ Cependant, le sexe peut être un facteur déterminant pour certaines maladies évitables par la vaccination. Le sexe est un facteur de risque pour la polio, avec une légère prédominance chez les hommes, qui sont plus exposés au risque de développer une polio paralytique. Les femmes adultes sont également à risque si elles sont enceintes.¹¹ Bien que les disparités entre les sexes en matière de vaccination ne soient pas très répandues, dans certaines communautés socio-économiques et géographiques marginalisées au niveau infranational, le fait de naître fille ou garçon peut être un facteur important (parmi d'autres) pour la vaccination. En RDC, selon une étude portant sur 384 enfants âgés de moins de cinq ans à Goma, dans le Nord-Kivu, 25,7% n'étaient pas vaccinés. Un facteur, parmi d'autres, était le lien entre le statut vaccinal et le sexe de l'enfant ou les filles avaient des taux de vaccinations plus élevés que les garçons.¹² Selon les directives de l'OMS¹³ en matière de vaccination, il n'est pas recommandé de désagréger les données de vaccination par sexe de l'enfant au niveau national. Cependant, les directives recommandent aux établissements de santé de rester vigilants aux possibles iniquités si il existe des disparités fondées sur le sexe et l'âge.

Ce guide permet de mieux comprendre l'inégalité des genres comme un déterminant clé de la faible immunisation des enfants de moins de cinq ans en RDC. Il examine la manière dont les femmes, les hommes, les filles et les garçons, vivent différemment les pandémies, les épidémies et les risques de mauvaise santé. Les normes, les rôles sexospécifiques et les relations entre les genres influent sur la capacité et les possibilités des gardiennes et gardiens d'enfants de 0 à 23 mois à vouloir accéder aux services de santé primaire et de vaccination, à participer à la prise de décision et à bénéficier des vaccins de manière égale. Les normes restrictives et les relations inégales entre les genres nuisent à tous, mais surtout aux femmes et adolescentes qui sont les gardiennes principales des enfants 0-23 mois. D'autres formes d'exclusion, telles qu'être une mère adolescente et/ou avoir un handicap et/ou être isolé géographiquement, aggravent encore la vulnérabilité et les inégalités.

Partie A : Préparation et animation d'une session de sensibilisation ou une formation

Cette première partie aborde le rôle du ou des animateurs d'une formation d'analyses comparatives entre les sexes (ACS) et d'inclusion sociale, et la manière de préparer et d'organiser de tels événements. De manière générale, une session de sensibilisation pour les acteurs de la vaccination, sur l'intégration de ces analyses peut être étalée en deux sessions de 2 à 3 heures ou organisée sur une journée.

L'animateur doit se concentrer sur le processus et la dynamique de la formation. Une réunion bien animée met tous les participants à l'aise, et ainsi ils peuvent ainsi se concentrer sur le contenu et les objectifs de la réunion. Plus précisément, l'animateur doit :

- Concevoir l'ordre du jour et guider le déroulement de la réunion.
- Veiller à ce que les règles de base soient établies et respectées par tous les participants.
- Donner à tous les participants la possibilité d'apprendre les uns des autres.
- Adoptez une position professionnelle et neutre tout au long de la procédure, en veillant à faire preuve d'impartialité envers chaque personne ou idée.
- Montrer l'exemple en termes d'attitudes et de comportements équitables entre les genres.
- S'assurer que les objectifs de l'activité sont atteints et que les principales leçons sont discutées et bien comprises par tous les participants.
- Travailler avec les membres du groupe pour assurer une participation active et significative, sans domination de quelques-uns ou manque de respect ou jugement d'un participant à l'autre.
- Donnez des instructions claires et faciles à comprendre aux participants.
- Écouter avec attention et faire preuve d'empathie envers les participants.
- Développer un rapport de confiance et neutralité avec les participants pour être efficace et pour maintenir une distance suffisante permettant d'identifier tout agenda caché influençant la dynamique de groupe.
- Gérer le temps et l'espace de la réunion pour favoriser des résultats positifs.

6. Lu, Xinran, Chuchu Fu, Qianyun Wang, Qiwei He, Jiayi Hee, Rie Takesue, and Kun Tang. 2021. "Women's Empowerment and Children's Complete Vaccination in the Democratic Republic of the Congo: A Cross-Sectional Analysis" *Vaccines* 9, no. 10: 1117. <https://doi.org/10.3390/vaccines9101117>; Brinda, E.M., Rajkumar, A. P., Enemark, U. 2015. Association between gender inequality and index and child mortality rates: a cross-national study of 138 countries. *BMC Public Health*. 15(97).

7. Davis J, Luchters S, Holmes W. (2012) Men and Maternal and Newborn Health: Benefits, Harms, Challenges and Potential Strategies for Engaging Men. Melbourne, Australia: Compass: Women's and Children's Health Knowledge Hub. Yargawa J, Leonardi-Bee J. (2015) Male involvement and maternal health outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 0: 1–9.

8. Boniol M, McIsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K, Campbell J. Gender equity in the health workforce: analysis of 104 countries. Working paper 1. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/HIS/HWF/Gender/WP1/2019.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

9. Feletto, Marta and Alyssa Sharkey. (2019). The Influence of gender on immunisation: using an ecological framework to examine intersecting inequities and pathways to change. *BMJ Global Health* 2019;4:e001711.

10. Maria Clara Restrepo-Méndez, et al. (2016). Inequalities in full immunization coverage: trends in low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ* 2016;94:794–805A. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.162172>.

11. Global Polio Eradication Initiative technical brief: gender. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/Polio/18.05).

12. A.M. K, P.M. L, J.M. K, I.J. B. Prévalence et facteurs associés de vaccination partielle/non vaccinale des moins de cinq ans dans la ville de Goma, en République démocratique du Congo : Un projet communautaire transversal enquête. *Pan Afr. Med. J.* 2015 ; 20.

13. https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysisGuide_Immunisation.pdf?ua=1.

Étapes clés pour préparer et organiser une formation

Étape 1 : Planification de l'atelier

Pour élaborer un programme efficace, suivez les étapes ci-dessous concernant le processus de conception, organisation et animation :

- **Identifiez l'étendue de la question ou du problème dont vous allez discuter.** Découvrez quels sont les obstacles qui existent dans les communautés dans lesquelles vous travaillez ainsi que leur ampleur. Ces connaissances vous aideront à mieux adapter les sessions aux réalités des participants.
- **Créez un environnement ouvert et respectueux** dans lequel les participants se sentent à l'aise pour partager et apprendre de leurs propres expériences sans être jugés.
- **Établissez un bon rapport avec votre co-facilitateur ;** si vous dirigez cet atelier avec un autre facilitateur, rencontrez-vous au préalable pour planifier votre travail ensemble. Vous devrez notamment répartir les activités entre vous et convenir de la manière dont vous allez vous soutenir mutuellement pendant l'atelier.
- **Vérifiez et assimilez les exercices et le contenu intégrant une ACS** que vous utiliserez pour les sessions que vous organisez.
- **Préparez à l'avance des documents visuels et écrits** ainsi que les supports nécessaires (ex. tableau de conférence). Assurez-vous d'avoir suffisamment d'exemplaires des documents pour tous les participants.
- **Informez les participants** au début de l'atelier que les sessions doivent être un "espace sûr" où chaque participant peut partager ses opinions et ses expériences sans être jugé.

Étape 2 : Conseils pour faciliter les exercices

- Commencez par examiner les plans des sessions, les présentations, les jeux de rôle et les autres activités. Cela renforcera votre confiance en vous et vous aidera également à atténuer les difficultés rencontrées pendant la ou les sessions.
- Pratiquez l'écoute active pour aider les participants à sentir qu'ils sont entendus, et compris. Écoutez attentivement ce que chaque participant a à dire, reconnaissez et réagissez à leur partage d'expériences, de pensées et de sentiments...
- Pratiquez un questionnement efficace. Cela augmente la participation aux discussions de groupe et encourage la résolution des problèmes. Pour parvenir à un questionnement efficace, posez des questions ouvertes : Qui ? Quoi ? Où ? Quand ? Comment ? Pourquoi ? Clarifier certains points en posant d'autres questions qui permettent d'approfondir la question ou le problème.
- Impliquez tout le monde en aidant tous les membres du groupe à prendre part aux discussions. Faites attention à qui domine les discussions et qui reste en retrait. Mais n'oubliez pas que les gens ont des raisons différentes de se taire. Il se peut qu'ils réfléchissent ! Si une personne domine la discussion, vous pouvez limiter sa réponse en encourageant les autres à exprimer leur point de vue ou en leur demandant de réagir à ce qui s'est dit.
- Inspirer l'honnêteté et l'ouverture d'esprit. Encouragez les participants à être honnêtes et ouverts. Ils ne doivent pas avoir peur de discuter de questions délicates. Encouragez les participants à s'exprimer honnêtement, plutôt que dire ce qu'ils pensent que le(s) animateur(s) ou les autres participants veulent entendre.

- Il est très important de maintenir le groupe sur la bonne voie pour l'aider à rester concentré sur les questions abordées. Si la discussion s'éloigne du sujet, rappelez au groupe les objectifs de l'activité et remettez-les sur la bonne voie.
- La gestion des conflits est un rôle important pour l'animateur, car un atelier de cette nature permet d'aborder des questions délicates et des problèmes difficiles. Il peut très bien y avoir un désaccord entre vous et un participant, ou entre les participants. Le désaccord est sain et doit être accueilli favorablement. C'est souvent grâce au désaccord que nous comprenons mieux nos propres pensées et sentiments. En revanche, un conflit qui devient agressif ou blessant n'est ni sain ni productif. Il détourne l'attention des objectifs, d'apprentissage de l'activité.
- Rappelez à tous les participants qu'une règle clé des sessions est le respect des opinions et des expériences de chacun. Même si nous ne sommes pas d'accord avec ce que quelqu'un dit, nous devons écouter d'abord, puis faire des commentaires constructifs plutôt que de critiquer directement les opinions des autres.

Étape 3 : Préparation du matériel nécessaire et de la formation

- Obtenez une copie des outils de sensibilisation, des listes de contrôle et des autres supports de formation que les participants utiliseront.
- Obtenez le matériel et les fournitures nécessaires, par exemple :
 - Un ordinateur/projecteur pour afficher la présentation
 - Générateur
 - Tableaux de conférence
 - Documents à distribuer
 - Marqueurs et stylos, etc.
- Examinez minutieusement le contenu, en vous assurant qu'il est clair jusqu'à ce que vous vous sentiez à l'aise pour présenter des informations et animer des activités de groupe.

Étape 4 : Préparation de l'ordre du jour

Étape 5 : Préparation des activités pour briser la glace

- (si vous faites une session d'une journée, pour redonner de l'énergie aux participants si nécessaire).

Étape 6 : Préparation du pré- et post-test pour pouvoir suivre les résultats de votre session de sensibilisation ou de formation.

Étape 7 : Préparation de la séance d'ouverture

- Si vous préparez et animez un atelier d'une journée, voir les annexes pour la séance d'ouverture proposée.

Partie B : Modules

Module 1 : Sensibilisation aux genres - Les concepts clés et les politiques d'égalité des genres et d'inclusion sociale en matière de santé

Objectif du module :

Ce module vise à introduire les concepts clés et les politiques de l'égalité des genres et de l'inclusion sociale en matière de santé et de vaccination pour vous permettre de mieux comprendre les enjeux sexospécifiques et les facteurs d'exclusion sociale. Vous pouvez également les utiliser comme références pour la mise en œuvre d'analyses de l'égalité des genres et/ou de l'inclusion sociale, en vue d'identifier les personnes les plus vulnérables et exclues des services de vaccination dans les communautés que vous ciblez. Ce module vise dans un second temps à enseigner les liens entre les déterminants sociaux de la santé et la dimension de genre. Enfin, ce module vise à discuter les engagements politiques mondiaux et nationaux de genre en santé publique.

Durée approximative du module : 3.5 heures

1. Concepts clés de l'égalité des genres et de l'inclusion sociale dans le domaine de la santé, comprendre les fondements du travail en matière d'égalité des genres et d'inclusion sociale



Le saviez-vous?

Le sexe et le genre ont des implications sur l'accès aux services de santé et les résultats en matière de santé entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. Avant de continuer votre lecture, faites le quiz de connaissances sur les concepts 'sexe' et 'genre' à l'Annexe 1 pour tester vos connaissances.

1.1 Termes clés : la différence entre les concepts sexe et le genre

Sexe

Caractéristiques biologiques et physiologiques des hommes, des femmes ou des intersexués, telles que les organes reproducteurs, les chromosomes ou les hormones.
Né ainsi. Universel
Insensible à la culture ou à la géographie
Très difficile à changer.

Genre

Normes sociales et culturelles, ainsi qu'attentes et croyances sur la façon dont les individus se comportent en fonction du sexe qui leur a été attribué à la naissance.
Appris, et souvent stéréotypé.
Change de culture en culture, au fil du temps et du cycle de vie.
Conduit à des opportunités différentes, souvent inégales, entre les groupes de femmes et d'hommes.
Est dynamique / changeant.



Se rappeler :

Le concept de genre n'est pas fixe. Il peut évoluer dans le temps, en fonction du lieu et même varier d'un individu à l'autre, en raison des expériences de vie différentes et des circonstances politiques et/ou économiques, familiales, communautaires, régionales et nationales.

1.2 Liste des concepts clés

Conseils: Prenez le temps de comprendre ou de revisiter les concepts et leurs définitions ci-dessous avant d'explorer les exercices suggérés pour animer une session de sensibilisation ou une formation.

Concept

Définition¹⁴

1. Genre (par rapport au sexe)



Les caractéristiques socialement construites des femmes et des hommes - telles que les normes, les rôles et les relations entre les groupes de femmes et d'hommes qui varient d'une société à l'autre et à différents moments de l'histoire. Le terme "sexe" est défini comme les différences biologiques et physiologiques entre les femmes et les hommes.

2. Normes et rôles des hommes et des femmes



Croyances sur les femmes, les hommes, les garçons et les filles issues de la socialisation. Elles évoluent avec le temps et dans des contextes différents. Les normes de genre entraînent des inégalités si elles renforcent le mauvais traitement d'un groupe ou d'un sexe par rapport à l'autre ou si elles entraînent des différences de pouvoir et d'opportunités. Les facteurs sociaux et culturels qui façonnent les rôles des hommes et des femmes peuvent être le pays ou la région, le groupe ethnique, l'âge, la classe économique ou la religion.

3. Discrimination fondée sur le genre



Il s'agit d'une situation dans laquelle les personnes sont traitées de manière défavorable à cause de leur sexe ou de leur genre, et se voient refuser des droits, des opportunités ou des ressources en raison de ces différences. Elle est systémique lorsqu'elle affecte la plupart des relations sociales et qu'elle a des racines sociales et politiques profondes.

Concept

Définition

4. Les stéréotypes liés au genre



Il s'agit d'hypothèses sur un groupe, par rapport aux fonctions et idées prédéterminées pour les hommes et les femmes, qui ne sont pas des vérités générales. Les stéréotypes conduisent souvent à la discrimination - ce qui a des répercussions importantes sur la santé. Par exemple, on suppose souvent que les femmes sont responsables de la garde des enfants et ce stéréotype conduit souvent à exclure les hommes des interventions de vaccination.

5. Diversité sexuelle et de genre



Englobe l'attirance sexuelle, le comportement sexuel, l'identité sexuelle ainsi que l'orientation sexuelle et la diversité des genres. La diversité de genre est un terme générique utilisé pour décrire les identités de genre qui démontrent une diversité d'expression au-delà du cadre binaire homme/femme.

6. Division du travail entre les hommes et les femmes



La division du travail fondée sur le genre fait référence à l'attribution de différents emplois ou types de travail aux femmes et aux hommes selon la société à laquelle ils appartiennent. Les rôles attribués aux femmes et aux filles peuvent être valorisés différemment et souvent moins que les rôles attribués aux hommes et aux garçons. Pour analyser la division du travail entre les genres, nous examinons quatre types de travail : rôles domestiques/soins, rôles productifs, rôles communautaires, et rôles de repos/loisirs.

7. Relations entre les genres



Désigne les rapports sociaux entre et parmi des individus ou des groupes de genre et/ou de statut social différents dans lesquels une société définit leurs droits, leurs responsabilités et leur identité les uns par rapport aux autres.

Concept

Définition

8. Équité des genres contre égalité des genres



L'équité des genres : c'est le processus qui consiste à être juste envers les femmes et les hommes. Pour garantir l'équité, des stratégies et des mesures doivent souvent exister pour compenser les désavantages historiques et sociaux des femmes qui empêchent les femmes et les hommes de fonctionner sur un pied d'égalité. L'équité mène à l'égalité.

Égalité des genres : C'est lorsque les femmes et les hommes jouissent des mêmes droits et des mêmes opportunités dans tous les secteurs de la société, y compris dans la participation économique et la prise de décision, et lorsque les différents comportements, aspirations et besoins des femmes et des hommes sont également valorisés et favorisés. L'égalité des genres est mesurée en examinant la représentation des hommes et des femmes dans une série de rôles, le fait d'avoir un tel rôle n'étant pas déterminé en fonction du fait d'être né homme ou femme.

9. Exclusion sociale contre inclusion sociale



Exclusion sociale : elle est causée par l'inégalité dans la distribution des ressources et du pouvoir, par l'inégalité dans la valeur attribuée aux différents groupes et par les normes sociales qui perpétuent ces différences.

Inclusion sociale : elle désigne la réduction et la suppression des barrières institutionnelles et la création d'une situation dans laquelle tous les membres et couches de la société jouissent de droits, d'avantages et d'une participation de façon égalitaire dans les domaines politique, économique et social, sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le handicap, l'éducation, la situation économique, la religion et autres.

10. Équité en matière de santé



L'absence de différences injustes, évitables en matière de santé entre les groupes d'une population.

Concept

Définition

11.

Les déterminants sociaux de la santé



Le lieu où nous naissons, grandissons, vivons, travaillons et vieillissons a également une influence importante sur notre santé. Ces déterminants de la santé sont composés d'un large éventail de facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent la santé des individus et des populations.

12.

L'intersectionnalité



Comment les vulnérabilités des individus se chevauchent et sont liées entre elles. Par exemple, les femmes handicapées peuvent être confrontées à une double marginalisation en raison des normes, des stéréotypes et de la stigmatisation des personnes handicapées ainsi que le fait d'être une femme.

13.

Accès aux/et contrôle des ressources



Accès : la capacité des femmes et des hommes à utiliser une ressource et à tirer parti d'une occasion qui se présente. La capacité à utiliser des ressources ne signifie pas nécessairement la capacité à définir l'usage de ces mêmes ressources ou d'en décider, et vice-versa.

Contrôle : la capacité des femmes et des hommes à prendre des décisions au sujet des ressources et des occasions qui se présentent et à en tirer parti.

Exercices interactifs (module 1, section 1)

Pour votre session de sensibilisation ou votre formation, veuillez choisir au moins un exercice pour engager vos participants dans des discussions et des réflexions qui leurs permettront d'obtenir des clarifications sur la différence entre le genre et le sexe.

Exercice #1 : Délibération sur les valeurs

Objectif :

Remettre en question les valeurs personnelles et sociétales. Cet exercice peut également être utilisé pour apprendre la différence entre le genre et le sexe.

Temps : 20-45 mins (ceci dépend du nombre de déclarations que vous lisez)

Quand le faire ?

Considérez appliquer cet exercice au début d'une session de sensibilisation ou de formation, afin de briser la glace et d'avoir un aperçu global des attitudes et connaissances des participants envers les normes fondées sur le genre.

Instructions:

Veillez à ce qu'il y ait suffisamment d'espace pour que tous les participants puissent former une ligne en se tenant côte à côte devant vous. Expliquez aux participants que vous allez leur lire quelques déclarations. Assurez-vous d'avoir un exemple qui représente les différences biologiques entre les femmes, les filles et les hommes, les garçons (voir ci-dessous). Pointez vers la ligne imaginaire en indiquant qu'une extrémité de la ligne représente "d'accord" et l'autre "pas d'accord". Les participants doivent se positionner sur l'échelle en fonction de leur point de vue / croyance. Certains peuvent se retrouver quelque part entre les deux extrêmes. Après avoir lu toutes les affirmations, demandez aux participants ce qu'ils ont appris de cet exercice. Pensez à faire participer des personnes se trouvant sur différents points de la ligne.

Autre possibilité de mise en place de l'activité :

Veillez trouver un espace avec trois murs. Préparez avant l'exercice, en grosses lettres ou en utilisant l'équivalent en émoji, les titres/images suivants sur les cartes/papiers - un titre par papier.

TOUT À FAIT D'ACCORD ou dessinez l'image 😊

PAS SÛR OU ENTRE LES DEUX ou dessinez l'image 😐

PAS DU TOUT D'ACCORD ou dessinez l'image 😞

Affichez les panneaux un par mur autour de la salle, en laissant suffisamment d'espace entre eux pour permettre à un groupe de participants de se tenir près de chacun. Suivez les mêmes instructions: lire les déclarations et inviter les participants à se mettre à côté de l'émoji qui représente leur opinion et ainsi de suite.

Sélectionnez 5 à 10 déclarations dans la liste ci-dessous :

- Les hommes et les garçons doivent essayer de pas montrer leurs sentiments, en particulier leur vulnérabilité
- En tant que chef de famille, l'homme est responsable des décisions concernant l'éducation des enfants et de l'emploi du temps de sa femme.
- Les femmes doivent écouter leurs maris et ne pas les critiquer ou les contester.
- Les femmes sont naturellement plus aptes à s'occuper des bébés et des enfants.
- Les femmes et les filles sont naturellement plus émotives que les hommes et les garçons.
- Les petites filles sont douces, les garçons sont durs.
- En raison de la gestation de neuf mois, les mères ont un lien naturel plus étroit avec le bébé.
- La participation intensive des hommes à l'éducation des enfants aidera ces derniers à devenir plus équilibrés.
- Les hommes sont plus libres de se déplacer et sont donc plus qualifiés pour diriger.
- Les hommes sont les chefs de famille.

Pensez à inclure des déclarations en rapport avec la biologie, par exemple :

- Seules les femmes peuvent tomber enceintes et avoir des bébés.

Incluez également des déclarations liées aux normes basées sur le genre, mais supposées être “l'ordre naturel des choses”, telles que :

- L'espacement des naissances est la responsabilité des femmes
- Les hommes sont plus intelligents que les femmes

L'animateur lit les déclarations pour que les participants se dirigent vers le point de la ligne invisible qui représente le mieux leur opinion : D'accord ou en désaccord ou quelque part entre les deux. Pour chaque déclaration, l'animateur doit donner aux participants la possibilité d'expliquer ou de clarifier leur pensée. Invitez tous ceux qui sont convaincus par l'argument d'un autre participant à changer sa réponse et passer de l'autre côté.

Pour ceux qui ont choisi une option que la plupart des participants n'ont pas choisie, demandez : Qu'est-ce que cela vous a fait d'exprimer une opinion différente de celle des autres ?

Continuez ainsi pour chacune des affirmations.

Vous pouvez terminer la session sur la différence entre le genre et le sexe. Puis, demandez : “Comment les normes de genre ont-elles affecté vos choix, vos décisions et vos actions ? Comment ? Et quelles en ont été les conséquences ? Quel a été l'impact ?” Animez une discussion.

Le fait de se fermer aux normes de genre peut limiter considérablement les opportunités et les choix des femmes et des hommes, voire être nuisible. Demandez alors quelles sont les normes de genre qui peuvent avoir des conséquences négatives sur la santé. Comment le fait de limiter les possibilités, les choix et les décisions d'une personne peut-elle affecter sa santé ?



Remarque finale :

Il est essentiel de se rappeler que le concept de genre n'est pas fixe et :

Il peut évoluer dans le temps, le lieu et même varier d'un individu à l'autre en raison des différentes expériences de vie et des circonstances politiques et/ou économiques familiales, communautaires, régionales et nationales.

Il varie selon la situation géographique, l'origine ethnique, l'âge, la religion, le niveau de richesse, etc. d'une personne. Les rôles et les normes de genre seront différents pour une femme vivant dans une ville urbaine par rapport à une femme vivant dans une zone rurale, tout comme les rôles de genre d'une femme plus âgée seront différents de ceux d'une adolescente.

Il est important de reconnaître que certaines normes de genre au sein d'une société ne conduisent pas nécessairement à des inégalités nuisibles, comme lorsque les normes de genre sont flexibles et que les femmes et les hommes, les filles et les garçons, ont la possibilité de faire leurs propres choix. Si les enfants observent une égalité entre leurs modèles, au sein de leurs familles et de leurs communautés, ils sont susceptibles d'adopter de telles valeurs et pratiques.

Exercice #2 : Un jeu de paires

Objectif :

Comprendre les concepts clés.

Temps : 30 mins

Quand le faire ?

Après un des exercices qui clarifient la différence entre le sexe et le genre. Pour des participants qui ont déjà des connaissances de base, pensez à commencer par cet exercice.

Instructions:

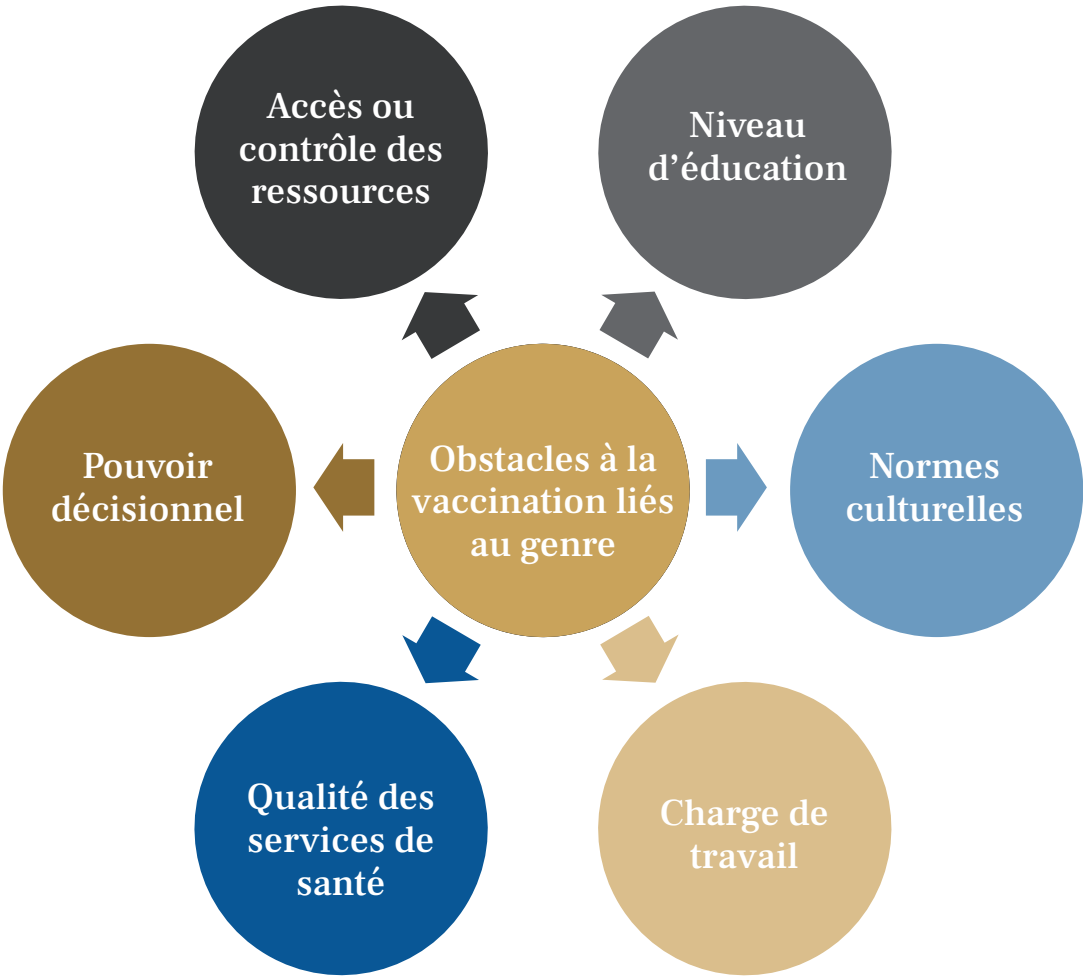
Préparation préalable : Séparez, en découpant, les définitions des mots clés de la liste page 13-16. Mettez les définitions et les mots découpés, pliés, dans deux chapeaux ou paniers séparés. Si vous avez plus de participants que les mots ci-dessous, prenez des mots du glossaire des termes additionnels (cf Annexe 11). Distribuez des ‘concepts clés’ et les “définitions” au hasard aux participants. Chaque participant devrait avoir une feuille pliée. Invitez les participants ou les groupes à trouver leur correspondance en se levant et en se déplaçant dans la salle. Ils and elles doivent trouver leur pairs (celui qui a le mot qui va avec la définition ou la définition qui va avec le mot). Demandez aux participants de discuter avec leur partenaire un exemple de comment ce concept est important dans le secteur de la santé et sous-secteur de l'immunisation.

Après 15 minutes, demandez à chaque pair de faire une synthèse de leurs concepts et la définition et partager un exemple pour l'expliquer.

2. Obstacles à la vaccination liés à l'inégalité des genres et à l'exclusion sociale

Rappel :

Les déterminants sociaux de la santé font référence aux conditions dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi qu'aux systèmes de santé mis en place. Ce sont des facteurs déterminants qui influencent la santé des personnes. Le genre a une incidence sur chacun des déterminants sociaux. Les normes restrictives en matière de genre nuisent à la santé et aux choix de vie des femmes, des filles, des hommes et des garçons et des minorités sexuelles, mais sont souvent disproportionnellement négatives pour les femmes et les filles.¹⁵



L'illustration ci-dessus résume les principaux déterminants de la santé liés au genre et à d'autres facteurs sociaux qui jouent un rôle particulièrement important dans la vaccination.

Les exemples suivants démontrent comment les concepts ci-dessus peuvent nous aider à mieux comprendre pourquoi certains enfants sont à risque d'être moins vaccinés que d'autres. Ces exemples illustrent le lien entre les obstacles à la vaccination liés au genre et à d'autres déterminants de la santé:

Niveau d'éducation et d'alphabétisation :



En RDC, sur les 65% d'enfants sous-vaccinés, le manque de connaissances des mères ou des personnes qui s'occupent de l'enfant (penser par exemple que l'enfant était déjà vacciné, ne pas savoir qu'il devait être vacciné, ignorer la nécessité de revenir pour la 2ème ou 3ème dose ou le fait de mal comprendre le lieu ou la période de vaccination) était la raison la plus fréquente de sous-vaccination (29%).¹⁶

Normes culturelles :



En RDC, les hommes interrogés dans le cadre d'une étude menée à Kinshasa¹⁷ ont expliqué l'intérêt porté à la santé de la mère et de l'enfant, mais des obstacles liés à l'accès, à savoir les heures d'ouverture inadaptées (lorsqu'ils travaillent), les salles d'attente peu accueillantes et l'opinion selon laquelle la grossesse et la santé de l'enfant sont des domaines réservés aux femmes (sauf si la grossesse est à risque ou si l'enfant est très malade) dissuadent les hommes de s'impliquer. Une étude menée au Kasai a révélé que pour les femmes et les filles victimes de violences sexuelles, la stigmatisation basée sur leur expérience traumatique et le coût des soins de santé constituaient de sérieux obstacles à l'accès aux services de santé.¹⁸

Charge de travail :



Près de deux mères ou gardiennes sur dix évoquent le manque de temps comme raison à la non-vaccination. Une étude a révélé qu'en moyenne, les femmes des provinces du Kongo Central, Kwango, Mai Ndombe et Kwilu consacraient 20 heures par semaine aux travaux domestiques et aux activités de soins d'autrui non-rémunéré, contre 7 heures pour les hommes.¹⁹

Pouvoir décisionnel et accès ou contrôle des ressources :



Si une mère a un accès limité à un soutien financier et social, et qu'elle n'a ni l'autonomie, ni le temps nécessaire, pour emmener son enfant aux services de vaccination, l'enfant a moins de chance de se faire vacciner.²⁰

Qualité des services de santé :



28,9 % des mères et des personnes qui s'occupent des enfants n'ont pas complètement ou pas du tout vacciné leurs enfants en raison de problèmes de qualité, de disponibilité et d'abordabilité des services de santé (notamment l'absence d'agents de vaccination, l'indisponibilité du vaccin, l'attente trop longue²¹). En outre, les établissements de santé mettent l'accent sur la présence des femmes (mères) et ne sont généralement pas très favorables aux pères ou aux autres membres masculins de la famille. Cette pratique renforce l'attente de rôle que ce sont les femmes seulement qui devraient amener les enfants à se faire vacciner.

¹⁶ MICS-Malaria 2018 (2019).
¹⁷ Gill et al. (2017). "Les co-auteurs de la grossesse" : exploiter le sens des responsabilités des hommes et d'autres facteurs pour l'implication des hommes dans les services prénataux à Kinshasa, en RDC. BMC Pregnancy and Childbirth volume 17, Numéro d'article : 409 (2017).
¹⁸ Toma. (2018). Kasai : La province oubliée de la RDC : Évaluation du genre. Octobre-novembre 2017. (Oxfam International).
¹⁹ Gender Innovation Lab (2018). Caring about Carework : Lever les contraintes à la productivité des agricultrices en République démocratique du Congo. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/30118/129119-WP-PUBLIC-CaringAboutCareworkMemoFull.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consulté le 30 octobre 2020.
²⁰ GAVI (2019).
²¹ MICS-Malaria 2018 (2019).



À retenir en termes d'exclusion sociale :

Parmi les facteurs de vulnérabilité ou d'exclusion figurent également le statut de réfugié ou de migrant, l'appartenance ethnique, la religion, l'âge, la langue et l'état de santé. En RDC, il existe parfois des barrières traditionnelles et religieuses, telles que chez les témoins de Jéhovah, les musulmans, ainsi que dans certains groupes ethniques (comme les Tetela, Bakongo, Tshokwe) qui ne sont pas favorables à la vaccination.

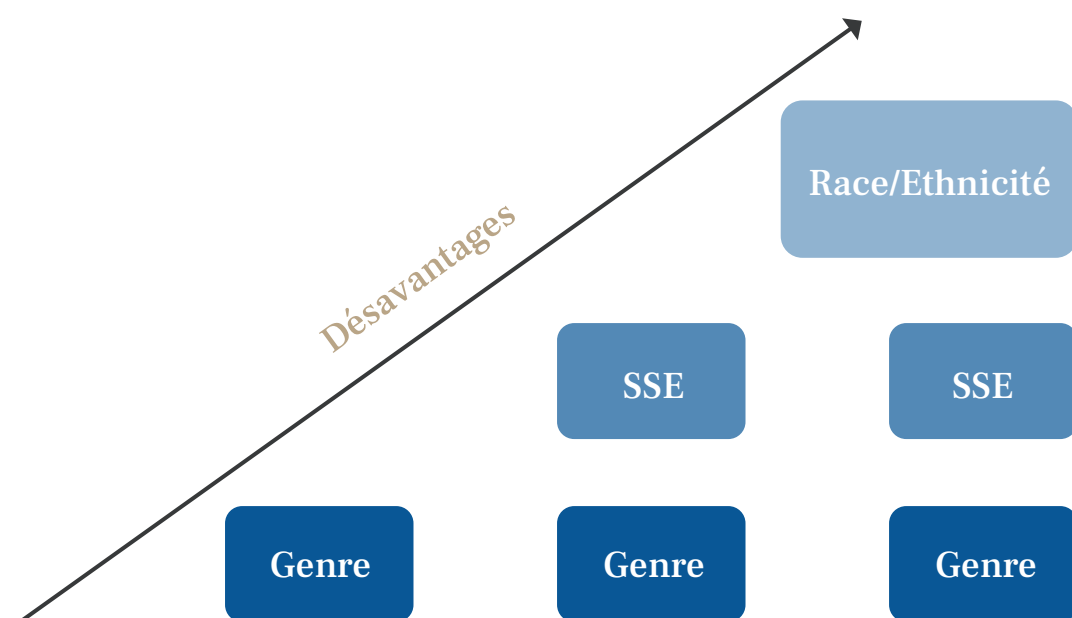


À retenir en termes d'intersectionnalité :

La possibilité qu'un enfant soit vacciné diminue si une mère se retrouve dans une ou plusieurs des catégories suivantes : être âgée de moins de 24 ans, avoir un faible niveau d'éducation, avoir un accès limité à l'information, vivre dans une zone rurale, vivre dans un ménage moins riche, être déjà grand-mère, être veuve, divorcée ou célibataire, avoir un handicap, être albinos, être séropositive et/ou avoir un faible pouvoir de décision.²²

2.1. Une aide mémoire : Le cadre PROGRESS-Plus²³

Ce cadre peut être utile pour se rappeler des nombreuses sources potentielles d'inégalités entre les genres et d'inégalités socialement déterminées qui peuvent contribuer à une mauvaise santé. Il est important de se rappeler que plus un individu ou un groupe accumule ces caractéristiques, plus son niveau de désavantage augmente. Une mère adolescente de faible statut socioéconomique (SSE) et issue d'une minorité ethnique est probablement plus défavorisée qu'une mère plus âgée qui est pauvre mais qui fait partie de la majorité ethnique.²⁴



²² Audit genre et inclusion dans les services de vaccination en RDC (Flowminder, publication prochaine, Décembre 2021).

²³ Jennifer O'Neill et al. (2014). Appliquer une optique d'équité aux interventions : l'utilisation de PROGRESS garantit la prise en compte des facteurs de stratification sociale qui mettent en lumière les inégalités en matière de santé. *Journal of Clinical Epidemiology* 67 (2014) : 56-64.

²⁴ Riddle, Alison et Isabel Garcia (2019). Introduction à l'analyse comparative entre les sexes : Un webinar pour les pionniers de l'INFUSE. (Powerpoint non publié). GAVI : Genève, Suisse.

Exercices interactifs (module 1, section 2)

Pour votre session de sensibilisation ou de formation, veuillez choisir au moins un exercice pour engager vos participants dans des discussions et réflexions pour explorer les obstacles à la vaccination liés au genre et l'exclusion sociale, et comment les déterminants de la santé et le genre interagissent et peuvent poser des obstacles à l'accès aux services de vaccination.

Exercice #1: L'intersection entre l'iniquité fondé sur le genre et autres déterminants sociaux de santé

Objectif :

Comprendre l'intersection entre le genre et les déterminants sociaux de la santé.

Temps : 20 mins

Quand le faire ? :

Après une revue des concepts clés de genre, introduisez cette thématique que les barrières sexospécifiques sont une dimension d'inéquité parmi d'autres, qui renforcent les injustices et inégalités.

Instructions:

Divisez les participants en paires, et assignez à chaque paire un déterminant social de santé. Demandez qu'ils ou elles identifient des exemples de leurs localités représentant comment leurs facteurs croisent la dimension genre et influencent l'utilisation et l'accès à la vaccination et aux services essentiels de santé. Utilisez les explications ci-dessous pour ajouter d'autres idées une fois que chaque paire a fini de présenter un résumé de leur discussion (10 min en paire, 10 min en plénière).

Exercice #2 : La marche du pouvoir

Objectif:

Cet exercice est une reconstitution de la manière dont les questions et les obstacles liés au genre interagissent avec d'autres disparités sociales en action. Le jeu de rôle permet aux participants de se faire une idée réelle de la personne qui se cache derrière l'inégalité. Le débriefing qui suit l'exercice permet aux participants de réfléchir aux types de disparités qui existent et à la manière dont elles influencent les expériences de vie des individus.

Temps: 30-45 minutes

Quand le faire ?

Considérez de commencer avec cet exercice expérientiel comme première étape, avant même d'introduire ou de définir les déterminants sociaux de santé.

Instructions:

Cette activité se déroule de préférence dans un espace ouvert et assez large pour permettre aux participants de bouger et se déplacer librement. Ce jeu est composé de participants actifs représentant des personnages, et d'observateurs.

- **Étape 1 :** Faites des cartes pour chaque personnage en utilisant les rôles fournis ci-dessous, ou en composant des personnages divers basés sur le contexte local.

Les personnages

1. Fille orpheline (14 ans) s'occupant de ses jeunes frères et sœurs	2. Grand-mère rurale pauvre s'occupant de 4 petits-enfants	3. Garçon orphelin (14 ans) s'occupant de ses jeunes frères et sœurs
4. Homme chef de famille dans un mariage polygame (24-44 ans)	5. Femme chef de famille/veuve	6. Jeunes femmes rurales pauvres et veuves (18-24 ans) avec 2 enfants
7. Père veuf pauvre (24-44 ans) vivant en milieu rural et ayant deux enfants	8. Travailleuse du sexe (20-24 ans)	9. Travailleur du sexe masculin (20-24 ans)
10. Femme analphabète (50 ans)	11. Homme analphabète (50 ans)	12. Homme de métier avec 1 enfant
13. Femme agent de santé communautaire	14. Femme exerçant une profession libérale avec 1 enfant	15. Agent de santé communautaire de sexe masculin
16. Adolescent séropositif (14-16 ans)	17. Adolescente séropositive (14-16 ans)	18. Une enseignante de l'école primaire
19. Homme enseignant à l'école primaire	20. Travailleur migrant urbain de sexe masculin (20-44 ans)	21. Travailleuse migrante urbaine (20-44 ans)
22. Femme de 20 ans ayant survécu à un viol	23. Homme de 20 ans, victime d'un viol	24. Fille enceinte de 15 ans vivant en milieu rural, mariée à un homme de 45 ans
25. Homosexuel professionnel (24-44 ans)	26. Femme séropositive	27. Jeune femme vivant avec un handicap (20-24 ans)
28. Homme divorcé avec enfants	29. Jeune homme (20-24 ans) vivant avec un handicap	30. Femme lesbienne professionnelle (24-44 ans)
31. Femme transgenre	32. Homosexuel professionnel vivant avec le VIH	33. Homme transgenre
34. Homme de 25 ans, alcoolique	35. Femme alcoolique de 25 ans	36. Garçon de 16 ans présentant les symptômes d'une IST
37. Fille de 16 ans présentant les symptômes d'une IST	38. Adolescente mariée et enceinte (15-18 ans)	39. Adolescente célibataire enceinte (15-18 ans)

- **Étape 2 :** Rédiger des cartes avec des questions pour les observateurs : Qu'ont-ils remarqué alors que les gens avançaient ou restaient immobiles ? Après la révélation des personnages, où se trouvaient les personnages masculins et où se trouvaient les personnages féminins ? Pourquoi pensent-ils que certains personnages sont plus privilégiés que d'autres et pourquoi ? Pourquoi d'autres ne le sont-ils pas ?
- **Étape 3 :** Identifiez deux ou trois observateurs, et placez-les dans des endroits stratégiques où ils ont une bonne vue d'ensemble des participants. Donnez-leur les cartes avec les questions et demandez-leur de lire les cartes, sans partager avec le reste des participants. Il leur sera demandé de partager leurs observations à la fin de l'activité.
- **Étape 4 :** Demandez à tous les autres participants de partir en ligne droite (comme s'ils étaient sur le point de commencer une course) conformément à la Déclaration universelle des droits de l'homme, qui stipule que "Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits".
- **Étape 5 :** Distribuez au hasard une carte de personnage à chaque participant.
- **Étape 6 :** Lisez les déclarations ci-dessous. Avec chaque déclaration, les participants qui estiment que la déclaration répond à leur caractère font un pas en avant. Les participants qui estiment que l'affirmation répond partiellement à leur caractère font un petit pas en avant. Les participants qui estiment que l'affirmation ne répond pas à leur caractère restent au même endroit.

Les déclarations

1. Je sais où se trouve l'établissement de santé le plus proche.	2. Je me sens respecté(e) par les travailleurs de la santé locaux.	3. J'ai mon mot à dire sur la façon dont les services de santé sont organisés et dispensés dans ma communauté.
4. Je peux consulter les services de santé quand je le souhaite et si j'en ai besoin.	5. J'ai accès aux ressources familiales si je dois payer des soins de santé.	6. Je peux parler ouvertement de mes problèmes de santé aux travailleurs de la santé locaux.
7. Je peux parler ouvertement à ma famille de mes problèmes de santé.	8. Les programmes de santé dans ma région comprennent ce qu'est ma vie.	9. Je comprends comment prendre les médicaments que mon médecin m'a donnés.
10. J'ai accès à des médicaments pour faire face à toute maladie que je pourrais avoir.	11. J'ai le droit d'être soigné(e) par un travailleur de la santé du sexe opposé.	12. Je rencontre des représentants du gouvernement.
13. Je peux lire et comprendre les affiches d'information sur la santé dans l'établissement de santé.	14. Si je tombe malade, je sais que je pourrai trouver les médicaments dont j'ai besoin.	15. J'ai accès au micro-crédit ou à d'autres formes d'emprunt.
16. Mon opinion est importante au sein de mon propre groupe ethnique ou tribal.	17. J'ai accès à de l'eau potable propre et sûre.	18. Je prends au moins deux repas complets par jour.
19. Je peux acheter des préservatifs.	20. Je peux négocier l'utilisation de préservatifs avec mon (mes) partenaire(s) sexuel(s).	21. Je peux refuser des relations sexuelles avec mon (ma) partenaire ou mon (ma) conjoint(e) si je le souhaite.
22. Je suis allé(e) au lycée ou je compte y aller.	23. Je peux payer pour un traitement dans un hôpital privé si nécessaire.	24. Mon avis est respecté/est considéré comme important par les responsables de la santé de la municipalité ou du district où je vis.
25. Je ne risque pas d'être harcelé(e) ou abusé(e) sexuellement.	26. Je ne me sens pas jugé(e) par les travailleurs de la santé.	

■ **Étape 7 :** Après la lecture de la dernière déclaration, les participants restent dans leur position et révèlent leur caractère.

■ **Étape 8 :** Diriger une discussion sur les résultats de la marche du pouvoir : sélectionnez quelques personnages les plus avancés pour décrire leur expérience et ce qu'ils ont ressenti en occupant ces postes. Il s'agit de personnes de haut niveau et de décideurs de la communauté.

Ensuite, sélectionnez quelques personnages du milieu pour partager leur expérience. Il s'agit généralement d'organismes communautaires, de professionnels et d'agents de santé communautaire. En ce qui concerne les services de santé, nous aimerions que ces personnes puissent dire oui plus souvent aux déclarations de la marche du pouvoir. Demandez aux participants quelles sont les stratégies qui, selon eux, pourraient aider à atteindre cet objectif.

Sélectionnez quelques personnages dans la section arrière pour partager leur expérience et ce que vous avez ressenti en occupant ces postes. Demandez-leur ce qu'ils ont ressenti en voyant les autres aller de l'avant. Si personne d'autre ne le souligne, mentionnez que les personnes au fond sont généralement les bénéficiaires directs des programmes et des politiques dans lesquels nous sommes impliqués, et généralement les plus difficiles à atteindre. Ce sont les femmes et les hommes dont la santé est censée être promue et protégée - pourquoi sont-ils au fond ?

Demandez ce que la marche du pouvoir nous apprend sur la façon dont nous devrions élaborer des programmes et des politiques de santé, et ce dont les différentes personnes ont besoin pour participer efficacement. Comment le groupe en tête peut-il mieux répondre aux différentes situations pour améliorer les programmes et les politiques de santé ?

Concluez en soulignant les points clés suivants :

- Le sexe, l'âge, l'origine ethnique, l'orientation sexuelle et le lieu de résidence sont tous des déterminants importants de la santé. Lorsqu'ils interagissent avec les normes de genre, ils réduisent souvent la capacité des personnages (femmes et hommes) à faire un pas en avant dans la marche du pouvoir - ou à préserver leur propre santé.
- Ce n'est pas seulement l'existence de services de santé qui garantit un accès et une utilisation appropriés et efficaces. Qui vous êtes et les conditions de votre vie influent sur votre interaction avec le système de santé et dans la façon dont le système de santé vous traite.
- En outre, certaines conditions de vie peuvent signifier que vous disposez d'un soutien social moindre pour faire face à la maladie ou que vous avez moins de pouvoir pour contrôler les décisions concernant votre propre corps.
- Ce sont tous des aspects que l'on découvre lorsqu'on prête attention au genre.

Observations finales:

Les faibles taux de couverture vaccinale indiquent des inégalités dans l'accès aux services de santé, qui trouvent leur origine dans le niveau de richesse des ménages, le niveau d'éducation des soignants, l'ordre de naissance des enfants, le faible niveau d'autonomie des femmes (en tant que soignantes) et leur faible pouvoir de décision au sein du ménage, ainsi que l'isolement géographique et (dans certaines régions) un conflit de faible intensité qui limite la capacité du principal soignant, le plus souvent la mère, à accéder aux services de vaccination. Une analyse plus approfondie permet d'obtenir des données plus détaillées.

3. Politiques internationales et nationales spécifiques à la RDC



Le saviez-vous?

Il existe des cadres politiques nationaux et internationaux qui appellent les acteurs de la santé à protéger et à respecter les droits de la personne et l'égalité des genres dans le domaine de la santé.

Testez vos connaissances (15 à 20 mins) :

Pour votre session de sensibilisation ou formation, démarrer cette section en demandant aux participants de nommer les politiques qu'ils connaissent. Après, soulignez quelques-uns au niveau national et global.

L'égalité des genres est un droit fondamental pour toutes les filles et tous les garçons, femmes et hommes, inscrit dans le droit international, dont la RDC est signataire.

Une partie importante de ce droit international est la Convention des Nations unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (1979). La Convention exige que les États qui ont signé la loi intègre le principe d'égalité des femmes, des hommes, des garçons et des filles dans toute leur diversité dans leur constitution et leurs lois nationales. Le gouvernement de la RDC a signé cette convention en 1980 et l'a ratifiée en 1986.

La RDC est également signataire de la plate-forme d'action de Pékin (1995) où l'intégration de la dimension de genre est définie comme une stratégie clé pour lutter contre les inégalités entre les genres par les gouvernements nationaux et les partenaires. La politique nationale du genre de la RDC (2009) et la stratégie d'intégration du genre s'engagent à intégrer la dimension de genre dans tous les ministères, y compris le ministère de la santé. L'intégration du genre doit se faire à tous les niveaux des services de santé, des établissements de soins jusqu'à la demande au niveau communautaire.

La constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1946) stipule que le meilleur état de santé susceptible d'être atteint constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, sans distinction de race, de religion, de convictions politiques, de condition économique ou sociale.

La stratégie Atteindre Chaque District (ACD), que la RDC s'est engagée à suivre, demande d'atteindre chaque communauté, y compris les populations les plus vulnérables et exclues qui subissent à la fois l'impact accru d'une ou de plusieurs maladies évitables par la vaccination et les multiples obstacles à l'accès aux services tel que la pauvreté ou l'insécurité.

La RDC a signé et ratifié la Convention relative aux droits de l'enfant (1976) qui soutient les droits des filles et des garçons de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. La déclaration de mission du PEV du Ministère de la Santé s'engage à protéger les droits de l'enfant et souligne le rôle des gardiens/gardiennes (parents), du gouvernement et de la communauté nationale dans la protection de la santé des enfants. La vaccination des enfants est gratuite et obligatoire en RDC.

La RDC a signé les Objectifs de Développement Durable (ODD), 17 objectifs adoptés par 193 pays en 2015 (souvent appelés "L'Agenda 2030").

Les ODD sont les objectifs à atteindre pour les populations et la planète d'ici 2030. L'Agenda 2030 est un plan d'action comportant les ODD pour mesurer nos progrès collectifs face aux problèmes les plus urgents du monde. Il s'agit d'un appel urgent à l'action pour que les secteurs public, privé et social se réunissent dans le cadre d'un partenariat mondial.



Les ODD #3, #5 et #10 sont particulièrement liés à la vaccination (voir tableau ci-dessous)²⁵ Ces trois objectifs font partie intégrante des autres ODD pour un développement inclusif et durable, et leurs progrès sont liés les uns aux autres. Par exemple, réaliser des progrès dans le cadre de l'ODD #5 sur l'autonomisation des femmes et sur l'égalité des genres et des sexes permettra également une amélioration de la santé et du bien-être (ODD #3). Un programme efficace et sexotransformateur dans le secteur de la vaccination et de la santé peut contribuer à faire progresser l'égalité des genres et des sexes et à obtenir des résultats positifs en matière de santé.



Immunisation = vie saine et bien-être

L'immunisation est l'un des moyens les plus efficaces pour sauver des vies et promouvoir la santé et le bien-être. Chaque année, les vaccins permettent de sauver 2 à 3 millions de vies, et des millions d'autres sont protégées contre les maladies et les handicaps. L'immunisation touche systématiquement plus de ménages que tout autre service de santé et met les communautés en contact régulier avec le système de santé. Elle constitue une plateforme efficace pour la prestation d'autres services de soins de santé primaires et permet de mettre en place une couverture maladie universelle.



Immunisation = Autonomisation des femmes et des filles

L'immunisation est une intervention qui doit respecter l'égalité des genres. Au niveau mondial, les filles et les garçons sont vaccinés à des taux similaires. Toutefois, il existe des variations au niveau infranational et dans certains pays, car toute une série d'obstacles différents empêchent les gardiennes et gardiens d'avoir accès aux soins de santé pour leurs enfants. Des efforts ciblés permettent d'identifier et d'éliminer les obstacles liés au genre dans les services de vaccination, par exemple en formant des femmes agents de santé, car l'autonomisation des femmes est essentielle pour l'égalité des genres et pour l'amélioration de la couverture vaccinale des enfants.



Meilleure santé = égalité accrue

L'immunisation protège la santé des communautés, réduit le nombre de personnes contraintes à la pauvreté et donne aux enfants une chance égale d'avoir un avenir plus sain et plus productif. En se concentrant sur les communautés mal desservies et les enfants non vaccinés ("à dose zéro") des populations les plus pauvres et les plus marginalisées, en particulier les personnes sans ou à faible revenu des villes et ceux qui vivent dans des zones rurales éloignées ou dans des zones de conflit, il est possible d'atteindre les populations les plus éloignées.

L'ODD #17 appelle à des partenariats multisectoriels. Il s'agit notamment d'initiatives dirigées par les personnes, partant de la base et axées sur la demande, afin de renforcer la responsabilité en matière de droit universel à la santé et à l'équité. L'élargissement de la participation et de la consultation des différents groupes communautaires peut renforcer et soutenir la mobilisation sociale dans les communautés sous-immunisées ; encourager davantage de pères à effectuer les soins aux enfants ; et apporter des ajustements à la provision de services, en fonction des perspectives de la communauté sur l'horaire, le lieu, les modalités et la qualité.

Grâce à ces consultations, les obstacles liés au genre peuvent être abordés lors de la prise de décision sur les stratégies et les interventions de communication pour le changement social et de comportement les plus appropriées en tenant compte des obstacles physiques, temporels et sociaux auxquels les femmes sont confrontées pour accéder aux services de vaccination. Notamment la distance à parcourir pour se rendre aux services, les horaires peu pratiques, les longues files d'attente, le manque de fiabilité de l'approvisionnement en vaccins, la présence incertaine de postes de santé dans les zones d'accès difficile.

Politiques nationales/congolaises

La stratégie nationale de développement sanitaire de la RDC (2016-2020) s'aligne sur les ODD en utilisant une approche axée sur l'équité pour améliorer la santé de tous. Elle a pour objectif sectoriel d'accroître l'accès et l'utilisation de services de soins de santé de qualité pour tous, en fournissant une protection financière et équitable. La politique s'engage à aborder la santé des adolescents, des mères et des enfants et reconnaît que la discrimination fondée sur le genre contribue aux faibles résultats en matière de santé maternelle et infantile, notamment la violence liée au sexe, les pratiques traditionnelles néfastes et le statut inférieur des femmes.

La politique nationale du genre de la RDC (2009) et la stratégie d'intégration du genre s'engagent à intégrer le genre dans tous les ministères, y compris le ministère de la santé.

La politique nationale de santé (2001) comprend des engagements pour protéger la santé des mères et des nouveau-nés, afin de lutter contre les maladies épidémiques et soutenir la vaccination contre les maladies infectieuses.

Module 2 : l'analyse comparative entre les sexes et l'analyse d'inclusion sociale

Objectif du module :

Comprendre pourquoi et comment faire une analyse comparative entre les sexes (ACS) et une analyse d'inclusion sociale afin d'identifier et de réduire certaines causes entraînant la faible couverture vaccinale en RDC. Explorer à travers des outils et des exercices interactifs comment engager les parties prenantes (ex: gouvernement, société civile et la communauté (hommes, femmes et jeunes) pour identifier les groupes exclus du processus de vaccination, les causes de cette exclusion, et comment améliorer l'engagement de ces groupes marginalisés dans la planification, la mise en œuvre et le suivi et l'évaluation des activités d'un programme.

Notez : L'analyse comparative entre les sexes (ACS) comme défini dans ce guide intègre une perspective d'inclusion sociale. L'analyse se focalise sur les inégalités des genres comme un déterminant social de santé clé, mais l'analyse comprend une analyse des intersections entre le genre et d'autres facteurs d'exclusion basés sur l'âge, l'ethnicité, le niveau d'éducation ou de richesse, parmi d'autres formes de différenciation. L'analyse des groupes les plus exclus (outil #3 en annexe 6) peut être utilisée pour d'abord identifier globalement quels groupes, populations ou communautés sont les plus exclus. L'ACS aide en plus à préciser qui sont les femmes, filles, hommes et garçons les plus vulnérables et exclus, et pourquoi, parmi ces populations marginalisées.

Durée approximative du module : 4 heures

Pour débiter, revoir les concepts d'inclusion et d'exclusion sociale.

Exclusion sociale :

Causée par l'inégalité dans la distribution des ressources et du pouvoir, par l'inégalité dans la valeur attribuée aux différents groupes et par les normes sociales qui perpétuent ces différences.

Inclusion sociale :

Désigne la réduction et la suppression des barrières institutionnelles et la création d'une situation dans laquelle tous les membres et couches de la société jouissent de droits, d'avantages et d'une participation de façon égalitaire dans les domaines politique, économique et social, sans discrimination fondée sur le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le handicap, l'éducation, la situation économique, la religion et autre.

1. L'analyse d'inclusion sociale pour identifier les groupes les plus vulnérables

Pour combattre les inégalités en matière de couverture vaccinale, il est important d'utiliser une approche comparative entre les sexes, et inclusive, afin de d'identifier les personnes les plus vulnérables dans le contexte d'un programme de vaccination ainsi que les institutions ou les processus qui causent et renforcent les inégalités et l'exclusion. Il est prouvé, par exemple, que l'inégalité des genres et l'exclusion sociale touchent de manière disproportionnée les enfants (filles et garçons), les femmes, les personnes en situation de handicap, les jeunes et les personnes vivant dans la pauvreté.²⁶

En tant qu'acteurs de santé, il est donc important que vous cherchiez à connaître où vivent les enfants sous-vaccinés et non vaccinés. En général, on les retrouve dans 1) les quartiers urbains informels souvent mal desservis, 2) les communautés rurales géographiquement isolées et 3) les zones touchées par des conflits (par exemple, 40 % des enfants non vaccinés vivent dans des provinces en proie à des conflits²⁷). Parmi ces trois catégories, on trouve comme groupe de population, les migrants, les réfugiés et les populations déplacées à l'intérieur du pays. Ces populations clés sont souvent confrontées à des formes aggravées de marginalisation, de pauvreté multidimensionnelle, de stigmatisation et de disparités socio-économiques.²⁸ L'annexe 6 propose un modèle et des questions qui vous permettront d'identifier les groupes les plus vulnérables dans vos aires et zones de santé.

Identification des groupes les plus vulnérables



Quels sont les groupes sociaux les plus marginalisés dans vos zones d'intervention en matière de vaccination ?



Quelles sont les principales causes de cette marginalisation ? Comment est ce que cette marginalisation affectent l'accès aux services de vaccination ?



Qui sont les personnes ou les groupes sociaux qui ont une influence dans l'exclusion de ces groupes marginalisés (Groupes de référence)



Selon vous, quels aspects de vos stratégies existantes risquent d'exclure encore davantage ces groupes marginalisés ?



Quelles suggestions d'approches pourriez-vous mettre en place pour atténuer ces risques d'exclusion ?



Que devez-vous savoir d'autre pour améliorer le caractère inclusif de vos activités ?

2. Comprendre l'analyse comparative entre les sexes (ACS) ou analyse sexospécifique

L'analyse comparative entre les sexes ou analyse sexospécifique (ACS) est le point de départ et une activité essentielle pour comprendre les différents besoins en matière de santé et les obstacles à l'utilisation et à l'accès à la vaccination et aux services de santé entre et parmi les femmes et les hommes, les filles et les garçons. Elle permet également de comprendre les normes et les rôles sexospécifiques sous-jacents, en recoupant d'autres facteurs tels que l'âge, l'appartenance ethnique, la religion et la richesse. L'ACS est un outil d'analyse sociale qui consiste à examiner les facteurs biologiques, sociaux, économiques et politiques qui façonnent la vie des femmes, des hommes, des filles et des garçons dans toute leur diversité. Elle évalue la manière dont ces facteurs affectent les personnes les plus vulnérables à la maladie et les résultats escomptés de l'intervention/du programme de vaccination prévu. L'illustration ci-dessous explique l'objectif, le pourquoi et quand faire une ACS.

30 26. Akseer N, Wright J, Tasic H, et al. (2020). Women, children and adolescents in conflict countries: an assessment of inequalities in intervention coverage and survival. BMJ Global Health 2020;5:e002214; Alarcos, Cieza et al. (2021). Disability in children and adolescents must be integrated into the global health agenda. BMJ 2021;372:n9 | doi: 10.1136/bmj.n9; Melesse DY, Mutua MK, Choudhury A, et al Adolescent sexual and reproductive health in sub-Saharan Africa: who is left behind? BMJ Global Health 2020;5:e002231.

27. Groupe de référence pour les vaccinations (2019).
28. Groupe de référence pour l'équité en matière de vaccination (2018, 2019).

2.1. Les objectifs, le pourquoi et le quand

Objectifs	Pourquoi	Quand
■ Identifie comment les croyances locales, les normes culturelles et le contexte social dans les zones cibles ont un impact différent sur les femmes et les hommes, les filles et les garçons. ■ Identifie les inégalités et les rapports de force entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons, et leurs effets possibles sur les interventions et les objectifs des programmes. ■ Détermine quelles contraintes liées au genre devraient et peuvent être traitées dans le cadre de l'activité.	■ Pour éviter de faire des hypothèses sur la vie des femmes, des hommes, des filles et des garçons, mais plutôt comprendre leurs divers besoins, intérêts, capacités et priorités. ■ Pour comprendre les influences culturelles, sociales, politiques, économiques et environnementales dans la vie des femmes, des hommes, des filles et des garçons qui ont un impact sur le programme d'immunisation et ses résultats.. ■ Si les inégalités entre les sexes sont ignorées, l'activité pourrait faire du tort, aggraver les obstacles liés au genre et manquer une occasion d'améliorer la durabilité et l'obtention de résultats.	■ Idéalement avant le début de l'activité ou au début du cycle du programme (par exemple, lors de l'analyse de la situation avant la conception du programme), mais cela peut être fait à tout moment pendant la mise en œuvre du programme et être intégré aux interventions.

3. Appliquer l'analyse comparative entre le sexes (ACS) dans vos interventions de vaccination

Il existe 8 étapes clés dans une analyse sexospécifique, et elles sont énumérées dans le tableau ci-dessous.

- Identifiez la situation**, la question, le besoin ou le problème à traiter - le contexte, le besoin ou le problème d'un pays. Précisez les femmes, les hommes, les filles ou les garçons concernés. Il est utile d'identifier les populations clés les plus vulnérables (voir l'outil d'identification des plus vulnérables, annexe 6).

Nous savons que les groupes clés de population au sein desquels les enfants n'ont reçu aucune dose ou ont reçu des vaccins faibles ou incomplètes sont représentés de manière disproportionnée :

Ceux qui sont difficiles à atteindre, qui vivent dans des communautés géographiquement isolées; les communautés touchées par des conflits et les zones d'habitations urbaines et périurbaines informelles.
- Identifiez les sources de données et d'informations utiles** - personnes clés, bases de données, rapports, études, enquêtes, organisations de femmes ou d'experts du secteur, etc.

Ensuite, effectuez une analyse transversale entre la couverture vaccinale et l'équité de différents facteurs et situations en utilisant principalement des données secondaires:

 - L'âge (0-2 ans, adolescent) + type de vaccination
 - Le genre
 - L'éducation (mère, père, chef de famille)

- Le lieu de résidence (ménage)
 - Le niveau de richesse (ménage)
 - L'ethnicité (ménage)
 - Le nombre d'enfants et statut de l'enfant par ordre de naissance (mère)
 - La mobilité (mère, ménage)
 - Les conflits (ménage)
 - La violence basée sur le sexe
 - Le statut migratoire de la mère
- Collectez et organisez les données et les informations : **impliquez activement les femmes et les hommes** (les filles et les garçons, le cas échéant) dans la collecte des données et des informations.
- Examinez les données et les informations dans une perspective de genre. Analysez les besoins pratiques et les intérêts stratégiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Identifiez les barrières de genre et les déterminants sociaux qui empêchent l'accès et l'utilisation équitable des vaccinations.
- Tenez compte de l'intersectionnalité (autres indicateurs qui interagissent avec le genre) :** âge, pauvreté financière, richesse, ethnicité, orientation sexuelle, éducation formelle, religion, handicap.
- Documentez de manière concise l'analyse dans un rapport.
- Validez l'analyse après l'avoir partagée avec les parties prenantes clés et diverses (par exemple, le CODESA) et obtenez leurs réactions.
- Conseil : Facilitez un dialogue multisectoriel afin d'entendre les points de vue du gouvernement, de la société civile, des universitaires, des mères, des pères et autres dispensateurs de soins primaires et des dirigeants communautaires masculins et féminins des populations clés. Utilisez des techniques d'apprentissage participatif. Améliorez l'analyse en conséquence.*
- Appliquez l'analyse à la planification, au ciblage, aux préconisations, au suivi et à l'évaluation afin de promouvoir des changements transformateurs pour les femmes, les hommes, les filles et les garçons.

Souvenez-vous !

Encouragez la **participation de divers groupes** de femmes, d'hommes, de filles et de garçons. La participation est fondamentale pour un programme de qualité et responsabilisant.

Évitez de trop généraliser. **Toutes les femmes et tous les hommes ne sont pas les mêmes** ; il existe des différences d'identité, d'intérêts, d'inclusion, de préférences, de pouvoir et de priorités.

Examinez et étudiez les **questions ou les événements sous différents points de vue**. Cela favorise la prise de décision stratégique et l'allocation des ressources.

Examinez les **données quantitatives et les informations qualitatives** provenant de diverses sources pour avoir une compréhension approfondie de la dynamique des genres.

Faites de l'ACS une tâche habituelle. C'est par l'ACS que les inégalités peuvent être comprises, ce qui est la première étape d'un changement transformateur.

Cette partie propose deux outils principaux, l'analyse des problèmes et des causes et le cadre ACS, qui sont pertinents à certaines étapes clés d'une analyse comparative entre les sexes dans les interventions de vaccination.

3.1. Utilisation de l'outil d'analyse du problème et des causes

L'outil d'analyse du problème et des causes vous permet d'identifier les barrières sexospécifiques qui contribuent à la sous-vaccination ou à la non-vaccination (zéro-dose) des enfants dans votre population cible. Le tableau ci-dessous vous permet de faire la synthèse de vos résultats. Le cas d'étude de Jeanne et d'Alain (page 37) sert d'exercice pratique vous permettant d'utiliser cet outil.

Rappels :

Soyez guidé par les concepts clés de genre. Pour approfondir votre analyse, posez-vous ces questions :

- Quelle est la division du travail entre les femmes et les hommes et son impact sur l'utilisation des services de vaccination?
- Qui a l'accès aux et le contrôle des ressources nécessaires pour accéder aux services de vaccination?
- Comment les femmes sont-elles valorisées ? Comment les hommes sont-ils valorisés ? Quel est l'impact sur la santé ? (Pensez aux normes et rôles des hommes et des femmes)

Votre analyse!

Quel est le problème sexospécifique aux enfants sous-vaccinés et zéro-dose? Identifiez une barrière

Pourquoi?

(Parce que...)

Causes Primaires

(Parce que...)

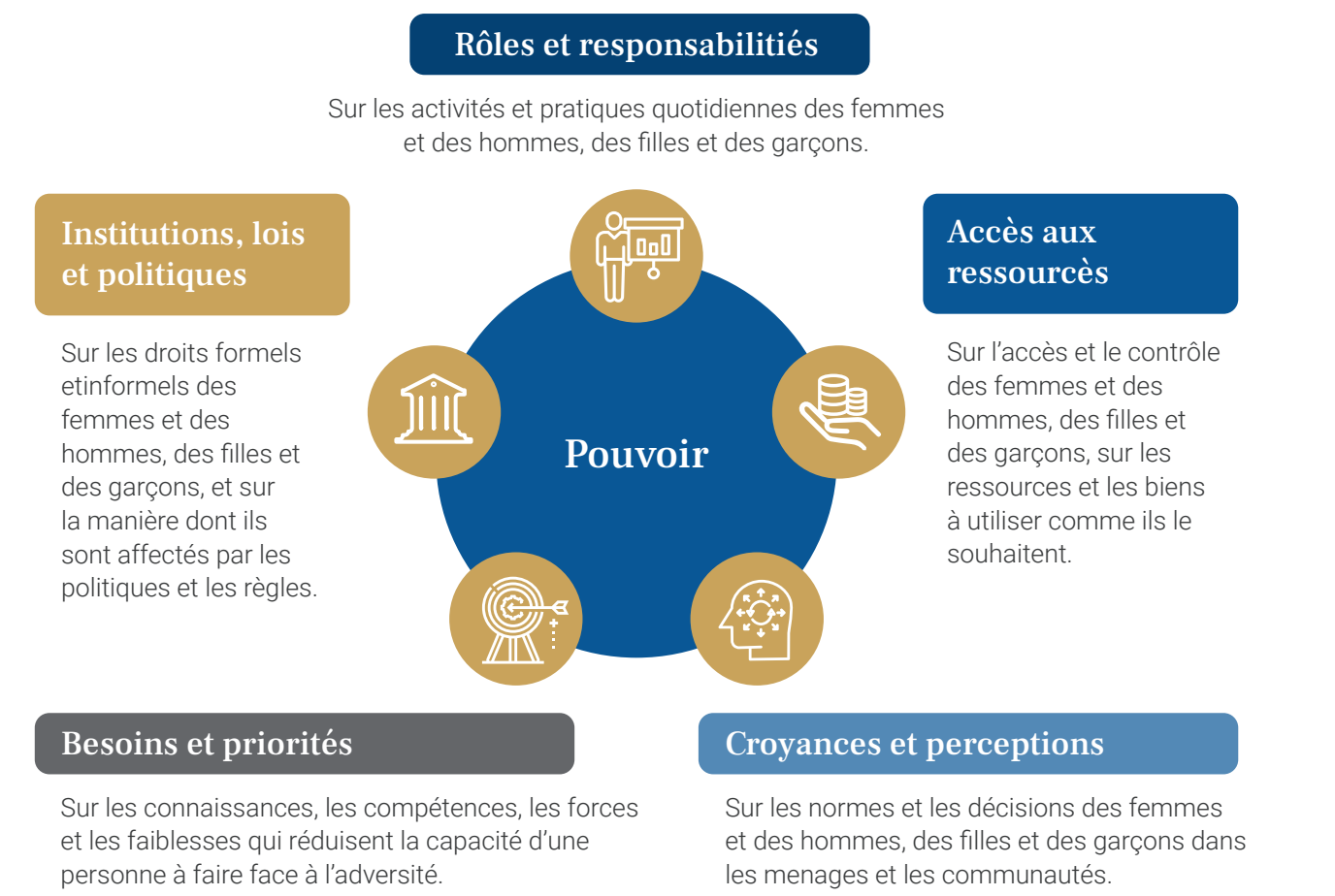
Causes Secondaires

(Parce que...)

Les racines

3.2. Cadre d'ACS de l'UNICEF

Cet outil est adapté du guide ROSA de l'UNICEF (2019)²⁹. Ce cadre est utile pour les étapes de collecte et d'analyse des données (étapes 3 et 4 de l'ACS). Il permet aux professionnels de la santé d'effectuer une analyse des données sur les informations recueillies sur les différences entre les genres dans cinq domaines différents de la vie sociale, le "pouvoir" étant transversal aux cinq domaines.



Il est essentiel d'examiner les déterminants sociaux de la santé qui se recoupent, et d'impliquer les femmes, les hommes, les filles et les garçons dans le processus de collecte des données.

3.2.1. Le cadre d'ACS, cinq domaines expliqués

Rôles et responsabilités Qui est responsable de quoi ? Pourquoi ?	Accès aux ressources Qui a accès à quoi ? Qui possède quoi ? Qui contrôle quoi ? Pourquoi ?	Croyances, perceptions et prise de décision Comment les femmes et les filles sont-elles valorisées ? Quelle est la valeur des hommes et des garçons ? Qui décide de quoi ? Qui obtient quoi ?	Besoins et priorités Quelles sont les connaissances et les compétences des femmes et des hommes ? Quelles sont les disparités ?	Environnement institutionnel Qui sont les porteurs de devoirs ? Renforcent-ils l'inégalité des sexes ou favorisent-ils la justice entre les sexes ? Comment ?
--	--	--	--	---

Les questions d'orientation fournies pour chacun des cinq domaines (cf annexe 7) vous seront utiles pour savoir quelles données collecter dans le cadre de votre ACS.

Afin de prendre également en compte les facteurs d'exclusion, il est utile de mener une ACS inclusive. Pour cela, la matrice ACS des questions directrices (voir exemple ci-dessous) permet d'analyser les données collectées et d'identifier les principaux obstacles liés au genre et à l'exclusion sociale pertinents pour vos domaines d'exercice. L'annexe 8 contient l'entièreté de cette matrice.

3.2.2. Collecte et analyse des données, à l'aide de la matrice ACS

Domaine 1 : Rôles et responsabilités		
	La capacité des hommes, des femmes, des filles et des garçons à accéder aux stratégies de vaccination et à en tirer parti	Opportunités et lacunes auxquelles le programme d'immunisation peut contribuer à améliorer la couverture vaccinale et l'équité
Individuel	Ex : Les femmes ont le triple fardeau du travail domestique, productif et communautaire.	Ex : si les femmes ne sont pas ciblées dans la formation à la vaccination, mais sont celles qui vont vacciner leurs enfants, la capacité du programme de vaccination des enfants sera réduite
Communauté (y compris les relations interpersonnelles)		
Système de santé local/institutionnel		

Voici un exemple de la manière dont la matrice ACS peut être utilisée parallèlement aux questions d'orientation pour analyser les données collectées.

4. Que faire des résultats de vos analyses ?

Une fois que vous avez complété vos analyses ACS et d'inclusion sociale, vous pouvez suivre les étapes suivantes :

- Résumez et partagez les premiers résultats de vos analyses, par exemple en réunion multisectorielle pour "prendre la température" et réviser votre travail. Prenez une approche multisectorielle autant que possible, en impliquant les organisations locales qui travaillent dans les domaines de la santé, et des droits des femmes et des jeunes. Assurez-vous que les plus exclu(e)s s'expriment et soient entendu(e)s.
- Discutez et explorez avec les parties prenantes : que puis-je faire en tant qu'acteur de la vaccination pour briser les obstacles liés au genre et à l'exclusion sociale, et ainsi favoriser une plus grande égalité entre les sexes et l'inclusion des différents groupes sociaux dans nos interventions de vaccination et de santé ?

Les résultats de vos analyses et les recommandations des différentes parties prenantes vous permettront d'élaborer des plans d'action, ainsi que des stratégies et des activités inclusives qui intègrent la dimension genre, et améliorent l'égalité dans l'accès à vos services de vaccination et de santé. Le tableau ci-dessous vous aidera dans l'élaboration d'un plan d'action sensible au genre.

Plan d'action		
Établir des objectifs liés au genre à inclure dans votre planification stratégique pour aborder les opportunités et les contraintes liées au genre.	Élaborer des propositions de changements / activités à concevoir pour répondre aux opportunités ou contraintes liées au genre.	Définir des indicateurs de suivi et d'évaluation montrant si (1) l'opportunité fondée sur le genre a été exploitée ou si (2) la contrainte fondée sur le genre a été supprimée.
(par exemple : assurer un accès facile aux centres de santé pour les parents/gardiens/gardiennes, y compris les mères adolescentes)	(par exemple : organiser des activités de sensibilisation au niveau de la communauté et des ménages sur l'importance de la vaccination; indiquer aux femmes et aux adolescentes le lieu du site et l'horaire du centre de vaccination ou de santé le plus proche)	(par exemple : pourcentage (et nombre) de filles et de garçons vaccinés par rapport à l'année précédente; pourcentage de mères (19+, 15-18 ans) qui peuvent identifier le centre de vaccination ou de santé le plus proche)

Exercices interactifs (Module 2, sections 2 et 3)

Pour votre session de sensibilisation ou de formation, veuillez choisir au moins une option de cet exercice pour engager vos participants dans des discussions et des réflexions pour explorer d'une manière pratique les matières de ce module.

Exercice #1 : Le cas de Jeanne et d'Alain

Objectif :

L'histoire de Jeanne et d'Alain sert comme étude de cas pour faire une analyse ACS.

Temps : 45 mins à 1 heure

Quand le faire ?

Après avoir revu la définition et les étapes d'une analyse sexospécifique.

Instructions:

1. Veillez à ce que l'espace soit suffisamment grand pour que tous les participants puissent se tenir debout en deux cercles concentriques. Venez à la session avec du papier, un marqueur et un gros rouleau de laine ou de ficelle.
2. Demandez à un volontaire de jouer le rôle d'une jeune mère originaire d'un village de la RDC rurale. Demandez-lui de s'asseoir sur la chaise et de tenir la pelote de laine.

3. Demandez à tout le monde de se mettre autour de la jeune mère. Vous pouvez avoir un cercle intérieur autour de Jeanne et un autre plus grand à l'extérieur du plus petit. Expliquez que tout le monde fait partie de l'histoire de Jeanne.
4. Demandez à tous les participants d'imaginer qu'ils se trouvent dans une zone rurale. Vous raconterez des parties de son histoire, déclaration par déclaration, et ils devront expliquer pourquoi cette jeune femme mariée se trouve dans cette situation particulière. Vous les aiderez en reformulant les questions qui se cachent derrière la déclaration.
5. Expliquez au groupe que chaque fois qu'un problème ou un obstacle lié au genre est identifié dans la déclaration, Jeanne doit passer une pelote de laine à la personne qui détient le type de problème identifié, puis cette personne l'enroule autour d'elle et lui rend la pelote, que Jeanne doit enrouler autour d'elle avant que la déclaration suivante ne soit lue à haute voix. Un autre animateur disposera d'un stylo et de notes autocollantes et écrira l'obstacle identifié par chaque participant qui devra garder ce papier avec lui jusqu'à la fin de l'exercice.

Instructions | Étape 1 : Lire attentivement l'histoire, en préparation de l'analyse comparative entre les sexes (ACS) qui sera menée en utilisant l'outil d'analyse des problèmes et des causes

Jeanne (donnez un nom local si vous le souhaitez) est une jeune mère de 18 ans. Elle vit dans un village nommé _____ (utilisez un nom local). Elle s'est mariée à l'âge de 16 ans à Alain, de 10 ans son aîné, et a eu leur premier enfant, Daniel, à l'âge de 17 ans.

Jeanne découvre qu'elle est à nouveau enceinte. Elle a eu son fils Daniel à la maison et accouchera probablement de la même manière pour son second enfant, avec des voisins et sans aide qualifiée. S'il y a des complications, Jeanne et/ou le bébé risquent de perdre la vie.

Comme pour d'autres adolescentes de son âge, le jeune âge de Jeanne, l'utilisation et l'accès limité aux services de santé maternelle sont des facteurs clés en RDC dans la probabilité que l'enfant ne se fasse pas vacciner et tombe donc malade en raison d'infections évitables par la vaccination (par exemple, la tuberculose ou la pneumonie). Ce sont des réalités quotidiennes auxquelles les adolescentes et les femmes sont confrontées et qui ont un impact négatif sur elles et sur leurs enfants en RDC.

Jeanne est la deuxième femme d'Alain. Elle ne s'entend pas très bien avec sa co-épouse. Elle se sent souvent seule et isolée à cause de cette relation et parce qu'ils vivent loin du village le plus proche.

Jeanne a quitté l'école alors qu'elle était sur le point d'entrer à l'école secondaire. Elle gère son propre petit commerce pour gagner un peu d'argent pour l'achat quotidien de nourriture. Elle possède également une petite parcelle de terre où elle produit des légumes et des fruits.

Alain est souvent absent pour de longues périodes, mais s'attend à ce que ses deux épouses gèrent le foyer en son absence. Jeanne doit également s'acquitter de nombreuses tâches domestiques, notamment s'occuper de leur fils Daniel, âgé de 10 mois.

Daniel est malade depuis sa naissance et a souvent des épisodes de diarrhée et de fièvre. Elle s'inquiète de sa maladie mais évite d'en parler à son mari, de peur qu'il ne se mette en colère contre elle. Il est rarement à la maison et lorsqu'il est là, il n'aime pas être dérangé par de tels problèmes. Jeanne a le carnet de vaccination de son fils mais elle ne sait pas s'il a reçu tous les vaccins nécessaires. Elle craint qu'il ne meure.

Récemment, un relais communautaire est venu chez Jeanne et l'a convaincu que les vaccins étaient sûrs et pouvaient empêcher son fils et ses futurs enfants de tomber malade. Cependant, son mari, sa belle-famille et la communauté où ils résident interdisent aux enfants d'être vaccinés pour des raisons religieuses.

Alain se méfie surtout des services de santé car la plupart des informations qu'il possède proviennent des leaders communautaires et religieux qui interdisent la vaccination des enfants. Lorsqu'il doit prendre une décision concernant ses enfants, il consulte sa femme. Cependant, c'est toujours lui qui prend la décision finale.

Pour Jeanne, même si elle croit en la vaccination, ce n'est pas une décision qu'elle peut prendre seule. Elle a besoin de l'accord de son mari et craint de générer d'autres conflits en prenant une décision autonome. De plus, Jeanne ne veut pas confronter sa communauté de peur d'être stigmatisée par ses voisines et sa belle-famille.

Jeanne décide d'attendre un peu plus longtemps avant de faire vacciner Daniel, au cas où sa santé et ses symptômes s'amélioreraient. Comme beaucoup de femmes en milieu rural, la clinique est loin et Jeanne a trop de travail à faire. Elle estime qu'elle n'a pas le temps de parcourir une telle distance et n'a pas d'argent pour payer le transport. Malheureusement, après quelques jours, les symptômes de Daniel s'aggravent. À ce moment-là, Alain devient très inquiet et organise le transport immédiat de Jeanne et de leur fils vers la clinique.

À la clinique, Jeanne découvre que Daniel a développé une forme grave de _____ (nommez une maladie de votre choix). Elle apprend également que s'il avait été vacciné avec les doses appropriées de _____, il n'aurait probablement jamais développé cette maladie. Jeanne se sent terriblement coupable et essaie de comprendre toutes les instructions du médecin concernant les soins à donner à son enfant et le calendrier de vaccination.

Option 1: l'analyse de l'étude de cas de Jeanne et d'Alain en faisant un exercice expérientiel (en groupe)

1a. Lisez les trois premiers paragraphes de l'histoire de Jeanne et d'Alain.

Posez cette question : "Pourquoi Jeanne et son enfant courent-ils un risque beaucoup plus élevé de mourir ?"

Laissez les participants répondre.

Pour chaque réponse donnée par un participant (une par une), écrivez la réponse sur la feuille de papier, donnez-la au participant qui a donné la réponse. Jeanne doit alors passer la pelote de laine à la personne qui est responsable du type de problème lié au genre identifié et ensuite cette personne l'enroule autour d'elle et lui rend la pelote qu'elle doit à son tour enrouler autour d'elle avant que la déclaration suivante ne soit lue à haute voix.

1b. Lisez les paragraphes 4 à 7 :

Posez cette question: "Pourquoi Jeanne tarde-t-elle à se rendre dans une clinique pour son fils ?"

Laissez les participants répondre.

Continuez à envelopper Jeanne après chaque réponse. Si le même facteur a déjà été identifié, vous n'avez pas besoin de l'envelopper à nouveau.

1c. Lisez du paragraphe 8 au paragraphe 10:
Posez cette question : “Que pensez-vous qu’il va se passer ensuite ?”

1d. Lisez les deux derniers paragraphes, 11 à 12:
Posez cette question : Pourquoi pensez-vous que Jeanne est peut-être dépassée par toutes les informations données par le médecin ?”
Les participants répondront.
Une fois que les participants ont fini de suggérer “pourquoi”, concluez avec la déclaration : “Ce sont des réalités quotidiennes auxquelles sont confrontées les jeunes mères et leurs enfants dans les zones rurales de la RDC.”
À la fin du texte d’ouverture, Jeanne sera entièrement enveloppée dans la laine.
Lorsque toutes les déclarations ont été lues à haute voix, posez les questions suivantes :

- Que voyez-vous / observez-vous ?
- À Jeanne : comment vous sentez-vous ?
- Quelles sont les implications pour les services de vaccination ?
- Comment la vaccination de routine et les campagnes de vaccination traitent-elles cette situation ?
- Quelles solutions proposez-vous ?

L’histoire de Jeanne est assez courante. Dans le cadre de cette histoire, de nombreux facteurs différents (obstacles) ont influencé son comportement dans la recherche de soins pour son fils, y compris sa capacité et ses possibilités à accéder aux services de santé. Nombre de ces facteurs (déterminants) sont liés au genre. Avec un meilleur accès à l’information, le soutien de la famille et du conjoint, des ressources financières et des services, l’histoire de la santé de Jeanne et de ses enfants pourrait être très différente.

Option 2 : l’analyse de l’étude de cas de Jeanne et d’Alain en utilisant l’outil d’analyse des problèmes et des causes

Utiliser le cadre d’analyse des problèmes et des causes pour identifier les problèmes et les causes. Le mieux est d’identifier plusieurs barrières pour une analyse plus précise.
Identifiez au moins une barrière principale sexospécifique qui contribue à la sous-vaccination ou à la non-vaccination (zéro-dose) de l’enfant de Jeanne et d’Alain .
Suivez les instructions jusqu’à avoir identifier les causes profondes de plusieurs barrières liées au genre.

	Exemple	Votre analyse!
Quel est le problème sexospécifique aux enfants sous-vaccinés et zéro-dose? Identifiez une barrière	La mère n’amène pas son fils à la vaccination même si elle pense que la vaccination est bonne pour la santé de son fils.	
Pourquoi?		
(Parce que...) Causes Primaires	Son mari et sa communauté ne croient pas en la vaccination.	
(Parce que...) Causes Secondaires	Ils font partie d’un groupe religieux qui est contre la vaccination. Les hommes dominant les décisions de couple. Jeanne doit avoir l’accord de son mari pour faire vacciner son enfant. Il est souvent parti et n’est pas au courant de l’importance de la vaccination.	
(Parce que...) Les racines	Les normes sexospécifiques sont que les hommes dominant les décisions et les femmes doivent suivre ces décisions. Il y a des risques de violence si la femme agit autrement.	

Instructions | Étape 2. Conclure l’activité

Lisez cette partie à la fin du jeu de rôle, pour montrer comment des moyens sexotransformateurs, y compris la présence d’agents de santé au sein de la communauté, peuvent changer l’histoire de Jeanne.

“Nous avons beaucoup parlé de Jeanne, une jeune fille de 18 ans originaire d’un village de l’une des zones rurales. Elle nous a montré comment les barrières et les contraintes liées au genre affectent les jeunes mères et leurs enfants actuellement en RDC. J’aimerais maintenant que nous nous fassions une idée de la vie de Jeanne dans 4 ans”.

“Jeanne a maintenant 23 ans, elle vit toujours dans la zone ____ et est enceinte de son troisième enfant. Depuis quelques années, les campagnes de vaccination et la micro-planification de l’aire de santé la plus proche engagent des influenceurs femmes et hommes, y compris les prêtres hommes de la communauté de Jeanne et Alain. Les prestataires de santé et relais communautaires ont travaillé ensemble pour faire comprendre à ces leaders, grâce à des informations adaptées au contexte local, que la vaccination est sûre et sauve des vies, que ce soit pour les hommes, les femmes ou les enfants. Ces stratégies ont réussi à mobiliser des hommes et femmes convaincus par cette approche pour mener des dialogues communautaires et convaincre leurs communautés des mêmes thématiques.

Alain et Jeanne ont été conseillés par leur prêtre local sur l’importance, au sein du couple, d’une communication positive et d’une prise de décision partagée sur l’espacement des naissances pour le bien-être de la mère, l’importance de la santé de l’enfant, et la vaccination. Jeanne a également reçu la visite d’un agent de santé du relais communautaire en relation avec le poste de santé local qui fournit des informations essentielles sur la santé sexuelle et la vaccination des enfants et sur d’autres maladies. Cette femme a également conseillé Jeanne et son mari sur ces questions lors d’une autre visite à domicile.

Pour cette dernière grossesse, Jeanne et Alain avaient convenu d’attendre quelques années avant d’avoir leur troisième enfant. Ils ont tous deux été informés de l’importance de se rendre à quatre visites prénatales et, par la suite, à des visites postnatales. Ils ont également été informés de l’importance de la vaccination infantile. Jeanne s’est rendue au centre de santé local pour ses examens prénataux, et a également reçu la visite d’une accoucheuse traditionnelle locale, qui l’a encouragée à se rendre à la clinique pour ses examens prénataux. Avec le soutien d’Alain et de sa co-épouse, Jeanne s’est rendue à l’hôpital pour un accouchement sans risque et a déjà vérifié que le carnet de vaccination de son enfant était à jour.”

En groupe, en comparant les deux versions de l’histoire de Jeanne et d’Alain , qu’est-ce qui les rend différentes ? Vous trouverez ci-dessous des éléments de réponses pour guider votre conversation :

- **Accès aux informations sur la santé :** Avant Jeanne était isolée, mais maintenant le prêtre, l’agent du relais communautaire et l’accoucheuse traditionnelle sont venus chez elle pour la sensibiliser, en sachant que Jeanne, en tant que jeune femme mariée, n’avait pas la liberté de quitter la maison quand elle le voulait.
- **Possibilité d’influencer la prise de décision :** Dans la première histoire, Jeanne était limitée dans ses choix en tant que seconde épouse de son mari. L’autre défi était le fait que son mari n’avait pas conscience de la nécessité de faire vacciner complètement son enfant, ni de quand le faire. Finalement, elle a failli perdre son deuxième enfant à cause d’une maladie évitable par la vaccination. Dans le second récit, le soutien du prêtre et d’autres agents impliqués dans les interventions de vaccination a permis de créer une meilleure communication entre Jeanne et son mari, afin qu’ils puissent tous deux décider de l’espacement des naissances, de l’accouchement à la clinique et de la vaccination complète de leur dernier né. Ainsi, dans le deuxième récit, Jeanne a pu surmonter cet obstacle majeur.

- **Accès et contrôle des ressources :** Dans le premier récit, Jeanne avait une petite entreprise de petit commerce mais dépendait de son mari pour la plupart de ses ressources financières. De ce fait, elle a retardé le transport de son enfant malade à l’hôpital de peur de déranger son mari. Dans le deuxième récit, elle avait un meilleur accès aux informations sur la vaccination des enfants et le soutien de son mari. Ils ont pris les décisions ensemble. Ainsi, le genre était un facteur dans le sens où les deux époux ont modifié leur conception des choses et ont compris que la naissance et la santé de l’enfant, devaient concerner à la fois la femme et le mari et que ce dernier devait soutenir sa femme sur le plan émotionnel, intellectuel et financier.

Dernière activité, informez les participants qu’ils viennent de terminer une analyse sexospécifique. Invitez les participants à se mettre en groupe de 4 ou 5 et d’identifier une barrière sexospécifique dans leur propre localité et de remplir le cadre d’analyse des problèmes et causes. Vous pouvez faire référence à l’exemple de Jeanne et Alain.

Module 3 : Intégration d’une optique sensible au genre et inclusive dans les interventions de vaccination et de santé

Objectifs de ce module :

Guider les acteurs de la vaccination à développer et à intégrer une optique sensible au genre et inclusive afin d’élaborer des actions sexotransformatrices et inclusives dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation des politiques et programmes de vaccination. L’intégration d’une optique sensible au genre et inclusive dans les interventions de vaccination et de santé s’appuie sur les concepts clés, sur l’analyse comparative entre les sexes (ACS) et l’analyse de l’inclusion sociale couverts dans les modules 1 et 2.

Durée approximative du module : une demi-journée

1. Comprendre l’approche de l’intégration d’une optique sensible au genre

L’optique sensible au genre considère systématiquement les dynamiques fondées sur la dimension genre et les inégalités existantes entre et parmi les femmes, les hommes, les filles et les garçons dans toute leur diversité, comme une approche centrale dans la gestion et la mise en œuvre de toute politique, intervention ou programme pour répondre aux inégalités de santé fondées sur le genre. Sans cela, les résultats de la vaccination resteront sous-optimaux.

L’intégration de cette optique dans les interventions de vaccination exige la considération systématique d’analyses comparative entre les sexes et d’inclusion sociale. Ceci permet d’ identifier les iniquités fondées sur le genre et l’exclusion sociale dans la conception, la planification, l’allocation des ressources, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation de tout programme ou politique, afin de garantir que les femmes et les hommes, dans toute leur diversité, participent et bénéficient des services de vaccination et de santé sur un pied d’égalité. La constitution de la RDC, ainsi que la politique de genre et de la santé du pays favorisent l’équité des genres par rapport à l’égalité.

2. L'échelle d'évaluation sexotranformatrice

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a mis au point l'échelle d'évaluation sexotransformatrice pour aider le personnel de la santé à évaluer si leurs interventions ou leurs programmes prennent en considération les iniquités fondées sur le genre et n'accroissent pas les inégalités des genres.

Cette échelle est fondée sur un code couleur et peut être décrite en imaginant des feux de circulation. Une politique, une intervention ou un programme qui promouvoit l'équité des genres se retrouvera dans une section verte : considérez cela comme un "feu vert" pour continuer à faire ce que vous faites. Lorsque des projets ou des services tombent dans la zone rouge, considérez cela comme un "feu rouge", indiquant que vous devez vous arrêter et réévaluer la façon dont vous abordez votre intervention ou votre programme, afin de garantir des résultats positifs pour les filles, les garçons, les femmes et les hommes des communautés que vous servez, et afin de respecter le principe "ne pas nuire".



Inégalité des genres

Profiter des normes rigides en matière de genre et des déséquilibres de pouvoir pour atteindre les objectifs du programme (intentionnellement ou non) peut aggraver les inégalités existantes.



Aveugle au genre

Ignorer les besoins spécifiques des filles, des garçons, les femmes, ou des hommes ; peut renforcer par inadvertance les inégalités et manquer des occasions de renforcer l'égalité entre les sexes.



Sensible à la dimension de genre

Les programmes abordent des questions pratiques de genre. Ils ne s'attaquent pas aux causes profondes de l'inégalité entre les sexes.



Sexotransformateur

Améliorer les questions pratiques et stratégiques liées au genre. Il y a une intention explicite de transformer les relations inégales entre les sexes.



Des exemples d'activités de vaccination sur l'échelle d'évaluation sexotransformatrice

Niveau 1: Inégalité des genres

- L'infirmier titulaire et son équipe consultent les relais communautaires et les leaders du village - tous des hommes - pour planifier une campagne de vaccination des enfants.

Niveau 2: Aveugle au genre

- L'infirmier titulaire et son équipe consultent les relais communautaires et les leaders du village pour planifier une campagne de vaccination des enfants.

Niveau 3: Sensible à la dimensions de genre

- L'infirmier titulaire invite son équipe (sélectionné pour avoir une parité homme/femme) à consulter les relais communautaires et les leaders du village pour planifier une campagne de vaccination des enfants. Les membres de l'équipe hommes consultent les hommes et les membres de l'équipe femmes consultent les femmes leaders séparément. L'équipe reconnaît que certaines femmes risquent d'être moins vocales si des hommes sont avec eux.

Niveau 4: Sexotransformateur

- L'infirmier titulaire et son équipe (parité homme/femme) travaillent avec des organisations de femmes pour développer une stratégie qui vise à augmenter le nombre de relais communautaire femmes, mobiliser les leaders femmes et leurs groupes féminins (afin d'augmenter la participation et le leadership des femmes aux structures décisionnels de santé des communautés), et développer une stratégie de communication qui ciblent spécifiquement les femmes les plus marginalisées. L'équipe travaille aussi avec les chefs religieux hommes pour mettre en œuvre une stratégie de sensibilisation des pères sur l'importance de leurs engagements aux santé infantiles pour le bien-être de toute la famille.

Un critère clé pour identifier où se situe une activité sur l'échelle est de savoir si elle répond aux besoins pratiques et/ou aux intérêts stratégiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons. Les besoins pratiques sont des nécessités telles que des conditions de vie adéquates, l'approvisionnement en eau, les soins de santé et l'emploi. Des actions qui se concentreront sur la réduction des difficultés fondées sur les attentes traditionnelles en matière de rôles, comme l'amélioration de l'accès des femmes à un établissement de santé sont sensibles à la dimension genre. Les intérêts stratégiques liés au genre consistent à aider les femmes et les filles ou les hommes et les garçons à surmonter leur statut inégal. Exemples : faire participer les hommes aux responsabilités domestiques et veiller à ce que les femmes aient le contrôle de leur corps. Ces types d'action sont sexotransformateurs.

Exercices interactifs (Module 3, sections 1&2)

Pour votre session de sensibilisation ou de formation, veuillez choisir au moins un exercice pour engager vos participants dans des discussions et/ou des réflexions pour explorer les matières de cette section.

Exercice #1 : Une réflexion personnelle et collective

Objectif :

Encourager les participants à réfléchir sur des actions sensibles au genre et à l'inclusion sociale qu'ils peuvent intégrer dans leurs programmes afin de promouvoir l'équité des genres. Pour garantir l'équité, des stratégies et des mesures doivent souvent exister pour compenser les désavantages historiques et sociaux des femmes qui empêchent les femmes et les hommes de fonctionner sur un pied d'égalité. L'équité mène à l'égalité.

Temps : 10 mins

Quand le faire ?

Une fois que les participants ont démontré qu'ils comprenaient ce qu'étaient des actions sensibles au genre

Instructions:

Posez cette questions aux participants: que peuvent-ils faire, en tant qu'acteurs de la vaccination, pour surmonter les obstacles liés au genre et permettre une plus grande égalité des genres dans leurs interventions ?

Assurez-vous que les participants pensent, entre autres, à :

- Remettre en question les attitudes, comportements et présupposés discriminatoires qui prévalent
- Agir comme un modèle - donner l'exemple
- Influencer et informer les hommes et les femmes sur l'égalité des sexes et des genres, et les questions de genre dans la vaccination des enfants
- Donner aux hommes et aux femmes les moyens d'apporter des changements en faveur de l'égalité
- Agir en tant que défenseur du changement dans un contexte communautaire plus large
- Être attentif/ve et prendre compte des façons dont les problématiques de genre peuvent entraîner une vulnérabilité, un risque et un désavantage dans l'accès à la vaccination.
- Veiller à ce que la manière dont ils organisent leurs consultations et animent leurs séances de sensibilisation de la communauté tiennent compte des différents besoins, priorités et préoccupations des femmes et des adolescentes et des hommes et des adolescents
- Reconnaître l'influence des hommes sur la vie des femmes et des enfants dans les familles et les communautés et ;
- Impliquer les hommes comme partenaires actifs et de soutien, dans la vaccination des enfants.

Exercice #2 : Étude de cas : Programme de santé maternelle et infantile

Objectif :

L'étude de cas ci-dessous est une occasion d'appliquer l'échelle sexotransformatrice afin de mieux comprendre si nos actions ou décisions sont sensibles à la dimension genre, et d'évaluer si un projet est inégalitaire en termes de genre, aveugle au genre, sensible au genre ou sexotransformateur.

Temps : 10 mins

Quand le faire ?

Après la présentation sur l'échelle d'évaluation sexotransformatrice.

Instructions:

- Lisez l'étude de cas ou demandez à un participant de le faire.
- Ensuite, demandez aux participants de se tourner vers un voisin et d'évaluer ensemble la classification qu'ils donneraient. Ils doivent également décider ensemble des éléments de preuve qu'ils proposent pour valider leur évaluation.
- Après 5 ou 10 minutes, demandez à une paire de se porter volontaire et de donner leur réponse
- Demandez à d'autres de faire part de leur évaluation si elle est différente, ou pour apporter d'autres éléments de réponse
- Laissez le groupe se mettre d'accord sur l'évaluation et donner leurs raisons.
- Débriefez et puis présentez la réponse.

Étude de cas

Au Kasaï, un programme visant à promouvoir la santé maternelle et infantile, et qui encourage notamment une plus grande utilisation des vaccins, a été conçu en partant du principe que les femmes ont un faible pouvoir décisionnel en ce qui concerne leur santé et celle de leurs enfants. Une stratégie clé a consisté à décentraliser la planification de la santé. Les principaux objectifs étaient les suivants :

- Accroître la participation des femmes à la planification locale de la santé ;
- Renforcer la réactivité et la responsabilité des établissements de santé face aux besoins des femmes en matière de santé ;
- Soutenir les objectifs plus larges d'égalité des genres et d'équité en matière de santé ;
- Sensibiliser les différentes parties prenantes à l'égalité des genres et à l'équité en matière de santé ;
- Transférer les compétences en matière d'analyse de genre pour les utiliser au niveau de la gouvernance locale du secteur de la santé ;
- Renforcer la capacité des groupes locaux de femmes à participer au processus de planification et à défendre les droits des femmes et des enfants à la santé ;
- Fournir aux femmes des approches simples pour responsabiliser les prestataires de soins de santé en les informant de leurs droits et en leur apprenant à faire des choses telles que conserver les reçus ; et améliorer les preuves utilisées et les méthodes de planification.

Une évaluation interne a indiqué que les connaissances et les attitudes de la communauté à l'égard de la santé maternelle et infantile s'étaient améliorées, et les résistances culturelles envers la vaccination atténuées. Les agents de santé semblent également avoir acquis des compétences et des attitudes de respect et de sensibilisation à l'égard des femmes et des mères adolescentes peu instruites et à faible revenu qui avaient auparavant déclaré avoir été victimes d'attitudes négatives de la part des agents de santé. Toutefois, les progrès n'ont pas été uniformes dans les différentes zones du projet en raison des différences dans le niveau d'engagement du gouvernement, qui s'est révélé être un indicateur important de changement durable. Bien que l'implication d'une organisation nationale de défense des droits des femmes qui a des branches au Kasaï et la participation de la communauté semblent avoir amélioré l'efficacité du projet, les processus de planification centralisés n'ont pas répondu aux besoins des femmes et les fonds alloués aux services de prévention ou de sensibilisation sur la santé maternelle et infantile ont été insuffisants. En outre, malgré l'accent mis sur la santé maternelle et infantile, les planificateurs de la santé locaux ont toujours une compréhension limitée des différences entre les genres et des besoins de santé propres à chaque genre, et il n'existe pas de données désagrégées par sexe ni de rapports sur le genre.³⁰

Réponse

L'étude de cas est sensible au genre. Elle permet de mieux comprendre la nécessité d'autonomiser les femmes et de leur permettre de mieux se faire entendre, et sensibilise les structures locales de gouvernance de la santé. Cependant, les interventions du projet ne sont pas allées assez loin pour pouvoir renforcer la sensibilité et la capacité à traiter la question du genre, y compris le rapportage de base sur les données désagrégées par sexe. Il aurait également été plus transformateur d'impliquer spécifiquement les hommes pour obtenir leur soutien en faveur de la participation et de la santé des femmes.

3. Six étapes pour intégrer une optique sensible au genre et inclusive tout au long des programmes

Pour intégrer des considérations sensibles au genre et inclusive dans vos programmes, assurez-vous que les questions d'iniquité des genres et d'exclusion font partie intégrante de la vision, des objectifs, de la conception, du financement, de la mise en œuvre et des mécanismes de suivi et d'évaluation de vos programmes. Le diagramme ci-dessous suggère des actions clés à mettre en œuvre à chaque étape de votre programme.³¹

Étapes	Actions clés
Analyse de la situation	- Collecter et analyser les données désagrégées par sexe et par âge - Examiner les données et les informations en tenant compte de la dimension de genre - Mener une analyse comparative entre les sexes pour la conception du programme
Conception du programme	- Identifier les lacunes liées au genre auxquelles le programme s'attaque - Concevoir le programme en tenant compte des exigences nécessaires à la réduction des inégalités de genre et les moyens pour les surmonter - Examiner les fonds alloués en considérant la dimension de genre
Mise en oeuvre	- S'assurer d'une participation égale entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons. Si possible, essayer de les impliquer dans des rôles non traditionnels - Traiter les obstacles qui pourraient empêcher les femmes et les hommes, les filles et les garçons d'accéder ou de participer au programme

Étapes	Actions clés
Suivi	- Effectuer le suivi de la mise en oeuvre du projet et les différents impacts pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons en utilisant des indicateurs sensibles au genre - Prendre des actions correctives si des lacunes liées au genre sont identifiées
Évaluation	- Évaluer les changements liés au genre au fil du temps afin d'identifier si les résultats attendus ont été atteints - Évaluer la contribution des stratégies pro - genre afin d'augmenter la couverture vaccinale, l'accès et l'équité
Rapportage	- Dans un rapport, rendre compte des résultats du programme auprès des parties prenantes et partager les leçons retenues - Intégrer la dimension genre dans tous les rapports afin de promouvoir sa connaissance

4. Liste de contrôle pour l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans la planification et les programmes de la santé et de l'immunisation

Cette partie présente deux listes de contrôle qui offrent des questions et des conseils pour permettre l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans les programmes de santé et de vaccination. La première liste est un outil générique applicable à toutes les interventions de santé primaire. La deuxième liste est un outil qui s'intéresse plus spécifiquement au processus de microplanification et aux stratégies de vaccination.

4.1 Liste de Contrôle #1 : Six étapes pour intégrer une optique sensible au genre et inclusive dans les programmes de santé³²

Cet outil doit être utilisé pour évaluer où en est une équipe dans l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive.

Liste de contrôle des objectifs :

- Fournir un outil pratique et technique au gouvernement et à ses partenaires pour renforcer l'intégration des concepts et des approches d'égalité des genres et d'inclusion sociale dans une intervention, un programme et des politiques de vaccination.
- Aider le personnel du programme, les décideurs, les patients hommes et femmes et les groupes communautaires à examiner de manière critique les programmes, projets et politiques dans une optique sensible au genre et inclusive; l'analyse comparative entre les sexes et l'analyse d'inclusion sociale sont donc des outils centraux à travers le cycle de programmation.

Note: Les actions proposées dans cette liste de contrôle ne conviennent pas à toutes les situations/ programmes et sont donc conçues pour être flexibles et adaptables aux différentes activités. Cette liste de contrôle est conçue comme une auto-évaluation pour les programmes de vaccination et de la santé.

Liste de contrôle de l'intégration d'une optique sensible au genre et inclusive dans la planification et la programmation de la santé et de l'immunisation³³

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
1. Identification : Analyse de la situation			
1. Une analyse de la situation a-t-elle été effectuée ?	☐ ☐		Si non, effectuez une analyse de la situation (le cas échéant).
1a. Si vous avez répondu oui, avez-vous utilisé des méthodes d'analyse comparative entre les sexes pour effectuer l'analyse de la situation ?	☐ ☐		La perspective de genre pour comprendre les problèmes liés à la santé et/ou aux services de santé. Tenir compte du sexe, du genre, et des déterminants sexospécifiques des problèmes de santé.
1b. Si vous avez répondu oui, les questions d'exclusion sociale ou d'iniquités ont-elles été examinées dans l'analyse de la situation ?	☐ ☐		Utilisez des données telles que l'emplacement de l'établissement de santé le plus proche, les questions d'exclusion par identité sociale, (c'est-à-dire handicap, minorité ethnique), le niveau d'éducation ou les connaissances sanitaires élémentaires.
2. Est-ce que le personnel qui a fait l'évaluation de la situation était sensible aux questions de la dimension genre ?	☐ ☐		L'équipe qui mène l'analyse de la situation devrait avoir la représentation de femmes et d'hommes. Ces personnes devraient avoir des connaissances approfondies du contexte culturel et des relations entre les sexes et les genres, et des exclusions sociales.

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
3. Les connaissances et les informations qui existent sur la question du genre et la santé à partir de sources autres que les indicateurs et/ou les rapports sur la santé ont-elles été utilisées dans le cadre de la base de données probantes ?	☐ ☐		Utiliser des données désagrégées par sexe et par âge provenant de sources multiples sur la mortalité, la morbidité, la survie, le handicap et les déterminants de la santé liés au sexe et au genre. Conseil : Enquêtes démographiques et de santé et système d'information sur la santé.
4. Est ce que les effets positifs et néfastes des politiques et programmes de santé ont été considérés dans l'analyse de la situation ?	☐ ☐		Les stratégies de vaccination devraient répondre aux besoins spécifiques des populations les plus défavorisées et exclues. Y-a-t-il des mesures mises en place pour réduire les barrières d'accès, comme l'aide financière ?
5. Est ce que l'analyse de la situation a inclut des consultations avec les intervenants multisectoriels et clés, y compris dans la validation des résultats de l'étude ?	☐ ☐		La consultation de diverses acteurs clés va assurer que l'analyse représente de façon précise les réalités et obstacles à l'accès à la vaccination et a bâti des relations de confiance pour des actions conjointes pour réduire les obstacles, y compris avec les membres hommes et femmes des communautés ciblées.
6. Le niveau national/provincial/zonal dispose-t-il d'un cadre juridique et politique sur l'égalité des sexes et la santé des femmes ?	☐ ☐		Évaluer les politiques et les programmes du secteur de la santé au niveau national/des États et des districts en tenant compte de l'égalité des sexes et des questions de santé des femmes et des hommes. Conseil : Utilisez l'échelle d'évaluation sexotransformatrice.

Étape	Oui (✓) Non (✗)	Preuves	Orientation
7. Les processus nationaux/provinciaux du secteur de la santé comprennent-ils des mécanismes pour l'institutionnalisation d'une approche d'intégration de l'égalité des sexes, l'équité en matière de santé et les droits de l'homme ?	☐ ☐		Disposer d'un bureau ou d'une unité sur le genre et/ou la santé des femmes au sein du ministère de la santé et ou en lien avec le ministère du genre, de la famille et de l'enfance, d'un système de points focaux et/ou d'un réseau d'organisations non gouvernementales de femmes, de groupes de défense des droits de l'homme, etc.

2. Concevoir des programmes et des plans

A. Définir le champ d'application, la vision et le public cible

1. Les questions clés liées à la dimension genre sont-elles reflétées dans la portée et les objectifs de l'intervention ou du programme ?	☐ ☐		Si non, examinez les éventuels problèmes liés au genre qui pourraient se poser et abordez-les : a) Examinez comment les différences liées au genre/ sexe affectent le problème de santé en question et b) identifiez des solutions spécifiques pour répondre aux besoins, intérêts et préoccupations uniques des femmes et des filles, et des hommes et des garçons dans le cadre de la portée et des objectifs du programme/plan.
---	---	---	--

Étape	Oui (✓) Non (✗)	Preuves	Orientation
2. La population cible comprend-elle délibérément à la fois des hommes et des femmes ou des filles et des garçons ? Les rôles différents des femmes et des hommes qui s'occupent des enfants de moins de 5 ans et qui décident si leur enfant sera vacciné ou non ont-ils été pris en compte ?	☐ ☐		Tenez compte de la diversité des besoins, des intérêts et des préoccupations des femmes, des hommes, des filles et des garçons lors de la détermination des publics cibles (c'est-à-dire l'âge, le handicap, la richesse et/ ou le niveau d'éducation) ; utiliser des outils d'analyse fondés sur le genre et l'inclusion sociale pour identifier les groupes sociaux susceptibles de nécessiter une attention particulière ; et adopter une approche tenant compte de la dimension de genre, spécifique au sexe ou sexotransmatrice).
3. Leurs actions spécifiques sont-elles proposées dans le cadre de la fourniture de services de santé et/ou de stratégies de vaccination qui s'attaqueront aux obstacles à l'accès à la santé/vaccination liés aux inégalités des sexes, des genres et à l'inégalité sociale ?	☐ ☐		On pourrait par exemple modifier les heures de vaccination pour que les mères et les pères qui travaillent puissent amener leurs enfants se faire vacciner. Messages spécifiques aux hommes pour qu'ils s'impliquent en tant que pères dans la santé de leur enfant.
4. Est ce que le programme a développé une théorie de changement et un modèle logique où les questions de genre et d'inclusion sociale sont des approches transversales et donc intégrées dans les objectifs, les intrants, les extrants et les résultats?	☐ ☐		Des indicateurs sensible au genre et la désaggrégation des données par sexe et par âge est important. Voir la théorie du changement dans les annexes.

Étape	Oui (✓) Non (✗)	Preuves	Orientation
B. Fixer des buts ou des objectifs			
1. Au moins un but ou objectif porte-t-il explicitement sur l'égalité des genres ou sur le genre en tant que déterminant de la santé ?	☐☐		Si ce n'est pas le cas, adaptez les buts et les objectifs de manière à ce qu'il y ait au moins un objectif explicite en matière d'égalité des genres, soutenu par au moins un indicateur sensible à la dimension de genre.
2. Les partenaires et les parties prenantes concernées ayant les compétences et les capacités nécessaires pour lutter contre les inégalités des genres dans le domaine de la santé ont-ils été associés à cette phase de conception ?	☐☐		Si ce n'est pas le cas, engagez des partenaires ayant une expertise dans la lutte contre les inégalités entre les sexes et les genres dans le domaine de la santé et n'oubliez pas de faire participer de manière égale les femmes et les hommes, et les filles et les garçons (le cas échéant) aux activités de définition des objectifs.
C. Développement des activités			
1. Le contexte de la vie des hommes et/ou des femmes et leurs différents besoins ont-ils été pris en compte ?	☐☐		Examinez si les activités auront des effets ou des implications différents pour les différents groupes de femmes, d'hommes, de filles et de garçons ; et assurez-vous que les activités s'attaquent à tout obstacle empêchant la participation et les avantages des femmes. S'engager à "ne pas nuire".

Étape	Oui (✓) Non (✗)	Preuves	Orientation
2. La lutte contre l'inégalité des genres exige-t-elle des activités spécifiques pour les femmes ou les hommes, les filles et les garçons d'un groupe particulier ?	☐☐		Identifier et cibler les activités sur le groupe particulier de femmes, de filles, d'hommes ou de garçons qui peuvent avoir une charge de morbidité plus élevée ou dont la santé peut être plus vulnérable ou qui sont confrontés à des obstacles supplémentaires à l'accès aux services de santé. Conseil : Les femmes et les hommes ne sont pas des groupes homogènes.
3. Les questions relatives aux normes, aux rôles et aux relations entre les sexes ont-elles été identifiées ?	☐☐		i. Si non, intégrer des moyens d'identifier et de traiter les problèmes dans les méthodes et les activités du programme ii. Si oui, intégrer des moyens de traiter les problèmes dans les méthodes et les activités du programme. Conseil : vérifiez que les activités ne renforceront pas ou ne maintiendront pas des stéréotypes nuisibles dans les objectifs et les résultats prévus.
4. Avez-vous des méthodes de collecte de données pour faire le suivi et l'apprentissage basé sur la mise en œuvre des activités ?	☐☐		Collectez des données pour mesurer des indicateurs désagrégés par sexe et par âge (ou pertinent) qui démontrent les effets des activités du projet sur les femmes, les hommes, les garçons et les filles et par groupe social. Voir des exemples d'indicateurs sensibles au genre dans les annexes du guide.

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
5. D'autres parties prenantes ou partenaires ont-ils été inclus dans les discussions sur les méthodes et les activités ? Est-ce que des mécanismes de redevabilité sociale ont été établis pour assurer des réactions régulières des bénéficiaires du projet durant toute la mise en œuvre du projet ?	☐ ☐		Consulter les parties prenantes afin d'apporter une contribution significative sur la faisabilité et la pertinence des activités / politiques élaborées. Les femmes et les hommes, en tant que bénéficiaires et partenaires, devraient participer sur un pied d'égalité.

D. Préparation d'un budget

1. Des fonds ont-ils été alloués aux travaux sur l'égalité des sexes/genres ou aux initiatives en faveur de la santé des femmes ?	☐ ☐		i. Si non, trouver et allouer des fonds dans le cadre des budgets pour les initiatives en matière d'égalité des sexes/genres ou de santé des femmes afin de disposer de ressources suffisantes pour obtenir les résultats escomptés.
2. Les membres masculins et féminins du personnel ont-ils droit aux mêmes avantages ?	☐ ☐		Obtenez l'égalité des incitations et des prestations versées indépendamment du sexe, de l'âge, du sexe et du handicap.
3. Les femmes et les hommes - des communautés et des organisations partenaires - ont-ils été consultés pour identifier les coûts prévus ?	☐ ☐		Incluez des allocations budgétaires pour les consultations avec les ONG locales et les femmes, hommes, filles et garçons ; et mobiliser des ressources pour les activités liées au genre et à la santé.

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
E. Composition du personnel/des équipes			
1. Le personnel/l'équipe compte-t-il des membres masculins et féminins à tous les niveaux de décision ?	☐ ☐		Encouragez une participation égale et significative du personnel féminin et masculin ; renforcez les capacités en matière de sensibilité à la dimension de genre et ayez comme objectif l'équilibre entre les sexes et la sensibilité à la dimension de genre à tous les niveaux de personnel.
2. Existe-t-il un mécanisme de compte rendu et de diffusion des informations permettant à tous les membres du personnel/de l'équipe de comprendre pleinement les questions de genre et les approches liées au genre ?	☐ ☐		i. Si non, élaborer un mécanisme de compte rendu et de diffusion des informations relatives au genre.
3. Les membres du personnel/des équipes diffèrent-ils en termes d'échelle de rémunération et d'autres avantages ?	☐ ☐		Établir des taux de rémunération égaux entre les femmes et les hommes exerçant les mêmes responsabilités ; veiller à ce que les incitations offertes au personnel soient les mêmes pour les femmes et les hommes ; et veiller à ce que les contraintes liées aux affectations dans les zones rurales ou de haute sécurité soient prises en compte pour les femmes et les hommes afin de faciliter l'égalité d'accès à ces postes. ii. Si oui, pour qui et pourquoi ?

Étape	Oui (✓) Non (✗)	Preuves	Orientation
-------	-----------------	---------	-------------

3. Mise en œuvre des activités

1. Quels sont les mécanismes mis en place pour garantir que la mise en œuvre du programme respectera les principes d'égalité des sexes/genres et d'équité en matière de santé ?			
2. Les matériels ou publications des programmes renforcent-ils les stéréotypes sexistes ?	☐ ☐		Le matériel et les messages du projet doivent utiliser un langage sensible au genre qui n'exclut ni ne privilégie l'un ou l'autre sexe.
3. Les lieux de prestation des programmes sont-ils situés dans des endroits accessibles aux femmes et aux hommes ?	☐ ☐		Si non, assurez-vous que les sites de prestation des programmes soient accessibles aux clients des deux sexes. Tenez compte des contraintes auxquelles les femmes et les hommes peuvent être confrontés dans le choix de certains sites. Envisager plusieurs sites pour répondre à tous les besoins.
4. Les femmes et les hommes ont-ils participé de manière égale à la phase de mise en œuvre - à la fois en tant que bénéficiaires et en tant que membres du personnel du programme ?	☐ ☐		Développer des mécanismes de retour d'information au niveau communautaire sur le programme, l'activité ou la politique tout au long de sa mise en œuvre afin d'assurer un partage d'informations dans les deux sens.

Étape	Oui (✓) Non (✗)	Preuves	Orientation
-------	-----------------	---------	-------------

5. Est ce que la sécurité, intégrité et dignité des hommes, des femmes et des filles et garçons ont bien été considérés dans la mise en œuvre des activités ?	☐ ☐		Assurez que les activités n'augmentent pas et ne mettent pas à risque les hommes ou les femmes ou les filles ou les garçons à la violence basée sur le genre ou au manque de service basé sur le respect de la confidentialité et le non-discrimination.
---	---	--	--

4. Suivi et 5. évaluation

1. Des indicateurs de processus et de résultats, désagrégés par sexe et par âge, ont-ils au moins été inclus dans les cadres et activités de suivi et d'évaluation ?	☐ ☐		Au minimum, tous les indicateurs de processus et de résultats dans les cadres de suivi et d'évaluation doivent être désagrégés par sexe et par âge.
2. Quelles sont les sources d'information pour le suivi et l'évaluation ?			
3. Le programme suit-il les progrès réalisés en matière d'égalité des sexes et d'équité en santé ?	☐ ☐		Si ce n'est pas le cas, intégrer un mécanisme de suivi pour évaluer les progrès en matière d'égalité des sexes et d'équité en santé. Envisager des mesures et une analyse de l'autonomisation, tant des femmes que de la communauté ; des rôles productifs et reproductifs des femmes ; et des indicateurs pour suivre l'impact différentiel sur la diversité des femmes, des hommes, des filles et des garçons (c'est-à-dire par statut socio-économique).

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
3a. Dans l'affirmative, les données du programme sont-elles désagrégées par sexe ?	☐☐		i. Si non, désagrégez-les par sexe ii. Si oui, désagrégez les données relatives aux femmes et aux hommes par âge pour évaluer les inégalités entre les femmes/filles et les hommes/garçons d'âges différents.
4. Est-ce que les interventions et ou le projet inclut des visites de suivi avec les hommes et les femmes ciblés dans le projet contre chaque indicateur ?	☐☐		Considérez comment un indicateur qui représente l'accès aux services peut démontrer si les femmes, les hommes, les filles et les garçons accèdent aux services de façon égale ou non.
5. Est ce que les stratégies de vaccination répondent aux besoins sexospécifiques des femmes, des hommes, des filles et des garçons et est ce que le niveau de satisfaction des femmes et des hommes envers les processus et prestations de services à été considéré ?	☐☐		Considérez d'évaluer par les standards global de qualité de soins de santé: Disponibilité : existence et suffisance des services de vaccination/santé de qualité nécessaires ; Abordabilité : capacité des personnes à payer les services ; Accessibilité : localisation de la population et des services, transport et autres coûts liés à l'accès et à l'utilisation des services de vaccination/santé ; Hébergement : besoin de temps et de communication qui contribue à la perception de la qualité des services reçus ; Acceptabilité : adéquation entre les services et la communauté ou l'individu, sur la base des conceptions culturelles.

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
6. Les objectifs liés au genre ont-ils été atteints ?	☐☐		i. Si oui, évaluez les différents impacts que le projet a pu avoir sur les femmes et les hommes, et sur les relations de pouvoir entre eux.
7. Les femmes et les hommes ont-ils participé sur un pied d'égalité aux étapes de suivi et d'évaluation - à la fois en tant que bénéficiaires et en tant que personnel du programme ?	☐☐		Inclure les membres masculins et féminins de la communauté et les autres parties prenantes locales dans la conception et l'examen du suivi et de l'évaluation des activités.
8. Les effets non intentionnels des services de vaccination, tant positifs que négatifs, ont-ils été évalués pour les femmes, les hommes, les filles et les garçons des interventions ?	☐☐		
6. Le rapportage			
1. Toutes les données sont-elles désagrégées par sexe, âge et autres facteurs sociaux (c'est-à-dire localisation, quintile de richesse, niveau d'alphabétisation) ?	☐☐		
2. Dans les rapports, les questions importantes relatives à l'inégalité des sexes et à l'exclusion sociale des femmes, des hommes, des filles et des garçons sont-elles soulevées, y compris les défis et les succès liés à l'égalité des genres et à l'inclusion sociale de l'intervention ou du projet/programme ?	☐☐		Il faut inclure des recommandations de comment renforcer l'intégration d'une approche sexospécifique et d'inclusion sociale.

Étape	Oui (✓) Non (✓)	Preuves	Orientation
3. Un expert en matière de santé et de genre a-t-il ou a-t-elle examiné le rapport d'évaluation final pour s'assurer que toutes les questions pertinentes liées à l'équité des genres et l'inclusion ont été abordées et qu'une perspective d'égalité de genre et d'inclusion sociale a été intégrée à l'ensemble du rapport ?	☐ ☐		

Marqueur sensible au genre

La liste de contrôle vous permet d'évaluer si votre intervention ou votre projet est nuisible ou inégalitaire, neutre, sensible au genre, ou sexotransformateur. Utilisez les définitions de ces termes dans l'annexe 12. Notez que si la plupart de vos réponses sont 'non', votre activité, projet ou programme sont très probablement nuisibles ou aveugles au genre.

	Niveau 1 Nuisible ou Inégalitaire	Niveau 2 Aveugle au genre	Niveau 3 Sensible à la dimension de genre	Niveau 4 Sexotransformateur
Choisissez le niveau de votre programme	☐	☐	☐	☐
Preuves	☐	☐	☐	☐

Si votre programme est au niveau 1 ou 2, veuillez expliquer pourquoi le genre et l'inclusion sociale n'étaient pas pertinents pour l'intervention.

Leçons	Retour d'information
Quels ont été les trois principaux enseignements (qui peuvent être à la fois positifs et négatifs) de l'intégration de la dimension de genre et de l'inclusion dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation de votre vaccination ?	Sur la base de ces enseignements, qu'est-ce qui sera changé dans le cadre de l'intervention pour améliorer l'intégration de la dimension de genre

Conception d'un programme sensible au genre

Ce cadre programmatique de Plan International Canada illustre comment concevoir des interventions tenant compte de l'égalité des genres dans la conception des objectifs principaux d'un programme.

Commencer par une analyse rapide ou une analyse comparative entre les sexes et une analyse de l'inclusion sociale pour identifier les principaux obstacles à la vaccination en termes de genre et d'exclusion ; les rôles et responsabilités - charge de travail, dans les ménages/communautés, pouvoir de décision, normes sociales, réactivité des services

Renforcer l'action individuelle et collective des femmes et des filles dans les populations clés

Créer un environnement social favorable à la prise en compte de la dimension de genre dans les campagnes de vaccination

Éducation et communication, prestation de services et réponse aux besoins des enfants et des adolescents, tenant compte des différences entre les sexes

Processus continu de documentation d'apprentissage, diffusion et retour d'information sur les programmes

4.2. Liste de Contrôle #2 : Fiche de Support: Intégration d'une analyse sexospécifique et d'inclusion sociale dans la micro-planification au niveau de l'aire de santé³⁴

Cette fiche a été conçue pour permettre aux acteurs de la vaccination de développer des approches équitables à chaque étape de la microplanification dans les aires de santé.

Étape de micro-planification

Connaître la situation dans votre aire de santé grâce aux données disponibles et aux partenaires locaux

Exploitez les données médico-sanitaires par rapport à votre analyse de la situation pour déterminer qui sont les enfants zéro-dose ou sous-vaccinés par type de vaccination. Y-a-t-il des différences de taux de vaccination entre les filles et les garçons ? Où résident les enfants les plus délaissés ?

34. Cet outil s'est largement inspiré du document de 2018: A Gender Lens to Advance Equity in Immunizations. Equity Reference Group Discussion, Paper 05. Disponible à https://www.researchgate.net/publication/331593391_A_gender_lens_to_advance_equity_in_immunization

63

Rassemblez d'autres sources de données. Considérez des consultations communautaires, les enquêtes démographiques de la santé, ou/et de consulter le personnel local du Ministère du Genre, Famille et Enfant. Écoutez les groupes de femmes, hommes, jeunes, et ONG(s) qui ont de l'expérience sur la mise en œuvre des programmes de santé/vaccination et identifiez les populations qui sont les plus à risque d'être laissées pour compte. Y-a-t-il des différences de vaccination selon le statut du gardien / de la gardienne principal(e) par niveau de richesse, d'éducation, lieu de résidence, âge, identité ethnique, et/ou type d'occupation ? Et qu'en est-il des migrations saisonnières, de la distance par rapport aux sites de vaccination ou de l'insécurité ?



Le saviez-vous?

Selon l'Audit Genre et Inclusion conduit par le PEV et Flowminder (2020) dans deux provinces de la RDC (Kinshasa et Kasai)³⁵, la possibilité qu'un enfant soit vacciné diminue si une mère se retrouve dans une ou plusieurs de ces catégories : être âgée de moins de 24 ans, avoir un faible niveau d'éducation, avoir un accès limité à l'information, vivre dans une zone rurale, vivre dans un ménage moins riche, être déjà grand-mère, être veuve, divorcée ou célibataire, avoir un handicap, être albinos, être séropositive et/ou avoir un faible pouvoir de décision.

En utilisant les données du dernier dénombrement de la population de votre aire de santé (si disponible), faites une cartographie des activités socio-économiques principales des populations (par hommes/femmes) dans l'aire. Classez-les par secteur d'activité (primaire, secondaire, tertiaire) (notez la date du dénombrement pour plus de précision).

Autant que possible, essayez d'appliquer une parité hommes/femmes dans vos équipes de prestataires de santé et relais communautaire.



Le saviez-vous?

La parité par sexe des prestataires de santé/vaccinateurs, relais communautaires (RECOs), comité d'animation communautaire (CACs), et mobilisateurs sociaux permet une réponse plus sensible aux besoins des gardiens/gardiennes d'enfants à vacciner. Les mères et autres gardiennes peuvent préférer les conseils et l'écoute d'un relais communautaire ou un vaccinateur femme.³⁶

Si possible, mettez à la disposition des Infirmiers/Infirmières Titulaires (IT) et autres acteurs de la santé un support visuel des obstacles les plus pertinents dans leur communauté, pour faciliter la prise en compte des dimensions genre et d'exclusion sociale lors de la priorisation des cibles et des stratégies avancées de vaccination. Traduisez les grandes lignes en langues locales, avec images à l'appui.

Vérifiez si les prestataires de vaccination sont formés sur le genre (Si oui : combien ? À quand remonte leur dernière formation ?)



Identifier et prioriser les problèmes de l'aire de santé par une analyse critique et profonde des barrières qui entravent la vaccination et les services de santé essentiels.

Appliquez une analyse comparative entre les sexes avec l'outil d'analyse des problèmes et des causes (disponible dans notre Guide pour intégrer une analyse sexospécifique et inclusive dans vos interventions de vaccination) pour identifier les obstacles à la vaccination et déterminer un plan d'action. Tenez compte des besoins et intérêts variés des gardiens/gardiennes, jeunes et adultes ; des différences ethniques, religieuses et de résidence ; et des meilleurs moments pour la vaccination et les séances d'information.

Conseils: Avez-vous consulté directement les gardiens/gardiennes des enfants zéro-dose ou sous-vaccinés (les femmes, les hommes et les plus marginalisés) ? Demandez-leur : "quels sont les principaux obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de vaccination ?" "Quelles sont les solutions ?"

Faites-les participer au suivi de la qualité des interventions. Rappelez-vous d'utiliser des méthodes participatives et de créer des groupes par sexes et par tranches d'âge d'abord, avant de faire des groupes mixtes, pour que chaque groupe soit à l'aise de s'exprimer ouvertement. Pendant les discussions, accordez le même temps de parole aux femmes et aux hommes, aux filles et aux garçons, aux jeunes et aux adultes.



Fixer les objectifs de couverture et de mise en œuvre

Au moment de définir vos objectifs de couverture et mise en œuvre de votre microplan, veuillez considérer un objectif visant à surmonter une ou plusieurs barrières sexospécifiques ou d'exclusion sociale qui contribuent à une sous- ou non-vaccination de certains enfants. Par exemple, 'inclure au moins X% de femmes dans chaque équipe de vaccination.'



Déterminer les stratégies et activités pour surmonter les problèmes d'accès et d'utilisation de services

Prenez compte des obstacles liés à la distance, au coût de transport, au temps ou/et à la société (langue, religion, culture, etc.) qui empêchent les gardiens/gardiennes d'accéder et utiliser les services de vaccination infantiles. Identifiez ces freins en collaborant avec la communauté et ses divers groupes, en fonction de leur sexe, âge, niveau de richesse, etc.

Consultez en particulier les femmes et les filles pour identifier la meilleure façon de les cibler et les informations nécessaires pour rendre vos messages et vos méthodes adaptés à leurs intérêts et besoins et qui peuvent différer de ceux des hommes (par exemple, le type de langage et d'images à utiliser dans vos campagnes). Considérez surtout les mères adolescentes et les plus marginalisées en prenant compte de leur emploi du temps. Identifiez comment réduire les occasions manquées et améliorer l'accueil des séances de vaccination (ex: l'attente).

Conseils: S'assurer que : le lieu où se déroulent les services de vaccination est facilement accessible aux femmes et aux hommes à des moments qui permettent une égalité d'accès et parité des chances ; le calendrier et le lieu des services de vaccination de proximité est communiqué et convenu avec les bénéficiaires bien à l'avance ; les équipes de vaccination de santé disposent d'un ratio équilibré femmes/hommes si nécessaire et d'un interprète, conscients de fournir des soins confidentiels aux bénéficiaires et sensible à ceux qui peuvent être maltraités et stigmatisés par les prestataires (par exemple, les mères adolescentes).

Adaptez l'emplacement de la prestation de services pour répondre aux besoins des populations mal desservies comme la mise en place de points d'hébergement pour la nuit pour les équipes mobiles afin d'atteindre les zones dont l'accès est compromis. Assurez la sécurité des équipes et membres femmes et hommes.

Identifiez les hommes et femmes les plus influents pour une mobilisation sociale. Encouragez une participation active et partagée entre les hommes et les femmes dans la gestion de la santé infantile. Voir exemple [Papap champions au Togo](#). et les [femmes leaders, les Bajanu Gox, au Sénégal](#). N'oubliez pas de sensibiliser les CAC/RECO sur l'importance d'inciter les gardiens hommes (ex : les pères) à amener les enfants à la vaccination.

Consultez le personnel et les organisations communautaires pour identifier les types de problèmes de sécurité qui affectent les femmes, les hommes et le personnel. Concevez des stratégies potentielles de protection (ex : l'organisation SOFEPADI en RDC a établi une approche innovante, les noyaux de paix, où des leaders femmes et hommes assurent la sécurité des mères et pères et même les accompagnent à fréquenter des établissements de santé il n'y a pas des risques d'insécurité).

Encouragez une participation égale et significative du personnel féminin et masculin ; renforcez les capacités en matière de sensibilité à la dimension de genre à tous les niveaux du personnel.

Assurez-vous que les messages et produits de communication sont sensibles à la dimension genre, c'est-à-dire des femmes et des hommes, des filles et des garçons dans des rôles comparables et divers. Par exemple, si vous avez besoin de représenter des leaders communautaires dans vos outils de communication, pensez à inclure une femme et un homme dans ce rôle, plutôt qu'un leader masculin ou encore, éviter de représenter les femmes en femme au foyer uniquement. Présentez les points de vue des femmes et des hommes, des filles et des garçons comme équitablement importants et pertinents.



Fixer les indicateurs de performance, de processus et d'impact

Il est important d'intégrer un mécanisme de suivi pour évaluer les progrès en matière d'égalité des genres et d'équité dans le domaine de la santé. Pour ce faire, développez et intégrez dans votre microplanification des indicateurs de processus et de résultats, désagrégés par sexe et par âge, et des indicateurs sensibles au genre, pour évaluer les liens entre l'impact de vos activités de réduction des barrières sexospécifiques et l'augmentation de la vaccination des enfants.

Exemples d'indicateurs de couverture vaccinale qui évaluent les liens avec la dimension genre :



Pourcentage d'enfants complètement vaccinés selon l'éducation de la mère ;



Pourcentage de mères n'ayant pas fait vacciner leur enfant en raison de longs délais d'attente ;



Pourcentage de personnes s'occupant d'enfants qui déclarent que la vaccination est une norme sociale dans leur communauté (gardiens/gardiennes) ;



Pourcentage de filles et de garçons âgés de 0 à 23 mois ayant reçu 3 doses de Pentavalent ;



Pourcentage de filles et de garçons âgés de 0 à 23 mois n'ayant reçu aucun vaccin ;



Pourcentage de mères qui n'ont pas fait vacciner leur enfant parce que l'établissement était trop éloigné.

Exemples d'indicateurs de processus :



Pourcentage de sessions de sensibilisation par an avec des groupes de femmes et de jeunes ;



Pourcentage d'établissements de santé qui impliquent les communautés dans le processus de micro-planification ;



Pourcentage de soignants/ vaccinateurs qui peuvent nommer des barrières sexospécifiques au service de vaccination et des solutions pour les réduire ;



Pourcentage de représentants des populations spécifiques / marginalisées ayant participé aux dialogues communautaires (par sous-groupe, sexe et âge).

Exemples d'indicateurs d'impact :



Niveau de sensibilité du personnel soignant / des équipes de vaccination aux questions de genre (proxy : satisfaction des patients plus vulnérables (ex : mères adolescentes) sur le fait que les prestataires ont été respectueux, réactifs et empathiques à leurs besoins, ou des patients qui ont des croyances, des pratiques et des besoins culturels et linguistiques différents en matière de santé) ;



Proportion de femmes qui affirment qu'elles peuvent prendre la décision de vacciner leurs enfants toute seule ;



Proportion d'hommes et de femmes qui affirment qu'ils prennent la décision ensemble de vacciner leurs enfants.

Considérez plusieurs méthodes pour suivre et évaluer l'impact d'une approche sensible au genre et inclusive aux résultats de la vaccination. Par exemple, consultez les patient(e)s adultes et adolescent(e)s sur leur niveau de satisfaction envers les prestations de services lors des dialogues communautaires et à travers le Bulletin Communautaire de Performance (BCP).

Conseils: Recueillir des histoires d'impact au niveau communautaire ou au niveau des services de vaccination qui démontrent les bénéfices d'intégrer des questions sexospécifiques et inclusives pour améliorer l'équité en vaccination. Par exemple, des couples qui témoignent de la valeur ajoutée de l'intégration du genre en matière de santé/vaccination dans leur foyer ; une personne (homme ou femme, jeune) qui a vu la situation changer dans le sens d'inclusion/participation active dans les activités de santé/vaccination ; et une personne (homme ou femme, jeune) qui affirme avoir participé à l'élaboration d'un calendrier des activités de vaccination de l'aire de santé.



Estimer les besoins et les coûts

Identifiez les besoins en ressources humaines et financières pour réaliser les activités visant à réduire les barrières sexospécifiques et d'exclusion sociale à une immunisation équitable. Assurez-vous que les ressources allouées sont suffisantes pour mettre en œuvre vos activités sensibles au genre et à l'inclusion sociale et obtenir les résultats escomptés. Par exemple, une formation unique du personnel de santé en genre risque de ne pas être assez pour prendre en considération les barrières sexospécifiques et d'exclusion sociale de façon systématique et sur le long terme - il faut donc budgétiser pour des cours de mise à jour annuels.



Établir le chronogramme

Veillez à ce que toutes vos activités prévues pour réduire les obstacles liés au genre et à l'exclusion sociale soient intégrées dans le plan de travail. Vérifiez vos indicateurs lors des visites régulières de suivi et de supervision.

Conseils: Le suivi et l'évaluation de vos travaux est essentiel. L'implication des organisations communautaires dans ce suivi est une pratique essentielle selon les normes de l'Horizon 2030 pour veiller à ce que les services de vaccination soient disponibles, accessibles, acceptables, de qualité.³⁷ Voir l'exemple dans le nord du Nigeria).

5. Pratiques prometteuses en Afrique, Asie centrale et Asie du sud

Pays	Description
Afghanistan	Rukhsar a suivi une formation initiale de trois mois à Kaboul pour devenir une femme vaccinatrice. En raison de problèmes culturels, les femmes ne permettent généralement pas à un vaccinateur masculin de les vacciner. Les normes culturelles ancrées dans la société ont un impact négatif sur la couverture vaccinale si seul un vaccinateur masculin est présent dans l'établissement de santé. Les femmes se sentent plus en sécurité et plus à l'aise avec un vaccinateur féminin et peuvent mieux partager leurs problèmes avec une femme. Malgré les progrès considérables réalisés dans le cadre du Programme élargi de vaccination (PEV) en Afghanistan, le taux des femmes vaccinatrices reste insuffisant (seulement 32 %). En 2018, l'UNICEF, avec le soutien financier de Gavi, a contribué à la formation de 400 vaccinateurs, dont 75 % de femmes. En conséquence, le nombre de patientes a augmenté et les femmes sont beaucoup plus satisfaites des services. ³⁸
Pakistan	L'équipe de Communication pour le développement (C4D) de l'UNICEF convainc un père de la province du Sindh de faire vacciner sa fille au centre de vaccination contre la rougeole. Le père avait auparavant refusé auprès de l'équipe de mobilisation sociale de la communauté, mais après un échange sain avec le personnel de l'UNICEF, il a finalement accepté d'emmener sa fille à l'hôpital voisin. Dans la province du Sindh, plus de la moitié des enfants âgés de 12 à 23 mois ne sont pas complètement vaccinés. Dans certaines des régions les plus conservatrices du Pakistan, les vaccinateurs communautaires ont constaté que les femmes et les enfants sont enfermés dans leur maison lorsque le chef de famille (l'homme) part travailler dans les champs. Ainsi, les équipes communautaires planifient maintenant une campagne C4D ciblant particulièrement les pères sur l'importance de la vaccination. ³⁹

Pays	Description
Inde	Les réunions de mères offrent des espaces sûrs aux mères du village pour s’informer sur les vaccins et leurs avantages. Ces initiatives ont un immense potentiel d’amélioration des résultats sanitaires car elles donnent aux mères les bonnes informations, les aidant ainsi à influencer la prise de décision concernant la vaccination de leurs enfants. Lalmalsawmy est une des mères qui n’avait pas vacciné son enfant avant d’assister à une réunion des mères. Lorsqu’elle a pris conscience de la vaccination et de son importance lors de la réunion, elle a pu influencer la prise de décision dans sa famille et faire vacciner son enfant. Souvent, les enfants ne sont pas vaccinés en raison du rôle passif joué par la mère et du refus des hommes dans le ménage. En donnant aux mères les connaissances nécessaires, on peut obtenir le changement souhaité. ⁴⁰
Burundi, RDC, Burkina Faso, Sénégal, Niger, Togo	Les écoles des maris (FNUAP, Sénégal, Burkina Faso et Niger), les Clubs Papas (Plan International/Promundo), les pères champions (Togo) et les groupes de paix de femmes et d’hommes (Burundi et RDC) font appel à des modèles masculins locaux pour sensibiliser d’autres pères par le biais de discussions de groupe sur les avantages de l’engagement masculin dans la santé maternelle et infantile et/ou l’égalité des sexes, la prévention de la violence fondée sur le sexe et les résultats positifs pour la santé. Le projet Living Peace Groups au Burundi et en RDC aide les hommes et les femmes à guérir après des expériences traumatiques en rétablissant les relations sociales et les relations entre partenaires et en renforçant les stratégies d’adaptation positives qui excluent toute forme de violence. Les évaluations du projet confirment que, presque partout, les hommes et les femmes participants ont fait état de changements significatifs et positifs, notamment : des relations de partenariat améliorées et plus pacifiques ; un meilleur partage des revenus entre les hommes et leurs épouses ; des enfants plus heureux ; et de meilleurs résultats en matière de santé.⁴¹
Éthiopie	Une évaluation formative du projet “Cinquième enfant” - Combler le déficit de vaccination (2013-2016) a révélé que sa stratégie d’engagement communautaire innovante et sensible au genre pour une plus grande participation à la vaccination de routine, mise en œuvre dans deux districts de Benishangul Gumuz en Éthiopie, a contribué à augmenter la couverture pentavalente-3 (63 % à 84 % dans les districts d’Asosasa et 78 % à 93 % dans ceux de Bambasi). Le projet a permis d’améliorer la qualité des services de vaccination et d’intégrer la supervision tout en améliorant le suivi des défaillances dans les installations communautaires. Il a utilisé une stratégie innovante d’engagement transversal des soins et de co-gestion communautaire avec l’introduction de deux outils complémentaires : un calendrier de santé à code couleur (CSC) et un outil de suivi des manquements. Le projet s’appuie sur une structure existante de vulgarisation et de bénévolat en matière de santé communautaire dirigée par des femmes. Le gouvernement a introduit une équipe de développement sanitaire dirigée par des femmes en 2014 pour travailler avec ses agents de vulgarisation sanitaire entièrement féminins (2 par poste de santé (niveau le plus bas du système de santé) et pour renforcer les pratiques sanitaires positives. La stratégie de l’équipe de développement sanitaire crée un réseau de cinq ménages, chacun lié à une femme chef de file et à un ménage modèle de l’équipe de développement sanitaire, en se basant sur le fait que ce ménage a des pratiques modèles en matière de SMNI (c’est-à-dire l’adoption d’un

Pays	Description
	ensemble de mesures de vulgarisation sanitaire telles que l’accouchement dans un établissement de santé, la vaccination des enfants, l’utilisation du planning familial et la présence de latrines). Les chefs de file du modèle d’équipe de développement sanitaire travaillent avec leurs autres ménages pour promouvoir la vaccination des enfants parmi d’autres pratiques sanitaires positives. L’Enat Mastawesha ou rappel de la mère est un outil de suivi des manquements qui comprend des calendriers à code de couleur permettant aux femmes et aux dirigeantes de l’équipe de développement sanitaire de suivre les ménages où il y a des abandons de vaccination autant que les mères sont habilitées en ayant un calendrier qui utilise un simple système d’autocollants à code de couleur pour lui rappeler les rendez-vous. Grâce aux calendriers, les mères et les bénévoles des soins de santé sont en mesure de mieux suivre les calendriers de vaccination. En utilisant l’outil de suivi des manquements, les responsables de l’équipe de développement sanitaire informeront et conseilleront les soignants pour qu’ils fassent le rattrapage des enfants sous ou non vaccinés et, lors des visites de suivi des manquants, les responsables se rendront à nouveau dans les mêmes foyers quelques jours avant l’action de sensibilisation pour promouvoir la participation à l’événement de vaccination. ⁴²
Kenya	En 2019, Gavi a travaillé avec l’UNICEF et le KEMRI Wellcome Trust basé au Kenya pour développer une méthodologie de recherche en utilisant les ensembles de données du DHS et de l’UNICEF. Des indicateurs supplétifs, tels que le manque de connaissances en matière de santé, le statut des femmes et la prise de décision au sein des ménages, ainsi que les obstacles physiques et temporels à l’accès aux services de vaccination, ont été mis en correspondance avec la couverture vaccinale. Cette cartographie a révélé des domaines de corrélation entre les obstacles liés au genre et la faible couverture vaccinale. ⁴³
Zambie, Mozambique et Ouganda	Le Malaria Consortium a développé une approche de dialogue communautaire pour améliorer l’adoption de la gestion communautaire intégrée des cas. L’approche du dialogue communautaire vise à susciter des pratiques individuelles en suscitant un changement de comportement à l’échelle de la communauté et une action collective en s’attaquant aux normes subjectives et sociales relatives aux pratiques de santé. Cette méthode consiste à former des hommes et femmes sélectionnés de la communauté pour devenir des animateurs de dialogue communautaire afin de couvrir quatre sessions de dialogue, notamment sur la valeur des services des agents de santé communautaires (c’est-à-dire la vaccination), la pneumonie, la diarrhée et la fièvre. L’approche dialogue communautaire utilisée est semblable aux méthodes de conversations communautaires avec un programme explicite de résolution de problèmes, visant à stimuler la pensée critique et à permettre aux groupes locaux mixtes de formuler des solutions aux problèmes locaux. Ce qui est potentiellement transformateur de cette méthode tout en soutenant une meilleure immunisation des enfants, c’est que les animateurs, hommes ou femmes, peuvent être choisis de faible niveau d’alphabétisation. Cette approche dote ces animateurs, hommes et femmes, d’outils interactifs visuels qui leur permettent de surmonter certaines faiblesses dans leurs compétences d’animation et de communication pour gérer des discussions orientées vers l’action et participatives afin de trouver des solutions aux faibles résultats de santé des enfants dans une communauté. ⁴⁴

40. Source : UNICEF, Immunisation et genre : Guide pratique pour l’intégration d’une perspective de genre dans les programmes de vaccination (2019 : 24)
41. Sources : <https://prevention-collaborative.org/wp-content/uploads/2019/01/Working-with-Men-and-Boys-final-Low-1.pdf>.

42. Source : Demissie SD, et al (2020) Community engagement strategy for increased uptake of routine immunization and select perinatal services in north-west Ethiopia : Une analyse descriptive. PLoS ONE 15(10) : e0237319. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237319>
43. Source : Cartographie des obstacles à la vaccination liés au sexe dans le contexte de l’évaluation de la couverture et de l’équité pour de petites zones géographiques au Kenya (PPT non publié), KEMRI Wellcome, GAVI et UNICEF. 5 décembre 2019.
44. Source : Martin et al. (2017). Dialogues communautaires pour la santé des enfants : résultats d’une évaluation qualitative du processus dans trois pays. Journal of Health, Population and Nutrition (2017) : 1-16.

Annexes

Annexe 1: Exemples d’ordre de jour de formation de courte durée (Partie A)

Agenda de formation de formateur de trois jours

1. **Objectif de formation** : Création d’un cadre d’ambassadeurs pour l’égalité des genres et l’inclusion sociale afin d’aborder les obstacles liés à l’inégalité des genres et à l’exclusion sociale dans le cadre des interventions de vaccination pour ne laisser personne pour compte en RDC.
2. **Objectifs généraux** : À la fin de l’atelier, les participants devront:
 - Avoir la confiance, la conscience et les compétences nécessaires pour intégrer une optique d’égalité des genres et d’inclusion sociale dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation des programmes de vaccination et de la santé
 - Être capables et engagés à faciliter des sessions interactives similaires au sein de leurs propres équipes et
 - Soutenir des actions tenant compte de la dimension de genre dans les stratégies de vaccination et le suivi et l’évaluation des programmes de vaccination et de santé.
3. **Approche** : Cet atelier sera divisé en trois modules :
 - **Module 1 - Les concepts et approches sexospécifiques et inclusives en santé** - Concepts d’égalité des sexes et d’inclusion sociale dans le domaine de la santé et des cadres politiques, familiarisez-vous avec les concepts fondamentaux d’égalité des sexes et d’inclusion sociale en rapport avec la santé, notamment en matière de vaccination
 - **Module 2 - Analyse Sexospécifique et d’Inclusion Sociale (ASIS)**, vous vous familiarisez avec une analyse fondée sur le genre ainsi qu’avec les approches d’inclusion sociale pour identifier les personnes les plus vulnérables et pour réduire les facteurs de mauvais résultats en matière de couverture vaccinale en RDC
 - **Module 3 - Développer des actions tenant compte de l’égalité des genres sexes et de l’inclusion sociale**, vous vous familiarisez avec la manière d’élaborer et d’intégrer des actions respectueuses des sexes et inclusives dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation des politiques et programmes de vaccination. Un élément clé est l’élaboration d’un plan d’action assorti d’un calendrier pour s’attaquer aux obstacles les plus pressants à l’adoption des vaccins, avec des indicateurs mesurables et des responsabilités attribuées.
4. **Méthodologie** : Séances interactives, travail en petits groupes, exercices expérientiels et présentations.
5. **Matériel** : projecteur, tableau de papier, marqueurs de différentes couleurs, fiches, ruban adhésif et pelote de laine.

Exemple d’ordre du jour d’une session de sensibilisation (demi-journée)

Unités	
8h00-8h15	Remarques d’ouverture
8h15-8h25	Présentation des participants
8h25-8h40	Tests avant l’atelier
8h40-9h25	Énonciation des objectifs de la session Délibération des valeurs (Exercice d’échauffement (5 à 10 déclarations))
9h25-10h25	Concepts clés en matière de genre et de santé
10h25-11h25	Exercice : l’histoire de Jeanne et Alain
11h25-11h40	Exercice : Marche de pouvoir
11h40-12h00	Pause
12h-12h15	Obstacles à la vaccination liés au genre
12h15-12h30	Politique et cadre juridique
12h30-12h40	Élaboration d’un plan d’action
12h30-12h40	Tests après la session de sensibilisation

Annexe 2 : Exemple de Formulaire d'évaluation Pré/Post Session de Sensibilisation (Partie A)

Organisation/
Agence/Fonction

Lieu de travail

Quel est votre
sexe?

Homme

☐

Femme

☐

Consentement

Merci de participer à la ‘session de sensibilisation sur les obstacles sexospécifiques et d’exclusion sociale et les solutions à une couverture vaccinale équitable en RDC’. Nous vous prions de remplir ce bref formulaire d’évaluation au mieux de vos connaissances; ça ne vous prendra qu’environ 5 minutes. Vos réponses seront anonymes et confidentielles et permettront de savoir si la session vous a permis de devenir plus familier/ère avec des concepts et approches sexospécifique et inclusive et leur application pour identifier des solutions qui peuvent améliorer l’accès aux services de vaccination dans votre localité. Si vous avez des questions concernant l’évaluation, n’hésitez pas à contacter les animateurs de cette session de sensibilisation. Si vous êtes d’accord pour remplir ce formulaire, merci de cocher oui. Si non, pas de problème, merci de cocher non.

Oui

☐

Non

☐

Pour chaque question ou déclaration qui suit, choisissez la réponse que vous pensez être correcte parmi les choix.

No.	Question	Choix Multiple
1.	Laquelle de ces suggestions est la définition du concept ‘la dimension de genre’ ? On peut aussi dire ‘dimension sexospécifique’	1. Terme médical utilisé pour désigner les caractéristiques biologiques afin de distinguer le sexe féminin, masculin ou intersexué 2. L’expérience interne et individuelle profondément ressentie du genre d’une personne qui peut correspondre ou non au sexe assigné à la naissance 3. Les caractéristiques largement apprises au travers de la socialisation qui sont attribuées aux femmes et aux hommes, telles que les normes, les rôles et les relations, varient d’une société à une autre et au fil du temps.

No.	Question	Choix Multiple
2.	Les hommes n’ont pas de rôle à jouer dans la santé de leurs femmes et de leurs enfants.	1. Vrai 2. Faux 3. Pas sûr(e)
3.	Les adolescentes non mariées qui sont mères devraient pouvoir faire vacciner leurs nouveau-nés/leurs bébés de moins de 12 mois sans crainte d’être jugées.	1. Vrai 2. Faux 3. Pas sûr(e)
4.	Je crois qu’il est nécessaire de comprendre et de remédier aux barrières liées aux inégalités sexospécifiques ou à d’autres facteurs sociaux pour augmenter la couverture vaccinale.	1. Vrai 2. Faux 3. Pas sûr(e)
5.	L’intégration d’une analyse sexospécifique et d’inclusion dans la gestion d’un programme demande à ce que l’on.....	1. Considère la problématique d’inégalité entre les hommes et les femmes en terme de ventiler les données par sexe 2. Considère la problématique d’inégalité entre les hommes et les femmes tout au long de la gestion du programme- de la conception à la mise en œuvre, jusqu’au suivi et l’ évaluation 3. Considère la problématique d’inégalité entre les hommes et les femmes seulement dans les services de santé et non au niveau opérationnel (ex : ressources humaines).
6.	Les femmes doivent se sentir à l’aise pour communiquer clairement leurs idées et exprimer clairement leurs sentiments et être capables de le faire sans risque de confrontation dans leurs interactions avec leurs familles et leurs communautés.	1. Vrai 2. Faux 3. Pas sûr(e)
7.	Je connais des actions que je pourrais entreprendre en tant que pour réduire certains obstacles sexospécifiques qui contribuent à la sous-vaccination des enfants 0-23 mois.	1. Vrai 2. Faux 3. Pas sûr(e)

Merci d’avoir rempli ce formulaire d’évaluation !

Annexe 3 : Quiz de connaissance & Réponses

(Module 1, section 1)

Objectif :
Clarifier la différence entre les concepts de base, le sexe et le genre. Choisir les réponses que vous pensez être le meilleur choix. Notez que vous pouvez faire cet exercice individuellement ou en groupe.

Déclarations	Vrai ou faux	Facteur lié au genre ou au sexe
1. Les hommes et les garçons ne doivent pas essayer de montrer leurs sentiments, en particulier leur vulnérabilité.		
2. Les femmes peuvent être plus exposées à certaines maladies infectieuses en raison de leur rôle de soignantes.		
3. Seules les femmes accouchent et seuls les hommes ont un cancer des testicules.		
4. Les femmes sont naturellement plus aptes à s'occuper des bébés et des enfants.		
5. Les femmes doivent obéir à leurs maris et ne pas les critiquer ou les contester.		
6. Les hommes sont les chefs de famille.		
7. La participation intensive des hommes à l'éducation des enfants aidera ces derniers à devenir plus équilibrés.		
8. Dans le cas de la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses, les hommes ont un risque plus élevé de maladie grave et de décès comparés aux femmes.		

Les scores : Quel que soit le score que vous obtenez, bravo d'avoir essayé !
Si vous avez obtenu 5 ou moins, il est recommandé de vous re-familiariser avec la première section et de refaire le quiz. Si vous avez obtenu entre 5 et 7, vous avez globalement compris les différences entre le genre et le sexe, mais vous devez tout de même revoir la première section de près. Si vous avez obtenu 8 ou plus, vous avez une bonne compréhension de la différence entre les concepts de genre et de sexe.

Les réponses sont ci-dessous. Ne les regardez pas avant de faire le quiz basé sur vos propres connaissances!

Réponses au quiz de connaissance des concepts genre et sexe et explications:

- 1. Faux :**
Facteur lié au genre (social). Raison: À travers le monde, les sociétés apprennent aux hommes et aux garçons à valoriser la force, le contrôle et l'autosuffisance, et d'éviter d'être vulnérables ou de demander de l'aide. Les manifestations de tristesse, de solitude, d'affection, d'amour et d'amitié entre hommes - plutôt que d'être reconnues comme authentiques et nécessaires - sont trop souvent interprétées comme des signes de faiblesse ou d'incapacité à être un "vrai homme".
- 2. Vrai :**
Facteur lié au genre (social). Des études sur l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest ont montré que les femmes étaient plus exposées à la maladie en raison des attentes sociales et de leur propre ressenti de ce rôle de soignantes (voir par exemple : Miriam N. Nkangu, et al. The perspective of gender on the Ebola virus using a risk management and population health framework: a scoping review, Infectious Diseases of Poverty. BMC. 2017; 6: 135. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5635524/>)
- 3. Vrai :**
Facteur lié au sexe (biologique). Ceci est basé sur des différences biologiques.
- 4. Faux :**
Facteurs liés au genre (social). Les attentes sociales sexospécifiques de comment les hommes et les femmes devraient se comporter dans la répartition du travail au sein du ménage restent profondément enracinées dans la plupart des sociétés. Les normes sexospécifiques restrictives comprennent les attentes selon lesquelles l'homme est le pourvoyeur de fonds, le chef de famille autoritaire chargé de la prise de décision et les femmes, quant à elles, sont censées s'occuper de la santé et du bien-être des enfants. Même si les études démontrent le rôle critique des hommes dans la socialisation des enfants et leur bien-être et que ces attentes que les femmes soient 'naturellement' plus capables d'être soignantes primaires sont plutôt socialement définies que biologiques. À cause de cela, soutenir des comportements équitables peut s'avérer difficile lorsque les normes sociales des groupes de référence restent inchangées. Si certains hommes sont favorables à ce que les femmes agissent ou travaillent hors du foyer, ils peuvent craindre de perdre le respect de leur communauté. Les femmes peuvent craindre la censure sociale et être considérées comme des mauvaises mères.⁴⁵
- 5. Faux :**
Facteur lié au genre (social) Selon les droits de l'Homme, chaque personne est née avec les mêmes droits d'atteindre leurs potentiels complets. Les attentes sexospécifiques restrictives qui justifient que les femmes et les filles sont d'un statut plus bas que des hommes et garçons risquent de créer et renforcer des relations entre les hommes et les femmes qui sont inégales et peuvent nuire aux droits des femmes et à l'égalité.

6. Faux :

Lié au genre (social). Les femmes comme les hommes peuvent être les chefs de famille. Dans de nombreux contextes, on suppose que l’homme doit être le chef de famille, le décideur final et la figure d’autorité. En RDC, environ un ménage sur quatre est dirigé par une femme qui peut n’avoir jamais été mariée ou être divorcée, veuve, séparée ou mère célibataire. Les femmes chefs de famille peuvent être confrontées à des barrières économiques et sociales particulières qui peuvent les empêcher d’utiliser et d’accéder aux vaccinations pour leurs enfants, comme la stigmatisation de la communauté ou des prestataires de soins de santé parce qu’elles ne sont pas mariées.

7. Vrai :

Basé sur le genre (social). Plusieurs études démontrent l’impact profond et durable de l’engagement des pères au développement de leurs enfants. Comme l’indique le cadre de travail : Soins Attentifs pour le développement de la petite enfance, (OMS 2018), il faut encourager et soutenir les pères et les soignants masculins à assumer un rôle parental central, en partenariat avec les femmes.⁴⁶

8. Vrai :

Basé sur le sexe (biologique). Klein SL, Flanagan KL. Plusieurs études indiquent que les hommes sont plus prédisposés physiologiquement à développer des cas plus sévères de maladies infectieuses que les femmes.⁴⁷

Annexe 4 : Étude de Cas pour découvrir pourquoi le genre est important pour la santé (Module 1, section 1)

Exercice : Étude de Cas pour découvrir pourquoi le genre est important pour la santé

Exercice Étude de Cas⁴⁸

Cette activité d’apprentissage vise à :

- Déclencher des réflexions rapides sur l’importance de la prise en compte du genre dans le domaine de la santé, sur la base de données mondiales, nationales ou régionales sélectionnées
- Introduire la distinction entre sexe et genre

Cet exercice nécessite une préparation préalable : Préparez des études de Cas “question” et “réponse” en utilisant le matériel fourni (dans la section Annexes du guide) ou créez votre propre carte. Marquez-les et gardez-les séparément pour faciliter leur identification et leur distribution.

Temps: 45 mins

Instructions:

- Cette activité fonctionne mieux en groupe de deux. Si plus de 20 personnes y participent, envisagez de former des groupes de quatre pour réduire le temps de réponse par groupe.
- Élaborer des fiches d’information supplémentaires spécifiques à une région ou à un pays. Certaines questions sont génériques, avec des réponses spécifiques à la région ou au pays. C’est une façon d’adapter le matériel et d’utiliser des comparaisons avec d’autres contextes sur des questions similaires avec les participants. N’oubliez pas que l’objectif de cette activité est d’établir le rôle du genre et de l’inégalité entre les hommes et les femmes dans la santé afin d’éliminer le scepticisme persistant chez les participants.
- Cet exercice peut également être facilité par des discussions en plénière en plaçant des faits choisis parmi les études de cas sur des diapositives ou des tableaux de conférence et en demandant aux participants d’en discuter. Cela peut être un bon complément aux ateliers ou réunions existants, où les activités sur le genre et la santé peuvent être limitées dans le temps.

Étape 1 :

- Distribuez des “questions” et des “réponses” au hasard aux participants et/ou aux groupes.
- Invitez les participants ou les groupes à trouver leur correspondance en se levant et en se déplaçant dans la salle.

Étape 2 :

Demandez aux participants de discuter avec leur partenaire ou leur groupe :

- a) Avaient-ils connaissance de ce fait auparavant ? Ont-ils été surpris par ce fait ?
- b) Comment peuvent-ils expliquer ce fait ?
- c) Que peut-on faire dans le secteur de la santé pour remédier à cette situation ?

46. Burgess A. (2006). The Costs and Benefits of Active Fatherhood: Evidence and Insights to Inform the Development of Policy and Practice. Fathers Direct: London, UK; Bronte-Tinkew, J., Carrano, J., Horowitz, A., & Kinukawa, A. (2008). Involvement among resident fathers and links to infant cognitive outcomes. Journal of Family Issues, 29(9), 1211-1244 ; Duch H., Doyle K., Kohli A., Levkov R. G., & Lundgren R. (2019). Loving Fathers, Thriving Children: Opportunities for Scaling Gender Transformative Approaches. In Early Childhood Matters: Advances in Early Childhood Development, 57–62. Early Childhood Matters Series No. 128. The Hague: Bernard Van Leer Foundation.

47. Peckham, H., de Grujter, N.M., Raine, C. et al. Male sex identified by global COVID-19 meta-analysis as a risk factor for death and ICU admission. Nat Commun 11, 6317 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41467-020-19741-6>; Klein SL, Flanagan KL. Sex differences in immune responses. Nat Rev Immunol 2016; Voigt EA, Ovsyannikova IG, Kennedy RB, et al. Sex Differences in Older Adults’ Immune Responses to Seasonal Influenza Vaccination. Front Immunol 2019.

48. Adapté de l’ouvrage de l’OMS intitulé Gender Mainstreaming in Health Managers : a practical approach. Manuel des facilitateurs (2011).

Étape 3 :

Demandez aux participants de rester en groupe pour présenter à l'assistance le fait indiqué sur leur étude de cas et fournir un bref résumé de leur discussion. En fonction de la taille du groupe et du temps imparti, vous devrez peut-être limiter les participants à un ou deux points intéressants à partager avec le groupe.

Étape 4 :

Terminez cette activité d'apprentissage en demandant aux participants quelles conclusions peuvent être tirées des faits présentés sur l'étude de cas.

- Après la discussion, soulignez que les différences biologiques entre les hommes et les femmes ne suffisent pas à expliquer les différences dans les formes de maladie. Les faits présentés sur l'étude de cas montrent certaines façons dont les conditions, les chances et les normes de vie peuvent influencer sur les états de santé des femmes et des hommes. En tant que professionnels de la santé publique, nous devons y prêter attention.
- Déclarer que les conditions de santé peuvent affecter différemment les femmes et les hommes. En d'autres termes, les différences de santé existent au-delà des conditions biologiques ou de vie, mais sont également influencées par le genre.
- Plusieurs des différences dans les états de santé indiqués sur l'étude de cas peuvent être soit atténuées, soit évitées complètement. L'atelier cherche à traiter à la fois les causes de ces différences et ce que les travailleurs de la santé peuvent faire pour les atténuer.
- Les faits de l'étude de cas nous amènent à une conclusion importante : les facteurs biologiques et sociaux sont importants pour la santé - en d'autres termes, le sexe et le genre comptent pour la santé des hommes et des femmes.

Étape 5 :

concluez par ce qui suit : Demandez aux participants de garder à l'esprit les faits de leur étude de cas en parcourant les modules. Les animateurs doivent également prendre note des points clés soulevés au cours de cette discussion afin de s'y référer tout au long de l'atelier - et de relier les futures activités d'apprentissage et les exemples aux faits présentés sur les études de cas.

Conseils pour les animateurs

Il s'agit d'un exercice d'échauffement conçu afin d'immédiatement éveiller l'intérêt des participants pour le sujet, en particulier ceux qui sont sceptiques quant à la pertinence de la question du genre en matière de santé. L'objectif de cette activité d'apprentissage n'est pas de discuter des questions techniques de santé pour chaque condition.

Encouragez les participants à se souvenir de leurs points et à les soulever lors de discussions ultérieures. Rappelez aux participants que les modules ne sont pas spécifiques à une maladie, mais qu'ils sont conçus pour renforcer les compétences en matière d'identification des dimensions sexospécifiques de la santé afin d'améliorer les résultats sanitaires.

Étude de cas 1

Q : Le sexe d'un enfant a-t-il une influence sur la probabilité d'être vacciné ?

R : La population la plus à risque de contracter la poliomyélite est celle des enfants de moins de 5 ans, plus de 80 % des cas se produisant chez les enfants de moins de 2 ans. Le sexe est un facteur de risque pour la polio, avec une légère prédominance chez les hommes, qui sont plus exposés au risque de développer une polio paralytique. Les femmes adultes sont également à risque si elles sont enceintes.

Dans une étude sur les vaccinations complètes par sexe (Restrepo-Méndez, et al. (2020)), bien que la plupart des pays étudiés aient montré des niveaux de couverture vaccinale complète plus élevés chez les garçons que chez les filles, ces différences liées au sexe étaient inférieures à trois points de pourcentage dans chacun des 59 pays et n'étaient statistiquement significatives qu'en Azerbaïdjan, au Belize, en Inde, au Mali et en Somalie. Les niveaux absolus d'inégalité liée au sexe étaient relativement élevés dans les régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental. Dans la région du Pacifique occidental, le niveau moyen de couverture vaccinale complète était inférieur de 10 % chez les garçons par rapport aux filles.

Les femmes bénéficient d'une couverture vaccinale plus faible en Asie centrale et du Sud. En outre, le sexe interagit avec d'autres facteurs, comme le statut socio-économique, pour influencer sur le statut vaccinal. Par exemple, les garçons des ménages les plus pauvres ont moins de chances d'être vaccinés. Les différences entre les sexes en matière de vaccination en Inde ne sont pas nécessairement liées au système de santé, mais reflètent plutôt des normes sociales profondément ancrées (Restrepo-Méndez, et al. (2020)).

Références : Fiche technique de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : le genre. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2018 (OMS/Polio/18.05).

Étude de cas 2⁴⁹

Q : Les responsabilités ménagères, comme la préparation des aliments, peuvent-elles présenter un risque pour la santé ?

R : Oui. Des études indiquent que les femmes et les enfants de moins de 5 ans ont tendance à être plus exposés aux maladies respiratoires que les hommes. Un facteur important est le rôle des femmes dans la cuisine et la garde des enfants. Une forte exposition à la fumée de la biomasse provenant de la cuisine intérieure est un facteur de risque majeur de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Une étude a révélé que la pollution de l'air des ménages par les combustibles solides représentait environ 35,64 % et 36,33 % du total des décès causés par des infections des voies respiratoires inférieures chez les enfants d'Afrique subsaharienne de moins de 5 ans et les femmes de 15 à 49 ans, respectivement. Une autre étude réalisée en Tanzanie a révélé que les enfants exposés à la pollution de l'air à l'intérieur des habitations, combinée à une vaccination retardée contre la rougeole, couraient un risque plus élevé de développer des cas graves de pneumonie. Les décès d'enfants dus à la pneumonie sont concentrés dans les pays les plus pauvres du monde et ce sont les enfants les plus démunis et les plus marginalisés qui en souffrent le plus. Selon les prévisions, 6,3 millions d'enfants de moins de cinq ans pourraient mourir de la pneumonie entre 2020 et 2030, selon les tendances actuelles. Au cours de la prochaine décennie, les décès seront probablement les plus nombreux au Nigeria (1,4 million), en

Inde (880 000), en République démocratique du Congo (350 000) et en Éthiopie (280 000). La pollution domestique due à l'utilisation de combustibles solides de cuisson à l'intérieur des habitations contribue à 29,4 % des décès dus à la pneumonie chez les enfants de moins de cinq ans dans le monde. Parmi les autres causes de décès par pneumonie figurent la malnutrition et le manque d'accès aux vaccins et aux antibiotiques.

Références : 9 millions d'enfants pourraient mourir en une décennie si le monde ne prend pas de mesures contre la pneumonie, mettent en garde les principales agences <https://www.unicef.org/press-releases/9-million-children-could-die-decade-unless-world-acts-pneumonia-leading-agencies>, (UNICEF 2020).
Fuel for life : l'énergie domestique et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2006 (<http://www.who.int/indoorair/publications/fuelforlife/en>, consulté le 23 novembre 2009).
Aneesa Vanker et al () Exposition précoce à la pollution de l'air intérieur ou à la fumée de tabac et aux maladies des voies respiratoires inférieures et respiration sifflante chez les nourrissons africains : une étude de cohorte de naissance longitudinale, The Lancet VOLUME 1, NUMÉRO 8, E328-E336, 01 NOVEMBRE 2017. ACCESSED NOVEMBRE 23 2020. disponible sur [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(17\)30134-1/fulltext#articleInformation](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(17)30134-1/fulltext#articleInformation)
Onyinyechi Bede-Ojimadu, Orish Ebere Orisakwe, Exposure to Wood Smoke and Associated Health Effects in Sub-Saharan Africa : Un examen systématique Consulté le 23 novembre 2020. Disponible à l'adresse <https://www.annalsofglobalhealth.org/articles/10.5334/aogh.2725/>.
Adaji, E.E., Ekezie, W., Clifford, M. et al. Understanding the effect of indoor air pollution on pneumonia in children under 5 in low and middle-income countries : a systematic review of evidence. Environ Sci Pollut Res 26, 3208-3225 (2019). <https://doi.org/10.1007/s11356-018-3769-1>

Étude de cas 3

Q : Les garçons et les filles ont-ils le même accès à des soins de santé de qualité ?

R : Pas toujours. Dans certains contextes, la discrimination sexuelle signifie que les filles ont moins de chances d'accéder aux vaccins, aux services de santé et à une bonne nutrition que leurs homologues masculins et vice-versa. Les garçons et les filles n'ont pas toujours le même accès à des soins de santé de qualité. Par exemple, les enquêtes menées au Bangladesh, en Inde, en Indonésie, au Népal, au Sri Lanka et en Thaïlande ont montré que, même lorsque les filles étaient vaccinées à un taux comparable à celui des garçons, elles n'étaient souvent pas conduites à un soignant ou à un établissement sanitaire lors d'une maladie. Une étude sur l'enquête DHS 2013 en RDC a révélé que les enfants d'adolescentes célibataires et de jeunes mères âgées de 23 ans et moins ont moins de chances d'être complètement vaccinés que les enfants de femmes mariées de plus de 24 ans. Les mères adolescentes ont tendance à être plus marginalisées en termes de pouvoir de décision, d'accès à l'information et de capacité à accéder aux services de vaccination.

Références : A.M. K, P.M. L, J.M. K, I.J. B. Prévalence et facteurs associés de vaccination partielle/non vaccinale des moins de cinq ans dans la ville de Goma, en République démocratique du Congo : Un projet communautaire transversal enquête. Pan Afr. Med. J. 2015 ; 20. <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/114062>. Consulté le 23 novembre 2020.
<https://www.who.int/life-course/news/women-and-girls-health-across-life-course-top-facts/en/>, consulté le 23 novembre 2020.
<https://www.who.int/life-course/news/women-and-girls-health-across-life-course-top-facts/en/>, consulté le 23 novembre 2020.
A.M. Kabudi et al. Prévalence et facteurs associés de vaccination partielle/non vaccinale des moins de cinq ans dans la ville de Goma, en République démocratique du Congo : Un projet communautaire transversal enquête. Pan Afr. Med. J. 2015 ; 20. <https://www.ajol.info/index.php/pamj/article/view/114062> (consulté le 19 juillet 2019).
Les femmes d'Asie du Sud-Est : un profil de santé. Delhi, Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, 2000 (http://www.searo.who.int/en/Section13/Section390/Section1376_5513.htm, consulté le 23 novembre 2009).

Étude de cas 4

Q : Les hommes et les femmes subissent-ils des violences dans les mêmes lieux, par les mêmes types d'auteurs ?

R : Non. Les femmes subissent des violences physiques, sexuelles et psychologiques dans leur foyer, souvent de la part de leur partenaire intime, dans des situations de conflit et dans les communautés, souvent de la part de personnes qu'elles connaissent. Parfois, elles meurent de ces situations, parfois elles restent dans un environnement dangereux. En RDC, la violence physique et/ou sexuelle exercée par un partenaire intime au cours de la vie était de 51 % pour les femmes et les adolescentes âgées de 15 à 49 ans et de 37 % pour les violences physiques et/ou sexuelles exercées par un partenaire intime au cours des 12 derniers mois (Enquête démographique et de santé 2013-2014). Les hommes qui subissent des violences, en revanche, sont souvent victimes de violences de la part d'étrangers et ont tendance à mourir à la suite d'un homicide commis par des inconnus. Une étude menée au Kasai a révélé que les femmes et les jeunes filles victimes de violences sexuelles étaient stigmatisées et que le coût des soins de santé constituait un sérieux obstacle à l'accès aux services de santé.⁵⁰ Les femmes victimes de SGVB doivent faire face à la stigmatisation sociale, entre 6 et 29 % d'entre elles étant bannies de leur foyer ou de leur communauté.⁵¹

Références : ONU Femmes. Base de données mondiale sur la violence contre les femmes. <https://evaw-global-database.unwomen.org/fr/countries/africa/democratic-republic-of-the-congo>. Accessed 23 novembre 2020.
García-Moreno C et al. Étude multipays de l'OMS sur la santé des femmes et la violence domestique à l'égard des femmes : les premiers résultats sur la prévalence, les résultats sanitaires et les réponses des femmes. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005 (http://www.who.int/gender/violence/who_multicounty_study/en, consulté le 23 novembre 2009).

Étude de cas 5

Q : Les femmes vivent-elles généralement plus longtemps que les hommes ?

R : Oui. Dans la plupart des pays, les femmes vivent plus longtemps que les hommes mais présentent des niveaux plus élevés de handicap ou de maladie. Ces années supplémentaires, elles ne les passent pas toujours en bonne santé. Les principales causes d'une espérance de vie plus faible chez les hommes que chez les femmes sont les maladies cardiaques, les accidents de la route, les cancers du poumon, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les accidents vasculaires cérébraux, les problèmes de foie, le cancer de la prostate et la violence interpersonnelle. Pour les femmes, il s'agit du cancer du sein, des affections maternelles et du cancer du col de l'utérus. Les rôles masculins et féminins influencent des différences telles que le mariage précoce augmente le risque de grossesse et de décès maternel pour les filles. Pour les hommes, des taux d'emploi plus élevés dans le secteur des transports les exposent à des risques de décès plus élevés sur les routes.

Références :
Organisation mondiale de la santé (OMS). (2019). Statistiques sanitaires mondiales : Vue d'ensemble. Genève, Suisse : OMS.
Sen G, George A, Östlin P. Inégalité, injustice, inefficacité et manque d'efficacité : l'inégalité des sexes en matière de santé. Pourquoi elle existe et comment nous pouvons le changer. Rapport final à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf, consulté le 23 novembre 2009).
Genre, santé et vieillissement. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2003 (http://www.who.int/gender/documents/en/Gender_Aging.pdf, consulté le 23 novembre 2009).

Étude de cas 6

Q : Les femmes et les hommes adultes sont-ils également vulnérables à l'infection par le paludisme ?

R : Principalement. Les données disponibles suggèrent que, si les hommes et les femmes adultes sont exposés de la même manière, ils sont susceptibles de manière égale aux infections. Les femmes enceintes font exception à la règle, car elles sont plus exposées au paludisme grave dans la plupart des régions endémiques. La gravité du paludisme est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et les conséquences ont tendance à être plus extrêmes pour les femmes, les filles et les garçons ; les femmes enceintes dans les zones d'endémie du paludisme ont un risque d'infection pendant la grossesse jusqu'à 50 % plus élevé que les femmes non enceintes. Le paludisme pendant la grossesse est lié à l'anémie et à un paludisme plus grave et peut entraîner l'avortement, la mortinatalité, la prématurité et un faible poids à la naissance.

Références : MESURE Évaluation. (2017). L'importance du genre dans les données sur le paludisme. Chapel Hill, Caroline du Nord. Consulté sur <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/fs-17-205d>
Organisation mondiale de la santé (OMS). (2017). "Le paludisme chez les femmes enceintes". Organisation mondiale de la santé. Genève, Suisse. Consulté sur www.who.int/malaria/areas/high_risk_groups/pregnancy/en/
Tolhurst R, Nyong'o FK. Regard sur le ménage : rôles des hommes et des femmes et réponses à la malaria au Ghana. Transactions de la Société royale de médecine tropicale et d'hygiène, 2006, 100 : 321-326.
Rapport mondial sur le paludisme 2008. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://apps.who.int/malaria/wmr2008>, consulté le 23 novembre 2009).
Genre, santé et malaria. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2007 (<http://www.rollbackmalaria.org/globaladvocacy/docs/WHOinfosheet.pdf>, consulté le 23 novembre 2009).

Étude de cas 7

Q : Les conflits armés affectent-ils les hommes et les femmes de la même manière ?

R : Non. Bien que les hommes et les garçons soient souvent plus susceptibles que les femmes d'être recrutés ou de rejoindre les forces armées - les exposant aux risques possibles pour la santé que ce rôle entraîne - les femmes et les filles civiles sont également les plus touchées par les conflits aujourd'hui. Les femmes et les jeunes filles peuvent être des combattantes ou être associées à des forces combattantes, et l'impact sur leur bien-être peut différer de celui de leurs homologues masculins en fonction de leur rôle. En outre, les femmes et les filles sont plus susceptibles que les hommes et les garçons de subir des violences sexuelles lors des conflits, ce qui a des répercussions supplémentaires sur leur santé physique et mentale et leur bien-être social. Une enquête de 2012 sur les effets du conflit sur les femmes et les hommes au Nord-Kivu a révélé que 10 % des hommes et 22 % des femmes ont subi des violences sexuelles pendant le conflit.

Références : Shoemaker J. Les femmes et les guerres au sein des États : conflits internes, droits des femmes et sécurité internationale. Guerres civiles, 2001, 4(3):1–34.
García Moreno C, Reis C. Overview on women's health in crises, Health in Emergencies, 2004, 20:2 (http://www.who.int/hac/network/newsletter/Final_HiE_n20_%20Jan_2005_finalpdf.pdf, consulté le 23 novembre 2009).
Slegh, H., Barker, G., Ruratotoye, B. & Shand, T. (2012). Relations entre les sexes, violence sexuelle et effets des conflits sur les femmes et les hommes au Nord-Kivu, dans l'est de la République démocratique du Congo : Résultats préliminaires de l'enquête internationale sur les hommes et l'égalité des sexes (IMAGES). Genre Sonke Justice Network et Promundo-US : Le Cap, Afrique du Sud, et Washington, DC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30092785>, consulté le 20 mai 2019.

Étude de cas 8

Q : Le risque d'infection par la tuberculose diffère-t-il entre les femmes et les hommes ?

R : Oui. La tuberculose (TB) est l'une des principales causes de décès dans le monde parmi les maladies infectieuses. Elle est la première cause de décès chez les femmes, les hommes, les filles et les garçons vivant avec le VIH et représente environ un décès sur trois lié au sida. Dans la plupart des pays, le taux de prévalence de la tuberculose est deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais les données disponibles ne sont pas suffisantes pour comprendre les vulnérabilités spécifiques des femmes et des filles.

Des études ont montré que les taux de prévalence des cas sont généralement plus élevés chez les hommes, et le ratio des cas de tuberculose prévalents par rapport aux cas notifiés - une indication du temps que mettent les patients à être diagnostiqués, en moyenne - était 1,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ce qui suggère que les hommes ont moins de chances que les femmes d'obtenir un diagnostic à temps.

Il n'existe pas de données désagrégées par sexe sur la mortalité due à la tuberculose en RDC. Dans la notification des cas de tuberculose : les hommes représentent 56% et les femmes 44%. L'épidémie de tuberculose touche plus d'hommes que de femmes, mais le manque de données désagrégées par sexe ainsi que la prévalence n'expliquent pas ce résultat. Ce manque de données ne permet pas non plus d'obtenir un résultat thérapeutique au niveau central.

Les filles sont plus vulnérables à la tuberculose que les garçons, mais entre 10 et 16 ans, les hommes et les garçons commencent à se déclarer plus souvent que les femmes et les filles (Organisation mondiale de la santé, 2002).

La vulnérabilité et le risque de tuberculose sont fortement influencés par le sexe, la pauvreté et l'exclusion. Le fait d'être pauvre en ressources, d'être socialement marginalisé, de vivre dans un logement exigu, d'être mal nourri et d'avoir un faible niveau d'éducation sont des déterminants sociaux clés. La féminisation de la pauvreté et l'inégalité entre les sexes contribuent encore à accentuer les différences entre les femmes, les hommes, les filles et les garçons dans toute leur diversité.

Par rapport aux femmes séropositives qui n'ont pas la tuberculose, les femmes vivant avec le VIH et la tuberculose ont 2,5 fois plus de risques de transmettre le VIH à leur bébé, et leur bébé a trois fois plus de risques de mourir. La tuberculose active non diagnostiquée peut atteindre jusqu'à 11 % chez les femmes vivant avec le VIH.

Les préjugés sexistes des médecins qui considèrent souvent la tuberculose comme une "maladie d'hommes" et les femmes ont moins de chances que les hommes de se faire dépister pour la tuberculose. Sur les plus de 10,4 millions de personnes qui tombent malades de la tuberculose chaque année, plus de 4,3 millions ne sont pas diagnostiquées, traitées ou officiellement notifiées par les programmes nationaux de lutte contre la tuberculose.

Les adolescents sont confrontés à des difficultés spécifiques liées à leur âge pour accéder à des soins appropriés lors de la transition entre les services de santé pour enfants et pour adultes, en particulier dans les milieux où la tuberculose est endémique et où les services de santé spécialisés pour adolescents sont généralement absents.

Références : Kathryn J. Snow, Charalambos Sismanidis, Justin Denholm, Susan M. Sawyer, Stephen M. Graham European Respiratory Journal 2018 51 : 1702352 ; DOI : 10.1183/13993003.02352-2017
Fonds mondial. (2018). Communauté de la tuberculose, évaluation des droits et du genre pour la RDC. Voir le Fonds mondial. (2017). Stratégie du Fonds mondial (2017-2022) : Investir pour mettre fin à l'épidémie. PNUD. (2015). Document de travail : Gender and Tuberculosis. New York, États-Unis. Consulté sur [http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20\(1\).pdf](http://www.undp.org/content/dam/undp/library/HIV-AIDS/Gender%20HIV%20and%20Health/Gender%20and%20TB%20UNDP%20Discussion%20Paper%20(1).pdf)
Horton, Katherine C., et autres (2016, juin). "Sex Differences in Tuberculosis Burden and Notifications in Low- and Middle-Income Countries" : A Systematic Review and Meta-Analysis." (2016, juin). PLOS Medicine, vol. 13, no. 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5012571/>

Voir le Fonds mondial. (2017). Stratégie du Fonds mondial (2017-2022) : Investir pour mettre fin à l'épidémie.
Voir le PNUD. (2015). Document de travail : Gender and Tuberculosis.
Plaidoyer pour le contrôle de la tuberculose au niveau international (ACTION). (2010). Les femmes et la tuberculose : Un regard sur une question négligée. Washington, DC. Consulté sur http://c1280432.cdn.cloudfiles.rackspacecloud.com/Women_Tuberculosis.pdf
Le Fonds mondial. (2016). Note d'information sur la tuberculose. Genève, Suisse. Consulté sur https://www.theglobalfund.org/media/4762/core_tuberculosis_infonote_en.pdf

Étude de cas 9

Q : L'implication des hommes influence-t-elle les résultats en matière de santé maternelle et infantile ?

R : Oui. La participation des hommes améliore les résultats physiques et psychosociaux de la santé maternelle et infantile. Elle conduit également à des résultats sociaux positifs pour les hommes eux-mêmes. Des études menées en Scandinavie ont montré que la participation des hommes aux programmes de santé maternelle et infantile peut réduire la morbidité et la mortalité maternelles et infantiles :

- moins d'enfants en insuffisance pondérale à la naissance dans les familles à faible revenu
- amélioration des résultats cognitifs des bébés prématurés et de faible poids à la naissance
- réduction de la durée du travail et du taux d'utilisation de la péridurale
- les urgences obstétriques peuvent être atténuées.

Références : Davis J, Luchters S, Holmes W. (2012) Men and Maternal and Newborn Health : Avantages, inconvénients, défis et stratégies potentielles pour impliquer les hommes. Melbourne, Australie : Compass : Women's and Children's Health Knowledge Hub.
Yargawa J, Leonardi-Bee J. (2015) Male involvement and maternal health outcomes : Revue systématique et méta-analyse. Journal of Epidemiology & Community Health, 0 : 1-9.
OMS. (2015) Recommandations sur les interventions de promotion de la santé pour la santé maternelle et néonatale. Genève : Organisation mondiale de la santé. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/health-promotion-interventions/en/
La paternité et les résultats de santé en Europe. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2007 (http://www.euro.who.int/GEM/publications/20070506_10, consulté le 23 novembre 2009).

Étude de Cas 10

Q : Les femmes et les hommes sont-ils représentés de manière égale parmi les nouveaux cas de VIH ?

R : Non. Les tendances du VIH au cours de la dernière décennie ont montré une augmentation significative du nombre de femmes vivant avec le VIH. Globalement, le pourcentage de femmes parmi les personnes vivant avec le VIH est resté stable à 50% depuis plusieurs années. Cependant, la part des femmes dans les infections est en augmentation dans plusieurs pays.

L'état de santé des prestataires de soins primaires, comme les personnes vivant avec le VIH ou touchées par la tuberculose, est un autre facteur qui peut jouer dans la diminution des vaccinations. En RDC, les femmes et les hommes en âge de procréer sont les plus infectés par

le VIH et davantage en milieu urbain qu'en milieu rural et davantage chez les femmes (1,6 % entre 15 et 49 ans) que chez les hommes (0,6 % entre 15 et 49 ans) (EDS 2013-2014).

Références : <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/sub-saharan-africa/nigeria>, consulté le 10 mai 2019.
Le point sur l'épidémie de sida 2008. Genève, Programme commun des Nations unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) et Organisation mondiale de la santé, 2008 (<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/Epi/UpdArchive/2007/default.asp>, consulté le 23 novembre 2009).

Annexe 5 : Exercice - Tempête de mots pour comprendre le genre par rapport au sexe

Objectif :
Aider les participants à développer une compréhension globale de ce qu’est le genre, y compris les différences spécifiques entre le sexe et le genre. Cet exercice peut être utilisé pour remplacer l’exercice de l’étude de cas ou comme moyen de revoir la différence entre le genre et le sexe.

Matériel : tableau de conférence, marqueurs, ruban adhésif
Durée : 20 minutes

Instructions:

Étape 1 : Dessinez le tableau ci-dessous sur une feuille de tableau de papier. Posez les questions suivantes aux participants :

- Quels sont les mots qui décrivent une femme ? Quels mots décrivent un homme ?

Conseil: Un autre animateur ou un participant désigné doit noter les réponses des participants dans les catégories figurant sur le tableau. Veuillez noter qu’il doit y avoir au moins cinq déclarations différentes pour les femmes et les hommes qui ont été partagées par les participants.

- Quelles sont les similitudes et les différences entre les mots écrits sur les hommes et sur les femmes ?
- Quels mots pourraient décrire à la fois les hommes et les femmes (vous pouvez attirer l’attention sur les exemples de la liste qui ont été attribués uniquement aux hommes ou uniquement aux femmes et demander “mais une femme ou un homme peuvent-ils également avoir ces caractéristiques ?”)

Filles ou femmes

Hommes ou garçons

Étape 2 :

- Encouragez les participants à commencer à s’interroger sur les valeurs qu’ils attachent aux hommes, aux femmes, aux garçons et aux filles ;
- Ne partagez pas la définition du genre et/ou du sexe (voir ci-dessous) avant que les participants n’aient exploré leur propre compréhension des différences entre le genre et le sexe ;
- Une fois que les participants ont partagé toutes leurs idées, demandez-leur s’il y en a dans la liste qui sont purement basées sur la biologie ;
- Demandez si certains mots de la liste sont plus étroitement liés aux structures sociales des systèmes, des choses qui s’apprennent par la socialisation ;
- Notez sur le tableau de papier ce que les participants définissent comme étant basé sur la biologie et ce qu’ils identifient comme étant appris par la socialisation (genre) ;
- Ensuite, demandez-leur s’ils peuvent donner une définition des différences entre “sexe” et “genre”.
- Après une discussion approfondie, résumez en partageant une définition claire du genre et du sexe.

Si vous avez le temps, vous pouvez faire l’exercice ci-dessous pour permettre aux participants de réfléchir à la manière dont le genre, en tant que construction sociale, a influencé leur propre vie personnelle.

Réflexion personnelle en binôme

Quand avez-vous réalisé pour la première fois que vous étiez un garçon ou une fille ?

- Quel a été le message qui a conduit à cette prise de conscience ?
- Qui vous l’a communiqué ?
- Où le message a-t-il été communiqué ?
- Comment vous êtes-vous senti ?
- Quel impact cela peut-il avoir sur la vie quotidienne d’un garçon ? Et d’une fille ?
- Quel est son impact sur la vie quotidienne d’une femme ? Et pour un homme ?

Vous pouvez ajouter : Le genre est l’un des plus puissants déterminants des comportements de recherche de la santé et des résultats équitables en matière de santé.⁵²

Le genre fait référence aux croyances et règles sociales largement partagées sur la façon dont les femmes, les hommes, les filles et les garçons doivent se comporter et varient au sein des sociétés et entre elles. Bien que la plupart des gens naissent de sexe masculin ou féminin, on leur enseigne les normes et les comportements appropriés, notamment la manière dont ils doivent interagir avec d’autres personnes du même sexe ou de sexe opposé au sein des ménages, des communautés et des lieux de travail. Lorsque des individus ou des groupes ne “correspondent” pas aux normes établies en matière de genre, ils sont souvent confrontés à la stigmatisation, aux pratiques discriminatoires ou à l’exclusion sociale - autant de facteurs qui ont des effets néfastes sur la santé. Le sexe est une influence à la fois en soi et par son interaction avec d’autres déterminants de l’inégalité et de la vulnérabilité en matière de santé. Le genre a une influence sur la santé dans trois domaines : les différences d’exposition aux déterminants sociaux de la santé (par exemple, la pauvreté, les risques du travail pour la santé) ; les comportements en matière de santé (par exemple, le régime alimentaire, les habitudes de recherche de soins) ; et la réponse du système de santé aux différents besoins des hommes et des femmes, des filles et des garçons.⁵³

⁵² OMS. Genre, équité et droits de l’homme : glossaire des termes et des outils. Consulté le 15 novembre 2020. Disponible à l’adresse <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/glossary/en/>.
⁵³ Payne S. (2014). Gender mainstreaming as a global policy paradigm : barriers to gender justice in health. J Int Comp Soc Policy. 30(1):28–40.

2. Utilisez les questions suivantes pour guider la réflexion collective :

- 2a) Quelles sont les différentes catégories sociales qui existent dans le domaine du projet que vous proposez (par exemple, les personnes handicapées, les personnes d'origine ethnique, religieuse, professionnelle, le statut socio-économique, la caste, etc.)
- 2b) Parmi ces catégories de personnes, quelles sont les plus marginalisées, les plus exclues ou les plus vulnérables ?
- 2c) Y a-t-il des groupes de personnes qui sont décrits dans les langues locales de manière péjorative ou désobligeante ? Si oui, lesquels ?
- 2d) En quoi sont-ils vulnérables, marginalisés ou exclus ?
- 2e) Quelles normes sociales et/ou pratiques culturelles existent dans ce domaine qui pourraient empêcher certaines personnes de bénéficier du projet ?
- 2f) Quels sont les acteurs ou les personnes qui influencent l'exclusion des groupes marginalisés ou vulnérables ?
- 2g) Quels sont les groupes ou institutions influents qui veillent au respect des normes sociales et de genre en matière d'exclusion ?
- 2h) Comment ces acteurs influents ou ces personnes, groupes ou institutions renforcent-ils les normes sociales et de genre qui font obstacle à l'inclusion sociale ?
- 2i) Quel sera le risque d'exclure les personnes marginalisées et vulnérables du projet ?
- 2j) Quel sera le rôle de ces acteurs influents ou de ces personnes, groupes ou institutions dans la modification des normes sociales et de genre afin de promouvoir l'égalité des sexes et l'inclusion sociale ?
- 2k) Comment ces personnes exclues, marginalisées et vulnérables peuvent-elles être ciblées dans le projet et bénéficier des interventions du projet ?

3. Passez en revue chaque question :

- 3a) Individuellement, et écrivez des idées pour chaque question. Notez d'abord ce qui vous vient à l'esprit (10 minutes). La réflexion silencieuse est puissante !
- 3b) Travaillez en binôme pour partager/discuter vos réponses question par question (10 minutes). Qu'avez-vous écrit en commun, qu'avez-vous pensé d'autre pendant la discussion ?
- 3c) Travaillez ensuite en groupe et passez en revue chaque question pour discuter et documenter les idées les plus courantes et ce qui pourrait manquer (30 minutes). Choisissez une personne pour jouer le rôle de facilitateur, ce qui permet de s'assurer que tout le monde partage ses idées au sein du groupe.

4. Le brainstorming en groupe sur les questions ci-dessous. Notez vos réponses sur des feuilles ou un tableau de conférence :
- 4a) De quelle manière votre projet peut-il changer le rapport/le statut des personnes marginalisées au sein des ménages et des communautés ? (10 minutes).
 - 4b) Parmi toutes les options que vous avez énumérées, lesquelles sont susceptibles d'être abordées dans votre projet ? Demandez à chaque personne de classer sa préférence en privé (5 minutes). Rassemblez les réponses en groupe et permettez une discussion sur le classement (10-15 minutes). À la fin de la discussion, vous devriez avoir au moins 3 bonnes (ou probables) idées que le projet peut inclure.

- 4c) Quelles sont les informations supplémentaires qui manquent ? Que devez-vous savoir d'autre pour que le projet soit plus inclusif (pour garantir que les personnes marginalisées, vulnérables et exclues seront incluses dans le projet et en bénéficieront) ?
- 4d) Comment obtenir les informations supplémentaires ou manquantes ?
- 4e) Remplissez le tableau ci-dessous en équipe. Sous les titres des colonnes se trouvent des références aux questions spécifiques qui devraient aider à remplir la colonne (par exemple, la question 2a aide à remplir la première colonne).
- 4f) Affichez la matrice sur un tableau de conférence et demandez aux participants de la remplir entièrement (liste des catégories sociales marginalisées, causes de marginalisation/exclusion, liste des personnes/groupes influents et des institutions qui renforcent l'exclusion, niveau d'exclusion, risque d'exclusion et stratégies d'atténuation suggérées pour l'inclusion).
- 4g) Cela vous aidera à visualiser les informations dont vous disposez déjà et les informations supplémentaires dont vous avez besoin à partir du suivi des évaluations ASIS (cela pourrait être à partir de la documentation à l'étape 2 ou d'une analyse ASIS participative à l'étape 3 par le biais d'entretiens de groupes et d'entrevues individuelles).
- 4h) Cela vous permet de comprendre de manière plus réaliste à quel point le problème peut être difficile à résoudre et sur quels points vous pourriez concentrer vos efforts.

Groupes sociaux marginalisés	Causes de marginalisation et de vulnérabilité	Autres personnes concernées qui influencent les attentes et les comportements des groupes exclus (groupes de référence)	Risque d'exclusion des projets	Suggestions de stratégies d'atténuation	Que devez-vous savoir d'autre pour améliorer le caractère inclusif du projet ?
2a	2b, 2c, 2d	2d, 2e, 2f, 2g	2b, 2c, 2h	2i, 2j, 2k	4a, 4b, 4c, 4d

Annexe 7: Liste des questions ACS

(Module 2, section 2)

Rôles et responsabilités

Ménage

(1) Profils démographiques des populations cibles (par exemple, sexe, appartenance ethnique, caste, âge, tendance migratoire, pourcentage de ménages dirigés par une femme ou un homme et par un enfant, taille des ménages, nombre de femmes enceintes et de mères allaitantes, nombre d'enfants handicapés) ?

(2) Répartition des tâches selon le genre : rôles, activités, travail et responsabilité des femmes, des hommes, des filles et des garçons ? Combien d'heures par jour les femmes et les hommes, les filles et les garçons consacrent-ils à un travail rémunéré/non rémunéré ? Comment leurs activités quotidiennes influencent-elles les activités du programme ou l'utilisation des services de vaccination/santé ?

(3) Les femmes/filles ou les hommes/garçons ont-ils des restrictions en termes de mobilité ?

(4) Les femmes et les filles peuvent-elles interagir avec un homme en dehors du foyer ? Comment ces normes influencent-elles l'accès des femmes et des filles aux services de vaccination et de santé ?

(5) Dans quelle mesure l'éducation des enfants est-elle considérée comme un rôle de femmes ou d'hommes? Qui emmène un enfant aux services de vaccination/santé ? Quelle est la perception des familles et de la communauté sur les principaux soignants et les personnes responsables de la santé des enfants ?

Communauté

(1) Les établissements de santé disposent-ils d'un comité de santé fonctionnel (ou similaire) qui comprend des membres de la communauté et se réunit régulièrement ? Les femmes participent-elles aux réunions organisées par le comité ? Les femmes occupent-elles des postes de direction ou de prise de décision au sein du comité ou n'exercent-elles que des fonctions de soutien ?

(2) À quels types d'activités, de réunions, d'associations, de réseaux sociaux et de groupes les femmes/filles et les hommes/garçons participent-ils respectivement ? Où se trouvent-ils ? Existe-t-il des espaces dans lesquels les femmes et les hommes interagissent de manière plus équitable ?

Établissement de santé local

(1) Pourcentage de filles et de garçons entièrement vaccinés ?

(2) Y a-t-il des différences spécifiques au genre entre les nouveau-nés/enfants féminins et masculins emmenés aux services de vaccination ? Si oui, quelles sont les causes et les normes qui dictent ces différences ?

(3) Comment le pourcentage d'enfants complètement vaccinés varie-t-il en fonction du niveau d'éducation ou d'alphabétisation de la mère (ou du père), de la situation professionnelle et de l'âge des mères ?

(4) Quelle est la proportion femmes/hommes parmi les soignants et les vaccinateurs ? Quelles sont les conséquences de ce ratio ? Quels sont leurs rôles et leurs compétences ? Y a-t-il des différences géographiques ?

(5) Y a-t-il des cas de manque de respect durant les soins de la part de soignants et des vaccinateurs, hommes ou femmes, à l'égard d'une cliente ou d'un client ? Existe-t-il un mécanisme de dépôt/d'examen de plainte ?

Accès et contrôle des ressources

Ménage

(1) Qui a accès à quelles ressources (humaines, naturelles, sociales, physiques, financières) ? Qui en détient le moins et pourquoi ? Comment cela affecte-t-il la qualité des soins de santé qu'ils reçoivent et les options de traitement ?

(2) Quelles sont les conséquences de l'absence de contrôle sur les ressources ?

(3) Quel est le pourcentage de mères qui travaillent en dehors de la maison ? Comment cela affecte-t-il l'accès aux services de vaccination/santé ? Qui contrôle les ressources qu'elles gagnent ?

Communauté

(1) Qui décide, influence et contrôle le déploiement des ressources liées à la santé (telles que les transports et les infrastructures) au sein de la communauté ?

(2) Dans quelle mesure ? Qui y a accès ? Qui n'y a pas accès et pourquoi ?

Établissement de santé local

(1) Les femmes et les hommes, les filles et les garçons se heurtent-ils à des obstacles dans l'accès aux services ou aux informations en matière de santé et de vaccination ? Quels sont ces obstacles ?

(2) Y a-t-il un centre PEV fonctionnel dans le centre de santé ? Les services de vaccination sont-ils basés au niveau des établissements ou fournis dans la communauté sous forme de services de proximité ? Ou les deux ?

(3) Les services de santé/immunisation sont-ils situés à moins de 5 km des communautés ? Le lieu de prestation des services exclut-il un groupe particulier ? Quel groupe et comment ?

(4) Les heures d'ouverture des centres de santé, l'aménagement ou le fonctionnement des services ou des services mobiles de proximité répondent-ils aux besoins des femmes et des hommes, des filles et des garçons ? L'un d'entre eux exclut-il un sexe spécifique ?

(5) Les adolescentes ont-elles accès à des services de santé reproductives et à des informations sur les contraceptifs, les infections sexuellement transmissibles, le cancer du col de l'utérus et le VPH ? Quels types d'obstacles entravent leur accès aux services et aux informations ?

(6) Quels types d'activités ont été mis en œuvre pour les adolescentes afin de promouvoir la vaccination contre le VPH ? Existe-t-il des activités visant à atteindre les filles non scolarisées ?

(7) Les produits, les infrastructures et les ressources humaines dans les établissements de santé/vaccins sont-ils suffisants pour répondre aux besoins de santé des femmes et des hommes, en fonction de la demande ? Qui décide de l'affectation de ces ressources et ces personnes sont-elles pleinement conscientes de la problématique hommes-femmes ?

(8) Les vaccinateurs et vaccinatrices ont-ils les mêmes possibilités de formation en matière de vaccination et d'autres compétences ? Quelles sont-elles ?

(9) Les vaccinateurs ou vaccinatrices se voient-ils refuser des promotions ou d'autres avantages car on présume qu'ils doivent faire face à des obligations familiales ou qu'ils manquent d'autonomie/de capacité ?

(10) Les vaccinateurs et vaccinatrices reçoivent-ils un salaire égal pour un travail égal, et ont-ils les mêmes possibilités de travailler le même nombre d'heures et de postes ?

Croyances et perceptions

Ménage

- (1) Qui prend les décisions dans les familles concernant la santé de l'enfant ?
- (2) Les femmes ont-elles la capacité de décider par elles-mêmes quels soins rechercher ? Quelles sont les limites, le cas échéant, auxquelles les femmes et/ou les hommes sont confrontés lorsqu'ils participent à la prise de décision concernant la santé des enfants ? Comment les pratiques sanitaires sont-elles influencées par les rôles des hommes et des femmes ?
- (3) Quel est le pourcentage de soignants qui ont confiance dans la sécurité et l'efficacité des vaccins ? Y a-t-il des différences en fonction du genre et de l'âge des soignants, de leur éducation, de leur lieu de résidence, de leur origine ethnique, etc. Y a-t-il des croyances négatives chez les personnes s'occupant d'enfants qui empêchent leurs enfants d'être vaccinés ?
- (4) Les hommes (pères) sont-ils d'accord pour dire que la vaccination de leur enfant est leur responsabilité première ? Y a-t-il des différences en fonction de l'âge, du niveau d'éducation, du lieu de résidence, de l'origine ethnique, de la caste, de la richesse, etc. des hommes ?

(5) Existe-t-il des croyances, chez les femmes et les hommes, les filles et les garçons, qui dissuadent les adolescentes ou les jeunes femmes de se faire vacciner contre le VPH? Y a-t-il des contraintes culturelles aux mesures visant à protéger les adolescentes contre la propagation des maladies sexuellement transmissibles ?

Communauté

- (1) Quelles sont les croyances des communautés qui les empêchent de faire vacciner leurs enfants ? Qui influence le plus et comment ?
- (2) Les femmes et les hommes ont-ils une influence égale dans la communauté pour décider comment les ressources communes liées à la santé seront investies et utilisées ?
- (3) Dans quelle mesure les voix des femmes sont-elles entendues, leurs intérêts pris en compte et leurs idées développées ? Et celles des hommes, filles ou garçons ?
- (4) Comment la communauté pense-t-elle que les femmes et les hommes, les filles et les garçons doivent se comporter ? Comment cette norme de genre influence-t-elle leurs comportements en matière de santé ?

Établissement de santé local

(1) Les femmes/filles et/ou les hommes/garçons préfèrent-ils un praticien et des vaccinateurs du même genre qu'eux ? Y a-t-il suffisamment de vaccinateurs et de soignants féminins et masculins ? Si ce n'est pas le cas, pourquoi et comment peut-on changer les choses ?

Communauté

- (1) Quelle est la méthode traditionnelle pour les femmes et les hommes, les filles et les garçons, d'obtenir des informations relatives à la santé ? Ces médias sont-ils accessibles de la même manière aux femmes et aux hommes ?
- (2) Certains des supports de communication de proximité existants en matière de santé/immunisation augmentent-ils les stéréotypes négatifs liés au genre ? Comment peuvent-ils être modifiés afin qu'ils tiennent davantage compte des différences entre les sexes ?
- (3) Existe-t-il des barrières linguistiques susceptibles de compromettre l'accès et la compréhension de certains groupes/communautés à l'information sur la vaccination/santé ?

Besoins et priorités

Ménage

- (1) Quelles connaissances, compétences, expériences et idées les femmes et les hommes, les filles et les garçons possèdent-ils pour parvenir à l'égalité des genres et à une couverture vaccinale complète ? Les femmes et les filles rencontrent-elles des obstacles ? Sont-elles sous-utilisées ? Si oui, pourquoi ?
- (2) Quel est le pourcentage de soignants (femmes et hommes) qui connaissent les types de vaccins et les calendriers recommandés ?
- (3) Quel est le pourcentage de personnes (femmes et hommes) qui peuvent nommer au moins un avantage de la vaccination pour leurs enfants ?

	(4) Quel est le pourcentage de personnes (femmes et hommes) s’occupant d’enfants de moins d’un an qui peuvent identifier le centre de vaccination le plus proche ? (5) Les femmes et les hommes ont-ils un type spécifique de vulnérabilité financière ou sociale qui peut affecter leur capacité à accéder et à utiliser les services de vaccination/santé ? Cette vulnérabilité est-elle aggravée par le genre, l’âge, l’appartenance ethnique ou religieuse ou d’autres facteurs ?
Communauté	(1) Quelles sont les vulnérabilités particulières des femmes, des hommes, des filles et des garçons dans la communauté ? En quoi sont-elles différentes selon le genre ? (2) Quel soutien communautaire est offert aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons pour faciliter l’accès aux services de vaccination/santé ?
Établissement de santé local	(1) Quel est le taux de satisfaction des femmes et des hommes, des filles et des garçons, quant à la qualité des services de vaccination/santé dont ils ont bénéficié ? Quelles sont les principales raisons du faible taux de satisfaction ? Y a-t-il des différences entre les femmes et les hommes, les filles et les garçons ? (2) Les femmes et les hommes (soignants), les filles et les garçons ont-ils confiance en leur prestataire de services de santé ? Se sentent-ils en sécurité et à l’aise dans les établissements de santé ? Cela est-il influencé par le genre des vaccinateurs/agents de santé ? (3) Les besoins sanitaires différents des femmes et des hommes, des filles et des garçons, sont-ils pris en considération dans la planification, la conception des programmes et l’élaboration du budget de la communauté, du district et du pays en matière de vaccination/santé ? (4) Les vaccinateurs et les agents de santé, hommes et femmes, disposent-ils des compétences minimales requises en matière de communication interpersonnelle pour fournir des services ? (5) Les programmes d’études et de formation en médecine et en soins infirmiers mettent-ils l’accent sur l’égalité des genres ? (6) Les équipes mobiles de vaccination sont-elles confrontées à des difficultés linguistiques (y compris en matière d’alphabétisation) lorsqu’elles fournissent des services ? Disposent-elles de mesures ou d’interprètes pour les surmonter ? (7) Les vaccinateurs et les agents de santé communautaires, hommes ou femmes, sont-ils victimes de harcèlement et/ou d’agressions sur leur lieu de travail ou sur le terrain, sous quelle forme et à quelle fréquence ? Pourquoi cela se produit-il ? Existe-t-il un code de conduite et/ou des mécanismes et procédures de signalement permettant de déposer une plainte pour harcèlement et/ou agression ?

Institutions, lois et politiques	
Institutions	(1) Les données désagrégées par genre et par âge sur le nombre d’enfants vaccinés sont-elles systématiquement collectées et utilisées dans la planification et le suivi de la santé ? Quels sont les domaines de données les plus nécessaires pour comprendre pleinement la dynamique du genre et les obstacles liés au genre afin d’accroître la couverture vaccinale ? (2) L’organisation, la disposition spatiale et le flux de patients dans l’établissement/les sites de vaccination affectent-ils différemment les femmes et les hommes, les filles et les garçons, les rendant plus ou moins susceptibles d’utiliser les services ? Comment peut-on les modifier ? Leur assurent-ils une certaine intimité ? (3) Les femmes et les hommes, les filles et les garçons, sont-ils traités sur un pied d’égalité en ce qui concerne la confidentialité des informations relatives à la santé ? (4) Quel est le pourcentage de femmes et d’hommes à différents niveaux du service de santé par niveau d’ancienneté, lieu, type de travail ? Combien de femmes occupent des postes de décision ? Que peut-on faire pour augmenter le nombre de femmes occupant des postes de haut niveau dans le secteur de la santé ?
Lois	1) Les systèmes juridiques intègrent-ils et assurent-ils l’égalité pour tous dans la prestation de services de santé ? Dans quelle mesure ces dispositions juridiques sont-elles sexotransformatrices ? (2) Comment cela impacte la capacité des femmes et des hommes à accéder aux services de santé et à en bénéficier, notamment pour la vaccination ?
Politiques	1) Existe-t-il des politiques équitables entre les genres en matière de vaccination/santé ? L’ensemble du personnel gouvernemental et sanitaire est-il pleinement conscient de ces politiques ? 2) Existe-t-il un cadre réglementaire sur l’égalité des genres, spécifique à la santé/l’immunisation, y compris des normes de performance pour l’emploi des femmes ? (3) Les budgets de santé des districts et de l’État sont-ils analysés et affectés selon les principes de l’équité entre les genres ?

Annexe 8:Tableau de la matrice ACS

(Module 2, section 2)

Domaine 1 : Rôles et responsabilités		
	La capacité des hommes, des femmes, des filles et des garçons à accéder aux stratégies de vaccination et à en tirer parti	La mesure dans laquelle le programme de vaccination peut améliorer la couverture vaccinale et l'équité
Ménage	Ex : Les femmes ont le triple fardeau du travail domestique, productif et communautaire.	Ex : si les femmes ne sont pas ciblées dans la formation à la vaccination, puisque ce sont elles qui feront vacciner leurs enfants, la portée du programme de vaccination des enfants sera réduite.
Communauté (y compris les relations interpersonnelles)		
Établissement de santé local		

Domaine 2 : Accès et contrôle des ressources		
	La capacité des hommes, des femmes, des filles et des garçons à accéder aux stratégies de vaccination et à en tirer parti	La mesure dans laquelle le programme de vaccination peut améliorer la couverture vaccinale et l'équité
Ménage		
Communauté		
Établissement de santé local		

Domaine 3 : Croyances et perceptions		
	La capacité des hommes, des femmes, des filles et des garçons à accéder aux stratégies de vaccination et à en tirer parti	La mesure dans laquelle le programme de vaccination peut améliorer la couverture vaccinale et l'équité
Ménage		
Communauté (y compris les relations interpersonnelles)		

Établissement de santé local		
Communication		

Domaine 4 : Besoins et perceptions

	La capacité des hommes, des femmes, des filles et des garçons à accéder aux stratégies de vaccination et à en tirer parti	La mesure dans laquelle le programme de vaccination peut améliorer la couverture vaccinale et l'équité
Ménage		
Communauté		
Établissement de santé local		

Domaine 5 : Institutions, lois et politiques

	La capacité des hommes, des femmes, des filles et des garçons à accéder aux stratégies de vaccination et à en tirer parti	La mesure dans laquelle le programme de vaccination peut améliorer la couverture vaccinale et l'équité
--	---	--

Institutions		
Lois		
Politiques		

Annexe 9: Exemples d’indicateurs sensibles à la dimension de genre (Module 3)

Une fois que l’ACS a été entreprise et que les écarts entre les sexes que le programme de vaccination cherche à combler ont été identifiés, les changements doivent être suivis et évalués. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples d’indicateurs à intégrer dans le cadre de suivi du programme pour s’assurer que les effets des interventions sur l’égalité des sexes sont clairement définis et mesurés. Veuillez noter que tous les indicateurs doivent être désagrégés par sexe et par âge.⁵⁵

Côté demande

- Une fois que l’ACS a été entreprise et que les écarts entre les sexes que le programme de vaccination cherche à combler ont été identifiés, les changements doivent être suivis et évalués. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples d’indicateurs à intégrer dans le cadre de suivi du programme pour s’assurer que les effets des interventions sur l’égalité des sexes sont clairement définis et mesurés. Veuillez noter que tous les indicateurs doivent être désagrégés par sexe et par âge.
- Pourcentage d’enfants complètement vaccinés selon l’éducation de la mère ;
 - Pourcentage de districts ayant accès aux services dans un rayon de 5 km ;
 - Pourcentage de mères n’ayant pas fait vacciner leur enfant en raison de longs délais d’attente ;
 - Pourcentage de personnes s’occupant d’enfants qui déclarent que la vaccination est une norme sociale dans leur communauté
 - Pourcentage de sessions de sensibilisation par an avec des groupes de femmes

- Pourcentage d’établissements de santé qui impliquent les communautés dans le processus de microplanification,
- Pourcentage de groupes communautaires qui comptent des femmes à des postes de direction,
- Questions pour les groupes de discussion avec des groupes de femmes, des groupes d’hommes, des groupes de soignants, des groupes de chefs religieux et traditionnels, des groupes d’influence de femmes et d’hommes, des autorités locales, etc.

Côté fournisseurs

- Le personnel de santé impliqué dans la vaccination (ex. % de vaccinatrices par rapport aux vaccinateurs) ;
- Niveau de sensibilité de la main-d’œuvre aux questions de genre (capacité à être respectueuse, réactive et empathique aux besoins de ceux qui peuvent être stigmatisés et vulnérables, de ceux qui ont des croyances, des pratiques et des besoins culturels et linguistiques différents en matière de santé) ;
- Niveau de communication efficace pour répondre aux rapports d’événements indésirables graves suite à l’immunisation afin d’assurer la confiance et d’apaiser les craintes ;
- Les questions liées au genre dans la qualité du service, telles que les temps d’attente ou les longues files d’attente pour assurer la sécurité des vaccinatrices
- Mise à disposition d’une information ciblée sur les avantages de la vaccination aux mères moins instruites et aux prestataires de soins primaires.
- Proportion de logements médicaux fournis au personnel de santé féminin, y compris dans les zones rurales et éloignées.
- Pourcentage d’établissements ayant une fonction de comité de santé ou similaire qui comprend des membres de la communauté et se réunit au moins une fois par trimestre
- Preuves que des données désagrégées par sexe sont régulièrement collectées et utilisées pour informer tous les domaines de la planification et du suivi de la santé et des preuves que les programmes d’études en médecine et en soins infirmiers mettent l’accent sur le genre et la santé
- Nombre d’établissements qui mettent en œuvre des protocoles pour traiter la violence physique et la violence liée au sexe.

⁵⁵ Les indicateurs sont extrapolés à partir du Groupe de référence pour l’équité en matière de vaccination. (2018). Un objectif de genre pour faire progresser l’équité en matière de vaccination. Document de travail du GRE 05.

Annexe 10: Exemples d’énergiseurs et de brise-glace

Exercice : Énergiseurs

Les spaghettis (groupes de 5 à 10 personnes) :

Le groupe forme un cercle serré. Chacun met ses mains au centre. Avec une main, chacun attrape la main d’une autre personne. Puis, avec l’autre main, chacun saisit la main d’une personne différente. L’objectif du jeu est de se démêler sans lâcher prise. En grimpant, en rampant et en se tortillant, les participants peuvent créer un grand cercle ouvert ou, parfois, deux cercles non reliés. S’ils sont totalement bloqués, vous pouvez leur dire qu’ils peuvent choisir de défaire un lien, puis de se reconnecter une fois que cette personne s’est retournée, et voir si cela fonctionne. Ce stimulant est amusant et crée un lien entre les participants. Il communique aussi subtilement des idées de travail en commun pour accomplir une tâche.

L’iceberg qui rétrécit (groupes de 5 à 8 personnes) :

Posez une couverture ou plusieurs feuilles de papier journal sur le sol. Demandez au groupe de se mettre debout dessus. Expliquez ensuite qu’il s’agit d’un iceberg qui fond, réduisant sa taille de moitié chaque mois. L’objectif est de voir combien de temps ils peuvent tous rester dessus. Demandez-leur d’en descendre et de plier la couverture en deux ou d’enlever la moitié du papier. À chaque fois, réduisez la surface de moitié et voyez comment ils peuvent trouver des moyens de se soutenir mutuellement pour permettre à chacun de rester dessus.

Le rainstorm (exercice physique mais calmant ; peut être utilisé à la fin) :

Demandez au groupe de se tenir en cercle, les yeux fermés. Dites qu’un orage approche. Demandez à chacun de se frotter la paume des mains contre la jambe de son pantalon. Ensuite, demandez-leur de se tapoter légèrement les cuisses du bout des doigts. Demandez-leur de le faire plus fort. Maintenant, demandez-leur de tapoter leurs mains contre leurs cuisses. Ensuite, demandez-leur de commencer à taper de plus en plus vite sur leurs cuisses. Au bout d’un moment, revenez à des claques plus légères, puis à des tapotements, etc., en inversant l’ordre jusqu’à ce que le calme revienne et que l’orage soit passé. Au début, le vent soufflait sur les arbres, puis une pluie légère a commencé, puis une pluie plus forte, puis une averse, et enfin tout s’est éteint.

Se mêler, se mêler :

Les individus se répartissent dans la salle ; l’animateur dit “répartissez-vous” et les participants se répartissent; lorsque l’animateur appelle un numéro (ex. trois), les participants doivent se réunir par groupes de trois ; pour ne pas être éliminés, trouvez et formez des groupes de trois ; alors l’animateur peut appeler des groupes de 5, des groupes de 2, les groupes de 2 femmes et les groupes de 2 hommes, etc. Ceux qui sont éliminés sont invités à partager ce qu’ils ont appris de l’exercice.

Attrapez le moustique de la malaria !

Que tout le monde se lève. Les participants font semblant d’être attaqués par une nuée de moustiques porteurs de la malaria. Demandez-leur d’essayer de tuer les moustiques en tapant des mains l’une contre l’autre. Commencez par un essaim au-dessus de leur tête, puis descendez devant eux, à gauche et à droite, et enfin à leurs pieds. Une alternative consiste à leur demander de protéger leur voisin et de tuer les moustiques de la malaria dans la même direction autour de leur voisin.

Le genre du corps :

Demandez à chacun de se lever et de former de petits groupes avec ses voisins. Attribuez à chaque groupe un “terme de genre” qui a été utilisé dans la formation, en veillant à en choisir des courts. Les exemples incluent le sexe, le genre, l’égalité, les normes et les rôles. Chaque groupe doit rapidement décider ensemble comment épeler le terme assigné avec son corps (en formation de ligne, avec mouvement, etc.) et ensuite le démontrer au reste des participants. Si les animateurs souhaitent également utiliser cette méthode pour rappeler des termes, les groupes peuvent être invités à définir leur terme après leur démonstration d’orthographe”.

Affirmer les engagements en faveur de l’égalité des sexes :

Écrivez la phrase “L’égalité des sexes est bonne pour la santé” sur un tableau de conférence ou dans un endroit visible où tout le monde peut la voir. Demandez à tout le monde de se mettre en cercle - loin des matériels de l’atelier. Un par un, chaque personne compte. 1, 2, 3, 4. La cinquième personne dira le premier mot de la phrase (l’égalité). Le comptage recommence à partir de 6, et la dixième personne dira le deuxième mot de l’expression (des). Le comptage recommence à partir de 7 et la quinzième personne dit “sexe”, et ainsi de suite. Si quelqu’un perd le compte ou oublie de remplacer un nombre par un mot dans la phrase, le groupe doit recommencer avec le mot “l’égalité”. Continuez jusqu’à ce que la phrase soit complète.

Annexe 11: Autres termes clés⁵⁶

Terme	Définition
Données désagrégées	Données désagrégées par sous-catégories détaillées. Les données désagrégées peuvent révéler des privations, des exclusions et des inégalités qui ne sont peut-être pas entièrement reflétées dans les données agrégées. Les données collectées sur les personnes peuvent être classées par sexe, âge, statut de handicap, groupe ethnique, niveau d'éducation et différences entre zones rurales et urbaines, entre autres.
Approche “ne pas nuire”	Une approche “ne pas nuire” dans les projets et programmes exige une analyse permanente pour garantir que les risques potentiels de perpétuer ou de renforcer involontairement les inégalités entre les sexes et l'exclusion sociale dans le cadre d'une intervention sont évalués en permanence et contrôlés de manière proactive, et que des mesures correctives/compensatoires soient prises, le cas échéant.
Autonomisation	Varie dans l'espace et est spécifique au contexte. Il comprend la sensibilisation, le renforcement de la confiance en soi, l'élargissement des choix, le contrôle des ressources et de l'idéologie et est lié à l'agence. Il est relationnel et intrinsèquement politique car le processus concerne les changements dans les relations de pouvoir. Les relations de soutien sont essentielles pour promouvoir un changement social positif en transformant les structures et les institutions qui renforcent et perpétuent la discrimination et l'inégalité.
Violence basée sur le sexe (GBV)	Terme générique désignant tout dommage perpétré contre la volonté d'une personne et ayant un impact négatif sur la santé physique ou psychologique, le développement et l'identité de cette personne ; et qui résulte d'inégalités de pouvoir entre les sexes qui exploitent les distinctions socialement attribuées entre les hommes et les femmes, et entre les hommes et entre les femmes. La violence liée au sexe est ancrée dans les inégalités économiques, sociales et politiques entre les hommes et les femmes, et la nature et l'ampleur de certains types de violence liée au sexe varient selon les cultures, les pays et les régions.

56. Ces termes ont été extrapolés à partir de World Vision (2020). Une boîte à outils pour intégrer l'égalité des sexes et l'inclusion sociale dans la conception, le suivi et l'évaluation. Disponible à l'adresse suivante : https://www.worldvision.org/wp-content/uploads/2020/05/GESI_DME_toolkit.pdf. Consulté le 10 août 2020.

Terme	Définition
Approche-sexo-transformateur	Les approches du programme -transformateur s'efforcent activement d'examiner, de remettre en question et de modifier les normes sociales néfastes et les déséquilibres de pouvoir afin d'atteindre les objectifs d'égalité des sexes et d'inclusion sociale. La transformation de est un concept continu et relatif qui cherche à modifier les rôles et les relations sociales pour les rapprocher de l'égalité et de l'inclusion sociale dans un contexte donné. Comme les cultures et les sociétés évoluent différemment, ce qui est transformateur dans un contexte peut ne pas l'être dans un autre. Les approches de l'ASIS s'attaquent généralement à l'un des domaines de la prise de décision, des systèmes d'égalité et de la participation, en plus de traiter de l'accès et du bien-être : ● encourager l'examen critique des inégalités et des rôles, normes et dynamiques sociaux ; ● reconnaître et renforcer les normes positives qui soutiennent l'égalité, l'inclusion sociale et un environnement favorable ; ● promouvoir la position relative des femmes, des jeunes filles et des autres groupes vulnérables ; ● l'évolution des structures sociales sous-jacentes, des politiques et des normes sociales largement répandues qui perpétuent les inégalités et l'exclusion sociale.
Des soins centrés sur les personnes	Une approche des soins qui adopte consciemment les perspectives des individus, des familles et des communautés, et les considère comme des participants et des bénéficiaires de systèmes de santé fiables qui répondent à leurs besoins et préférences de manière humaine et holistique. Les soins centrés sur l'être humain exigent que les personnes disposent de l'éducation et du soutien dont elles ont besoin pour prendre des décisions et participer à leurs propres soins. Ils sont organisés autour des besoins et des attentes des personnes en matière de santé plutôt que des maladies. ⁵⁷
Personnes handicapées	Toutes les personnes handicapées, y compris celles qui présentent des déficiences physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles de longue durée, qui, en interaction avec les barrières comportementales et environnementales, entravent la participation pleine et effective à la société dans des conditions d'égalité.

57. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/ipchs-what/en/>

Groupes vulnérables

Groupe d'individus qui sont défavorisés et plus susceptibles de tomber dans la pauvreté et d'autres préjudices que d'autres membres de la population parce qu'ils ont moins de pouvoir, sont plus dépendants, sont moins visibles ou sont autrement marginalisés. Ces groupes peuvent inclure les ménages dirigés par une femme, les personnes âgées, les orphelins, les familles démunies, les personnes handicapées, les minorités raciales et ethniques, les migrants, les réfugiés et les personnes vivant avec le VIH ou avec d'autres problèmes de santé chroniques.

Annexe 12: Les niveaux de l'échelle d'évaluation sexotransformatrice⁵⁸

Nuisible ou inégalitaire entre les sexes

Les inégalités et les différences entre les sexes sont exploitées, intentionnellement ou non, dans la poursuite des objectifs des programmes ou des interventions.

- Le genre n'est pas mentionné dans les documents du programme.
- Le genre ne fait pas partie de l'analyse situationnelle du programme.
- Les objectifs, les résultats et les indicateurs ne visent pas explicitement l'égalité des sexes.
- Les données ne sont pas désagrégées par sexe (homme et femme).
- Aucune ressource humaine et financière spécifique n'est allouée à l'égalité des sexes.
- Les inégalités et les différences entre les sexes sont exploitées, intentionnellement ou non, dans la poursuite des objectifs du projet ou de l'intervention.
- Cette approche exacerbe les inégalités et, à long terme, peut compromettre les objectifs des projets/programmes/interventions.

Aveugle au genre

Il ignore les normes, les rôles et les relations entre les sexes et tend à aggraver les inégalités entre les sexes.

- Le genre n'est pas mentionné dans les documents du programme.
- Le genre n'est pas intégré dans l'analyse de la situation des droits de l'enfant.
- Le programme n'identifie pas les différences entre les filles et les femmes, et les garçons et les hommes.
- Les objectifs, les résultats et les indicateurs ne visent pas explicitement l'égalité des sexes.
- Les données ne sont pas désagrégées par sexe (homme et femme).
- Aucune ressource humaine et financière spécifique n'est allouée à l'égalité des sexes.
- Ces programmes/interventions sont souvent basés sur le principe d'être "juste" en traitant tout le monde de la même façon.

Les organisations sensibles au genre cherchent à améliorer la condition quotidienne des femmes et des jeunes filles en abordant des questions pratiques liées au genre. Elles ne cherchent pas à transformer les relations entre les sexes.

- Les questions de genre sont clairement intégrées dans l'ensemble des documents du programme.
- L'analyse des droits de l'enfant en fonction du genre est un élément central de la conception du programme.
- Des solutions spécifiques pour répondre aux besoins, intérêts et préoccupations spécifiques des femmes et des filles sont incluses dans les objectifs, les résultats (effets) et les indicateurs du programme.
- Toutefois, le programme ne s'attaque pas aux causes profondes de l'inégalité entre les sexes (normes sociales, croyances culturelles, valeurs).
- Les données sont désagrégées par sexe (homme et femme).
- Des ressources humaines et financières spécifiques sont allouées à la promotion de l'égalité des sexes.
- Ces programmes ne transforment généralement pas les relations entre les genres. Ils tendent à améliorer la condition quotidienne des femmes et des filles (ou leurs besoins pratiques), mais pas leur position sociale (la façon dont elles sont valorisées dans la société).

Sexotransformateur :
Il y a une intention explicite de transformer les relations de pouvoir inégales. L'objectif va au-delà de l'amélioration de la condition des femmes et des filles et vise à améliorer leur position sociale (la façon dont elles sont valorisées dans la société) ainsi que la pleine réalisation de leurs droits.

- Une analyse approfondie des droits des femmes, des filles, des hommes et des garçons est un élément central de la conception des programmes.
- Les objectifs, les résultats et les indicateurs visent explicitement à lutter contre l'inégalité des genres, la violence fondée sur le sexe, les rôles et les stéréotypes sexistes.
- Les causes profondes de l'inégalité (normes sociales, croyances culturelles, valeurs) sont abordées de front dans le programme, et à tous les niveaux (y compris politique).
- Les données sont désagrégées par sexe (homme et femme).
- Des ressources humaines et financières spécifiques sont allouées pour s'attaquer aux causes profondes de l'inégalité entre les sexes.
- Dans cette approche, les efforts de sensibilisation visent à transformer tout un projet et une organisation pour modifier les relations de pouvoir.
- Les programmes s'adressent aux filles, aux garçons, aux femmes et aux hommes. En même temps, ces programmes peuvent se concentrer sur l'autonomisation des femmes et des filles. Ils peuvent également adopter une approche spécifique au genre et donc considérer les besoins spécifiques ou les intérêts stratégiques des femmes et/ou des filles, des hommes ou des garçons, basés sur le fait qu'elles ou ils font face à des obstacles additionnels qui empêchent un statut égalitaire. Ces approches ciblent et bénéficient intentionnellement un groupe spécifique de femmes, de filles, d'hommes ou de garçons pour atteindre certains objectifs de politique ou de programme ou répondre à certains besoins.
- Mêmes éléments que les projets sensibles au genre.
- Ces programmes visent généralement à transformer les relations inégales entre les sexes. Ils tendent à améliorer la position sociale des femmes et des filles (la façon dont elles sont valorisées dans la société) ainsi que la réalisation de leurs droits.

