



# Profil genre et polio

Préparé pour le projet de surveillance renforcée de la polio au niveau communautaire en Afrique

**GenderTech**

Juin 2021

# Remerciements

Ce profil a été préparé par le Global Center for Gender Equality de l'Université de Stanford pour le projet « Surveillance renforcée de la polio au niveau communautaire en Afrique », soutenu par la fondation Bill & Melinda Gates. Les résultats et les conclusions qu'il contient sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement les positions ou les politiques de la fondation Bill & Melinda Gates.

Le rapport initial a été rédigé par Sini Ramo, puis développé et finalisé par Chris Hunter et Franz Wong. L'analyse quantitative et qualitative de l'évaluation des besoins en formation a été réalisée par Sini Ramo et Loida Erhard. Ce rapport s'appuie sur les entretiens avec les informateurs clés menés par Faty Kane et Fabrice-Mickaël Ramadan-Mamata. La mise en page et la conception graphique du rapport ont été réalisées par Rebecca Richards-Diop et Jessica Stone-Weaver (RRD Design). La révision a été effectuée par Kathy Schienle. Photo de couverture par Sam Phelps.

# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>2</b>
<b>RESUME DES OPPORTUNITES ET OBSTACLES LIES AU GENRE DANS L'ERADICATION DE LA POLIO</b>	<b>4</b>
<b>ACRONYMES</b>	<b>9</b>
<b>DEFINITIONS</b>	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>2. METHODOLOGIE</b>	<b>13</b>
Cadre conceptuel	13
Cadre analytique pour comprendre les opportunités et les barrières liées au genre	15
<b>3. OPPORTUNITES ET BARRIERES LIEES AU GENRE DANS L'ERADICATION DE LA POLIO</b>	<b>17</b>
Niveau individuel	17
Facteurs sexospécifiques habilitants ou contraignants au niveau communautaire	25
Système de santé	30
<b>4. PROFIL GENRE DES ORGANISATIONS PARTENAIRES DU PROJET</b>	<b>36</b>
Stratégies et politiques organisationnelles	36
Composition du personnel du projet et des organisations communautaires	38
Résultats de l'enquête sur les besoins en formation et des entretiens avec les informateurs clés	39
Conclusion et Implications pour le projet	49
<b>ANNEX A.</b>	<b>51</b>
Données PFA pour le Tchad, le Cameroun, la DRC, et le Niger	51

# Résumé des opportunités et des obstacles liés au genre dans l'éradication de la polio

L'objectif du Profil genre et polio est de mettre en évidence les liens entre le genre et les processus et résultats de l'éradication de la polio, et d'identifier les lacunes et obstacles liés au genre dans la surveillance de la polio, la vaccination contre la polio et d'autres activités d'éradication de la polio. Ce profil a été spécifiquement développé pour améliorer la compréhension du personnel du projet de surveillance renforcée de la polio au niveau communautaire en Afrique. Ce résumé se concentre sur une vue d'ensemble des facteurs et des obstacles liés au genre dans l'éradication de la poliomyélite aux niveaux individuel, familial, communautaire et du système de santé.

Au **niveau individuel**, il existe quatre principaux obstacles liés au genre : l'éducation et l'alphabétisation, le temps comme ressource, l'expérience avec le système de santé et les contraintes financières. De nombreuses études ont établi un lien entre les *faibles niveaux d'éducation et l'analphabétisme* des parents et la vaccination inadéquate des enfants. Cependant, la plupart des recherches se concentrent sur la mère en tant que principale soignante, et des recherches menées dans divers contextes ont révélé un lien étroit entre l'éducation de la mère, la santé de l'enfant et les résultats positifs de la vaccination. L'éducation et/ou l'alphabétisation pourrait être liée à la vaccination des enfants et à d'autres questions de santé de plusieurs façons, notamment en raison d'une corrélation étroite entre un faible niveau d'éducation, un statut socio-économique peu élevé et un manque de ressources constituant un obstacle à l'accès aux services de santé dont la vaccination.

Alors que les femmes qui sont plus instruites, quel que soit leur niveau d'études, sont plus susceptibles de faire vacciner leurs enfants, tant en milieu urbain que rural, d'autres recherches ont conclu que la « littératie en matière de santé » des mères est plus importante pour la vaccination des enfants que le niveau d'études, ce qui suggère un point d'entrée utile pour améliorer les taux de vaccination contre la polio.

Le *temps* constitue une ressource rare pour de nombreuses femmes, et la nécessité de jongler avec des obligations concurrentes peuvent créer des obstacles à la vaccination. Le temps que les femmes consacrent aux soins familiaux est déterminé par les rôles et les responsabilités des hommes et des femmes, et influencé par des facteurs tels que la composition du ménage, la situation économique, les moyens de subsistance et les conditions environnementales, entre autres. La faiblesse des infrastructures sociales et physiques est susceptible d'avoir le plus grand effet sur les femmes dans les régions éloignées ou touchées par des conflits, tandis que les exigences d'un emploi à l'extérieur du ménage constituent une contrainte plus courante sur le temps des femmes dans les zones urbaines.

Plusieurs études ont établi un lien entre *l'utilisation par les femmes des services de santé maternelle* et la probabilité accrue de la vaccination des enfants ; les obstacles liés au genre qu'elles rencontrent pour accéder aux soins de santé pour elles-mêmes affecteront également l'accès aux services de vaccination des enfants. Un autre aspect des expériences en matière de soins de santé est que les femmes qui subissent un traitement discriminatoire ou sont stigmatisées comme étant de mauvaises mères en raison d'enfants malades ou mal nourris pourraient être réticentes à utiliser les services de santé à l'avenir.

Les *obstacles financiers* sont un obstacle fréquemment cité dans l'accès aux services de santé, y compris la vaccination. Les hommes comme les femmes pourraient manquer de ressources financières, mais les femmes ont tendance à avoir moins d'argent que les hommes dans le même ménage et sont généralement moins ou pas du tout payées par rapport aux hommes et sont nettement surreprésentées dans le travail productif non rémunéré. Bien que les services de vaccination soient généralement gratuits, le transport, par exemple, ajoute un coût « caché » dans de nombreux contextes. Il peut s'agir d'un obstacle sexospécifique lorsque les femmes qui ne sont pas proches des services de santé et qui n'ont pas leur propre moyen de transport sont supposées trouver des ressources ou mobiliser un moyen de transport pour emmener les enfants se faire vacciner. En cas de demandes concurrentes dans un contexte de ressources limitées, la subsistance aura la priorité sur la plupart des services de santé, et en particulier sur les services préventifs comme les vaccins.

La prise de décision au **niveau des ménages** constitue une dimension critique entre les sexes étant donné qu'elle est au centre des interventions visant à augmenter la vaccination des enfants et qu'elle crée et maintient des inégalités entre les sexes. Les différents rôles et statuts attribués aux femmes et aux hommes au sein du ménage influencent le contrôle que les femmes ont sur les ressources et sur les décisions qu'elles pourraient prendre, y compris celles relatives aux soins de santé pour elles-mêmes et pour les autres membres du ménage. Par exemple, les femmes pourraient avoir besoin de l'autorisation de leur mari ou d'autres personnes pour assumer les coûts associés aux services de santé ou aux déplacements vers des services situés en dehors de leur foyer ou de leur communauté. Le lien entre des décisions spécifiques et la vaccination pourrait également être attribué aux démarches pratiques nécessaires pour accéder aux services de vaccination dans une zone spécifique. Il est prouvé que le pouvoir de décision des femmes peut influencer la santé des enfants au-delà de leur propre foyer.

Le **contexte communautaire** a un impact différencié sur les opportunités et les contraintes des femmes et des hommes ; et peut s'avérer pertinent dans les stratégies d'éradication de la polio. Les hiérarchies sociales basées sur l'ethnicité, le statut socio-économique, le sexe et d'autres marqueurs sociaux affectent le statut des ménages et des individus, influençant leur accès aux services et leur participation aux processus collectifs. Les croyances culturelles et religieuses influencent la façon dont la maladie est comprise et la façon dont les mesures préventives sont appréciées, et les impacts de ces croyances sont souvent déterminés par le genre. Les communautés éloignées ou isolées sont plus susceptibles d'avoir des croyances qui diffèrent de celles de la majorité. Les femmes appartenant à des groupes socialement exclus pourraient ne pas avoir de réseaux sociaux qui leur permettraient de se rendre plus facilement dans un établissement de santé. Par exemple, le fait de connaître des agents de santé ou d'être en mesure de voyager avec d'autres femmes ou d'obtenir de l'aide pour les soins des enfants ou pour d'autres besoins domestiques. Les communautés façonnent et défendent les normes sexospécifiques, c'est-à-dire les règles non écrites sur ce que signifie être une femme ou un homme. Ces normes communautaires influencent les décisions et les actions du foyer, où les femmes sont jugées sur la façon dont elles se conforment aux normes communautaires, sur ce que signifie être une bonne épouse ou une bonne mère, où la santé d'un enfant pourrait être considérée comme un indicateur de sa capacité en tant que mère à entretenir et à nourrir son enfant.

La possibilité pour les femmes d'exprimer leurs préoccupations et leur pouvoir d'influencer les décisions et les programmes communautaires en matière de santé sont souvent limités par les rôles qui leur sont attribués et l'inégalité structurelle entre les sexes. La richesse de la famille, la caste/ethnie et la religion influencent également la manière dont les femmes pourraient occuper l'espace public et les rôles communautaires qu'elles peuvent jouer.

Les normes sexospécifiques au sein de la communauté peuvent affecter les actions des bénévoles recrutés pour appuyer la surveillance à base communautaire (SBC). Ainsi, si l'implication de membres clés de la communauté peut également être une opportunité de contribuer à l'égalité des sexes, les programmes de SBC devraient définir des normes claires en matière d'égalité des sexes et offrir des possibilités de formation et de dialogue sur l'importance de l'égalité des sexes pour améliorer la santé de tous.



Les normes communautaires définissant les rôles et les comportements appropriés des hommes et des femmes, ainsi que les attitudes à l'égard de la violence, constituent un facteur important pour le type et l'ampleur de la violence basée sur le genre (VBG) perpétrée contre les femmes et les filles. Cela a des conséquences importantes pour le projet, étant donné la prévalence élevée dans les pays où sont mis en œuvre le projet d'éradication de la poliomyélite. Outre le fait qu'elle constitue une grave violation des droits humains ancrée dans les inégalités entre les sexes, la VBG a de multiples effets négatifs sur la santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive des femmes et des filles. Il existe cependant peu de recherches sur comment l'expérience de la violence faite aux femmes affecte la santé des enfants et les taux de vaccination. Une des hypothèses est que la VBG affecte l'accès des femmes aux services de santé pour elles-mêmes, notamment les services de santé reproductive et maternelle, ou pour leurs enfants. Les femmes qui subissent des violences de la part de leur conjoint rapportent généralement des comportements autoritaires de la part de leur mari. Il arrive également que les femmes évitent les services de santé pour éviter que les agents de santé ne découvrent les violences subies et ne portent ainsi atteinte à la réputation de leur mari et de leur famille. La menace de violence dans les espaces communautaires est une raison courante pour les ménages ou les communautés de limiter la mobilité des femmes, ce qui peut affecter l'accès des femmes aux services de santé et les empêcher de devenir des agents de santé communautaires.

Le mariage des enfants, une forme de VBG, a également un impact direct sur l'accès et l'utilisation des services de santé par les filles et les femmes, y compris la vaccination. Les adolescentes contraintes au mariage précoce ont moins de chances d'avoir des connaissances en matière de santé, et sont plus susceptibles de subir des violences de la part de leur conjoint (et parfois de leur belle-famille), d'avoir des grossesses non désirées et de connaître une morbidité et une mortalité maternelles. Il faut ajouter à cela les normes sexospécifiques qui restreignent leur mobilité. Leur âge, leur manque d'éducation et leurs moyens de subsistance limités affaiblissent leur pouvoir de négociation, notamment en ce qui concerne les décisions relatives à la santé.

Le **système de santé** est un système façonné par les normes de genre ; la santé et la vaccination des enfants sont basés sur des normes sexospécifiques. De manière spécifique, certains pensent que les femmes sont responsables des soins et du bien-être des enfants. Les services qui reconnaissent la *division du travail selon le sexe - une réalité* qui fait reposer la responsabilité des soins aux enfants sur les mères - et qui s'attaquent explicitement aux obstacles qu'elles pourraient rencontrer en raison de leur sexe, pourraient être efficaces pour atteindre les femmes et les enfants. Certains de ces obstacles liés au genre, comme le faible contrôle des femmes sur les ressources et leur exclusion de certaines prises de décisions au sein du foyer, soulignent l'importance d'atteindre les pères et autres observateurs avec des messages d'éducation sanitaire. Cependant, il est également prouvé que les obstacles liés au genre ne sont pas systématiquement pris en compte dans la conception et la gestion des services de santé. Par exemple, les heures de vaccination ne tiennent pas compte du temps dont disposent les femmes et du défi que représente le transport, en particulier pour les communautés éloignées.

En termes de ressources humaines, la position des femmes dans le système de santé reflète les hiérarchies sociales : elles sont sous-représentées au sommet du système, au niveau des structures nationales tels que les ministères de la santé ainsi que dans les établissements de soins de santé. Elles sont plus représentées à la base, par exemple en tant qu'infirmières, sages-femmes et agents de santé communautaires (ASC), car les agents de santé de première ligne ont généralement un statut et un salaire inférieurs et sont souvent victimes de harcèlement et d'abus au travail.

Accroître la participation significative des femmes dans l'éradication de la polio n'est pas seulement important en termes de promotion de l'égalité, mais dans de nombreux contextes, la participation accrue des femmes affecte la portée et l'efficacité des efforts d'éradication de la polio. Dans les régions où l'isolement et la mobilité restreinte des femmes sont courants, celles-ci pourraient ne pas chercher à se soigner, ni même à soigner leurs enfants, à moins d'avoir accès à une femme agent de santé. Dans les milieux où les normes sociales et religieuses limitent les contacts entre les femmes et les hommes, les

agents masculins n'ont pas accès aux mères et les hommes de la famille ne sont pas à même de fournir des informations fiables sur la santé des enfants. L'inégalité dans la prise de décision au sein des communautés et des établissements de santé peut également créer des obstacles liés au genre dans le recrutement.

Les travailleuses de première ligne, notamment les vaccinatrices, les mobilisatrices sociales, les agents de surveillance et les points focaux, vivent et travaillent dans le même contexte régi par les normes sexospécifique et relations de pouvoir inévitables qui influencent les ménages, les communautés et les sociétés qu'elles servent. Des recherches menées dans de nombreux pays ont montré que le soutien familial est essentiel à la productivité et à l'efficacité des femmes agents de santé, en particulier celles qui travaillent au niveau communautaire, et que l'absence de soutien familial était un obstacle courant au recrutement. Dans certains cas, le statut de bénévole ou la faible rémunération des agents de santé communautaires réduit le soutien familial. L'insécurité réelle ou perçue est une autre raison pour laquelle les familles peuvent s'opposer à ce que les femmes deviennent des agents de santé communautaires. Il s'agit également d'un obstacle pour les femmes qui choisissent de prendre des postes et de continuer à les occuper.

L'état du système de santé, en particulier la qualité, l'acceptabilité et l'accessibilité des services de santé, pourrait dissuader les femmes de se rendre aux services de vaccination pour elles-mêmes et leurs enfants. Ces obstacles comprennent par exemple le manque de services adaptés aux adolescents, les longues distances, les longues périodes d'attente ou l'absence d'heures d'ouverture appropriées, le niveau de confidentialité, l'absence de salles d'attente séparées, d'installations sanitaires, l'absence de femmes prestataires de soins de santé et les attitudes, compétences et comportements négatifs des prestataires. Il est prouvé que les prestataires de soins de santé acceptent et renforcent parfois les attentes sociales de ce que signifie être une bonne mère, jugeant les femmes sur la façon dont elles répondent à ces normes tout en ne reconnaissant pas les obstacles liés au genre qui les affectent. En outre, l'interaction entre les agents de santé et les mères pourrait être influencée par leurs différentes positions dans les hiérarchies sociales. Les agents de santé sont souvent plus instruits et pourraient appartenir à une classe socio-économique supérieure ou à une ethnie dominante.

L'information et l'éducation en matière de santé constituent une composante essentielle des programmes de vaccination, principalement conçus pour atteindre les femmes en raison de leur responsabilité socialement attribuée en matière de soins aux enfants. Pourtant, il existe des problèmes liés à la communication ou à l'information, notamment le manque de sensibilisation de la communauté par les services de santé, les barrières linguistiques, les messages médiatiques inadéquats ou mal ciblés, et la transmission d'informations inexacts ou insensibles par les agents de santé. Certains des défis pourraient être liés au fait que le matériel devrait être repensé pour mieux atteindre les femmes peu alphabétisées, qui représentent une part importante de la population féminine dans les pays où le projet est mis œuvre. Le fait d'adapter le matériel d'éducation sanitaire pour les femmes issues de minorités ethniques et linguistiques pourrait toutefois signifier aller au-delà de la traduction et aborder les questions de normes sexospécifiques et/ou de croyances liées à la santé qui pourraient être spécifiques à ces communautés. Cela révèle également le manque d'informations sanitaires conçues pour atteindre les hommes et d'autres décideurs au sein du foyer. Les communications relatives à la santé de l'enfant font souvent peser sur les femmes, l'entière responsabilité et pourraient renforcer les stéréotypes sexistes préjudiciables, notamment en laissant entendre que les mères sont à blâmer pour tout mauvais résultat en matière de santé. Sachant que les pères (et parfois les vieilles femmes de la famille) sont souvent les gardiens de la santé, l'éducation sanitaire pourrait viser à leur faire comprendre l'importance de la vaccination et à les encourager à partager avec les mères la responsabilité de s'assurer que leurs enfants sont protégés.

L'analyse des données probantes révèle plusieurs domaines à prendre en considération par les partenaires du projet afin d'intégrer davantage les questions de genre dans l'éradication de la polio. En général, il s'agit des domaines suivants<sup>1</sup> :

---

<sup>1</sup> Un développement de ces points est inclus dans le rapport principal sous la rubrique « Implications pour la programmation. »

### **Programmation, données et analyse**

Les efforts visant à collecter, analyser et utiliser systématiquement les données (qualitatives et quantitatives) relatives à la polio et à la paralysie flasque aiguë (PFA), ventilées par sexe et par d'autres facteurs (par exemple, l'âge, l'identité ethnique, le contexte socio-économique et les handicaps) chaque fois que cela est possible, pourraient servir de base à l'identification des facteurs favorables et défavorables à l'égalité des sexes dans un contexte spécifique. L'utilisation de méthodes participatives dans la collecte de données, tout en assurant une participation équitable des femmes et des hommes de divers horizons, pourrait contribuer à l'autonomisation de la communauté dans son ensemble et des femmes en particulier.

### **Sensibilisation et communication**

Le fait d'entreprendre une analyse comparée selon le sexe de l'engagement communautaire et de la mobilisation sociale soutiendra le développement d'interventions de communication de proximité intentionnelles en matière de genre qui s'attaquent aux obstacles liés au genre, notamment l'alphabétisation, et s'inscrivent dans la dynamique communautaire. Il s'agira d'assurer la participation effective des femmes et des hommes à la conception, au test et à la diffusion des outils et du matériel de sensibilisation.

### **Renforcement des capacités du personnel des organisations communautaires**

GenderTech a lancé le processus de renforcement des capacités du personnel, qui jette les bases pour étendre les efforts à d'autres membres du personnel. Ces efforts incluent la consolidation des connaissances ciblant certaines fonctions au sein du projet et le développement de compétences nécessaires en matière de genre. Il pourrait s'avérer nécessaire d'envisager d'autres mécanismes de soutien à l'intégration de la dimension genre, tels que des points focaux genre, afin d'accroître les efforts de renforcement des capacités.

### **Personnel au niveau communautaire**

Travailler avec les agents de surveillance communautaire/ASC et les travailleurs de première ligne, femmes et hommes, afin d'entreprendre une analyse des principaux défis et obstacles qui affectent leur travail, permettra d'aborder les obstacles liés au genre, notamment la facilitation d'un transport sûr et pratique, le renforcement des capacités et le développement professionnel (en particulier dans les communications sensibles au genre), et des environnements de travail sûrs exempts de violence, de harcèlement et de discrimination.



# Sigles et acronymes

AFENET	Réseau africain d'épidémiologie de terrain
PFA	Paralysie flasque aiguë
OC	Organisation à base communautaire
SBC	Surveillance à base communautaire
ASC	Agents de santé communautaires
RDC	République Démocratique du Congo
VBG	Violence basée sur le genre
IMEP	Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral
OMS	Organisation mondiale de la santé

# Définitions<sup>2</sup>

## Sexe

La catégorisation biologique d'une personne en tant qu'homme, femme ou personne intersexuée. Le sexe est attribué à la naissance en fonction d'indicateurs biologiques, notamment les hormones, les chromosomes sexuels, les organes reproducteurs internes et les organes génitaux externes.

## Genre

Les idées socialement et culturellement construites de ce que c'est d'être un homme ou une femme dans un contexte spécifique. Le genre se manifeste dans les rôles, les responsabilités, les attitudes et les comportements qu'une société attend et considère comme appropriés pour les hommes et les femmes, indépendamment de l'identité ou de l'expression propre d'un individu.

## Analyse genre

Un examen critique et systématique des différences dans les contraintes et les opportunités offertes à un individu ou à un groupe d'individus en fonction de leur sexe et de leur identité de genre.

## Normes sexospécifiques

Les attentes et les croyances collectives sur la façon dont les personnes devraient se comporter et interagir dans des contextes sociaux spécifiques et à différentes étapes de leur vie, en fonction de leur sexe ou de leur identité de genre.

## Relations de genre

Relations de pouvoir socialement construites entre les personnes en fonction de leur identité et/ou expression de genre.

## Intersectionnalité

Une perspective qui reconnaît les expériences concrètes d'inégalité qui résultent de l'interaction de la dimension genre avec d'autres marqueurs sociaux de différence.

## Violence basée sur le genre

Violence dirigée contre un individu en raison de son sexe biologique, de son identité de genre, de son expression de genre ou de son incapacité à adhérer aux normes de masculinité et de féminité définies par la société.

## Équité entre les sexes

Traitement équitable de toutes les personnes, indépendamment de leur sexe ou de leur identité et/ou expression de genre.

## Égalité de sexe

Le fait d'être égal en termes de statut, de droits et d'opportunités, et d'être apprécié de la même manière, indépendamment du sexe ou de l'identité et/ou expression de genre.

---

<sup>2</sup> Fondation Bill et Melinda Gates (2018) Lexique de l'égalité des sexes.

# 1. Introduction

Le Global Center for Gender Equality (GCfGE) de l'Université de Stanford, par l'intermédiaire de son équipe GenderTech, fournit une assistance technique au projet de surveillance renforcée de la polio au niveau communautaire en Afrique (ci-après dénommé le projet), qui vise à améliorer la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) de la polio en Afrique, contribuant ainsi à l'éradication de la polio dans le monde.<sup>3</sup> Le projet implique le Réseau africain d'épidémiologie de terrain (AFENET) qui soutient les organisations communautaires (OC) au Cameroun, au Tchad, en République démocratique du Congo (RDC) et au Niger dans divers domaines techniques, notamment la gestion des données, la planification, la formation, le suivi et l'évaluation.

Les organisations partenaires sous-bénéficiaires et les sites de mis en œuvre du projet sont les suivants :

## **Cameroun**

International Medical Corps (Extrême-Nord)

## **RDC**

International Medical Corps (Tanganyika)

SANRU (Haut Lomami)

Caritas (Haut Lomami, Haut Katanga et Mongala)

## **Tchad**

Alliance Sahélienne de Recherches Appliquées pour le Développement Durable ASRADD (Hadjer, Batha, et quelques nouvelles zones silencieuses)

## **Niger**

Bien Être de la Femme et de L'Enfant au Niger — BEFEN (Tillabéri et autres zones silencieuses)

L'objectif du Profil genre et polio est de mettre en évidence les liens entre le genre et les processus et résultats de l'éradication de la polio, et d'identifier les lacunes et obstacles liés au genre dans la surveillance de la polio, la vaccination contre la polio et d'autres activités d'éradication de la polio. Ce profil est spécifiquement développé pour améliorer la compréhension par le personnel du projet des liens entre le genre et l'éradication de la polio, et pour les aider à intégrer le genre dans la conception et la mise en œuvre des activités du projet.

Le Profil genre et polio a pour but de :

- Fournir un aperçu des principaux facteurs défavorables à l'égalité des sexes, y compris les obstacles liés au genre, dans l'éradication de la polio, en particulier la surveillance à base communautaire de la PFA.

---

<sup>3</sup> Voir l'annexe A pour les données sur la PFA ventilées par sexe pour les pays du projet.

- Fournir un aperçu de la capacité actuelle et des défis d'AFENET et des partenaires de mise en œuvre pour concevoir et mettre en œuvre des programmes d'éradication de la polio tenant compte de la dimension de genre.
- Identifier les besoins et les défis de l'intégration de la dimension genre et des programmes d'éradication de la polio d'AFENET afin de les aborder efficacement.

Ce document est composé de quatre sections principales. La première décrit l'approche du profil. La deuxième section donne une vue d'ensemble des facteurs et des obstacles liés à la polio et au genre, s'appuyant sur la littérature et les recherches disponibles. La troisième présente les partenaires du projet sur la base de documents organisationnels, de l'enquête sur l'évaluation des besoins en formation et d'entretiens avec des informateurs clés parmi le personnel de certaines organisations communautaires. La quatrième section présente une conclusion et des recommandations.

## 2. Méthodologie

### Cadre conceptuel

Le genre fait référence aux idées socialement et culturellement construites de ce que c'est d'être un homme ou une femme dans un contexte spécifique.<sup>4</sup> Il s'agit des normes, des comportements et des rôles associés au fait d'être une femme, un homme, une fille ou un garçon. Le genre définit aussi la nature des relations que doit entretenir différents membres de la communauté. En tant que construction sociale, le genre varie d'une société à l'autre et peut évoluer avec le temps. La discrimination fondée sur le sexe s'entrecroise avec d'autres marqueurs sociaux de différence, tels que l'identité ethnique, le statut socio-économique, le handicap, l'âge, la situation géographique, l'identité de genre et l'orientation sexuelle, entre autres.<sup>5</sup> Le genre interagit également avec le sexe mais en est différent. Le sexe fait référence aux différentes caractéristiques biologiques et physiologiques des femmes, des hommes et des personnes intersexuées, comme les chromosomes, les hormones et les organes reproducteurs.<sup>6</sup>

Les normes et inégalités entre les sexes ont un impact sur l'accès aux soins de santé et aux informations relatives à la santé, sur les risques environnementaux et professionnels, sur les comportements à risque, sur les comportements en matière de recours aux soins, sur le recours aux soins de santé, sur l'accès et le contrôle des ressources clés nécessaires pour faire progresser la santé, et sur le type de traitement fourni et reçu dans le système de santé, influençant ainsi les résultats en matière de santé.<sup>7</sup>

L'égalité des sexes est un droit humain fondamental et un puissant moteur pour de meilleurs résultats en matière de santé à l'échelle mondiale. Les normes, les rôles et les relations entre les sexes, ainsi que l'égalité des sexes, sont également des facteurs essentiels qui influencent les efforts mondiaux d'éradication de la polio. Inversement, l'inégalité entre les sexes pourrait potentiellement affecter l'éradication de la polio en ayant des répercussions sur trois groupes de personnes : les enfants en tant que personnes vulnérables à la maladie s'ils ne sont pas vaccinés, les soignants responsables des enfants et les agents de santé. Dans sa stratégie Polio Endgame, l'IMEP se concentre de plus en plus sur le genre en tant que déterminant des comportements en matière de recours aux soins et variable critique dans les résultats de la vaccination.

Le genre est particulièrement pertinent pour deux interventions importantes dans les efforts pour atteindre un monde sans polio : la vaccination et la surveillance à base communautaire.

### Vaccination

Le plus grand facteur de risque de contracter la polio est le fait de ne pas avoir été vacciné contre le virus. Les obstacles à la vaccination constituent donc les plus grands obstacles à l'éradication de la polio. De nombreux ouvrages étudient l'influence du genre sur la vaccination, y compris des recherches sur les différences dans la vaccination des filles par rapport aux garçons et une analyse de la manière dont les questions plus générales d'inégalité entre les sexes pourraient affecter la vaccination universelle des enfants.

Des études menées au niveau mondial n'ont pas trouvé d'écarts majeurs entre les sexes en matière de couverture vaccinale : les filles et les garçons ont la même probabilité d'être vaccinés dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire. Quelques exceptions existent au niveau infranational au sein de groupes socio-économiquement et géographiquement marginalisés — dans certains cas, les garçons sont plus vaccinés, et les filles dans d'autres.<sup>8</sup> L'absence de différences globales entre les sexes dans les taux de

<sup>4</sup> Ibidem.

<sup>5</sup> On parle « d'intersectionnalité. »

<sup>6</sup> OMS (2020) Thèmes de santé — Genre. Disponible sur : <https://www.who.int/health-topics/gender>

<sup>7</sup> Heidari, S., et al. (2016). Sex and Gender Equity in Research: rationale for the SAGER guidelines and recommended use. *Research Integrity and Peer Review* 1:2.

<sup>8</sup> Feletto, M., Sharkey, A., Rowley, E., Gurley, N., Sinha, A. (2019). Gender Lens to Advance Equity in Immunization. Equity Reference Group.

vaccination dans la plupart des contextes pourrait cependant contribuer à un malentendu selon lequel il n’y a pas de « problèmes de genre » dans l’éradication de la polio.

En fait, la recherche a démontré que les rôles, les normes et les relations entre les sexes influencent, de multiples façons, la prestation et l’adoption de la vaccination. Les rôles sexospécifiques, en particulier, sont au cœur des stratégies d’éradication de la polio et des recherches connexes : Les femmes étant les premières responsables des soins aux enfants, les recherches sur les facteurs influençant les comportements des soignants sont presque entièrement axées sur les femmes dans leur rôle de mère. Ces recherches ont permis d’identifier une série de facteurs sexospécifiques qui permettent ou empêchent les mères de faire vacciner leurs enfants. Il est également prouvé que les services de santé sont influencés par les normes sexospécifiques dans leur conception et leur gestion, et à travers l’impact de ces normes sur les prestataires de soins individuels et leurs performances.

## Surveillance à base communautaire

La surveillance à base communautaire (SBC) est la stratégie de base du programme AFENET. Il s’agit d’un processus actif de participation de la population à la détection, au signalement, à la réponse et au suivi des événements sanitaires dans la communauté. Les membres de la communauté locale (tels que les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses traditionnelles, les anciens, les chefs religieux, les enseignants, les mobilisateurs sociaux, les agents de santé communautaires et autres) sont formés pour reconnaître les cas de maladies ciblées et la façon de les signaler. L’implication des membres de la communauté complète les systèmes de surveillance existants dans les établissements, ce qui permet d’identifier les cas plus tôt et d’identifier les cas parmi ceux qui recherchent des formes alternatives de soins de santé, plutôt que de se rendre dans un établissement de santé formel.<sup>9 10</sup>

Avec la SBC, les programmes de lutte contre la polio engagent des bénévoles pour surveiller et signaler les cas suspects de PFA afin que les professionnels de la santé puissent assurer le suivi. Les systèmes efficaces de SBC sont extrêmement importants dans les zones à haut risque de polio et où les systèmes de santé sont faibles, en particulier dans les zones inaccessibles et difficiles à atteindre. Les bénévoles pourraient également mobiliser leurs communautés et les sensibiliser à la prévention et au traitement de la maladie.<sup>11</sup>

Il existe peu de recherches portant spécifiquement sur les dimensions sexospécifiques de la SBC ; cependant, la pertinence de l’analyse comparée selon le sexe pour une SBC efficace est claire. La performance des bénévoles de la SBC, comme celle des prestataires de soins de santé, sera affectée par les normes et les pratiques sexospécifiques dans leurs familles et leurs communautés. En outre, de nombreuses personnes impliquées dans la SBC jouent des rôles importants dans la définition et l’application des attentes de la communauté concernant les droits et les comportements attendus des femmes et des hommes. La manière dont ces rôles communautaires interagissent avec leur rôle en tant que bénévoles de la SCB aura un impact sur les résultats obtenus. Il est essentiel de comprendre les normes et les relations entre les sexes dans la communauté et de s’attaquer aux obstacles liés au genre auxquels sont confrontés les bénévoles pour que la SBC soit efficace.

<sup>9</sup> Perry, H.B., et al. (2019). Lessons Learned from the CORE Group Polio Project and Their Relevance for Other Global Health Priorities. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 101 (Suppl 4), 2019, pp. 107–112. Disponible sur : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776095/pdf/tpmd190036.pdf>

<sup>10</sup> Guerra, J., Acharya, P., Barnadas, C. (2019). Surveillance à base communautaire : A scoping review. *PLoS ONE* 14(4): e0215278. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0215278>

<sup>11</sup> Catholic Relief Services. Civil Society Organization Platforms Contribute to National Immunization Programs Promising Practices 2012–2018, 2019. Disponible sur : [https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/promising\\_practices\\_a4\\_final\\_rev071119\\_online.pdf](https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/promising_practices_a4_final_rev071119_online.pdf)



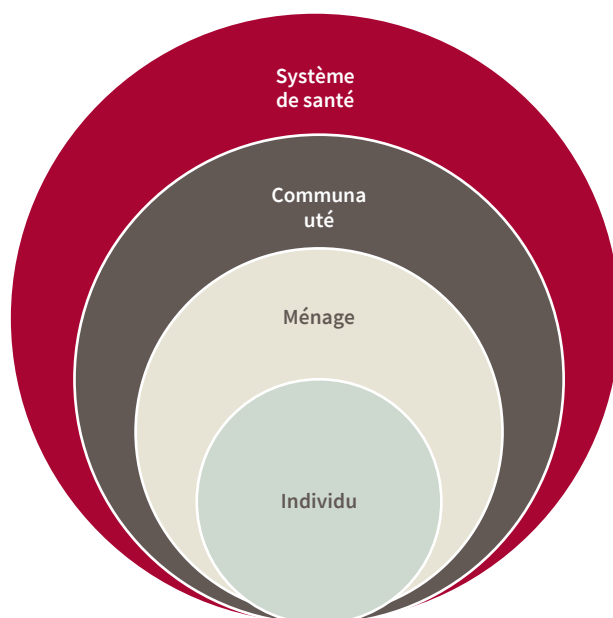
## Cadre analytique pour comprendre les opportunités et les obstacles liés au genre

De nombreux cadres d'analyse de genre ont été appliqués pour comprendre les aspects sexospécifiques de diverses questions de santé. Plusieurs études sur le genre et la vaccination examinent la manière dont le genre affecte les soignants et les prestataires de services, ainsi que l'offre et la demande. La SBC n'est pas facile à analyser sous cet angle, et l'accent mis sur les comportements individuels pourrait masquer la manière dont l'environnement social — la dynamique communautaire ou le système de santé, par exemple — influence les décisions individuelles en matière de vaccination.

Un cadre écologique (voir Figure 1) a été utilisé pour comprendre les dimensions sociales de diverses questions de santé.<sup>12</sup> Cette approche reconnaît que l'inégalité entre les sexes affecte les résultats en matière de santé par des voies complexes, notamment les attitudes et les capacités individuelles, les relations interpersonnelles, en particulier au sein du foyer, qui affectent la prise de décision et les ressources, les structures et les normes communautaires et le système de santé.<sup>13</sup> Elle tient compte à la fois de la demande et de l'offre de services de vaccination, reconnaît l'importance du contexte et permet d'analyser la façon dont les normes et les relations entre les sexes pourraient affecter les réseaux communautaires et les bénévoles participant à la surveillance. Le cadre écologique est également efficace pour saisir les hiérarchies multiples et croisées qui pourraient affecter les résultats en matière de santé.

Pour ces raisons, les dimensions sexospécifiques de l'éradication de la poliomyélite sont analysées ci-après en termes de facteurs favorables et de contraintes aux niveaux des individus, des ménages, des communautés et des systèmes de santé.

FIGURE 1 : Cadre écologique pour comprendre les dimensions sexospécifiques de l'éradication de la poliomyélite



Source : Heise, 1998

<sup>12</sup> Heise (1998) est le plus souvent associé au cadre écologique, qu'elle a utilisé pour comprendre la violence fondée sur le genre. Il a depuis été largement utilisé, principalement dans le secteur de la santé, pour comprendre les déterminants sociaux de la santé. Par exemple, voir OMS (2021) <https://www.who.int/violenceprevention/approach/ecology/en/>

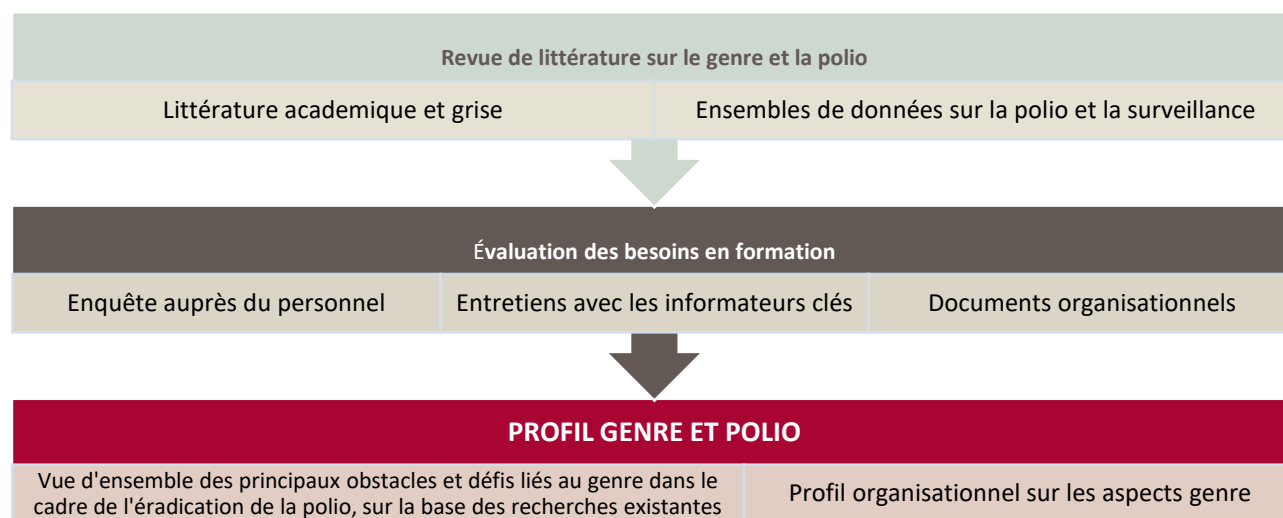
<sup>13</sup> Le niveau le plus extrême du cadre écologique, qui saisit l'environnement institutionnel ou politique plus large, n'a pas été inclus car il est en dehors du champ d'application du programme AFENET et de cet examen des données probantes.

## Élaboration du profil genre et polio

Le Profil genre et polio s'appuie sur une revue de la littérature académique et de la littérature grise relative au genre et à la poliomyélite, y compris les données probantes sur les dimensions sexospécifiques de la vaccination, les résultats en matière de santé infantile et les comportements en matière de recours aux soins.

En plus d'une analyse documentaire, le Profil genre et polio fournit des ensembles de données existantes sur la vaccination primaire et la PFA, ainsi que des données sur les projets du personnel de première ligne en charge de la polio. Ces sources sont complétées par une revue des documents organisationnels pertinents, tels que les politiques, stratégies et directives organisationnelles que les organisations partenaires ont partagées avec GenderTech. Ce profil s'appuie également sur les résultats d'une enquête anonyme en ligne sur l'évaluation des besoins en formation du personnel du projet. Cette enquête a été menée pour identifier les capacités, les pratiques et les attitudes actuelles en matière de genre, de polio et d'intégration de la dimension genre, et a été complétée par des entretiens avec des informateurs clés choisis parmi le personnel d'AFENET et les organisations communautaires partenaires (voir Figure 2).

FIGURE 2 : Étapes de l'élaboration du Profil genre et polio



Il existe peu de littérature sur la surveillance à base communautaire (SBC), et encore moins sur le genre. Par conséquent, les implications pour la SBC ont été identifiées à partir de la littérature explorant le genre et la participation de la population à la santé. La priorité a été donnée à la littérature sur l'Afrique de l'Ouest et centrale, complétée par des preuves probantes provenant d'autres régions d'Afrique, ainsi que d'Asie, des Caraïbes et d'Amérique du Sud, étant donné le manque relatif de recherche en Afrique de l'Ouest et du Centre. Par conséquent, certaines données probantes proviennent de contextes très différents de ceux des pays du projet. Enfin, la recherche documentaire a été limitée aux publications en langue anglaise.

### 3. Opportunités et obstacles liés au genre dans l'éradication de la polio

En utilisant le cadre écologique, ce profil donne une vue d'ensemble des opportunités et des obstacles liés au genre dans l'éradication de la polio aux niveaux des individus, des ménages, des communautés et des systèmes de santé. Les implications pour le projet sont mentionnées tout au long du document et résumées à la fin de chaque sous-section.

#### Le niveau individuel

Cette sous-section se concentre sur les quatre principaux obstacles liés au genre : l'éducation et l'alphabétisation, le temps en tant que ressource, l'expérience du système de santé et les contraintes financières.

#### Éducation et alphabétisation

De nombreuses études ont établi un lien entre les faibles niveaux d'éducation et l'analphabétisme des parents et la vaccination inadéquate des enfants. Cependant, la plupart des recherches se concentrent sur la mère en tant que principale soignante, et des recherches menées dans divers contextes ont révélé un lien étroit entre l'éducation de la mère, la santé de l'enfant et les résultats positifs de la vaccination.<sup>14 15 16 17</sup>

L'éducation et/ou l'alphabétisation pourraient être liées à la vaccination des enfants et à d'autres questions de santé de diverses façons. Un faible niveau d'éducation est souvent étroitement lié à un faible statut socio-économique et, comme nous le verrons plus loin, le manque de ressources est souvent cité comme un obstacle à l'accès aux services de santé, notamment à la vaccination. Inversement, les femmes des ménages plus aisés ont tendance à avoir un niveau d'éducation plus élevé et résident souvent dans des zones où l'accès aux services de santé est meilleur.<sup>18 19</sup> Par exemple, une étude menée au Nigeria a montré que l'alphabétisation de la mère avait un effet plus significatif sur le statut vaccinal que le statut socio-économique. Les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé étaient plus susceptibles d'être alphabétisées, mais lorsque l'éducation et l'alphabétisation étaient considérées séparément, c'est l'alphabétisation qui expliquait le lien positif avec la vaccination. Ce n'est pas que les femmes ayant un niveau d'études plus élevé avaient été informées sur les questions de santé, c'est plutôt que l'alphabétisation permettait aux femmes d'accéder aux informations sur la santé, notamment par le biais des médias de masse.<sup>20</sup>

<sup>14</sup> Op cit. Feletto.

<sup>15</sup> Kravdal, O. (2004). Child mortality in India: the community-level effect of education. *Population Studies* 2004; 58:177–92.

<sup>16</sup> Parashar, S. (2005). Moving beyond the mother-child dyad: women's education, child immunization, and the importance of context in rural India. *Soc Sci Med* 2005;61:989–1000.

<sup>17</sup> Rainey, J.J., et al. (2011). Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low- and middle-income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. 46, 2011, *Vaccine*, Vol. 29, pp. 8215–8221.

<sup>18</sup> Balogun, S.A., et al. (2017). Maternal education and child immunization: the mediating roles of maternal literacy and socioeconomic status. *PanAfrican Medical Journal* 26:217.

<sup>19</sup> Vikram, K., Vanneman, R., et Desao, S. (2012). Linkages between Maternal Education and Childhood Immunization in India. *Social Science & Medicine* 75(2): 331–339.

<sup>20</sup> Balogun, S.A., et al. (2017) Maternal education and child immunization: the mediating roles of maternal literacy and socioeconomic status. *PanAfrican Medical Journal* 26:217.

L'impact des écarts entre les sexes en matière d'alphabétisation et d'éducation a des implications de grande portée pour la zone de programmation du projet, où les écarts entre les sexes en matière d'alphabétisation vont de 11 % au Cameroun à 23 % en RDC (voir le tableau 1).

TABLEAUX 1 : Taux d'alphabétisation des femmes et des hommes (15 ans et plus)

	Femmes	Hommes
Cameroun (DHS 2018)	72 %	83 %
Tchad (DHS 2014-15)	14 %	31 %
RDC (DHS 2013-14)	66 %	89 %
Niger (DHS 2012)	27 %	44 %

Source : <https://data.worldbank.org/indicator/SE.ADT.LITR.FE.ZS>

Alors que les femmes qui sont plus instruites, quel que soit leur niveau d'études, sont plus susceptibles de faire vacciner leurs enfants, tant en milieu urbain que rural,<sup>21</sup> d'autres recherches ont conclu que la « littératie en matière de santé » des mères est plus importante pour la vaccination des enfants que le niveau d'études. La littératie en matière de santé ne dépend pas de la capacité à lire, mais fait plutôt référence aux « caractéristiques personnelles et aux ressources sociales nécessaires aux individus et aux communautés pour accéder, comprendre, évaluer et utiliser les informations et les services afin de prendre des décisions en matière de santé. »<sup>22</sup> Une étude menée dans des zones rurales et urbaines de l'Inde a révélé que la littératie en matière de santé des mères était un déterminant particulièrement fort de la vaccination des enfants dans les zones où les systèmes de santé et/ou d'éducation sont plus faibles.<sup>23</sup> Les conclusions d'une revue de la littérature grise sur la vaccination en Afrique ne font pas référence à la littératie en matière de santé en particulier, mais les résultats sont liés. Par exemple, une revue de la littérature a conclu que la compréhension par les parents des bases scientifiques de la vaccination n'était pas aussi importante que la « conviction des parents que la vaccination est bonne pour la santé de leur enfant et prévient diverses maladies ; de la nécessité de plusieurs visites pour la protection et de leurs connaissances pratiques sur les services tels que les lieux et dates de vaccination.

Ces résultats concernant la littératie en matière de santé suggèrent un point d'entrée utile pour améliorer les taux de vaccination contre la polio. La littératie en matière de santé pourrait être améliorée plus rapidement que les niveaux d'éducation et par le biais d'interactions dans des contextes familiaux, y compris, potentiellement, avec les bénévoles de la SBC.<sup>24</sup> Les « effets d'entraînement », selon lesquels les taux d'éducation ou d'alphabétisation des femmes d'une communauté semblent améliorer les taux de vaccination (et d'autres comportements en matière de recours aux soins) pour toutes les femmes, quel que soit leur niveau d'alphabétisation<sup>25</sup> pourraient également être pertinents pour la littératie en matière de santé.<sup>26</sup>

<sup>21</sup> Op cit. Feletto.

<sup>22</sup> Dodson, S., Good, S., Osborne, R.H. Health literacy toolkit for low- and middle-income countries: a series of information sheets to empower communities and strengthen health systems. New Delhi: Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Asie du Sud-Est, 2015. Disponible sur le site <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205244>

<sup>23</sup> Johri, M., Subramanian, S.V., Sylvestre, M., et al. Association between maternal health literacy and child vaccination in India: a cross-sectional study *J Epidemiol Community Health* 2015;69:849–857. Disponible sur : <https://jech.bmj.com/content/69/9/849>

<sup>24</sup> Op cit. Feletto.

<sup>25</sup> Voir par exemple Kravdal Øystein, Kravdal, O. Child mortality in India : the community level effect of education. *Popul Stud* 2004;58:177–92; et Parashar, S. Moving beyond the mother-child dyad: women's education, child immunization, and the importance of context in rural India. *Soc Sci Med* 2005;61:989–1000.

<sup>26</sup> Il est prouvé que l'effet d'entraînement est un phénomène local. Olorunsaiye et Degge (2016), qui ont étudié les liens entre le statut socio-économique des femmes et la vaccination des enfants au Nigeria, ont constaté que les taux d'alphabétisation des femmes au niveau régional n'étaient pas associés à la vaccination des enfants. Cela pourrait indiquer que les taux d'alphabétisation ou d'éducation des groupes font plus de différence lorsque les autres facteurs socio-économiques sont cohérents, et que les communautés sont susceptibles d'être plus homogènes que les états en termes de statut socio-économique.

## Temps : Une ressource limitée

Le temps est une ressource qui manque à de nombreuses femmes, et la nécessité de jongler avec des obligations concurrentes pourrait créer des obstacles à la vaccination. Les femmes sont généralement responsables de la majorité des tâches ménagères et de la prise en charge de la famille, qu'il s'agisse de cuisiner, de nettoyer, de s'occuper des enfants et des membres de la famille malades ou de l'approvisionnement en eau et en bois de chauffage. À l'échelle mondiale, les femmes effectuent en moyenne trois fois plus de travail non rémunéré que les hommes. Ce travail inclut les travaux domestiques et la prise en charge des malades.<sup>27</sup> Les femmes effectuent également du travail productif, qu'il soit rémunéré ou non (par exemple, l'agriculture de subsistance). Une étude sur l'emploi du temps des femmes et des hommes au Kenya, au Nigeria, au Népal et en Ouganda a révélé que, si l'on considère à la fois le travail domestique et le travail productif, les femmes travaillent entre 1 et 3 heures par jour de plus que les hommes dans leurs communautés.<sup>28</sup> Il n'est pas surprenant que des études menées au Bangladesh, en Chine et au Gabon aient mis en évidence les contraintes de temps qui limitent les possibilités des femmes en matière de recours aux soins de santé et d'accès aux services de santé.<sup>29</sup> Le temps de déplacement jusqu'à la clinique de vaccination et les temps d'attente s'ajoutent à la pauvreté globale en temps des femmes et leur imposent des coûts en réduisant leur possibilité de gagner un revenu.<sup>30</sup> Cela a un impact particulier sur les mères célibataires et celles qui vivent dans des ménages à faible revenu dans les zones rurales.<sup>31</sup>

Les demandes de temps des femmes sont déterminées par les rôles et les responsabilités des hommes, et influencées par des facteurs tels que la composition du ménage, la situation économique, les moyens de subsistance et les conditions environnementales, entre autres. La faiblesse des infrastructures sociales et physiques (notamment le manque de moyens de transport, l'accès insuffisant à l'eau potable ou le manque de services communautaires) est susceptible d'avoir le plus grand impact sur les femmes dans les régions éloignées ou touchées par les conflits, tandis que les exigences d'un emploi à l'extérieur du ménage constituent une contrainte plus courante sur le temps des femmes dans les zones urbaines.<sup>32</sup> Le fait de reconnaître que de nombreuses femmes sont confrontées à un manque de temps a des répercussions sur l'organisation et la gestion des services de santé et la mobilisation communautaire, comme nous le verrons plus loin.

## Expérience avec le système de santé

Plusieurs études ont établi un lien entre l'utilisation par les femmes des services de santé maternelle et une probabilité accrue de vaccination des enfants. En Éthiopie, les femmes qui avaient reçu des soins prénatals étaient beaucoup plus susceptibles de faire vacciner partiellement ou totalement leurs enfants.<sup>33</sup> Au Nigeria, les niveaux de vaccination de la mère contre le tétanos (pendant la grossesse) étaient associés à des niveaux plus élevés de vaccination des enfants.<sup>34</sup> Ces résultats pourraient indiquer que l'accès aux soins de santé pendant la grossesse favorise la familiarisation des femmes avec les services de santé et améliore peut-être aussi leur compréhension de l'importance des vaccins destinés aux enfants, contribuant ainsi à leur littératie en matière de santé. Les résultats suggèrent également que les obstacles liés au genre auxquels les femmes

<sup>27</sup> UN Women (2020) Snapshot—Gender equality : Women's rights in review 25 years after Beijing. Disponible sur : <https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/gender-equality-womens-rights-in-review-key-facts-and-figures-en.pdf?la=en&vs=935>

<sup>28</sup> Budlender, D. et Moussié, R. *Making Care Visible: Women's unpaid care work in Nepal, Nigeria, Uganda and Kenya*, ActionAid, February 2013. Disponible sur : <https://www.empowerwomen.org/en/resources/documents/2015/6/making-care-visible-womens-unpaid-care-work-in-nepal-nigeria-uganda-and-kenya?lang=en>

<sup>29</sup> Merten, S., et al. (2015) Gender determinants of vaccination status in children: Evidence from a meta-ethnographic systematic review PLoS ONE 10(8).

<sup>30</sup> Ibidem.

<sup>31</sup> Op cit. Feletto.

<sup>32</sup> Op cit. Feletto.

<sup>33</sup> Ebot, J.O. (2015). « Girl Power! » : The Relationship between Women's Autonomy and Children's Immunization Coverage in Ethiopia. *J Health Popul Nutr* 33, 18.

<sup>34</sup> Olorunsaiye et Degge.

sont confrontées pour accéder aux soins de santé pour elles-mêmes affecteront également l'accès aux services de vaccination des enfants. Les résultats obtenus en Éthiopie pourraient également refléter le fait que les femmes qui ont davantage leur mot à dire dans les décisions concernant leur propre santé sont également plus à même de garantir une meilleure santé à leurs enfants.<sup>35</sup> La dynamique et l'impact des normes sexospécifiques dans la prise de décision au sein du foyer sont examinés plus en détail dans la section suivante.

Un autre aspect des expériences en matière de soins de santé est que les femmes qui subissent un traitement discriminatoire ou sont stigmatisées comme étant de mauvaises mères en raison d'enfants malades ou mal nourris pourraient être réticentes à recourir aux services de santé à l'avenir. Ce point est abordé plus en détail dans la section consacrée au système de santé.

## Contraintes financières

Les contraintes financières sont un obstacle fréquemment cité dans l'accès aux services de santé, y compris la vaccination. Les hommes comme les femmes pourraient manquer de ressources financières, mais les femmes ont tendance à avoir moins d'argent que les hommes au sein du même ménage. Les femmes sont généralement moins bien payées que les hommes pour le même travail et elles sont largement surreprésentées dans le travail productif non rémunéré. Plus d'un tiers (34,9 %) des femmes actives en Afrique subsaharienne sont non rémunérées, contre 17 % des hommes.<sup>36</sup> Bien que les services de vaccination soient généralement gratuits, le transport ajoute un coût « caché » dans de nombreux contextes. Les femmes qui ne sont pas proches des services de santé et qui n'ont pas leur propre moyen de transport sont supposées trouver des ressources ou mobiliser un moyen de transport pour emmener les enfants se faire vacciner. Au Nigeria, par exemple, l'obstacle le plus souvent cité pour l'accès aux soins de santé était le manque de ressources financières, suivi par la distance aux services de santé (qui a des implications financières). Ces deux obstacles se sont avérés significatifs pour expliquer les différences de taux de vaccination des enfants entre différents États au Nigeria.<sup>37</sup> Des études menées au Kenya, au Liberia, au Mozambique et au Sénégal ont également identifié la distance par rapport aux services et les exigences de transport associées comme un obstacle majeur à la vaccination complète.<sup>38</sup>

En cas d'existence de demandes concurrentes dans un contexte où les ressources sont limitées, la subsistance aura la priorité sur la plupart des soins de santé, et en particulier sur les soins préventifs comme les vaccins.<sup>39</sup> Les femmes des ménages les plus pauvres, qui vivent au jour le jour, se trouveront probablement plus souvent dans cette situation. Même lorsqu'un ménage dispose de fonds suffisants pour couvrir les coûts associés à la vaccination, les femmes pourraient ne pas y avoir accès. Les ressources du ménage, en particulier l'argent, sont souvent contrôlées par les hommes, comme nous le verrons plus loin.

## Implications pour la programmation

- Les initiatives visant à renforcer la littératie en matière de santé, notamment les connaissances pratiques sur l'importance des vaccins, les principales étapes à suivre et le fonctionnement des services, pourraient contribuer à accroître les taux de vaccination. Les informations devraient être accessibles aux femmes, quel que soit leur niveau d'alphabétisation, et pourraient être transmises par des bénévoles de la SBC et/ou dans le cadre de réunions communautaires.

<sup>35</sup> Voir par exemple Woldemicael, G. (2007). Do women with higher autonomy seek more maternal and child healthcare? Evidence from Ethiopia and Eritrea.

<sup>36</sup> Organisation internationale du travail (2016). Women at work: Trends 2016. Genève : L'OIT. Disponible sur : [https://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS\\_457317/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/gender/Informationresources/Publications/WCMS_457317/lang--en/index.htm)

<sup>37</sup> Variations in the Uptake of Routine Immunization in Nigeria: Examining Determinants of Inequitable Access. Olorunsaiye, C.Z. and Degge, H. 1, 2016, Global Health Communication, Vol. 2, pp. 19–29.

<sup>38</sup> Favin, M., Steinglass, R., Fields, R., Banerjee, K., Sawhney, M. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature, *International Health*, Volume 4, Issue 4, 2012, pages 229–238. Disponible sur : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1876341312000496>

<sup>39</sup> Op cit. Merten.



- Dans les communautés où les cliniques sont plus éloignées et où très peu de femmes ont accès aux soins prénatals, la sensibilisation des agents de santé pourrait permettre aux femmes de mieux connaître les services de santé. Des initiatives telles que la mise à disposition d'un moyen de transport et/ou la programmation des périodes où plusieurs femmes de la même communauté se rendent à la clinique pourraient aider à surmonter les obstacles financiers.
- Il est important que les bénévoles de la SBC soient conscients des obstacles auxquels les femmes sont confrontées et qui affectent la vaccination, afin de ne pas les blâmer mais au contraire se concentrer sur les solutions durables.
- Les bénévoles de la SBC ou les groupes de femmes locaux pourraient partager des informations avec les partenaires d'AFENET et les services de santé sur les contraintes financières, temporelles et autres qui affectent les femmes dans une communauté spécifique. Les réunions communautaires ou les visites à domicile devraient être programmées à des moments qui conviennent le mieux aux femmes.
- Les infrastructures sociales (telles que la garde d'enfants ou les points d'accès à l'information) et physiques (telles que les transports publics ou l'amélioration des sources d'eau), pourraient réduire le manque de temps des femmes. AFENET et ses partenaires pourraient rechercher des opportunités pour intégrer ces soutiens dans la programmation et identifier les écarts entre les sexes dans les infrastructures sociales ou physiques pour les autres parties prenantes qui peuvent agir dans ce sens.

## Prise de décision au sein des ménages et autonomie des femmes

Cette section se concentre sur la prise de décision au niveau du ménage, étant donné que le ménage est un point central des interventions visant à augmenter les taux de vaccination des enfants. Il s'agit aussi d'un lieu critique dans la création et le maintien des inégalités entre les sexes. Les différents rôles et statuts attribués aux femmes et aux hommes au sein du ménage influencent le contrôle que les femmes ont sur les ressources et sur les décisions qu'elles pourraient prendre, y compris celles relatives aux soins de santé.<sup>40</sup> En général, alors que les rôles et responsabilités des hommes et des femmes au sein des ménages tendent à faire des femmes les soignantes désignées des enfants, les hommes sont désignés comme les chefs de famille et les principaux pourvoyeurs, avec le pouvoir de prendre des décisions au nom des autres membres du ménage.

Le manque de pouvoir de décision des femmes peut compromettre leur capacité à prendre soin de leur propre santé et de celle de leurs enfants. Par exemple, si les femmes n'ont pas leur mot à dire sur les dépenses du ménage, elles auront besoin de l'autorisation de leur mari ou d'autres personnes pour faire face aux coûts associés aux services de santé. Les décisions relatives aux soins de santé peuvent également être prises par le mari ou négociées au sein du ménage et de la famille élargie. La capacité des femmes à se rendre dans des services de santé en dehors du foyer ou de leur communauté pourrait être contrôlée par les maris ou d'autres membres de la famille. Les données des enquêtes démographiques et sanitaires (EDS) les plus récentes des pays participant au projet ont montré que la majorité des femmes n'ont pas leur mot à dire dans la plupart des décisions (voir Tableau 2).

<sup>40</sup> WHO EMRO (2001). Mainstreaming Gender Equity in Health: Madrid Statement. Disponible sur : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/76508/A75328.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/76508/A75328.pdf)

TABLEAU 2 : **Proportion de femmes ayant le dernier mot dans trois types de décisions<sup>41</sup> (principales dépenses du ménage, soins de santé personnels et visites à la famille/aux amis)**

<b>Cameroun (DHS 2018)</b>	46,7 %
<b>Tchad (DHS 2014-15)</b>	17,4 %
<b>RDC (DHS 2013-14)</b>	33,5 %
<b>Niger (DHS 2012)</b>	12,3 %

Source : <https://dhsprogram.com/topics/gender/index.cfm>

Des recherches menées en Éthiopie et en Érythrée<sup>42</sup>, au Nigeria<sup>43</sup>, et au Gabon<sup>44</sup>, ainsi qu'en Haïti, en Bolivie et en Inde, apportent la preuve statistique que les femmes ayant leur mot à dire dans les décisions du ménage contribuent à améliorer le statut vaccinal des enfants. Les décisions exactes que les femmes pourraient prendre ou non, et la manière dont cela affecte la vaccination des enfants, varient selon le contexte. Par exemple, au Gabon et dans l'État d'Ekti au Nigeria, les femmes sont les premières responsables des décisions et des coûts liés à la santé des enfants. Cependant, si des ressources financières supplémentaires sont nécessaires (par exemple, si le transport est coûteux), la décision revient alors au mari. De même, si la plupart des femmes de l'État d'Ekti sont en mesure de solliciter des services de santé infantile sans autorisation, si ces services exigent qu'elles se déplacent loin de leur ménage et qu'elles s'absentent longtemps, elles devraient obtenir la permission de leur mari.<sup>45</sup>

Certains types de décision semblent avoir des liens plus forts que d'autres avec la vaccination des enfants dans certains contextes. Par exemple, dans une étude nationale menée au Nigeria, le droit de regard des femmes sur les revenus de leur mari n'avait pas d'incidence sur les résultats de la vaccination, mais leur participation aux décisions concernant les soins de santé, les dépenses du ménage et les visites à la famille et aux amis était fortement associée à une vaccination complète.<sup>46</sup> La possibilité pour les femmes de rendre visite à la famille ou aux amis sans autorisation était également associée de manière significative à la vaccination de leurs enfants en Éthiopie et en Érythrée, mais leur contrôle sur les dépenses quotidiennes en lien avec la vaccination n'était significatif qu'en Éthiopie.<sup>47</sup> Ces résultats pourraient refléter des normes de genre spécifiques au contexte : Si certaines décisions sont considérées comme faisant partie des responsabilités des femmes, alors les femmes qui prennent ces décisions pourraient faire preuve de conformité avec les normes de genre, plutôt qu'une indication d'autonomie. Le lien entre des décisions spécifiques et la vaccination pourrait également être lié aux démarches pratiques nécessaires pour accéder aux vaccinations dans une zone spécifique. Lorsque les services de santé sont éloignés des communautés, par exemple, la capacité des femmes à prendre des décisions concernant leurs déplacements sera directement liée à leur capacité à accéder aux services de vaccination.

La façon dont les décisions sont prises pourrait également influencer la vaccination. Une étude menée en Éthiopie a révélé que les femmes qui prenaient les décisions financières conjointement avec leur mari étaient encore plus susceptibles de faire vacciner leurs enfants, par rapport aux femmes qui prenaient les décisions financières de

<sup>41</sup> Le terme « dernier mot » signifie qu'elles prennent seules ou conjointement avec leur mari (ou un autre membre de la famille) la décision finale sur ces trois points.

<sup>42</sup> Singh et al. 2012 ; Woldemicael, 2007.

<sup>43</sup> Antai et al. 2012 ; Olorunsaiye et Degge, 2016 ; Oluwadare, 2009.

<sup>44</sup> Schwarz, N.G., Gysels, M., Pell, C., et al. Reasons for non-adherence to vaccination at mother and childcare clinics (MCCs) in Lambaréné, Gabon. *Vaccin.* 2009 Aug;27(39):5371–5375. DOI (identificateur d'objet numérique) : 10.1016/j.vaccine.2009.06.100

<sup>45</sup> Oluwadare, C. The Social Determinants of Routine Immunisation in Ekiti State of Nigeria. *Stud Ethno-Med.* 2009; 3(1):49–56; Schwarz, N.G., Gysels, M., Pell, C., Gabor, J., Schlie, M., Issifou, S., Lell, B., Kremser, P.G., Grobusch, M.P., Pool, R. Reasons for non-adherence to vaccination at mother and childcare clinics (MCCs) in Lambaréné, Gabon. *Vaccin.* 2009 Aug 27;27(39):5371–5. doi: 10.1016/j.vaccine.2009.06.100 Epub 2009 Jul 17. PMID: 19616497.

<sup>46</sup> Singh et al. 2012.

<sup>47</sup> Op cit. Woldemicael.

manière indépendante.<sup>48</sup> L'auteur suggère que la prise de décision conjointe pourrait indiquer un partenariat plus collaboratif entre le mari et la femme, et un partage des responsabilités en matière de santé infantile.

Certaines études ont révélé que la prise en compte de certains facteurs socio-économiques, en particulier le niveau d'éducation des femmes et des hommes, affaiblissait (mais n'éliminait pas) l'association entre l'autonomie des femmes et la vaccination des enfants. Une des explications possibles est que, dans les contextes où l'autonomie des femmes est généralement faible, les facteurs socio-économiques ont plus d'impact sur les comportements en ce qui concerne le recours aux soins.<sup>49</sup> Une étude plus récente menée en Éthiopie a toutefois conclu que « pour les femmes éthiopiennes, l'éducation ne remplace pas l'autonomie. En d'autres termes, l'autonomie des femmes éthiopiennes au sein du ménage n'est pas uniquement créée par l'accès à l'éducation, mais par une plus grande liberté de prendre des décisions concernant leurs moyens de subsistance. »<sup>50</sup>

Il est prouvé que le pouvoir de décision des femmes pourrait influencer la santé des enfants au-delà de leur propre foyer. Une étude utilisant les données des EDS de 12 pays<sup>51</sup> a révélé que les communautés où les femmes ont un plus grand pouvoir de décision ont également de meilleurs taux de vaccination des enfants. En fait, la moyenne communautaire du pouvoir de décision des femmes avait plus d'effet sur les résultats de la vaccination que le pouvoir de décision des mères pris de manière individuelle.<sup>52</sup> Une explication possible est que les femmes qui peuvent prendre des décisions à la maison, mais qui vivent dans des communautés qui n'acceptent pas le droit des femmes à prendre des décisions, peuvent être confrontées à des obstacles de la part des membres de la communauté et des prestataires de services. Une autre possibilité est que les attitudes et les normes de la communauté sont plus importantes pour déterminer les résultats en matière de santé que les attitudes individuelles. L'impact des normes et idéologies communautaires en matière de genre pour l'éradication de la polio est discuté plus loin.

Certaines études ont également pris les attitudes des femmes à l'égard de la violence basée sur le genre comme une mesure de leur autonomie. Cela est fondé sur l'hypothèse selon laquelle les femmes plus autonomes n'accepteraient pas qu'il y ait une quelconque justification pour qu'un homme batte sa femme, estimant qu'une femme a le droit de se disputer avec son mari, de visiter sa famille sans permission et de refuser des rapports sexuels.<sup>53</sup> Des études menées au Nigeria et en Éthiopie ont révélé que les femmes qui rejetaient la croyance selon laquelle la violence basée sur le genre (VBG) est acceptable au sein du foyer étaient également plus susceptibles d'avoir des enfants vaccinés.<sup>54</sup> La prévalence de la VBG et les attitudes de la communauté pourraient également affecter la vaccination des enfants, comme nous le verrons dans la section suivante.

---

<sup>48</sup> Ebot, J.O. (2015), « Girl Power! » : The Relationship between Women's Autonomy and Children's Immunization Coverage in Ethiopia. *J Health Popul Nutr* 33, 18.

<sup>49</sup> Op cit. Woldemicael.

<sup>50</sup> Op cit. Ebot.

<sup>51</sup> Including Benin, Malawi, Mali, Uganda, and Zimbabwe.

<sup>52</sup> Desai, S. et Johnson, K. (2005). Women's Decision-Making and Child Health: Familial and Social Hierarchies. A focus on gender: Collected papers on Gender using DHS data. USAID. Disponible sur : <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/OD32/OD32.pdf#page=61>

<sup>53</sup> Op cit. Woldemicael.

<sup>54</sup> Singh, K., Haney, E., Olorunsaiye, C. (2013). Maternal autonomy and attitudes toward gender norms: associations with childhood immunization in Nigeria. *Maternal Child Health J.* 2013; 17:837–41. Et Antai, D., Gender inequities, relationship power, and childhood immunization uptake in Nigeria: a population-based cross-sectional study. *Int J Infect Dis.* 2012; 16:e136 — e145.

## Implications pour la programmation

- Le fait d'atteindre les hommes pour leur faire comprendre l'importance de la vaccination et les étapes nécessaires (telles que de multiples déplacements à la clinique) pourrait encourager les ménages à prendre des décisions en faveur de la vaccination.
- Les initiatives soucieuses de faire évoluer la question du genre en incitant les hommes à considérer un partage plus équitable des ressources et de la prise de décision au sein des ménages, ainsi que les initiatives qui facilitent l'autonomisation des femmes, contribueront à des résultats positifs en matière de santé au fil du temps, y compris des progrès dans l'éradication de la polio. L'établissement de liens avec les initiatives locales en faveur de l'égalité des sexes pourrait informer AFENET et ses partenaires sur le contexte local et fournir des points d'entrée plus immédiats pour s'attaquer aux obstacles spécifiques liés au genre.

## Opportunités et barrières au niveau communautaire

Le contexte communautaire a un impact sur les opportunités et les contraintes des femmes et des hommes de diverses manières qui soient pertinentes pour les stratégies d'éradication de la polio. Les hiérarchies sociales basées sur l'ethnicité, le statut socio-économique, le sexe et d'autres marqueurs sociaux affectent le statut des ménages et des individus, influençant leur accès aux services et leur participation aux processus collectifs. Des groupes de personnes pourraient être marginalisés dans une communauté en raison de leur identité sociale, notamment les migrants ou les membres d'un groupe ethnique ou religieux minoritaire. Les femmes appartenant à des groupes socialement exclus pourraient manquer de réseaux sociaux qui leur permettraient de se rendre plus facilement dans un établissement de santé, par exemple le fait de connaître des agents de santé ou d'être en mesure de voyager avec d'autres femmes ou d'obtenir un soutien pour les soins des enfants ou d'autres besoins domestiques.

Les hiérarchies sociales pourraient également affecter le statut et le pouvoir de négociation de villages ou de régions entières. Les différences de statut entre les communautés pourraient se traduire par des infrastructures de moindre qualité, un manque de services, des investissements moins importants ou un manque de représentation dans les processus de prise de décision.

### Application des normes sexospécifiques dans la communauté

Les communautés façonnent et défendent les normes sexospécifiques, c'est-à-dire les règles non écrites sur ce que signifie être une femme ou un homme. Ces normes communautaires influencent les décisions et les actions au sein des ménages.<sup>55</sup> Les normes religieuses ou culturelles relatives au genre influencent la mobilité des femmes et les interactions attendues ou autorisées entre les femmes et les hommes. Dans certains contextes socioculturels, comme chez les Haoussas du Nigeria par exemple, lorsqu'un homme n'a aucun lien de parenté avec une femme, il ne peut pas parler avec elle sans la permission de son mari.<sup>56</sup>

Les femmes sont jugées sur la façon dont elles se conforment aux normes communautaires, sur ce que signifie être une bonne épouse ou une bonne mère, où la santé d'un enfant pourrait être considérée comme une indication de sa capacité en tant que mère à entretenir et à nourrir son enfant. La performance des femmes en tant que mères et épouses pourrait être considérée comme un reflet du statut de la famille entière. Dans ce contexte, si un enfant n'est pas épanoui, la mère pourrait éviter la vaccination pour éviter d'être surveillée. Les mères pauvres pourraient éviter les services de santé par crainte d'être jugées parce que leurs enfants ont des vêtements sales, des irritations de la peau ou des signes de malnutrition.<sup>57</sup> La peur d'être jugée comme une mauvaise mère pourrait également être un obstacle à la déclaration de la maladie d'un enfant à un bénévole de la santé communautaire (comme pour la SBC).

Les spécificités des normes sexospécifiques pourraient varier considérablement d'une communauté à l'autre. Les services de santé qui reposent sur une solide compréhension du contexte sexospécifique et qui sont conçus pour s'attaquer aux obstacles liés au genre pourraient faire une différence significative dans les résultats en matière de santé. On peut citer l'exemple d'une région du nord du Ghana où le taux de vaccination était particulièrement bas et où les résultats en matière de santé infantile étaient médiocres. La recherche qualitative a permis de documenter les croyances et les normes communautaires qui influencent les comportements en matière de recours aux soins et l'autonomie des femmes. Les normes communautaires, fondées sur les croyances religieuses, ont établi que les chefs de concessions de plusieurs ménages étaient des chefs spirituels et gardiens de la santé. Les femmes ont expliqué que le recours aux soins de santé sans l'approbation du chef de la concession pouvait entraîner une aggravation de la maladie,

<sup>55</sup> Heise, L., Greene, M.E., Opper, N., et al. Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health. *Lancet* (London, England). 2019 Jun;393(10189):2440–2454. DOI (identificateur d'objet numérique) : 10.1016/s0140-6736(19)30652-x

<sup>56</sup> Op cit. Singh.

<sup>57</sup> Op cit. Merten.

voire la mort de l'enfant, et des accusations de sorcellerie portées contre la mère. L'autre niveau d'accès était les maris qui, ayant payé une dot, sont considérés comme propriétaires de leurs épouses et conservent le plein contrôle des ressources du ménage. La fréquentation des services de santé nécessite donc l'approbation de deux niveaux de décideurs masculins. L'étude a également révélé qu'une communauté s'était vu attribuer une infirmière, qui vivait dans la communauté et visitait régulièrement toutes les concessions pour fournir des informations sur la planification familiale et l'éducation à l'hygiène et traiter les affections mineures. Au fil du temps, l'infirmière communautaire est devenue le premier point de contact pour les problèmes de santé et a pu orienter les cas graves vers une clinique. La recherche a révélé que ces progrès ont été possibles parce que la communauté a été consultée au sujet du déplacement de l'infirmière d'un établissement de santé vers le village, a participé à la construction de l'unité de logement et a eu son mot à dire sur la manière dont le service était fourni.<sup>58</sup>

Les normes sexospécifiques de la communauté pourraient affecter les actions des bénévoles recrutés pour appuyer la surveillance à base communautaire (SBC). Les membres de la communauté ayant un statut élevé, notamment les chefs religieux, les guérisseurs traditionnels ou les anciens de la communauté, jouissent d'une crédibilité locale mais pourraient généralement jouer un rôle dans l'application des normes sexospécifiques, y compris les normes qui restreignent l'autonomie des femmes. Ainsi, si l'implication de membres clés de la communauté peut également être une opportunité de contribuer à l'égalité des sexes, les programmes de CBS devraient définir des normes claires en matière d'égalité des sexes et offrir des possibilités de formation et de dialogue sur l'importance de l'égalité des sexes pour améliorer la santé de tous. De même, les femmes bénévoles de la SBC pourraient contribuer à faire respecter les normes sexospécifiques, alors que ces mêmes normes pourraient également limiter leur capacité à remplir certains aspects de leur rôle. Les programmes de CBS ont besoin de stratégies pour réduire ou surmonter ces contraintes.

## Acceptabilité des services de vaccination

Les croyances culturelles et religieuses influencent la façon dont la maladie et les mesures préventives sont comprises et appréciées, et les impacts de ces croyances sont souvent liés aux normes sexospécifiques. Dans l'exemple du nord du Ghana (ci-dessus), la communauté croit que les individus tombent malades à cause de forces surnaturelles ou en raison de leur désobéissance aux ancêtres. Avant qu'un traitement ne soit efficace, l'homme, qui est le chef de la concession, devrait consulter les ancêtres. Les femmes n'ont aucun rôle dans ce processus et risquent des sanctions sévères si elles se font soigner sans consulter.<sup>59</sup>

Les communautés éloignées ou isolées sont plus susceptibles d'avoir des croyances qui diffèrent de celles de la majorité. En général, ces communautés ont aussi souvent des niveaux d'éducation inférieurs. Le manque d'éducation et l'exposition limitée aux informations provenant d'autres communautés, combinés à un statut de subordination, pourraient rendre encore plus difficile, la contestation des pratiques qui empêchent les femmes de ces communautés d'avoir recours aux services de santé pour leurs enfants.

En outre, lorsqu'il y a un manque de confiance dans les autorités, comme dans les communautés qui ont été victimes de discrimination ou dans les zones touchées par un conflit, la confiance dans les centres de vaccination pourrait être réduite.<sup>60</sup> Cette situation pourrait également affecter la déclaration et la surveillance. Les recherches ont révélé que la résistance organisée à la vaccination est principalement le fait des hommes qui sont les principaux acteurs politiques des communautés. « Lorsque des rumeurs à caractère politique circulent, les hommes s'engagent contre la vaccination. »<sup>61</sup> Dans ces situations, si les femmes veulent faire vacciner leurs enfants, elles risquent de subir des conséquences négatives de la part des

<sup>58</sup> Ngom, P., et al. (2003). Gate-keeping and women's health-seeking behavior in Navrongo, Northern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 7:17–26.

<sup>59</sup> Ibidem.

<sup>60</sup> Okwo-Bele, J.M., Conner, R., McIlvaine, B., Rowley, E., Bernson, J. (2018). Tackling inequities in immunization outcomes in conflict contexts. ERG Discussion Paper 6. Disponible sur : <https://sites.google.com/view/erg4immunisation/discussion-papers>

<sup>61</sup> Op cit. Merten. p. 10.



hommes de leur foyer et de leur communauté. Comme le citent Merten et al. dans une étude de cas en Ouganda : « La méfiance à l'égard de la vaccination était principalement présentée par les hommes, tandis que certaines femmes encourageaient explicitement les autres à ne pas tenir compte du refus de leur mari de faire vacciner leurs enfants. Il est frappant de constater que les opinions des hommes étaient principalement représentées dans les recherches lorsque la vaccination était devenue une question politique. »<sup>62</sup>

## Participation et représentation

La possibilité pour les femmes d'exprimer leurs préoccupations et leur pouvoir d'influencer les décisions et les programmes communautaires en matière de santé sont souvent limités par les rôles sexospécifiques et l'inégalité structurelle entre les sexes. La richesse de la famille, la caste/ethnie et la religion influencent également la manière dont les femmes occupent l'espace public et les rôles communautaires qu'elles peuvent jouer.<sup>63</sup> Une revue de la littérature sur l'efficacité de la participation communautaire aux comités d'établissements de santé a révélé que « les hiérarchies économiques et culturelles, y compris la domination masculine, contribuent à empêcher les comités de santé de représenter adéquatement les intérêts de l'ensemble de la communauté et entravent la pleine participation de la communauté à la prestation des soins de santé primaires. »<sup>64</sup> Une recherche sur les comités de santé villageois dans les zones rurales du nord de l'Inde a révélé que, bien que les femmes et les hommes aient été impliqués en fonction de leurs rôles traditionnels (les femmes en tant que soignantes et les hommes en tant que décideurs) et que les hommes dominaient dans les réunions, ces comités ont créé des occasions de remettre en question les normes sexospécifiques et ont permis aux femmes de s'exprimer lors des réunions des comités et sur une série d'autres questions non liées à la santé. L'aide apportée par le personnel des ONG a permis aux femmes d'opérer ces changements de rôles et les a protégées de la censure de la communauté pour avoir enfreint les normes sexospécifiques. Certaines femmes, cependant, se sont heurtées à la résistance de leur foyer et ont fini par se retirer du comité.<sup>65</sup>

Ces idées soulèvent des considérations pour AFENET et ses partenaires sur la façon dont l'implication des femmes dans la conception, la gestion et le suivi de la SBC pourrait renforcer l'efficacité du projet au niveau communautaire. Une participation significative des femmes à la SBC pourrait également contribuer à renforcer la participation des femmes à la prise de décision de manière plus générale, ce qui (comme indiqué ci-dessus) est associé à l'amélioration des taux de vaccination des enfants. Il est important de reconnaître que même si les femmes sont exclues des processus de prise de décision au niveau communautaire, néanmoins il peut être attendu d'elles qu'elles participent et/ou mènent à bien des activités auxquelles elles n'ont pas été consultées.

## Violence basée sur le genre (VBG)

Une femme sur trois sera victime de violence basée sur le genre au cours de sa vie.<sup>66</sup> La VBG prend de nombreuses formes, du harcèlement dans les espaces publics, à l'école et sur le lieu de travail, aux agressions sexuelles, en passant par la violence à l'égard de la conjointe et d'autres formes de violence basée sur le genre au sein du foyer. Les normes communautaires concernant les rôles et les comportements attendus des

<sup>62</sup> Ibidem.

<sup>63</sup> Op cit. Feletto.

<sup>64</sup> McCoy, D.C., Hall, J.A., Ridge, M. A systematic review of the literature for evidence on health facility committees in low- and middle-income countries. Plan de politique de santé. 2012 Sep;27(6):449–66. doi: 10.1093/heapol/czr077. Epub 2011 Déc 8. PMID: 22155589.

<sup>65</sup> Scott, K., George, A.S., Harvey, S.A., et al. Negotiating power relations, gender equality, and collective agency: are village health committees transformative social spaces in Northern India? *Int J Equity Health* 2017;16:84.

<sup>66</sup> OMS (2021) Estimations de la prévalence de la violence à l'égard des femmes 2018. Disponible sur : [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-prevention/vaw\\_report\\_web\\_09032021\\_oleksandr.pdf?sfvrsn=a82ef89c\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-prevention/vaw_report_web_09032021_oleksandr.pdf?sfvrsn=a82ef89c_5&download=true)

hommes et des femmes, ainsi que les attitudes à l'égard de la violence, constituent des facteurs importants pour le type et l'ampleur de la violence perpétrée contre les femmes et les filles.<sup>67</sup> D'autres aspects du contexte social ont également une incidence sur la VBG. Les conflits et les déplacements exacerbent souvent la violence à l'égard de la conjointe et d'autres formes de violence, et exposent les femmes et les filles à de nouvelles formes de violence, notamment l'exploitation sexuelle, la prostitution forcée et le mariage forcé.<sup>68</sup> Il a également été démontré que les crises, telles que les catastrophes ou la pandémie de COVID-19, augmentent les VBG.<sup>69</sup>

Outre le fait qu'elle constitue une grave violation des droits humains ancrée dans les inégalités entre les sexes, la VBG a de multiples effets négatifs sur la santé physique, psychologique, sexuelle et reproductive des femmes et des filles. Il a également été démontré que la VBG contribue à des résultats défavorables en matière de santé des enfants.<sup>70</sup> Des études menées en Inde ont révélé que la probabilité d'une vaccination complète était nettement plus faible chez les enfants dont la mère avait déclaré avoir subi des violences physiques ou sexuelles de la part de son partenaire intime au cours de l'année précédente.<sup>71</sup>

Il existe peu de recherches sur comment l'expérience de la violence chez les femmes affecte la santé des enfants et les taux de vaccination. L'une des hypothèses est que la VBG affecte l'accès des femmes aux services de santé pour elles-mêmes, notamment les services de santé reproductive et maternelle<sup>72</sup>, ou pour leurs enfants. Les femmes qui subissent des violences de la part de leurs conjoints rapportent aussi en général des comportements autoritaires de la part de leurs maris, comme le fait de leur interdire de voir leurs amies ou de rendre visite à leurs familles, de les accuser d'être infidèles, de vouloir savoir où elles se trouvent en permanence ou de ne pas leur confier de l'argent. Ces contrôles exercés par le mari limiteraient la mobilité des femmes et leur accès aux ressources. Les femmes pourraient également éviter les services de santé pour que les agents de santé ne découvrent pas la violence qu'elles subissent et ne portent ainsi atteinte à la réputation de leur mari et de leur famille.<sup>73</sup> La menace de violence dans les espaces communautaires est une raison courante pour les ménages ou les communautés de limiter la mobilité des femmes, ce qui peut affecter l'accès des femmes aux services de santé et les empêcher de devenir des agents de santé communautaires.

La VBG a des conséquences importantes pour le projet, étant donné la prévalence élevée dans les pays du projet d'éradication de la poliomyélite. Les dernières estimations révèlent que sur la tranche d'âge des femmes de 15 à 49 ans en RDC, 47 % ont subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part de leur conjoint au cours de leur vie. Ce chiffre représente 29 % pour le Tchad et de 39 % pour le Cameroun.<sup>74</sup>

## Le mariage des enfants

Le mariage des enfants, une forme de VBG, a également un impact direct sur l'accès et l'utilisation des services de santé par les filles et les femmes, y compris la vaccination. Une étude portant sur l'effet du mariage précoce sur la santé des femmes et des enfants en Afrique subsaharienne a révélé que la probabilité que les enfants reçoivent les vaccins de base est deux fois plus élevée si leurs mères se sont mariées entre 15 et 17 ans plutôt qu'entre 10 et 14 ans.<sup>75</sup> Les adolescentes contraintes au mariage précoce ont moins de

---

<sup>67</sup> Heise et al. 2019.

<sup>68</sup> OMS (2017). Violence against Women: Faits marquants. Disponible sur : <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

<sup>69</sup> Ibidem.

<sup>71</sup> Sabarwal, S., McCormick, M.C., Silverman, J.G., Subramanian, S.V., Association Between Maternal Intimate Partner Violence Victimization and Childhood Immunization in India, *Journal of Tropical Paediatrics*, Volume 58, Issue 2, April 2012, pp. 107–113, <https://doi.org/10.1093/tropej/fmr052>

<sup>72</sup> Muralidharan, A., et al. (2015). Transforming Gender Norms, Roles, and Power Dynamics for Better Health: Evidence from a Systematic Review of Gender-integrated Health Programs in Low- and Middle-Income Countries. Washington DC: Futures Group, Health Policy Project.

<sup>73</sup> Umubyeyi, A., et al. (2016). Gender Inequality Prevents Abused Women from Seeking Care Despite Protection Given in Gender-Based Violence Legislation: A Qualitative Study from Rwanda. *PLoS ONE* 11(5).

<sup>74</sup> OMS (2021). Estimations de la prévalence de la violence à l'égard des femmes 2018. Les données pour le Niger ne sont pas disponibles.

<sup>75</sup> Delprato, M., Akyeampong, K. (2017). The Effect of Early Marriage Timing on Women's and Children's Health in Sub-Saharan Africa and Southwest Asia. *Annals of Global Health*. May–Aug; 83(3-4): 557–567.

chances d'avoir des connaissances en matière de santé, et sont plus susceptibles de subir des violences de la part de leur conjoint (et parfois de leur belle-famille) ; elles risquent d'avoir des grossesses non désirées et de connaître une morbidité et une mortalité maternelles, tandis que les normes sexospécifiques restreignent leur mobilité.<sup>76</sup> Les mariages d'enfants sont fortement associés à un faible niveau d'éducation, car les filles qui se voient refuser des opportunités d'éducation sont plus susceptibles de se marier jeunes, et les filles qui sont mariées abandonnent généralement l'école. Leur âge, leur manque d'éducation et leurs moyens de subsistance limités affaiblissent leur pouvoir de négociation, notamment en ce qui concerne les décisions relatives à la santé.

Actuellement, dans les pays les moins développés, 40 % des filles sont mariées avant l'âge de 18 ans et 12 % des filles sont mariées avant l'âge de 15 ans.<sup>77</sup> Les taux de mariages d'enfants sont également élevés dans les pays du projet AFENET. Par exemple, au Niger, 76 % des femmes âgées de 20 à 24 ans ont été mariées avant l'âge de 18 ans, tandis que ce chiffre est de 68 % au Tchad.<sup>78</sup>

## Implications pour la programmation

- Lorsque des poches de sous-vaccination significative sont identifiées, une analyse de genre au niveau communautaire des obstacles à la vaccination et des comportements en matière de recours aux soins pourrait aider à identifier les problèmes sous-jacents et à suggérer des stratégies.
- Le partage des résultats des analyses de genre avec les responsables et les agents de santé de première ligne dans les centres de santé voisins pourrait contribuer à la mise en place de services de santé axés sur le genre.
- Lorsqu'une résistance organisée ou communautaire à la vaccination est identifiée, il est important de s'engager auprès des hommes et des dirigeants de la communauté pour comprendre et traiter toute désinformation. Il est également possible de soutenir les groupes de femmes locaux en leur fournissant des informations et une plateforme pour encourager la vaccination.
- Les programmes de SBC devraient établir des normes claires en matière d'égalité des sexes et offrir des possibilités de formation et de dialogue avec les bénévoles sur la façon dont les obstacles liés au genre affectent l'éradication de la polio et ce que cela signifie pour leurs rôles. Cela favorisera une surveillance efficace et, en raison du rôle de premier plan des bénévoles de la SBC, contribuera à des changements à plus long terme en faveur de l'égalité des sexes et de l'amélioration de la santé pour tous.
- Maintenir un dialogue permanent avec les bénévoles féminins de la SBC pour aider à identifier et à surmonter les obstacles liés au genre qui entravent leur travail.
- Créer des opportunités pour une participation significative des femmes de la communauté dans la conception, la gestion et le suivi des initiatives de SBC. Cela favorisera une surveillance plus efficace et contribuera à renforcer la représentation des femmes dans la prise de décision communautaire.
- L'établissement des liens avec les organisations qui travaillent à mettre fin à la violence basée sur le genre et leur soutien contribuera à l'égalité des sexes et à l'amélioration de la santé des enfants à long terme. Dans les communautés où la violence basée sur le genre ou la peur de la violence empêche les femmes de se rendre dans les services de santé, les stratégies visant à assurer la sécurité des déplacements des femmes et des bénévoles féminins de la SBC pourraient améliorer à court terme les taux de vaccination.
- Envisager de concevoir des activités de sensibilisation spécialement destinées aux jeunes femmes qui ont été mariées pendant leur enfance et qui ont donc moins accès à l'information ou aux réseaux sociaux et moins de pouvoir au sein de leur foyer. Le fait de les impliquer dans un groupe pourrait renforcer leur littératie en matière de santé et développer leur réseau de soutien.

<sup>76</sup> OMS (2011). Mariages précoces, adolescentes et grossesses précoces. Disponible sur : [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_12-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_12-en.pdf)

<sup>77</sup> FNUAP (2020). Child Marriage. Disponible sur : <https://www.unfpa.org/child-marriage>

<sup>78</sup> ICRW et UNICEF (2015). Child Marriage, Adolescent Pregnancy and Family Formation in West and Central Africa. Disponible sur : <https://www.unicef.org/wca/media/1171/file/English%20PDF.pdf>

## Le système de santé

Cette section passe en revue les principaux obstacles et opportunités liés au genre au sein du système de santé qui, en tant que système influencé par les normes sexospécifiques, a un impact sur la santé des femmes, des hommes et des enfants. Comme le notent Hay et al., « 20 ans de recherches transnationales dans les pays à revenu élevé et dans les pays à revenu faible et intermédiaire révèlent que les inégalités entre les sexes sont ancrées dans nos systèmes de santé, qu'elles sont rarement prises en compte et qu'elles entravent notre capacité à atteindre la couverture sanitaire universelle » (p 2535).

### Conception et gestion des services de santé

La santé et la vaccination des enfants reposent sur des normes sexospécifiques, en particulier sur l'hypothèse selon laquelle les femmes sont responsables des soins et du bien-être des enfants. Les services qui reconnaissent la division du travail selon le genre – une réalité qui fait reposer la responsabilité des soins aux enfants sur les mères – et qui s'attaquent explicitement aux obstacles qu'elles pourraient rencontrer en raison de leur sexe, pourraient être efficaces pour atteindre les femmes et les enfants. Certains de ces obstacles liés au genre, comme le manque de contrôle des femmes sur les ressources et leur exclusion de certaines décisions au sein du foyer, soulignent l'importance d'atteindre les pères et autres observateurs avec des messages d'éducation sanitaire.<sup>79</sup> Dans la mesure où ces messages tiennent compte de la dimension genre, le fait d'aborder la responsabilité partagée des parents à l'égard des enfants et d'éviter les stéréotypes sexistes préjudiciables pourrait remettre en question les inégalités entre les sexes tout en contribuant à améliorer la santé des enfants.

Il est également prouvé que les obstacles liés au genre ne sont pas systématiquement pris en compte dans la conception et la gestion des services de santé. Par exemple, les heures de vaccination ne tiennent pas compte du temps dont disposent les femmes et du défi que représente le transport, en particulier pour les communautés éloignées. Une revue des recherches publiées a révélé que 45 % des raisons de la sous-vaccination étaient liées au système de vaccination et incluaient les occasions manquées de vaccination.<sup>80</sup> De nombreux exemples d'occasions manquées, notamment l'absence d'évaluation du statut vaccinal lorsqu'un enfant est amené pour un autre traitement et le manque d'intégration avec les services de santé maternelle, témoignent d'un manque d'attention aux obstacles liés au genre dont le manque de temps chez les femmes, leur accès limité aux ressources financières et, éventuellement, leur faible niveau d'éducation ou de littératie en matière de santé.

### Les ressources humaines dans le domaine de la santé

Accroître la participation significative des femmes dans l'éradication de la polio n'est pas seulement important en termes de promotion de l'égalité, mais dans de nombreux contextes, la participation accrue des femmes affecte la portée et l'efficacité des efforts d'éradication de la polio. Dans les régions où l'isolement et la mobilité restreinte des femmes sont prévalant — par exemple, lorsque les normes et pratiques socioculturelles et/ou religieuses limitent les contacts sociaux et physiques entre les hommes et les femmes — les femmes pourraient ne pas chercher à se faire soigner, ni même à faire soigner leurs enfants, à moins d'avoir accès à une femme agent de santé. La littérature a cependant documenté les obstacles liés au genre qui empêchent les femmes d'entrer dans le secteur de la santé, de progresser dans leur carrière et de travailler au maximum de leur potentiel.

La position des femmes dans le système de santé reflète les hiérarchies sociales : elles sont sous-représentées au sommet du système et dans les ministères de la santé, ainsi que dans les établissements de

<sup>79</sup> Op cit. Merten.

<sup>80</sup> Rainey, J.J., et al. (2011). Reasons related to non-vaccination and under-vaccination of children in low- and middle-income countries: findings from a systematic review of the published literature, 1999–2009. 46, 2011, *Vaccine*, Vol. 29, pp. 8215–8221.

santé, et les plus représentées à la base — par exemple, comme infirmières, sages-femmes et agents de santé communautaires (ASC). Les infirmières et autres agents de santé de première ligne ont généralement un statut et un salaire inférieurs et sont souvent victimes de harcèlement et d'abus au travail. Le fait que les femmes tendent à dominer parmi les acteurs de la santé qui sont non rémunérés est une extension des rôles dominants liés au sexe. Par exemple, en Sierra Leone, une politique visant à améliorer les conditions de travail des ASC en leur versant un salaire a conduit à ce que plus d'hommes que de femmes assument ces rôles car les normes sexospécifiques dictaient que l'emploi rémunéré revenait aux hommes.<sup>81</sup>

Hay et al. associent les inégalités entre les sexes parmi le personnel de santé à une dichotomie « traitement contre soins » : « Les communautés se tournent vers les médecins et les spécialistes pour guérir, tandis que les infirmières et les agents de santé communautaires sont censés soigner, leurs services étant considérés comme moins qualifiés, moins méritants en termes de rémunération et plus conformes au rôle traditionnel des femmes en tant que soignantes. »<sup>82</sup> Les recherches suggèrent que le manque de respect et la surcharge de travail des infirmières peuvent contribuer à la mauvaise qualité des soins, en particulier pour « les patients et les communautés les plus marginalisés socialement, généralement les femmes » — notamment les femmes rurales, pauvres ou jeunes qui ont le moins de ressources pour exiger ou attendre un traitement respectueux.<sup>83</sup> L'impact des interactions entre les agents de santé et les mères est examiné plus loin.

Même parmi les agents de santé au niveau communautaire, les inégalités entre les sexes au sein du système de santé et de la communauté constituent des obstacles au recrutement et à la rétention des femmes. Une étude sur le genre et la surveillance de la PFA au Nigeria a révélé une sous-représentation généralisée des femmes dans la santé publique. Le personnel de surveillance était dominé par les hommes aux niveaux supérieurs et dans les États du nord. Le manque de personnel femmes dans le nord a été attribué en partie aux niveaux d'éducation inférieurs et à l'analphabétisme des femmes dans ces régions ; cependant, les auteurs ont également noté l'impact de stéréotypes et de normes sociales néfastes qui dévalorisent les femmes. La sous-représentation des femmes a eu un impact sur la qualité de la surveillance : dans les milieux où les normes sociales et religieuses limitent les contacts entre les femmes et les hommes, les agents hommes n'ont pas accès aux mères et les hommes de la famille sont moins à même de fournir des informations fiables sur la santé des enfants.<sup>84</sup>

Les recherches menées en RDC, au Liberia et en Sierra Leone donnent un aperçu de la manière dont les processus de sélection et de recrutement des ASC peuvent être influencés par le genre. Les exigences en matière de niveau d'éducation pourraient désavantager les femmes, car elles ont souvent un niveau d'éducation plus faible et moins d'accès et de contrôle sur les ressources éducatives. Cela semblait être particulièrement le cas dans les contextes où un conflit antérieur a perturbé l'éducation des enfants. Les normes et les rôles liés au genre entravent également la sélection des femmes en tant qu'ASC et leur accès à l'emploi en général. Par exemple, la capacité des femmes à travailler comme ASC pourrait être limitée par les attentes de la famille et de la communauté qui veulent qu'elles assument toujours l'entière responsabilité des soins aux enfants, des soins aux malades et aux personnes âgées, ainsi que d'autres tâches domestiques. Une recherche qualitative en RDC a révélé que les femmes mariées étaient souvent en retard en raison de leurs responsabilités relatives aux soins des enfants. Dans ce cas, le programme a cherché des moyens plus flexibles de gérer les horaires afin de tenir compte des pressions auxquelles les ASC étaient confrontées en raison des rôles et des responsabilités liés au genre.<sup>85</sup>

---

<sup>81</sup> Hay, K., McDougal, L., Percival, V., Henry, S., Klugman, J., Wurie, H., Raven, J., Shabalala, F., Fielding-Miller, R., Dey, A., Dehingia, N., Morgan, R., Atmavilas, Y., Saggurti, N., Yore, J., Blokhina, E., Huque, R., Barasa, E., Bhan, N., Kharel, C., Silverman, J.G., Raj, A. Gender Equality, Norms, and Health Steering Committee. Disrupting gender norms in health systems: making the case for change. *Lancet*. 2019 Jun 22;393(10190):2535–2549.

<sup>82</sup> Ibidem.

<sup>83</sup> Ibidem. p. 2541.

<sup>84</sup> Hamisu, A., et al. (2017). Gender Dimensions of Acute Flaccid Paralysis Surveillance in Nigeria. *International Journal of Gender and Women's Studies* Vol. 5, No. 2, pp. 80–87.

<sup>85</sup> Steege, R., et al. (2018). Gender and Community Health Worker programmes in fragile and conflict-affected settings. Findings from Sierra Leone, the Democratic Republic of the Congo, and Liberia. Dossier publié par ReBUILD et RinGs.

L'inégalité dans la prise de décision au sein des communautés et des établissements de santé pourrait également créer des obstacles liés au genre dans le recrutement. En Sierra Leone et au Liberia, par exemple, les ASC sont sélectionnées par la communauté, ce qui a favorisé la sélection des hommes. Une responsable d'un établissement de santé au Liberia a expliqué la difficulté qu'il y a à contester les choix de la communauté car les membres de la communauté doivent être à l'aise avec la personne sélectionnée. L'une des raisons pour lesquelles plus d'hommes ont été sélectionnés est le manque de participation des femmes dans les processus communautaires, y compris les réunions de sélection des ASC. Comme nous l'avons vu dans la section sur la communauté ci-dessus, il existe de nombreux obstacles liés au genre qui empêchent les femmes d'être représentées et de participer à la prise de décision communautaire. La même étude a révélé que les critères de sélection des ASC en RDC favorisaient l'égalité des chances pour les femmes et les hommes. Ceci, combiné avec l'implication des groupes de femmes, a contribué à un nombre égal de femmes et d'hommes ASC.<sup>86</sup>

## Les barrières liées au genre rencontrées par les agents de santé

Les travailleuses de première ligne, notamment les vaccinatrices, les mobilisatrices sociales, les agents de surveillance et les points focaux, vivent et travaillent dans le même milieu social et sont soumises aux mêmes normes sexospécifiques et relations de pouvoir qui influencent les ménages, les communautés et les sociétés qu'elles servent.

Des recherches menées dans de nombreux pays ont montré que le soutien familial est essentiel à la productivité et à l'efficacité des femmes agents de santé, en particulier celles qui travaillent au niveau communautaire, et que l'absence de soutien familial était un obstacle courant au recrutement.<sup>87</sup> Dans certains cas, le statut de bénévole ou la faible rémunération des agents de santé communautaires réduit le soutien familial. Au Kenya, par exemple, une étude a révélé que les maris et les enfants des femmes bénévoles travaillant dans le domaine de la santé communautaire considéraient que leur travail avait une faible valeur économique pour la famille, ce qui avait un impact négatif sur la participation des femmes. Si le travail dans le domaine de la santé ne produit que peu ou pas d'avantages économiques pour le ménage, les hommes pourraient être réticents quant à renoncer au contrôle du temps de leurs épouses et pourraient craindre que le travail des femmes n'entraîne une négligence des responsabilités familiales. Dans les contextes où les normes sexospécifiques sont très conservatrices, les familles pourraient être réticentes quant à soutenir les femmes en tant qu'agents de santé car ce rôle les mettra en contact avec des hommes en dehors de la famille.<sup>88</sup>

L'insécurité réelle ou perçue est une autre raison pour laquelle les familles pourraient s'opposer à ce que les femmes deviennent des agents de santé communautaires. Il s'agit également d'un obstacle pour les femmes qui choisissent de prendre des postes et de continuer à les occuper. Des études menées dans de nombreux pays montrent que les femmes ASC sont souvent victimes de harcèlement sexuel dans l'exercice de leurs fonctions. Dans les zones de conflit, la menace de violence sexuelle à l'encontre des femmes et des filles augmente souvent. Le statut inférieur, la mobilité et le profil des ASC pourraient en outre accroître leur vulnérabilité à la violence dans les zones de conflits. Par exemple, en RDC, les ASC étaient plus vulnérables à la violence sexuelle que les cadres du personnel de santé car beaucoup de cadres qui sont riches et plus anciens ont pu quitter leur poste lorsque la guerre a éclaté. Les ASC qui n'ont pas pu partir ont assumé la responsabilité de la prestation des soins de santé, ce qui a accru leur vulnérabilité face à la violence.<sup>89</sup>

---

<sup>86</sup> Ibidem.

<sup>87</sup> Steege, R., Taegtmeier, M., McCollum, R., Hawkins, K., Ormel, H., Kok, M., Rashid, S., Otiso, L., Sidat, M., Chikaphupha, K., Gemechu Datiko, D., Ahmed, R., Tolhurst, R., Gomez, W., Theobald, S. How do gender relations affect the working lives of close to community health service providers? Empirical research, a review and conceptual framework, *Social Science & Medicine*, Volume 209, 2018, pp. 1–13,

<sup>88</sup> Ibidem.

<sup>89</sup> Op cit. Steege.



## Réponse du système de santé

La qualité, l'acceptabilité et l'accessibilité des services de santé pourraient dissuader les femmes de se rendre aux services de vaccination pour elles-mêmes et leurs enfants. Ces obstacles comprennent, par exemple, des attitudes, des compétences et des comportements négatifs de la part des prestataires, l'absence de services adaptés aux adolescents, de longues distances, de longues périodes d'attente ou l'absence d'heures d'ouverture appropriées, des mesures de confidentialité insuffisantes, l'absence de salles d'attente séparées et d'installations sanitaires, et l'absence de femmes prestataires de soins de santé. Le traitement irrespectueux des femmes ne décourage pas seulement ces dernières de revenir à la clinique, il peut également affecter le comportement en matière de recours aux soins des autres membres du même réseau social et renforcer les normes sexospécifiques préjudiciables.

Il est prouvé que les prestataires de soins de santé acceptent et renforcent parfois les attentes sociales de ce que signifie être une bonne mère, jugeant les femmes sur la façon dont elles répondent à ces normes, tout en ne reconnaissant pas les obstacles liés au genre qui les affectent. Un examen de la recherche qualitative sur le genre et la vaccination note :

Les responsabilités et le blâme liés au genre reviennent souvent aux femmes qui peuvent être publiquement réprimandées en raison de leur incapacité à surmonter les contraintes structurelles. Les récits de femmes démunies accusées publiquement par des professionnels de la santé de négliger leurs enfants sont particulièrement frappants, une humiliation qui renforce leur faible statut social déjà bas et leur vulnérabilité de manière générale. En revanche, le droit du père de refuser à une mère les ressources nécessaires pour emmener son enfant se faire vacciner n'est pas contesté.<sup>90 91</sup>

L'interaction entre les agents de santé et les mères pourrait être influencée par leurs différentes positions dans les hiérarchies sociales. Les agents de santé sont souvent plus instruits et pourraient appartenir à une classe socio-économique supérieure ou à une ethnie dominante. Dans le même temps, les agents de santé de première ligne, souvent majoritairement des femmes, ont le statut le plus bas dans le système de santé. Cela pourrait conduire certains travailleurs « à renforcer leur propre statut en dénigrant les autres, en particulier les mères pauvres, sales, non éduquées et issues de minorités ethniques qui ne parlent pas la langue nationale. »<sup>92</sup>

---

<sup>90</sup> Op cit. Merten.

<sup>91</sup> Voir également Favin et al. 2012, qui ont rapporté des résultats similaires à partir d'une revue de la littérature grise sur les obstacles à la vaccination au Bangladesh, au Bénin, en Éthiopie, au Gabon, au Kenya, au Niger, au Nigeria, en Syrie, en Ouganda et au Zimbabwe, ainsi qu'une étude régionale en Afrique de l'Ouest.

<sup>92</sup> Ibidem.

## Éducation et information en matière de santé

L'information et l'éducation en matière de santé constituent une composante essentielle des programmes de vaccination, principalement conçus pour atteindre les femmes en raison de leur responsabilité socialement attribuée en matière de soins aux enfants.<sup>93</sup> Pourtant, le manque de connaissances des parents a été identifié comme une raison importante de la sous-vaccination dans une revue systématique des recherches publiées.<sup>94</sup> Cette revue a également identifié des problèmes liés à la communication ou à l'information, notamment le manque de sensibilisation de la communauté par les services de santé, les barrières linguistiques, les messages médiatiques inadéquats ou mal ciblés, et la transmission d'informations inexactes ou insensibles par les agents de santé.

Certains des défis pourraient être liés au fait que le matériel devrait être repensé pour mieux atteindre les femmes peu alphabétisées, qui représentent une part importante de la population féminine dans les pays où le projet est mis en œuvre (comme détaillé précédemment). Le fait d'adapter le matériel d'éducation sanitaire pour les femmes issues de minorités ethniques et linguistiques pourrait signifier aller au-delà de la traduction et aborder les questions de normes sexospécifiques et/ou de croyances liées à la santé qui pourraient être spécifiques à ces communautés. En outre, l'implication des groupes de femmes dans le partage des informations sur la santé pourrait être une stratégie utile pour atteindre les femmes plus efficacement et les aider à agir en fonction de ces informations. Les groupes de femmes pourraient offrir un espace sûr pour le dialogue entre femmes, ce qui contribue à renforcer la confiance et le soutien social.<sup>95</sup>

La crédibilité et le pouvoir perçu de la source d'information influencent également la manière dont cette information est reçue. « Par exemple, pour les jeunes mères, les femmes âgées pourraient constituer une source de connaissances et d'informations plus autorisée et plus fiable que les professionnels de la santé. »<sup>96</sup> Lorsque les dirigeants communautaires ou le chef de famille promeuvent un point de vue particulier, une femme pourrait ne pas être en mesure de le contester en agissant sur les informations contradictoires d'un agent de santé.

Cela soulève également le besoin de plus d'informations sanitaires conçues pour sensibiliser les hommes et d'autres décideurs au sein du foyer. Les communications relatives à la santé de l'enfant font souvent peser sur les femmes l'entière responsabilité du bien-être et de la santé des enfants et pourraient renforcer les stéréotypes sexistes préjudiciables, notamment en laissant entendre que les mères sont à blâmer pour tout mauvais résultat en matière de santé.<sup>97</sup> Sachant que les pères (et parfois les femmes âgées du foyer) sont souvent les gardiens des soins de santé, l'éducation sanitaire pourrait viser à leur faire comprendre l'importance de la vaccination et à les encourager à partager avec les mères la responsabilité de s'assurer que leurs enfants sont protégés. Il est important que toute information destinée aux hommes, ou aux anciens de la communauté, tienne compte de la dimension de genre, en évitant les stéréotypes sexistes préjudiciables et en décrivant les femmes comme ayant le même droit de regard sur les décisions qui les concernent elles, leur famille et leur communauté.

---

<sup>93</sup> Op cit. Feletto.

<sup>94</sup> Rainey et al. 2011.

<sup>95</sup> Op cit. Feletto.

<sup>96</sup> Op cit. Merten.

<sup>97</sup> Ibidem. Feletto.

## Implications pour la programmation

- Les liens entre AFENET, ses partenaires et les différents niveaux du système de santé pourraient être utilisés pour partager des informations sur les obstacles liés au genre dans le domaine de la vaccination et des services de santé en général, ainsi que des informations recueillies par le biais de la SBC. Au niveau local, les partenaires d'AFENET pourraient faciliter le dialogue et le partage d'informations entre les bénévoles de la SBC, les organisations féminines locales et les agents de santé dans le but d'identifier les problèmes (par exemple les occasions manquées de vaccination, les possibilités d'intégration des services ou les questions affectant la confiance des femmes dans les services) et de trouver des solutions.
- Tenir compte du ratio hommes-femmes parmi les bénévoles de la SBC et au niveau de l'équipe dirigeante. Il est important d'impliquer les femmes et les hommes à tous les niveaux, et de renforcer les compétences à tous les niveaux afin qu'ils puissent jouer leur rôle de manière à réduire les obstacles liés au genre et à servir de modèle en matière de sensibilisation et de surveillance tenant compte du genre.
- Réfléchir aux mesures à prendre pour que toute participation de la communauté à la sélection ou au suivi des volontaires de la SBC réduise les obstacles et les défis liés au genre plutôt que de renforcer les normes sexospécifiques néfastes. Cela pourrait signifier créer des occasions distinctes pour les femmes de s'exprimer sur leurs intérêts, fournir des informations sur l'éducation aux femmes et aux hommes, ou fixer des normes pour la sélection des bénévoles pour garantir un nombre égal (ou, si nécessaire, supérieur) de femmes sélectionnées.
- Identifier et fournir les soutiens dont les femmes pourraient avoir besoin pour mener à bien les activités de SBC compte tenu des obstacles liés au genre dans leur contexte.
- Comme nous l'avons vu précédemment, soutenir l'éducation sanitaire des hommes et des dirigeants hommes, ainsi que celle des femmes. Veiller à ce que le matériel soit accessible par rapport aux niveaux d'alphabétisation et aux langues locales, qu'il tienne compte des obstacles sexospécifiques propres à un contexte donné, qu'il évite de renforcer les stéréotypes sexistes et qu'il favorise un partage équitable du travail, des ressources et des décisions liées à de meilleurs résultats en matière de santé pour les enfants et les adultes.

## 4. Profils genre des organisations partenaires du projet

Cette section présente les profils des organisations partenaires du projet, AFENET, IMC, SANRU, Caritas, ASRADD et BEFEN. Elle est basée sur les données fournies par les partenaires du projet, y compris la revue des documents organisationnels et administratifs et les résultats de l'enquête sur l'évaluation des besoins en formation.<sup>98</sup>

### Stratégies et politiques organisationnelles

Les partenaires du projet ont été invités à fournir des documents organisationnels pertinents afin de comprendre comment ils abordent institutionnellement les questions de genre. Voici un aperçu des quatre organisations qui ont fourni les documents suivants :

- AFENET : Plan stratégique (2017-2022) et manuel des ressources humaines (2015).
- ASRADD : Charte organisationnelle, code de conduite et d'éthique, stratégies de recherche scientifique et d'interventions pour le développement durable (2015-2025).
- BEFEN : Protocole d'accord entre le gouvernement du Niger et BEFEN, Plan de développement (2015-2018), et Plan de projet de BEFEN (2011-2015)
- Déclarations de capacités d'IMC pour la RDC et le Cameroun

Pour les trois partenaires qui ont fourni une documentation relative à l'organisation, la non-discrimination et l'égalité des chances sont incluses. Par exemple, la charte organisationnelle d'ASRADD met l'accent sur la non-discrimination comme l'un des neuf principes fondamentaux de l'organisation, en déclarant que « ... ASRADD n'accepte pas la discrimination basée sur la race, le sexe, l'ethnicité, la religion, la nationalité, l'opinion ou la classe sociale. » Son code de conduite s'engage à ne pas se livrer à des pratiques discriminatoires fondées sur l'origine ethnique, l'âge, l'orientation sexuelle, le handicap ou toute autre forme de discrimination.

La charte garantit également l'égalité des sexes dans le recrutement et la gestion du personnel et indique qu'une nouvelle politique sera élaborée afin de soutenir les efforts de l'organisation pour prendre en compte et intégrer le genre dans ses pratiques. Elle indique explicitement que l'organisation accordera une attention particulière à l'équité entre les sexes, soutiendra la lutte contre la violence basée sur le genre et encouragera la participation des femmes au processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation des programmes. En outre, le code de conduite et d'éthique d'ASRADD stipule que l'égalité entre les hommes et les femmes fait partie des valeurs fondamentales de l'organisation, tout comme la tolérance zéro face au harcèlement et aux abus. La politique d'égalité des sexes énonce l'engagement d'ASRADD envers la Déclaration de Pékin.

Le manuel des ressources humaines d'AFENET comprend une politique spécifique en matière de harcèlement et de discrimination, qui fait référence à la discrimination fondée sur le sexe et le genre, ainsi qu'à une approche de tolérance zéro du harcèlement et de la perturbation de son personnel. Des politiques d'action disciplinaire et de résolution des conflits et des plaintes sont également décrites, ainsi qu'une politique de dénonciation pour le personnel. L'organisation déclare être un employeur qui respecte l'égalité des chances

<sup>98</sup> Cette section présente les données agrégées de l'évaluation des besoins technologiques. Voir l'annexe B pour une ventilation par organisation partenaire.

et ne tolère pas la discrimination fondée sur « le sexe, le genre, l'origine ethnique, l'âge, la couleur, l'état civil, la capacité physique et la santé, le statut VIH/SIDA, la culture, les croyances et le milieu social, et toute autre caractéristique protégée par la loi. »

Le protocole d'accord de BEFEN avec le gouvernement du Niger comprend une disposition (article 8) qui fait référence à la politique d'égalité des chances et aux pratiques d'embauche concernant le sexe, la race, la religion ou les opinions politiques, et qui stipule que l'ONG prend activement en compte le genre et les personnes vivant avec un handicap dans ses programmes.

Deux organisations, AFENET et ASRADD, ont soumis des stratégies organisationnelles qui offrent des possibilités d'être plus axé sur le genre dans leurs références à l'équité. Par exemple, le plan stratégique d'AFENET fait référence à la prestation équitable de services de santé dans ses objectifs et ses indicateurs de performance clés, ce qui pourrait être développé, notamment en référence à la politique interne et aux procédures opérationnelles standard pour le développement institutionnel, ainsi qu'au soutien des programmes de formation en épidémiologie de terrain pour contribuer à l'élaboration de politiques et à la prise de décisions fondées sur des preuves. Les stratégies d'ASRADD pour la recherche scientifique et les interventions en faveur du développement durable pour la période 2015-2025 reconnaissent le manque de femmes chercheurs et font référence à la nécessité de garantir « l'égalité, le respect et l'équité entre les sexes. »

Les plans organisationnels de BEFEN et d'IMC font spécifiquement référence aux questions de genre. Par exemple, le plan de développement de BEFEN (2015-2018) indique que la garantie de l'égalité des chances, indépendamment du sexe, de la race, de l'âge, de l'ethnie, de la religion ou de l'affiliation politique, constitue l'un de leurs principes humanitaires fondamentaux. L'organisation communautaire reconnaît explicitement l'importance de l'autonomisation des femmes et de l'égal accès des femmes à l'éducation, au travail, aux soins de santé et à la prise de décision pour atteindre les objectifs de développement du millénaire de l'ONU, et réaliser des projets qui renforcent le pouvoir économique des femmes rurales en particulier. L'organisation s'engage à accroître le développement de partenariats et l'engagement des réseaux dans la mise en œuvre de son travail sur la santé des femmes, notamment les aspects où les femmes sont davantage mentionnées en tant que bénéficiaires de ce travail.

Les déclarations de capacités d'IMC pour la RDC et le Cameroun reconnaissent que les femmes et les filles sont particulièrement vulnérables aux VBG et ont un faible pouvoir de décision. L'approche d'IMC couvre la prévention et la protection contre les VBG, y compris la formation des prestataires de soins de santé locaux, la garantie d'un soutien psychosocial pour les survivantes et les autres femmes et filles vulnérables, et la sensibilisation de la communauté aux risques et aux conséquences des VBG.

En somme, les partenaires du projet ont collectivement la possibilité d'intégrer les questions de genre dans les stratégies et politiques de leurs organisations. En particulier, comme nous l'avons décrit plus loin dans les résultats de l'évaluation des besoins en formation, l'élimination des nombreux obstacles liés au genre qui empêchent d'atteindre des ratios équitables hommes-femmes au sein du personnel semble constituer un défi majeur, mais aussi une opportunité. Comme l'a fait remarquer un informateur clé : *Au total, le projet compte environ 30 à 35 % de femmes parmi les animateurs communautaires. Il s'agit d'un défi pour le projet car les animateurs communautaires sont principalement des hommes et ils ne sont pas toujours les bienvenus dans les foyers pour s'entretenir avec les femmes.* Dans certains cas, les maris leur demandent simplement de sortir de leur maison car ils ne veulent pas qu'ils interagissent avec leurs femmes.

## Composition du personnel des OCB du projet

Les proportions hommes-femmes du personnel de projet chez les partenaires vont de 7 % de femmes et 93 % d'hommes chez IMC-RDC à 69 % de femmes et 31 % d'hommes chez ASRADD (voir Figure 3). Les femmes représentent 33 % dans l'ensemble des postes de direction ou de coordination des programmes/projets. Pour les OCB qui ont fourni des données sur les ASC, on observe également des variations entre les partenaires : SANRU comptait 68 % de femmes et 32 % d'hommes parmi les ASC, tandis qu'ASRADD comptait 17 % de femmes et 83 % d'hommes parmi les ASC (voir Figure 4). Chez Caritas, les femmes représentent 15 % des points focaux des zones de santé, alors qu'elles représentent 36 % chez SANRU et 82 % chez ASRADD.

FIGURE 3 : Proportions de personnel par sexe, par organisation

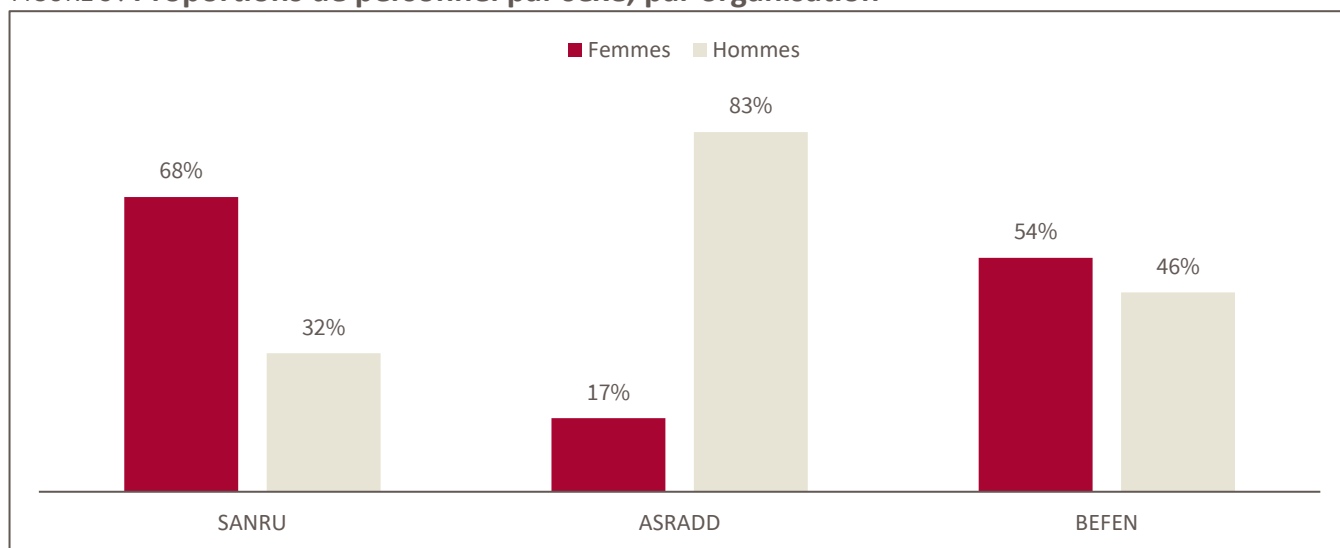
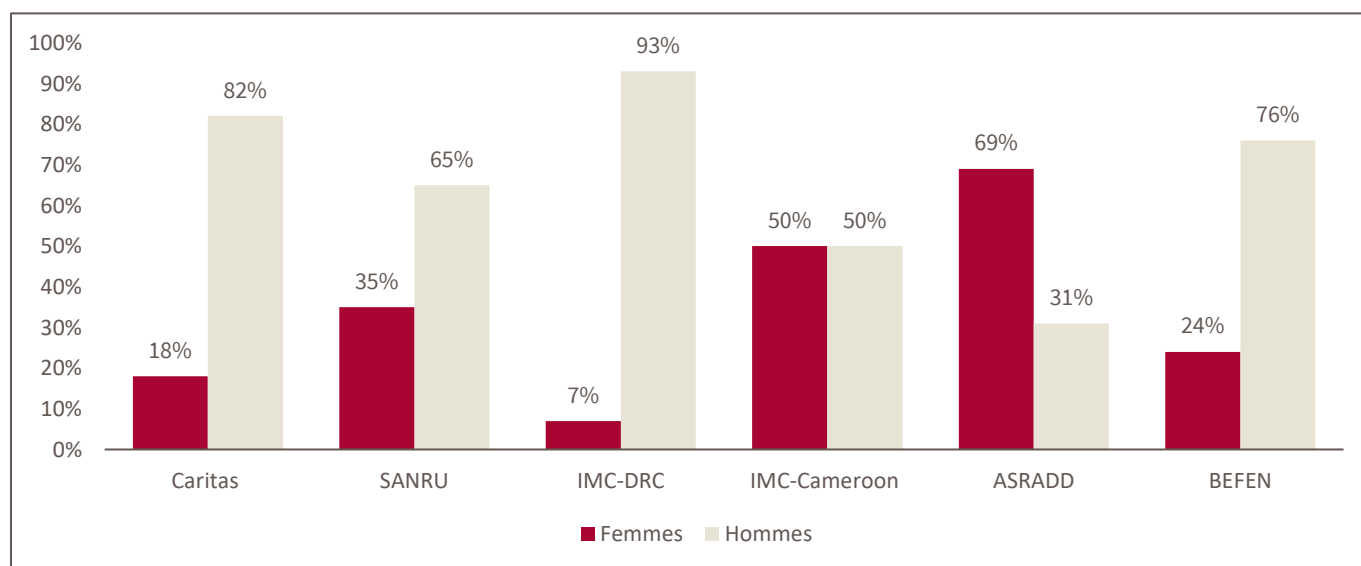


FIGURE 4 : Proportions d'ASC par sexe



## Résultats de l'évaluation des besoins en formation et des entretiens avec les informateurs clés

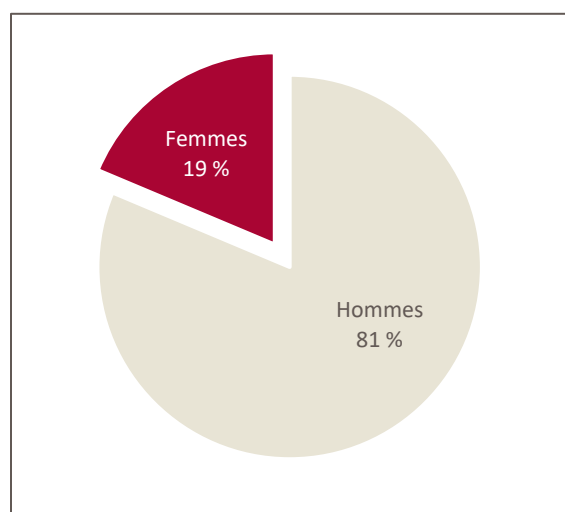
L'enquête anonyme en ligne comprenait 33 questions ouvertes portant sur la capacité actuelle du personnel à intégrer le genre dans son travail, ainsi que sur l'exploration des défis et des obstacles liés à l'intégration de la dimension genre, ainsi que sur les questions de genre et d'organisation d'AFENET et des organisations partenaires. Les réponses à l'enquête ont été recueillies au cours du mois de février 2021.

Pour compléter l'enquête auprès du personnel, GenderTech a mené avec des informateurs clés, des entretiens en français auprès de six membres du personnel d'organisations communautaires (voir Figure 5).

Organisation	Pays	Titre du poste	Sexe	Total
Caritas	RDC	Responsable de programme	Homme	1
SANRU	RDC	Responsable de projet	Femme	1
IMC	RDC	Responsable de programme	Femme	1
IMC	Cameroun	Chercheur principal	Femme	1
ASRADD	Tchad	Responsable de projet	Homme	1
BEFEN	Niger	Coordonnateur de projet	Homme	1
				6

### Profil des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête

FIGURE 5 : Sexe des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête (N=75)



Un total de 75 membres du personnel d'AFENET, ASRADD, BEFEN, SANRU, Caritas, IMC en RDC et au Cameroun ont répondu à l'enquête anonyme en ligne menée en février 2021. Les femmes représentaient 19 % de l'ensemble des personnes interrogées et les hommes 81 % (voir Figures 5-7). Les gestionnaires représentaient 51 % de toutes les personnes interrogées (voir Figure 8). Parmi toutes les personnes interrogées, 36 % étaient âgés de 18 à 35 ans, tandis que 41 % avaient entre 36 et 45 ans, 19 % entre 46 et 55 ans et 4 % avaient plus de 55 ans. En termes d'ancienneté dans les programmes d'éradication de la polio, 49 % avaient travaillé dans ce domaine entre 1 et 5 ans, 7 % entre 6 et 10 ans, 17 % depuis plus de 10 ans et 27 % depuis moins d'un an.



FIGURE 6 : Personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, par sexe (%) (N=75)

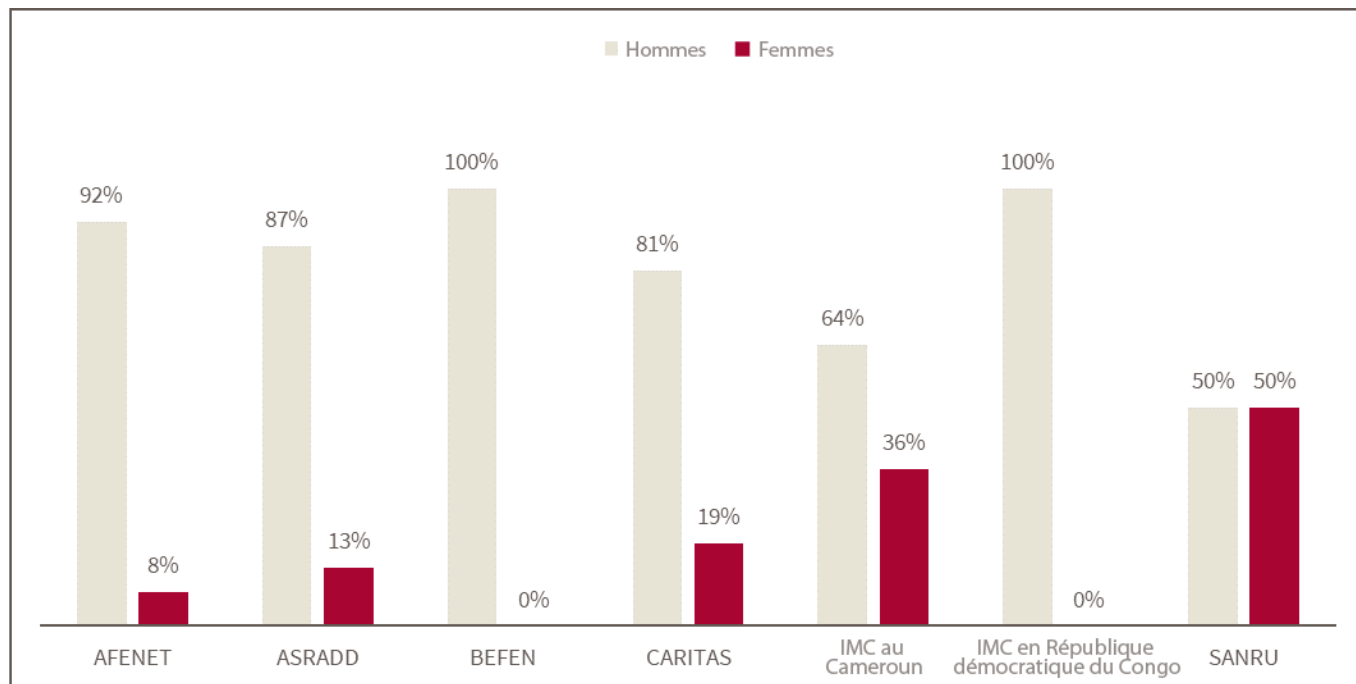


FIGURE 7 : Personnes interrogées dans le cadre de l'enquête, par sexe (chiffres bruts N=75)

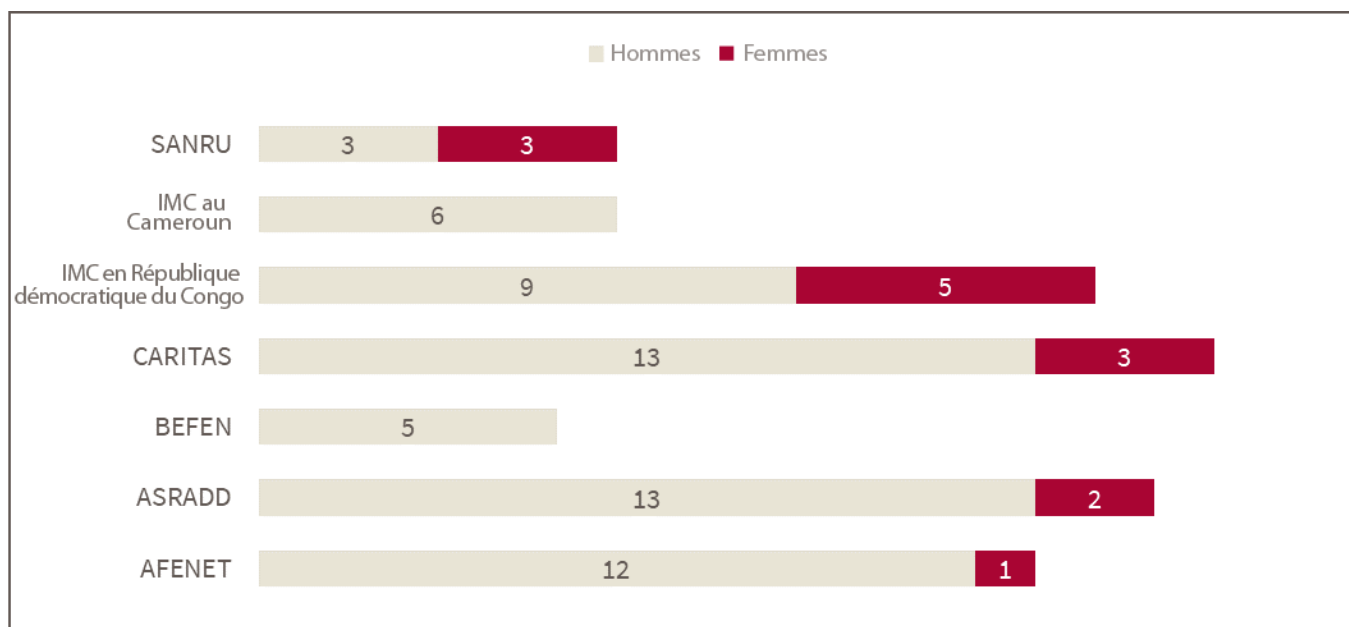
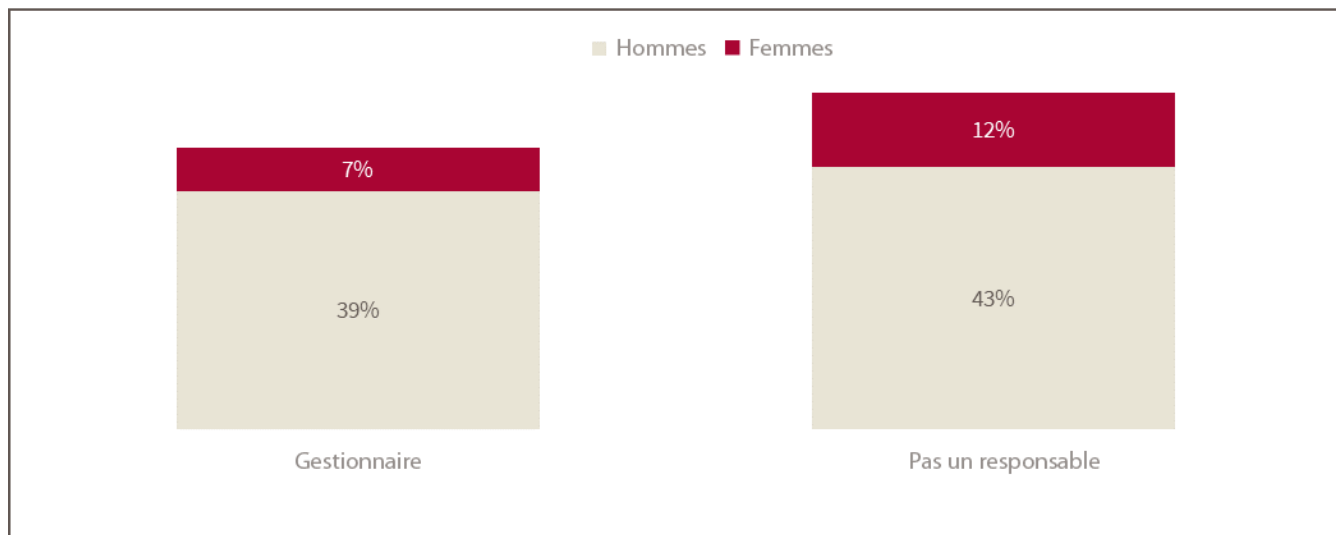
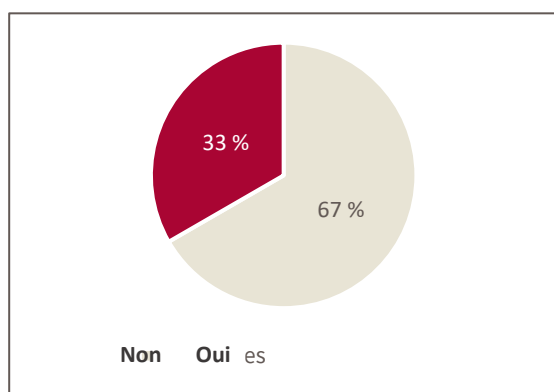


FIGURE 8 : Rôle des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête (N=75)



## Capacité, pratiques et défis

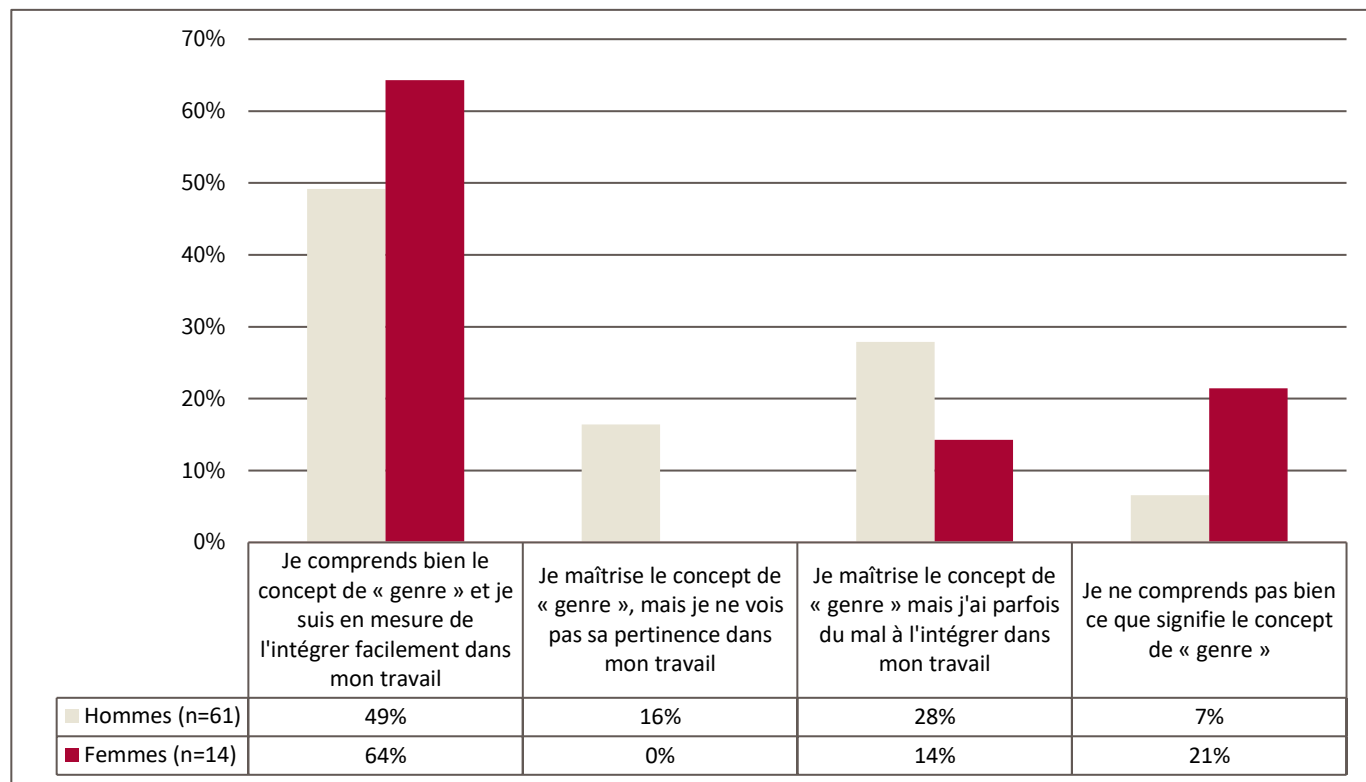
FIGURE 9 : Ont déjà participé à une formation sur le genre (N=75)



Sur l'ensemble des personnes interrogées, 33 % ont déjà participé à une formation sur le genre, soit 33 % des femmes et 36 % des hommes (voir Figure 9). Treize personnes interrogées ont fourni des détails supplémentaires sur la formation reçue — les sujets mentionnés incluent une formation du FNUAP sur la violence basée sur le genre, une formation de World Vision sur les femmes dans la prise de décisions, une formation sur la prévention du harcèlement et des abus sexuels, et une formation sur le genre et le développement à l'Université Abdou Moumouni de Niamey, entre autres.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 52 % ont déclaré avoir une bonne compréhension du « genre » et être en mesure d'intégrer facilement le genre dans leur travail. Dans l'ensemble, 25 % des personnes interrogées ont indiqué qu'elles étaient familières avec le concept de « genre » mais qu'elles avaient parfois du mal à l'intégrer dans leur travail. Sur l'ensemble des personnes interrogées, 9 % ont indiqué qu'elles ne comprenaient pas bien ce que signifie le concept de « genre », soit 7 % pour les hommes et 21 % pour les femmes. Parmi toutes les personnes interrogées, 13 % (tous des hommes) ont indiqué que, bien qu'ils soient familiers avec le concept de « genre », ils ne voient pas sa pertinence dans leur travail. Voir la figure 10.

FIGURE 10 : Familiarité avec le concept de genre par sexe (N=75)



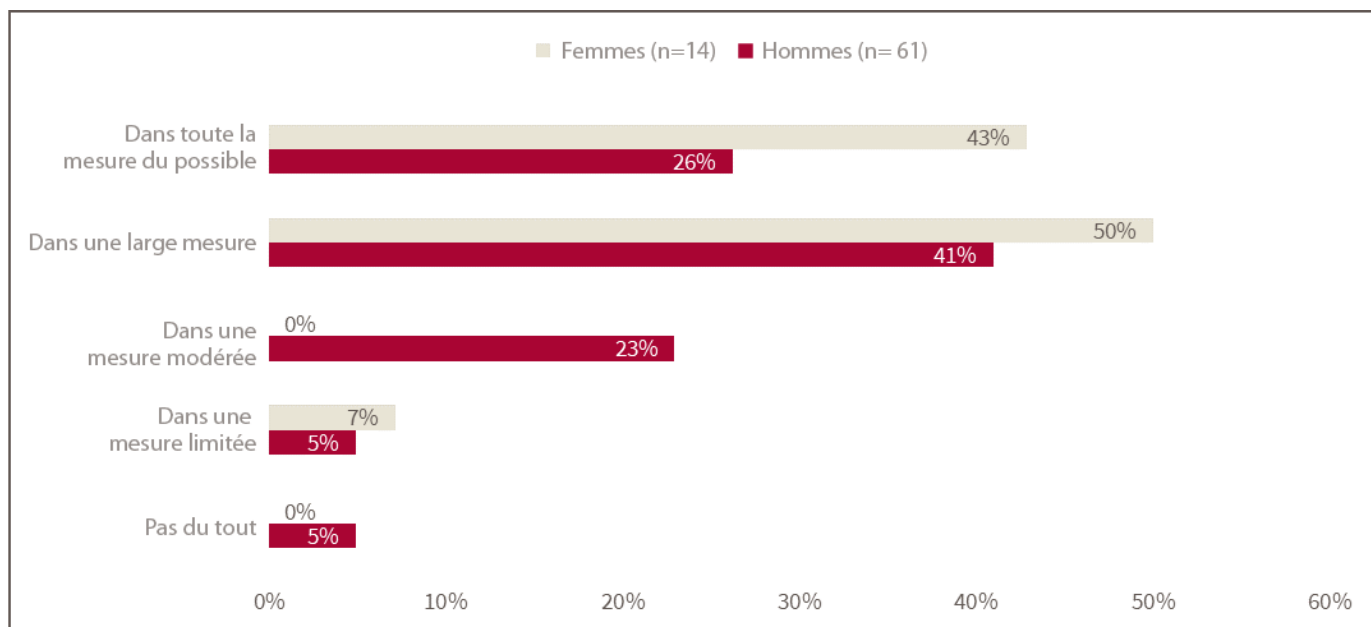
Interrogés sur leur connaissance des questions de genre en relation avec les programmes de santé et de polio, 17 % des personnes interrogées ont déclaré ne pas du tout être familiers, tandis que 13 % ont déclaré être familiers « dans une large mesure ». Sur l'ensemble des personnes interrogées, 33 % ont déclaré avoir une connaissance limitée et 32 % une connaissance modérée, tandis que 4 % ont indiqué avoir une pleine connaissance des questions de genre.

Les personnes interrogées ont expliqué comment les normes sexospécifiques sont pertinentes pour les programmes d'éradication de la polio. En voici quelques exemples :

- Les femmes ont plus facilement accès aux concessions dans la communauté — les femmes sont nécessaires pour atteindre le maximum d'enfants qui sont des cas potentiels parce qu'elles ont plus facilement accès aux concessions que les hommes.
- Les femmes ont le pouvoir de persuasion et l'attitude qui peuvent influencer l'adoption de pratiques essentielles, en particulier la vaccination — utile pour confronter et convaincre les communautés résistantes au vaccin et pour convaincre les mères d'accéder aux services si des symptômes apparaissent chez leur enfant.
- Les femmes interagissent davantage avec les enfants et sont en mesure d'identifier plus facilement tous les symptômes primaires de la PFA, beaucoup plus que les hommes.
- Les femmes pourraient communiquer plus facilement avec les mères — les femmes s'ouvrent plus facilement et sont plus en confiance avec d'autres femmes et s'expriment plus librement avec elles qu'avec les hommes, ce qui permet aux femmes de notifier plus de cas.
- Pour éradiquer la polio, il faut des hommes, des femmes et toute la communauté — chacun joue un rôle dans la notification des cas de PFA.

Interrogés sur leur confiance dans l'intégration d'une perspective de genre (intégration de la dimension genre) dans leur travail, 29 % ont déclaré être tout à fait confiants, 43 % très confiants, 19 % modérément confiants, 5 % peu confiants et 4 % pas du tout confiants. Dans l'ensemble, les femmes sont plus confiantes dans l'intégration de la dimension genre dans leur travail, 93 % d'entre elles déclarant être confiantes « dans une grande ou une très grande mesure », contre 67 % des hommes. Voir la figure 11.

FIGURE 11 : **Confiance dans l'intégration de la dimension genre, par sexe (N=75)**



Les personnes interrogées ont indiqué un certain nombre de pratiques d'intégration de la dimension genre en cours dans leur organisation, telles que :

- L'intégration de politiques de RH sensibles au genre — traitement salarial, accès aux avantages liés au travail, égalité de traitement en vertu du droit du travail.
- Souligner la très forte importance des femmes dans la prise de décisions.
- L'implication des femmes dans la surveillance de la polio au niveau communautaire — atteindre la parité entre les sexes.
- L'amélioration de l'atmosphère amicale entre le personnel au niveau de l'OCB.
- Favoriser l'acceptation des femmes agents de santé au sein des communautés : la présence de femmes dans mon équipe a permis de dissiper les réticences dans un village lors d'une enquête sur les cas de PFA ; cela a aidé la communauté à notifier beaucoup de cas de PFA.
- Meilleure acceptation du projet par la communauté, notamment par d'autres femmes dans leurs foyers.
- Sensibilisation de masse avec les chefs religieux sur les questions de genre.
- Analyse des données par sexe.

Les personnes interrogées ont également indiqué un certain nombre de défis à relever pour intégrer le genre dans leur travail. Il s'agit notamment de :

- L'absence de femmes sur le marché du travail, notamment pour des postes tels que la logistique, la santé et de la nutrition.
- Des contraintes de temps pour analyser les données par sexe.
- Un complexe de supériorité de la part des hommes vis-à-vis des femmes.
- Problèmes de transport et de sécurité — certains postes impliquent des voyages dans des zones reculées et des zones à risque, et de nombreuses femmes refusent ces postes ; les femmes qui ne peuvent pas conduire une motocyclette ne peuvent pas se rendre dans des communautés et n'ont pas d'autres moyens de transport.
- Les femmes ayant des obligations familiales ne sont pas très disponibles, surtout lorsqu'elles ont des enfants mineurs, et elles ne sont pas disposées à se déplacer loin de leur famille pour travailler.
- Les femmes sont souvent écartées des processus de prise de décision.
- Manque de connaissances sur l'intégration de la dimension genre.
- Faible financement des activités d'intégration de la dimension genre.

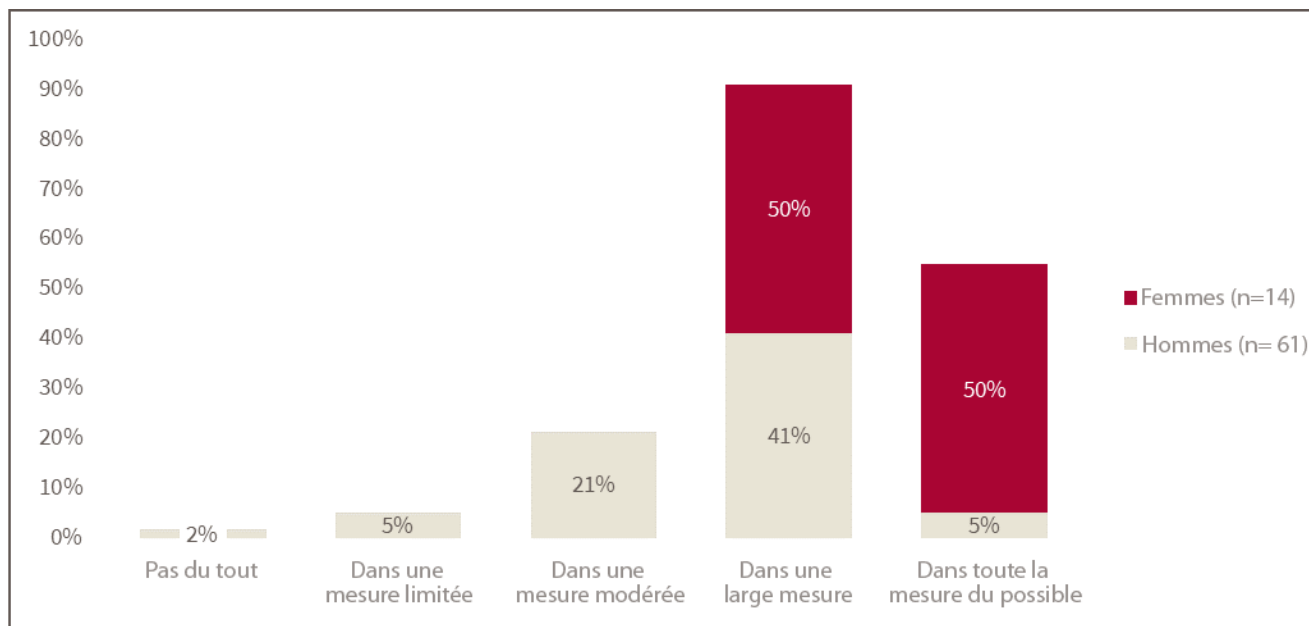
Il convient de noter la diversité des points de vue sur les capacités relatives des femmes et des hommes. Certaines personnes interrogées ont fait preuve d'une vision assez essentialisée du genre, tandis que d'autres l'ont compris sous des angles différents. Par exemple, deux informateurs clés ont pris l'exemple des femmes utilisant des motocyclettes mais avaient des points de vue différents. L'un d'entre eux, un homme, considérait l'utilisation des motos par les femmes comme une vulnérabilité : *L'utilisation de motos par les femmes comme moyen de transport pour leur travail suscite des inquiétudes en matière d'insécurité. On s'attend à ce que les femmes ne soient pas en mesure de réparer leurs motocyclettes si elles tombent en panne au milieu de nulle part, ce qui poserait un problème de sécurité pour elles.*

Tandis qu'une autre, une femme, a mis l'accent sur leur capacité d'agir : Autrement, lorsqu'elles sont inscrites, les femmes ASC font le même travail que les hommes et elles n'ont aucun problème à conduire des motocyclettes et à engager les discussions avec les membres de la communauté, hommes et femmes. Parfois, il est possible que certains hommes les traitent avec condescendance, mais elles savent comment gérer de telles situations.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 77 % estiment que le genre est pertinent pour le travail de leur organisation, que ce soit dans une grande ou une pleine mesure. Cela est également apparu dans les entretiens avec les informateurs clés, où les responsables ont montré qu'ils comprenaient la relation entre le genre et la santé en général et la polio en particulier, notamment l'importance d'avoir des femmes ASC. Comme l'a dit une personne interrogée : *Il est important d'inclure une perspective de genre dans les efforts de surveillance de la polio, surtout au niveau communautaire. Chaque fois que les femmes sont incluses dans la mise en œuvre, les résultats sont bien meilleurs et cela est vrai en ce qui concerne la vaccination. Dans 99 % des cas, ce sont les femmes qui amènent les enfants se faire vacciner.*

À l'inverse, seulement 4 % des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation des besoins en formation ont estimé que le genre n'était pertinent que dans une certaine mesure, et 1 % (un homme) a déclaré que le genre n'était pas du tout pertinent. Les femmes étaient plus susceptibles de penser que le genre est pertinent pour le travail de leur organisation, 50 % des femmes interrogées indiquant qu'il est pertinent dans une grande mesure et 50 % indiquant qu'il l'est dans une pleine mesure. Voir la figure 12.

Figure 12 : **Pertinence du genre dans votre travail selon le sexe (%) (N=75)**



Interrogées sur les exemples et les succès de l'intégration d'une perspective de genre dans le travail, de nombreuses personnes interrogées (27) ont mentionné des exemples axés sur le recrutement des femmes dans le cadre du programme et l'augmentation de la participation des femmes :

*Dans le cadre de la mise en œuvre de chaque activité du projet qui est la participation des femmes*

*Nous nous sommes fixés des objectifs de parité dans le recrutement du personnel du projet et des acteurs communautaires*

*Recrutement des femmes*

*2 femmes recrutées sur 5 points focaux*

*La parité femmes-hommes dans les emplois*

*L'implication des deux sexes dans nos activités communautaires*

*Avec l'augmentation des femmes parmi les agents communautaires, la détection des cas et l'émission d'alertes de PFA par la communauté et les relais ont considérablement augmenté*

Certaines personnes interrogées ont également mentionné des exemples axés sur des efforts d'intégration de la dimension genre qui vont au-delà de la simple participation des femmes :

*En agrégeant les indicateurs de performance de PFA par genre*

*En se rapprochant des organisations de femmes*

*J'ai réussi à intégrer le genre en analysant les données par sexe*

*Formation sur la sensibilité au genre, le point d'éthique et le code de conduite concernant le respect mutuel, le harcèlement sur le lieu de travail, la prévention de l'exploitation et des abus sexuels dans différents projets.*

*Cela a aidé la communauté à notifier un grand nombre de cas de PFA*

*La présence de femmes dans mon équipe a permis de dissiper les réticences dans un village lors d'une enquête sur les cas de PFA*

*L'approche genre nous permet d'approcher la communauté ; facilite la transmission du message*

Une personne interrogée a également réfléchi à une autre activité pratique liée à l'intégration de la dimension genre sur le lieu de travail :

*Séparation des toilettes, plus de confiance, sécurité (séparation des toilettes), moins de stress*

En ce qui concerne les défis liés à l'intégration d'une perspective genre dans le travail d'éradication de la polio, de nombreuses personnes interrogées ont mentionné la faible capacité et sensibilisation du personnel et des bénéficiaires du programme comme étant les principaux défis.

*Faible capacité intellectuelle dans les zones rurales*

*Faible sensibilisation au genre*

*Ressources financières*

*La persistance de pesanteurs socioculturelles, notamment au niveau communautaire, qui limitent la pleine participation des femmes aux activités du programme*

*L'incompréhension*

*Le manque de connaissances sur l'intégration de la dimension genre*

*Le manque de moyens*

*Les contraintes de temps pour analyser les données par sexe*

*Le faible financement des activités d'intégration de la dimension genre*

De nombreuses personnes interrogées, et presque tous les informateurs clés, ont également mis l'accent sur les défis liés au recrutement d'un plus grand nombre de travailleuses de première ligne dans le cadre du programme :

*L'absence de femmes sur le marché du travail, notamment aux postes tels que la logistique*

*Les femmes sont peu nombreuses dans les domaines de la santé et de la nutrition*

*Très peu de femmes postulent ou sont qualifiées pour un poste ; certains postes impliquent des voyages dans des zones reculées et des zones à risque, et de nombreuses femmes refusent ces postes, car elles ne veulent pas quitter leur famille.*

*Nombre insuffisant de femmes formées à la surveillance, leur disponibilité.*

*Ici, les femmes semblent moins intéressées par beaucoup de choses, y compris le travail sur la polio.*

*Il existe une perception sociale négative du travail des femmes parmi les hommes, des critiques dégradantes et un esprit rétrograde dans certaines communautés vis-à-vis des femmes et des hommes qui travaillent ensemble*

Interrogées sur leurs suggestions en matière d'intégration de la dimension genre, plusieurs personnes interrogées ont souligné la nécessité d'investir davantage dans la formation sur les questions liées au genre et dans la sensibilisation à ce sujet.



Afin d'augmenter la participation des femmes au programme, certaines personnes interrogées ont recommandé d'instituer des quotas pour les professionnelles de première ligne (PPL), de développer et de mettre en œuvre plus de règlements internes et de systèmes contre le harcèlement et les abus. En général, les personnes interrogées ont encouragé davantage d'actions liées aux ressources humaines afin d'emmener plus de femmes à postuler. Les personnes interrogées ont également souligné la nécessité de soutenir la formation et le plaidoyer au sein des communautés et au niveau provincial, et d'organiser des formations sur le leadership des femmes.

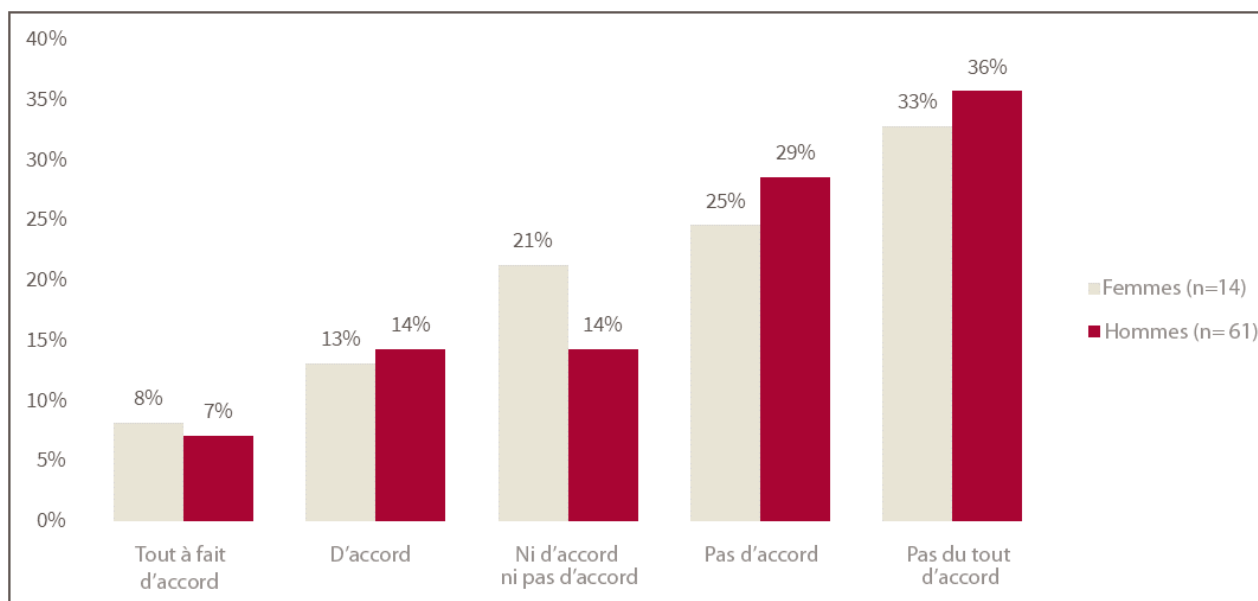
Le financement continu a également été mentionné comme un facteur important. Une personne interrogée a également noté que la nomination de points focaux pour l'égalité des sexes serait bénéfique pour améliorer l'intégration globale de la dimension genre. L'importance d'impliquer les hommes et les pères dans les activités d'éradication de la polio a également été notée.

## Le genre dans l'organisation

Sur l'ensemble des personnes interrogées, 58 % sont d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que leur organisation encourage les comportements sensibles au genre (par exemple, les responsables contestent les blagues sexistes). Les femmes étaient plus susceptibles d'être d'accord avec cette affirmation — 79 % d'entre elles étaient d'accord ou tout à fait d'accord, contre seulement 53 % des hommes. De tous les hommes, 33 % étaient en désaccord ou fortement en désaccord, contre 21 % des femmes.

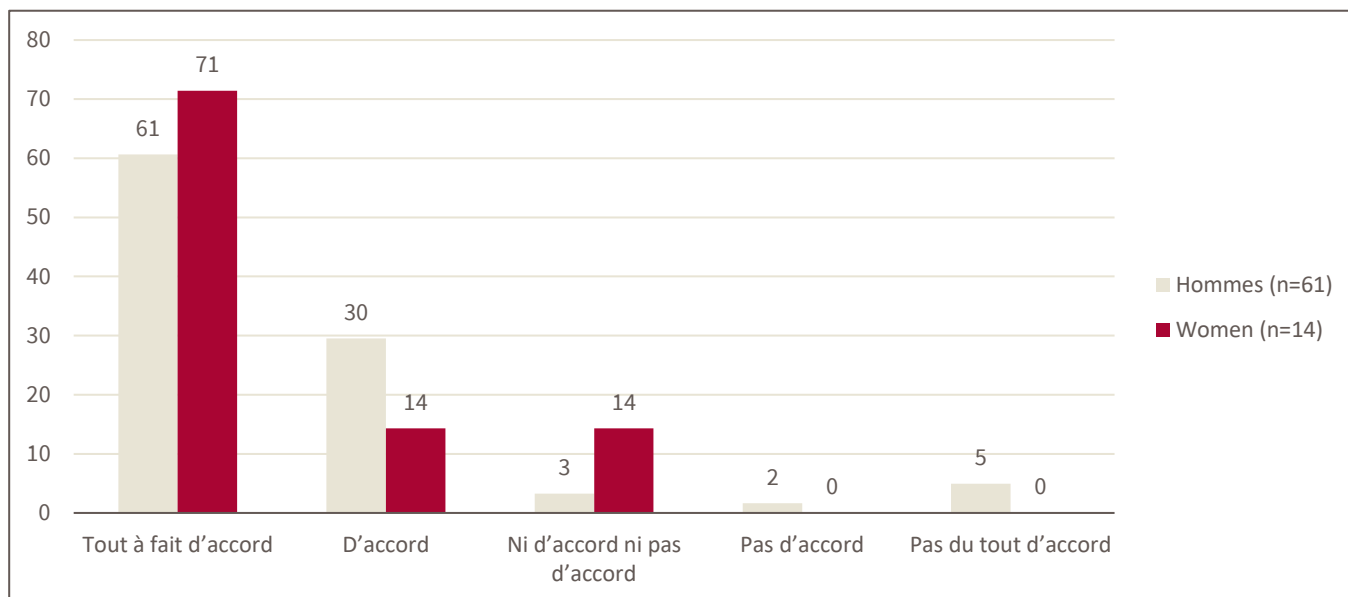
De toutes les personnes interrogées, 21 % étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'affirmation selon laquelle ils « observent régulièrement des stéréotypes sexistes préjudiciables de la part des membres du personnel de leur organisation », tandis que 59 % des personnes interrogées étaient en désaccord ou tout à fait en désaccord avec cette affirmation. Il n'y avait pas de différences majeures entre les perceptions des femmes et celles des hommes quant à l'observation de stéréotypes sexistes préjudiciables de la part des membres du personnel. Voir la figure 13.

FIGURE 13 : **Observation régulière de stéréotypes sexistes préjudiciables de la part des membres du personnel — par sexe (N=75)**



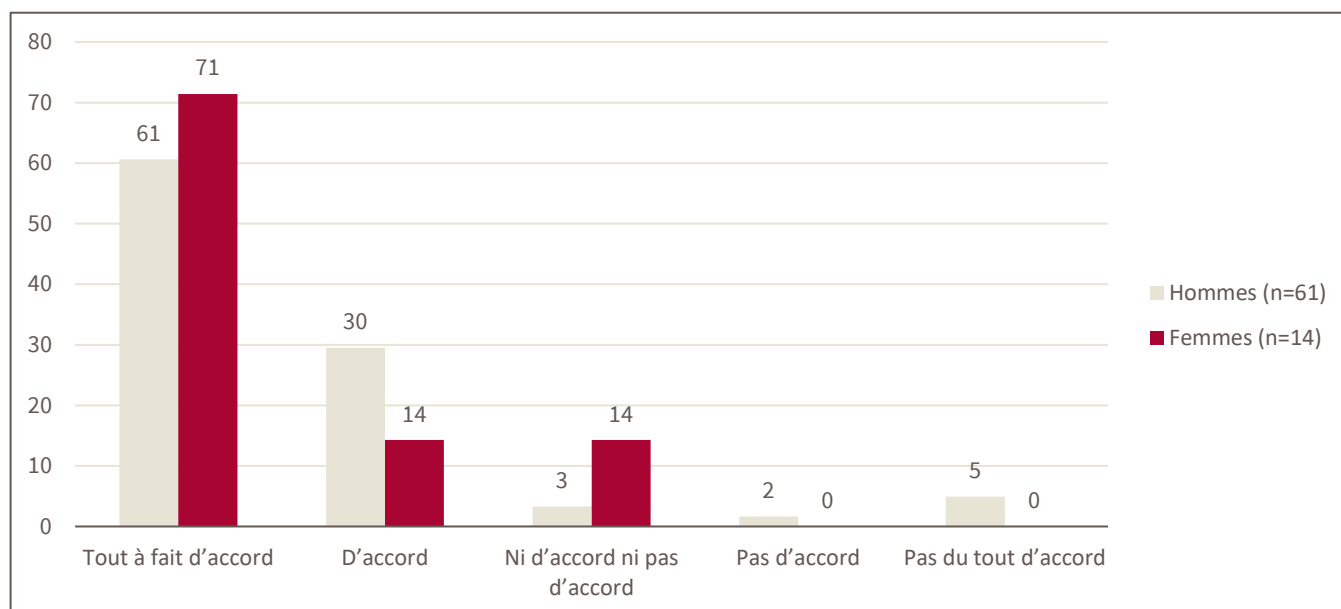
Les perceptions de l'égalité des sexes varient quelque peu entre les organisations et entre les femmes et les hommes. De toutes les personnes interrogées, 73 % étaient tout à fait d'accord avec l'idée que les femmes et les hommes devraient être traités de manière égale, 21 % étaient d'accord, tandis que les autres n'étaient ni d'accord ni en désaccord. Dans l'ensemble, les femmes étaient plus susceptibles d'être tout à fait d'accord avec l'affirmation. Voir la figure 14.

FIGURE 14 : **Les femmes et les hommes devraient être traités de manière égale — par sexe (N=75)**



Alors que 94 % des personnes interrogées étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les femmes et les hommes devraient être traités de manière égale, 89 % ont estimé que les femmes et les hommes sont traités de manière égale dans leur organisation. Voir la figure 15.

FIGURE 15 : **Les femmes et les hommes sont traités de manière égale — par sexe (N=75)**



## Conclusion et implications programmatiques

Les profils organisationnels des partenaires du projet indiquent que les questions de genre sont pertinentes. La question de genre est présente de manière formelle dans les organisations mais aussi dans la sensibilisation et les connaissances du personnel, en particulier en termes de pertinence du genre pour l'éradication de la polio et de l'importance de l'équité entre les sexes au sein du personnel. L'évaluation des besoins en formation a révélé de très bonnes auto-évaluations des capacités des personnes interrogées, ainsi que de leurs contextes organisationnels respectifs et de la prise en compte des questions de genre. Une analyse plus approfondie sera nécessaire pour mieux comprendre les paradoxes apparents. Par exemple, alors que dans certains cas, le niveau de formation préalable en matière de genre était faible, le personnel a déclaré avoir une compréhension relativement élevée des concepts de genre et une capacité à intégrer les questions de genre dans son travail. De même, alors que les politiques et stratégies organisationnelles visant à traiter les questions internes de genre semblaient minimales, sur la base d'un échantillon limité de ces documents, la promotion de l'égalité des sexes en interne semblait élevée.

Néanmoins, étant donné que le personnel est conscient des obstacles liés au genre et de l'importance de les surmonter dans le cadre du travail d'éradication de la polio, en particulier parmi les chefs de projet, comme l'ont révélé les entretiens avec les informateurs clés, il existe une base solide et un potentiel pour renforcer les capacités d'intégration de la dimension genre. La formation sur l'introduction aux questions de genre dispensée par GenderTech est un début et devra être suivie, en particulier pour aborder les points de vue plus conservateurs sur les limites des capacités des femmes, comme l'a révélé l'entretien avec certaines personnes.

La revue des données probantes fournit un certain nombre de domaines à prendre en considération par les partenaires du projet afin d'intégrer davantage les questions de genre dans l'éradication de la polio. En général, il s'agit des domaines suivants :

### **Programmation, données et analyse**

Les efforts visant à collecter, analyser et utiliser systématiquement les données (qualitatives et quantitatives) relatives à la polio et à la paralysie flasque aiguë (PFA), ventilées par sexe et par d'autres facteurs (par exemple, l'âge, l'identité ethnique, le contexte socio-économique et les handicaps) chaque fois que cela est possible, pourraient servir de base à l'identification contextuelle des facteurs favorables et défavorables à l'égalité des sexes. L'utilisation de méthodes participatives dans la collecte de données, tout en assurant une participation équitable des femmes et des hommes de divers horizons, pourrait contribuer à l'autonomisation de la communauté et des femmes.

### **Sensibilisation et communication**

L'analyse de l'engagement de la communauté et de la mobilisation sociale sous l'angle du genre permettra de développer une communication de proximité tenant compte du genre, et qui s'attaque aux obstacles liés au genre, tels que l'alphabétisation, et s'inscrit dans la dynamique de la communauté. Il s'agira d'assurer la participation effective des femmes et des hommes à la conception, au test et à la diffusion des outils et du matériel de sensibilisation.

### **Renforcement des capacités du personnel des organisations communautaires**

GenderTech a lancé le processus de renforcement des capacités du personnel, qui jette les bases pour étendre les efforts à d'autres membres du personnel, ainsi que pour approfondir les capacités ciblées sur des rôles de projet particuliers et des compétences nécessaires en matière de genre. Il pourrait s'avérer nécessaire d'envisager d'autres mécanismes de soutien à l'intégration de la dimension genre, tels que des points focaux pour les questions d'égalité des sexes, afin d'accroître les efforts de renforcement des capacités.

### **Personnel au niveau communautaire**

Travailler avec les agents de surveillance communautaire/ASC et les travailleurs de première ligne, femmes et hommes, afin d'entreprendre une analyse des principaux défis et obstacles qui affectent leur travail, permettra d'aborder les obstacles liés au genre, notamment la facilitation d'un transport sûr et pratique, le renforcement des capacités et le développement professionnel (en particulier dans les communications sensibles au genre), et des environnements de travail sûrs exempts de violence, de harcèlement et de discrimination.

# Annexe A.

## Données sur la PFA pour le Tchad, le Cameroun, la RDC et le Niger

Les données sur la PFA pour le Tchad, le Cameroun, la RDC et le Niger ne révèlent pas d'écart majeur entre les sexes en ce qui concerne le nombre de doses de vaccin contre la polio reçues par les enfants ou les délais de notification dans la surveillance de la PFA. Par exemple, au Tchad, en 2020, le pourcentage de garçons n'ayant reçu aucune dose était de 6 %, alors qu'il était de 5 % pour les filles. Dans l'ensemble, 71 % des cas de PFA qui étaient des garçons avaient reçu trois doses ou plus du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), contre 76 % des filles. Comme au Tchad, au Cameroun, 89 % de tous les cas de PFA qui étaient des garçons avaient reçu trois doses ou plus de VPO, contre 86 % des filles. Les données sur la PFA en RDC et au Niger révèlent des chiffres similaires, alors qu'en RDC, la proportion d'enfants ayant reçu trois doses ou plus était plus faible (64 % pour les garçons, 62 % pour les filles) qu'au Niger, où 85 % des garçons et 88 % des filles avaient reçu trois doses ou plus de vaccin contre la polio. Le pourcentage d'enfants n'ayant reçu aucune dose dans les cas de PFA dans les quatre pays se situe entre 2 % et 9 %, sans écart notable entre les sexes.

Sur l'ensemble des cas de PFA dans les quatre pays, les filles représentaient entre 42 % et 46 % des cas, ce qui reflète la moyenne régionale de 2019 et 2020 qui montre que les filles représentaient environ 44 % de tous les cas de PFA dans la Région Afrique couvert par l'OMS. Voir Figure A-1.

FIGURE A-1 : Données de 2019 sur la PFA pour le Tchad, le Cameroun, la RDC et le Niger

Résultat	Indicateur	De janvier à juin 2019		juillet à décembre 2019	
		Femme	Homme	Femme	Homme
<b>CAMEROUN</b>					
Doses reçues	Nombre médian de doses F/H	5	6	4	5
	% F/H 0-dose	4,82	4,12	1,3	9,46
	% F/H 3+ doses	89,16	87,63	90,91	81,08
Délai de notification de la maladie	Nombre médian de jours de notification de la maladie	4	5	5	5
	% F/H <= 3 jours	45,59	38,42	38,76	42,11
<b>TCHAD</b>					
Doses reçues	Nombre médian de doses F/H	6	5	5	5
	% F/H 0-dose	0,78	3,05	0	0
	% F/H 3+ doses	95,35	92,07	92,37	91,5
Délais de notification de la maladie	Nombre médian de jours de notification de la maladie	5	5	6	6
	% F/H <= 3 jours	34,81	34,06	30,32	30,04
<b>RDC</b>					
Doses reçues	Nombre médian de doses F/H	4	5	5	4
	% F/H 0-dose	4,23	3,84	6,23	5,23
	% F/H 3+ doses	81,73	80,06	79,49	80,32

Délais de notification de la maladie	Nombre médian de jours de notification de la maladie	6	6	6	6
	% F/H <= 3 jours	30,05	27,22	28,64	27,84
<b>NIGER</b>					
Doses reçues	Nombre médian de doses F/H	9	10	9	10
	% F/H 0-dose	0	0,46	1,04	1,3
	% F/H 3+ doses	93,5	96,3	95,31	93,94
Délais de notification de la maladie	Nombre médian de jours de notification de la maladie	7	6	7	7
	% F/H <= 3 jours	24,42	25	23,42	25,54

Source : Rapport annuel de l'IMEP 2019

Les données sur la PFA en 2020 pour le Tchad, le Cameroun, la RDC et le Niger ne révèlent pas d'écart majeur entre les sexes en ce qui concerne les enfants n'ayant reçu aucune dose et les enfants ayant reçu 3+ doses. Les garçons représentent entre 54 % et 58 % des cas de PFA dans les pays du projet. (voir Figure A-2). Ces chiffres sont similaires aux données de la PFA de 2020 pour la région AFRO (voir Figure A-3).

FIGURE A-2 : Données de 2020 sur la PFA pour le Tchad, le Cameroun, la RDC et le Niger

2020	Cas de PFA, Homme	Cas de PFA, Femme	Total de cas de PFA	Zéro dose, hommes	Zéro dose, Femme	3+ doses Homme	3+ doses, femmes
<b>Tchad</b>	537 (55 %)	445 (45 %)	982	32 (6 %)	23 (5 %)	389 (71 %)	338 (76 %)
<b>Cameroun</b>	318 (54 %)	274 (46 %)	592	3 (9 %)	4 (1 %)	283 (89 %)	235 (86 %)
<b>RDC</b>	1812 (56 %)	1410 (44 %)	3222	99 (5 %)	100 (7 %)	1168 (64 %)	878 (62 %)
<b>Niger</b>	337 (58 %)	243 (42 %)	580	6 (2 %)	5 (2 %)	287 (85 %)	213 (88 %)

FIGURE A-3 : Région AFRO de l'OMS 2020

Cas de PFA, hommes	Cas de PFA, femmes
12 820	9825
56 %	44 %

Source : Tableau de bord des données de la PFA de l'OMS sur le genre, 2021