



The Global
Alliance
for Vitamin A



ÉGALITÉ DES SEXES ET SUPPLÉMENTATION EN VITAMINE A (SVA)

COMMENT LA PRISE EN COMPTE DE LA QUESTION DU GENRE PEUT-ELLE AMÉLIORER LA SURVIE DE L'ENFANT ET PROMOUVOIR L'ÉGALITÉ DES SEXES ?

QUEL EST LE RAPPORT ENTRE LES PROGRAMMES DE SVA ET L'ÉQUITÉ ET L'ÉGALITÉ DES SEXES ?

Les programmes de SVA négligent généralement la dimension du genre. On a longtemps administré la SVA conjointement avec les vaccinations essentielles lors de campagnes porte-à-porte. Ces campagnes réduisaient les obstacles à l'accès de la SVA et ont permis de réaliser une couverture élevée chez les deux sexes. Comme le besoin de campagnes de vaccination de masse diminue, de nombreux pays optent dorénavant pour la prestation de la SVA par le biais de campagnes en établissement et de services de santé de routine.

La transition vers ces méthodes de prestation accroît le fardeau des donneurs de soins et des agents de santé et rend la dynamique du genre beaucoup plus pertinente à prendre en compte dans les programmes de SVA. Même si l'objectif des programmes de SVA reste le même (atteindre tous les enfants), les programmes ne tiennent souvent pas compte de la manière dont l'inégalité entre les sexes peut affecter le résultat de la couverture ou le poids de la participation des donneurs de soins et des agents de santé.

Il existe un nombre croissant de publications qui démontrent l'impact de l'inégalité des sexes et des normes de genre restrictives sur la santé et le bien-être, notamment la nutrition. C'est pourquoi il importe

d'examiner les programmes de nutrition à travers une perspective plus large en ce qui a trait au genre [1, 2, 3]. Cela implique l'examen de l'impact des interventions sur l'inégalité des sexes et, inversement, comment celle-ci peut influencer les interventions. Il faudrait donc voir comment adapter ces programmes pour qu'ils deviennent plus sensibles au genre ou plus transformateurs des inégalités liées au genre à l'avenir.

Un programme qui démontre l'équité entre les sexes garantit que les femmes, les hommes, les garçons et les filles ont tous des chances égales de réaliser leur plein potentiel de santé – tout en tenant compte de l'impact des vulnérabilités supplémentaires [4]. Il traite équitablement les filles et les garçons, les femmes et les hommes en fonction de leurs besoins respectifs. Ainsi, il faudra assez souvent prendre des mesures particulières pour compenser la discrimination historique fondée sur les rôles de genre qui profitent aux hommes et aux garçons, ou dans certains cas, pour compenser les différences de besoins biologiques.

L'Alliance mondiale pour la vitamine A (GAVA) a élaboré cette note de politique afin d'aider les pays à identifier et à résoudre les questions d'équité et d'égalité entre les sexes qui sont souvent négligées dans les programmes de SVA.



MESSAGES CLÉS

1. L'équité entre les sexes et la promotion des actions en faveur de l'égalité des sexes dans les programmes de SVA doivent aller bien au-delà de la collecte de données ventilées par sexe de la couverture de la SVA.
2. Une analyse comparative fondée sur le sexe et le genre (ACSG) peut fournir les informations nécessaires pour concevoir des programmes de SVA sensibles au genre qui tiennent compte de cette dynamique.
3. Il faut effectuer des changements dans le recrutement et la formation pour rééquilibrer la sous-représentation des femmes aux postes de direction et de prise de décision et pour reconnaître leur représentation élevée dans les emplois de prestation des services de soins.
4. La communication et les messages relatifs aux programmes de SVA pourraient remettre en question les normes de genre et être adaptés aux femmes et aux hommes. Ils favoriseraient le changement dans le partage du travail relatif à la garde des enfants et augmenteraient l'équilibre entre les sexes en ce qui a trait à l'accès aux ressources et à la prise de décision.
5. Le contexte socioculturel, notamment les normes de genre, la position sociale et le statut socioéconomique, exacerbe souvent les contraintes physiques et de temps des donneurs de soins. Il importe donc de concevoir une approche novatrice pour les horaires, la prestation et la structure des services de SVA afin de réduire ces contraintes.
6. Lors du suivi et de l'évaluation des programmes de SVA, on recommande d'inclure des indicateurs sensibles au genre et de recueillir des données ventilées par sexe à plusieurs niveaux (de la communauté au niveau national) et auprès de multiples intervenants et participants au programme. Il importe aussi de tenir compte de l'entrecroisement d'autres vulnérabilités (par exemple, race, caste, statut socioéconomique, religion).

TERMES CLÉS :

Programmes non sensibles au genre : des programmes qui ne prennent pas en compte les normes, les rôles et les relations de genre et qui négligent les différences relatives aux opportunités et à l'allocation des ressources entre hommes et femmes. Ces programmes sont souvent conçus selon le principe qui se veut « équitable » en traitant tout le monde de la même manière.

Programmes sensibles au genre : des programmes où l'on prend en compte les normes, les rôles de genre et les inégalités entre les sexes. Ces programmes adoptent des mesures pour répondre activement aux différents besoins des filles, des garçons, des hommes et des femmes afin de promouvoir des résultats égaux.

Programmes transformateurs : des programmes qui cherchent à redéfinir les rôles de genre, à transformer les relations de genre inégales et à soutenir l'autonomisation des femmes pour favoriser le partage du pouvoir, le contrôle des ressources et la prise de décision.

Égalité des sexes : un vaste concept et un objectif de développement durable (ODD). On atteint l'égalité des

sexes lorsque chacun, quel que soit son sexe, bénéficie d'une égalité en matière de droits, de libertés, de conditions et d'opportunités pour réaliser son plein potentiel et contribuer au développement économique, social, culturel et politique et en tirer parti.

Équité entre les sexes : le processus d'être juste à l'égard des hommes et des femmes. Pour garantir l'équité, il faut souvent mettre des mesures en place pour compenser les désavantages historiques et sociaux qui empêchent les femmes et les hommes de fonctionner sur une base équitable ou à « armes égales ».

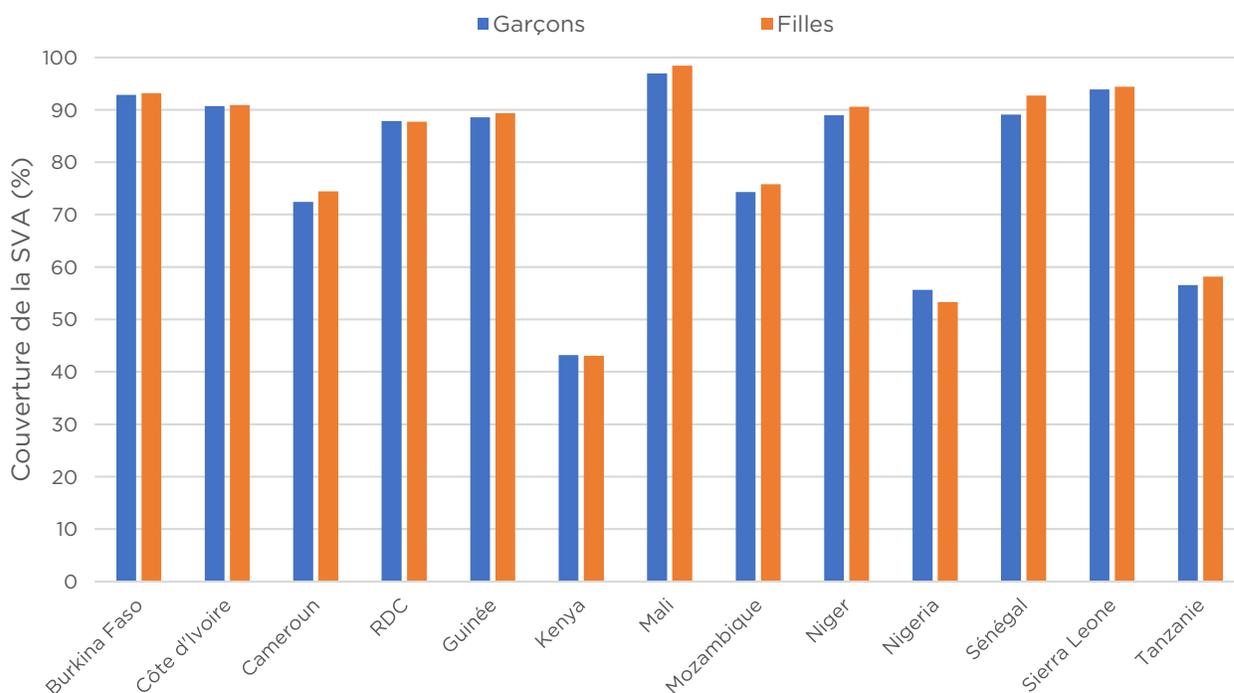
Intégration de la dimension de genre : une stratégie mondialement acceptée pour promouvoir l'égalité des sexes ; elle évalue les implications pour les femmes et les hommes de toute législation, toute politique ou tout programme. Une telle stratégie intègre les préoccupations et les expériences des femmes et des hommes dans la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes afin que les femmes et les hommes en bénéficient de façon égale, évitant ainsi de perpétuer les inégalités.

ENQUÊTER SUR LES LIENS ENTRE LA SVA ET LE GENRE

Pour explorer le recoupement entre la SVA et le genre, nous avons effectué une revue de la littérature de termes relatifs à l'égalité entre les sexes, l'équité entre les sexes, les services de santé, la SVA, la carence en vitamine A et la vaccination. L'analyse a révélé qu'il n'y a pas de différence significative de couverture de la SVA entre les garçons et les filles [5]. De fait, une analyse des données de couverture de la SVA en

Afrique subsaharienne a démontré que la différence moyenne entre les garçons et les filles était inférieure à 1% (**Figure 1**) [5]. Toute considération du genre dans la programmation de la SVA doit donc aller au-delà de la simple analyse de la couverture ventilée par sexe et examiner d'autres données du programme à l'aide d'une perspective de genre.

Figure 1. Couverture de la SVA par sexe pour 13 pays d'Afrique [5]



Les données indiquent également qu'il existe des inégalités entre les sexes tant du côté de l'offre que de la demande des services de santé en Afrique subsaharienne. Du côté de l'offre, la documentation montre une représentation déséquilibrée des sexes dans les ressources humaines, les femmes étant sous-représentées aux niveaux décisionnels [6] et surreprésentées au niveau de la prestation de services [7]. Les agents de santé féminins travaillent souvent dans de mauvaises conditions empreintes de harcèlement et de discrimination, ce qui entrave leur

avancement professionnel et leur capacité à fournir des services de qualité aux bénéficiaires [8]. Les données qualitatives suggèrent que le genre affecte également l'acceptabilité des agents de santé communautaires (ASC). Les personnes qui sollicitent des soins auprès des ASC se sentaient plus à l'aise de divulguer des informations de santé aux ASC du même sexe. Aussi, les femmes et les hommes éprouaient une gêne à discuter de problèmes de santé sexuelle et reproductive avec les ASC du sexe opposé. Ainsi, les données soulignent l'importance



d'avoir des ASC féminins et masculins pour joindre les femmes et les hommes – et les enfants par le biais des donneurs de soins – et les impliquer dans les services de santé [9].

Du côté de la demande, la responsabilité des soins de santé maternelle et infantile incombe le plus souvent aux femmes. Leur temps n'est pas valorisé autant que celui des hommes, et plus particulièrement, le temps accordé au travail non rémunéré au niveau du ménage. La SVA est gratuite, mais les coûts indirects tels que le transport et le temps incombent souvent aux femmes en tant que principales responsables du soin des jeunes enfants [10], même si elles ne contrôlent pas les ressources ou n'y ont pas accès. Le trajet vers les centres de santé la SVA peut également augmenter l'exposition des femmes au harcèlement et à la violence, en particulier dans les contextes où la violence sexiste et les débits de boissons informels pour hommes sont courants [10].

Le genre joue également un rôle important dans la prise de décision concernant la SVA à l'intérieur du ménage. Même si les mères effectuent le plus souvent les activités relatives à la santé et à la nutrition des enfants, les rôles culturels de genre et la dynamique de pouvoir générationnel peuvent limiter leur influence sur la prise de décision liée aux soins [10]. Au Mali, 77% des répondants à une enquête ont indiqué que le père décide si un enfant doit recevoir ou non la SVA [11]. Au Nigéria, une enquête a montré que le principal obstacle à la SVA pour l'enfant était la désapprobation du père [12]. Dans les communautés où la prise de décision relative aux soins de santé est un processus collectif, les leaders masculins résistent souvent à la vaccination des enfants, pour des raisons politiques, et les femmes adoptent cette position lorsqu'elles refusent de vacciner leurs enfants lors d'interactions avec les agents de santé [13]. Les mères, à qui les services de santé sont souvent destinés, ont un pouvoir de négociation limité au sein du ménage, ce qui peut être une source de problème. Ce biais néglige l'accès limité aux ressources et à la prise de décision que les mères ressentent, et conduit à blâmer les mères et les humilier publiquement pour leur incapacité à surmonter les contraintes structurelles. Inversement, on ne remet pas souvent

en cause le rôle du père dans le refus des services de vaccination à l'enfant [13].

Les normes de genre qui imposent une responsabilité démesurée aux mères peuvent également contribuer à réduire la participation des pères dans l'accès aux services de prévention pour les enfants tels que la SVA. La revue de la littérature a révélé que la gestion et l'organisation des services de santé s'articulent souvent autour des mères, notamment le type d'informations fournies [10]. On perçoit souvent les établissements de santé comme des espaces féminisés [13], et le contexte actuel du système de santé dans de nombreuses communautés peut décourager la participation des pères à l'accès aux soins de santé pour leurs enfants [10]. Il peut être difficile pour les pères, par exemple, de prendre soin de leurs enfants lorsque les services de santé ne sont offerts que pendant les heures de travail habituelles des hommes.

Enfin, la recherche documentaire a révélé un manque de données sur la prévalence de la carence en vitamine A ventilée par sexe, ainsi que sur le genre des donneurs de soins ou des distributeurs impliqués dans les programmes de SVA. Les données sur la couverture de la SVA ventilée par sexe étaient variables, et souvent, on ne conservait pas la ventilation des données au niveau local une fois que celles-ci étaient transmises et agrégées au niveau national [14].





JE SUIS CONVAINCU DE L'IMPORTANCE DE L'ÉGALITÉ DES SEXES POUR MON PROGRAMME DE SVA. QUE FAIRE MAINTENANT ?

Il existe quatre grands domaines où les programmes de SVA peuvent s'attaquer aux inégalités entre les sexes: la planification et la formation; la sensibilisation et la création de la demande; la prestation de services et le suivi et l'évaluation.

Le premier domaine d'importance pour l'action en matière d'égalité des genres, **la planification et la formation (Figure 2)**, nécessite une réflexion sur les méthodes de sélection, de soutien et de formation des responsables, des superviseurs et des ASC. Cette réflexion aide à déterminer si les méthodes renforcent ou remettent en question les iniquités et les inégalités entre les sexes dans les communautés. On doit choisir du personnel représentatif des différents genres et ethnies, si possible, car les femmes et les hommes se sentent souvent plus à l'aise d'interagir avec un professionnel de la santé du même genre. Les critères de sélection du personnel doivent tenir compte des différents obstacles et défis souvent rencontrés par les femmes et les minorités. Il faut essentiellement impliquer les femmes et les hommes dans cette étape.

Le second domaine d'une programmation sensible au genre concerne **la sensibilisation et la création de la demande (Figure 3)**. Une bonne communication et des messages appropriés améliorent la sensibilisation et créent une demande de services de SVA, tout en invitant le questionnement des normes de genre et la promotion de l'égalité des sexes. Pour y arriver, il faut appliquer une optique de genre lors du ciblage, de la communication et de l'élaboration des messages. Une campagne de sensibilisation favorable à l'égalité des sexes utilisera des messages pour remettre en question les normes de genre. De plus, en collaboration avec les principaux dirigeants communautaires de confiance, la campagne diffusera des informations qui font la promotion de l'égalité et de l'équité entre les sexes. Par exemple, un message sensible au genre encouragera les pères à amener leur enfant au centre de santé pour des services préventifs de base tels que la SVA. On utilisera aussi des messages pour reconnaître la responsabilité actuelle des soins assumée par les femmes et le rôle précieux qu'elles jouent dans la famille. Cependant, il faut particulièrement veiller à ce

FIGURE 2 : INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE DANS LA PLANIFICATION ET LA FORMATION

- Effectuez une ACSG pour identifier les contraintes socioéconomiques et de genre existantes qui influencent les résultats de la SVA et affectent le potentiel de participer aux interventions ou d'en bénéficier.
- Veillez à la diversité dans le processus de recrutement du personnel, soit des hommes et des femmes, ainsi que des personnes issues de différents milieux ethniques et socioéconomiques.
- Soyez sensible aux obstacles sexospécifiques qui peuvent favoriser le recrutement d'une personne d'un sexe au détriment de l'autre. Par exemple, les femmes sont plus susceptibles de ne pas avoir d'expérience professionnelle ou d'éducation.
- Aidez le personnel à surmonter les obstacles à l'accès (par exemple, fournir des allocations pour le transport ou la garde d'enfants).
- Présentez des images et des exemples d'équité entre les sexes pendant la formation (par exemple, des images d'hommes participant à la garde d'enfants et aux travaux ménagers).
- Utilisez la formation comme une occasion pour éduquer les agents de santé sur les principes de l'équité entre les sexes et sur la façon de les promouvoir grâce à leur travail et leur influence au sein de la communauté. La présentation des résultats de l'ACSG pendant la formation peut aider les intervenants à comprendre les problèmes d'équité entre les sexes de leur communauté.
- Veillez à ce que la conception, la prestation et le suivi et l'évaluation des programmes tiennent compte de la voix des bénéficiaires (masculins et féminins) et des prestataires de services (agents de santé).

que les campagnes de changement de comportement ne renforcent pas involontairement l'inégalité entre les sexes et ne compromettent pas l'autonomisation des femmes. Merten et al. expliquent que les interventions conçues pour accroître la participation des hommes



FIGURE 3 : INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE DANS LA SENSIBILISATION ET LA CRÉATION DE LA DEMANDE

- Utilisez des images et des messages qui décrivent des rôles de genre équitables au lieu de renforcer des rôles de genre ou des stéréotypes inéquitables (par exemple, utilisez des images de pères qui participent aux travaux ménagers ou à la garde d'enfants ; utilisez un langage qui inclut les pères et les mères dans la prise de décisions concernant la santé des enfants).
- Utilisez des connaissances issues de sources d'informations fiables pour les hommes et les femmes lors de la diffusion des messages. Des études menées au Nigéria ont montré que les hommes et les femmes se tournent souvent vers différents responsables communautaires ou certains médias pour obtenir des informations relatives à la santé.
- Utilisez à la fois des responsables communautaires masculins et féminins pour diffuser les informations.
- Veillez à adapter les messages, le matériel et les canaux aux besoins des femmes et des hommes, compte tenu des différences dans la charge de travail, l'accès à l'information et aux services et la mobilité.
- Dans les messages et le matériel, présentez des modèles positifs qui plaisent tant aux hommes qu'aux femmes.
- Utilisez des hommes dans des rôles de leadership comme modèles qui expriment les avantages d'un engagement accru dans la garde des enfants et le partage du travail domestique.
- Reconnaissez la responsabilité actuelle des soins assumée par les femmes et le rôle précieux qu'elles jouent.
- Ciblez les groupes d'hommes ainsi que les groupes de femmes pour améliorer les connaissances sur la SVA et encourager les donneurs de soins à accéder aux services de SVA pour leurs enfants.
- Tenez compte des services offerts et des possibilités de réduire la charge qui pèse sur les donneurs de soins grâce aux heures d'ouverture, à la diminution des temps d'attente et à la qualité des soins.

aux soins de santé des enfants accentuent parfois la légitimité du pouvoir décisionnel des hommes au sein de la famille, ce qui renforcerait les inégalités entre les sexes et compromettrait les efforts déployés [13].

La prestation des services constitue le troisième domaine d'action en matière d'égalité des genres. Il tient compte du calendrier, du lieu et de la structure des campagnes de SVA et de la prestation de services de routine, ainsi que de la qualité du service (**Figure 4**). Diverses plateformes de prestation de SVA présentent des barrières distinctes pour les femmes et les hommes, avec des implications pour la couverture de SVA et l'équité d'accès aux services de SVA. Par exemple, les programmes fixes seraient plus coûteux pour les donneurs de soins en matière de temps et de ressources nécessaires pour le transport, tandis que les programmes communautaires et les services de proximité réduiraient une partie de ce poids. Il faut concevoir les programmes de manière à réduire le temps et les ressources nécessaires aux donneurs de soins pour solliciter la SVA pour leurs enfants et à réduire leur exposition à la violence et au harcèlement. Le jumelage de la SVA avec d'autres services peut, dans certains cas, accroître la couverture et autonomiser les femmes [15, 16]. De plus, les efforts visant à rendre les établissements de santé accueillants pour les hommes et les femmes encouragent une meilleure implication des pères dans les programmes de santé infantile. L'adaptation de différents aspects de la prestation de services pour répondre aux besoins des donneurs de soins aidera les responsables de programme à rendre les services de SVA acceptables et accessibles aux mères et aux pères de jeunes enfants. Il serait également utile de considérer le niveau d'autonomisation des femmes et la manière dont leur action et leur autonomie ont un impact sur leur participation en fonction de la prestation des programmes. Les programmes pourraient avoir besoin de stratégies spécifiques pour atteindre les femmes les moins autonomes.

La conception des programmes de SVA doit également tenir compte de la sécurité des agents de santé. Il faudra y incorporer des dispositions spéciales pour garantir que les agents de santé, notamment les femmes, se sentent en sécurité lorsqu'ils assurent des services de proximité ou des services fournis après les heures ouvrables.



FIGURE 4 : INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE DANS LA PRESTATION DE SERVICES

- Envisagez d'offrir des services mobiles, des services de proximité et des services en dehors des heures de travail ou le week-end pour assurer que les donneurs de soins qui effectuent du travail rémunéré et non rémunéré puissent accéder aux services.
- Assurez-vous que les prestataires de services soient bien formés, respectueux et empathiques envers les besoins des donneurs de soins.
- Assurez-vous que les espaces de santé accueillent favorablement tous les genres. Pour y arriver, il importe d'employer un ratio de personnel équilibré entre les sexes dans les centres de santé, ou de jumeler les services de SVA avec d'autres services sollicités par les hommes et les femmes.
- Réservez une voie rapide dans les centres de santé afin que les donneurs de soins qui y viennent uniquement pour des services de SVA n'aient pas à attendre.
- Collaborez avec les groupes de femmes pour identifier les familles marginalisées et aider les agents de santé à les atteindre.
- Encouragez les décideurs politiques à apporter davantage de soutien aux femmes et à fournir ce soutien chaque fois que cela est possible (par exemple, une politique de tolérance zéro pour le harcèlement sexuel au travail et envers les patients dans les établissements de santé).

Le suivi et l'évaluation (Figure 5) représentent le quatrième domaine à considérer dans la dynamique de genre. Il s'agit notamment de déterminer le choix de la personne responsable de la surveillance et de l'évaluation des programmes de SVA, le type de données collectées et les méthodes utilisées pour collecter des données. Il faut recueillir des données ventilées par sexe sur la couverture et sur les donneurs de soins et les agents de santé qui participent à la programmation de la SVA à tous les niveaux. Il importe également d'en discuter régulièrement lors de réunions d'examen. Les méthodes de collecte de données

qualitatives pourraient faciliter l'identification des rôles et des inégalités entre les sexes au niveau local, pour mieux comprendre les différentes expériences des femmes et des hommes.

Les protocoles de collecte de données sur des questions sensibles doivent protéger les participants de tout préjudice éventuel découlant de leur contribution. L'apport d'un spécialiste du genre au sein de l'équipe de planification contribuera à l'intégration d'une perspective de genre à toutes les étapes du processus de production des données [17].





FIGURE 5 : INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE DANS LE SUIVI ET L'ÉVALUATION

- Effectuez une ACSG au début d'un nouveau programme pour mieux comprendre la dynamique de genre et comment celle-ci pourrait influencer le potentiel des donneurs de soins à bénéficier du programme et à y participer.
- Ciblez les femmes lors du recrutement pour des postes de suivi et évaluation.
- Incorporez des indicateurs pour surveiller les inégalités et les obstacles majeurs de genre qui influencent la couverture de la SVA.
- Rapportez des données ventilées par sexe à tous les niveaux (de la communauté au niveau national) et pour plusieurs catégories (couverture, donneurs de soins qui sollicitent des services de SVA, agents de santé qui distribuent la SVA).
- Ventilez les données par sexe ainsi que d'autres caractéristiques pour comprendre l'entrecroisement d'inégalités qui affectent les groupes les plus vulnérables.
- Utilisez des méthodes mixtes pendant le suivi et évaluation pour comprendre les obstacles liés au genre et les causes sous-jacentes des iniquités en santé afin d'accroître les opportunités de participation des femmes.
- Incorporez des données ventilées par sexe et des données sur la dynamique de genre dans les boucles de rétroaction et les réunions d'examen post-événement.
- Recueillez des données auprès des mères et des pères, ainsi que des agents de santé féminins et masculins pour saisir un éventail de voix d'hommes et de femmes de différents niveaux (de la communauté au niveau national) et secteurs (agents de santé, bénéficiaires, etc.).
- Assurez-vous que les méthodes de collecte de données ne renforcent pas les préjugés sexistes (par exemple, dans certaines communautés, les femmes ne sont pas à l'aise de partager leurs opinions dans des groupes mixtes ; séparez les hommes des femmes lors des groupes de discussion pour permettre à toutes les voix d'être entendues).

À LA CROISÉE DES CHEMINS : OPPORTUNITÉ D'INTÉGRATION DE LA DIMENSION DE GENRE DANS LES PROGRAMMES DE SVA

Des rapports récents ont avancé que la SVA est à la croisée des chemins alors que les campagnes traditionnelles cèdent la place à l'intégration dans services de santé de routine [18]. Les campagnes en porte-à-porte assurent une couverture plus vaste, car elles réduisent les obstacles d'accès à la SVA. Mais au fur et à mesure que l'on administre les programmes de SVA dans des établissements fixes et par le biais de services de routine, le poids imposé aux parents et aux agents de santé change, et la couverture a tendance à diminuer. Bien que cette transition soit difficile, elle présente une opportunité intéressante pour les pays de concevoir des programmes sensibles aux normes, rôles et relations entre les sexes. En tenant compte de la dynamique de genre à toutes les étapes de la programmation (planification de programme, formation, sensibilisation, prestation de services et suivi et évaluation), les responsables pourront concevoir des programmes de SVA dépourvus d'obstacles liés au genre et ainsi favoriser des résultats de santé positifs pour les enfants.

L'équité entre les sexes est une question transversale qui touche au fonctionnement des systèmes de santé et à la conception des programmes. Pour les programmes de SVA, la question de l'égalité des sexes s'étend bien au-delà de la ventilation par sexe de la couverture. En s'attaquant aux causes des iniquités en santé et en prévoyant des stratégies pour répondre aux normes de genre inégales, les programmes de SVA peuvent potentiellement augmenter la couverture de cette intervention essentielle tout en faisant la promotion l'égalité des sexes.



RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

Égalité des sexes dans les programmes de SVA :

Nordhagen S, Bauck A, Doledec D. Gender equity and vitamin A supplementation: moving beyond equal coverage. *Food Nutr Bull* 2019;17:379572119860310. doi: 10.1177/0379572119860310. [Publication électronique avant impression].

Égalité des sexes dans les programmes de vaccination :

Felletto M, Sharkey A, Rowley E, Gurley N, Sinha A. A gender lens to advance equity in immunization. *Equity Reference Group for Immunisation*; 2018.

Intégration des données sur le genre dans les programmes de santé infantile :

UNICEF, “Every child counts: Using gender data to drive results for children,” UNICEF, New York, 2020.

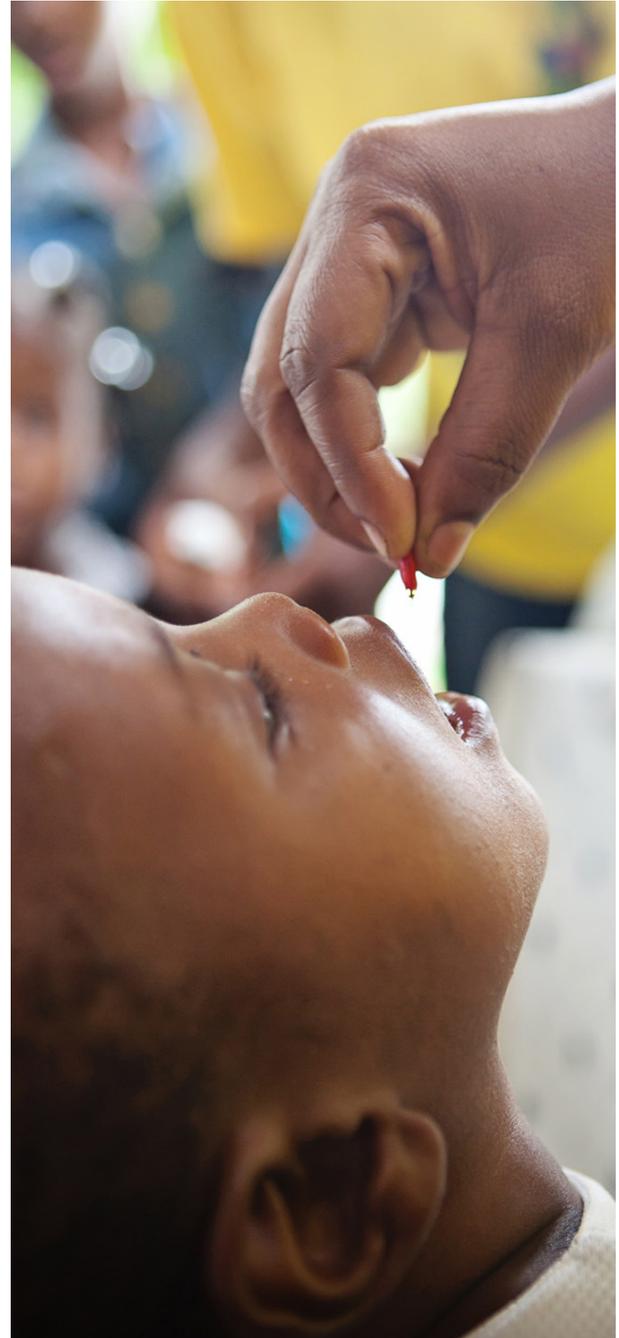
Tenir compte de l'égalité des sexes dans les programmes de lutte contre les maladies tropicales négligées :

Theobald S, MacPherson EE, Dean L, et al. Twenty years of gender mainstreaming in health: lessons and reflections for the neglected tropical diseases community. *BMJ Glob Health*. 2017;2(4):e000512. doi:10.1136/bmjgh-2017-000512.

Effectuer une analyse de genre :

<https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/gender-analysis/>

Morgan R, George A, Ssali S, Hawkins K, Molyneux S, Theobald S. How to do (or not to do)...gender analysis in health systems research. *Health Policy Plan*. 2016;31(8):1069-78. doi: 10.1093/heapol/czw037.





RÉFÉRENCES

1. M. Ruel and H. Alderman, "Web appendix to "Nutrition-sensitive agriculture: What have we learned so far?," *Lancet*, vol. 382, pp. 536-551, 2013.
2. A. Langer, A. Meleis, F. Knaul, R. Atun, M. Aran, H. Arreola-Ornelas, Z. Bhutta, A. Binagwaho, R. Bonita, J. Caglia, M. Claeson, J. Davies, F. Donnay, J. Gausman, C. Glickman, A. Kearns, T. Kendall, R. Lozano, N. Seboni, G. Sen, S. Sindhu, M. Temin and J. Frenk, "Women and Health: the key for sustainable development," *Lancet*, vol. 386, no. 9999, pp. 1165-1210, 2015.
3. L. Heise, M. Greene, N. Opper, M. Stavropoulou, C. Harper, M. Nascimento and D. Zewdie, "Gender inequality and restrictive gender norms: framing the challenges to health," *Lancet*, vol. 393, no. 10189, pp. 2440-2454, 2019.
4. WHO, "Gender, equity and human rights," 19 janvier 2020. [En ligne]. Disponible au <https://www.who.int/gender-equity-rights/en/>.
5. S. Nordhagen, A. Bauck and D. Dolodec, "Gender equity and vitamin A supplementation: moving beyond equal coverage," *Food and Nutrition Bulletin*, 2019.
6. S. Vriesendorp, M. Shukla, K. Lassner, L. de la Peza, B. Giorgis, J. Seltzer, M. O'Neil, S. Reimann, N. Gaul, M. Clark, A. Barraclough, N. LeMay and A. Buxbaum, *Health systems in action: an ehandbook for leaders and managers*, Cambridge, USA: Management Sciences for Health, 2010.
7. V. Govender and L. Penn-Kekana, "Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions," *Global Public Health*, vol. 3, no. Suppl 1, pp. 90-103, 2008.
8. C. Newman, "Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce," *Human Resources for Health*, vol. 12, no. 25, 2014.
9. I. Feldhaus, M. Silverman, A. LeFevre, R. Mpembeni, I. Mosha, D. Chitama, D. Mohan, J. Chebet, D. Urassa, C. Kilewo, M. Plotkin, G. Besana, H. Semu, A. Bagui, P. Winch and A. George, "Equally able, but unequally accepted: Gender differentials and experiences of community health volunteers promoting maternal, newborn, and child health in Morogoro Region, Tanzania," *International Journal for Equity in Health*, vol. 14, no. 70, 2015.
10. M. Feletto, A. Sharkey, E. Rowley, N. Gurley and A. Sinha, "A gender lens to advance equity in immunization," *Equity Reference Group for Immunization*, 2018.
11. M. Ayoya, M. Bendech, S. Baker, F. Ouattara, K. Diane, L. Mahy, A. Toure and C. Franco, "Determinants of high vitamin A supplementation coverage among pre-school children in Mali: the National Nutrition Weeks experience," *Public Health Nutrition*, vol. 10, no. 11, 1241-1246.
12. M. Adamu and N. Muhammad, "Assessment of Vitamin A supplementation coverage and associated barriers in Sokoto State, Nigeria," *Annals of Nigerian Medicine*, vol. 10, no. 1, pp. 16-23, 2016.
13. S. Merten, A. Martin Hilber, C. Biaggi, F. Secula, X. Bosch-Capblanch, P. Namgyal and J. Hombach, "Gender determinants of vaccination status in children: evidence from a meta-ethnographic systematic review," *PLoS One*, vol. 10, no. 8, 2015.
14. S. Theobald, E. MacPherson, L. Dean, J. Jacobsen, C. Ducker, M. Gyapong, K. Hawkins, T. Elphick-Pooley, C. Mackenzie, L. Kelly-Hope, F. Fleming and P. Mbabazi, "20 years of gender mainstreaming in health: lessons and reflections for the neglected tropical diseases community," *BMJ Global Health*, vol. 2, no. 4, p. e000512, 2017.
15. M. Hodges, F. Sesay, H. Kamara, E. Nyorkor, M. Bah, A. Koroma, J. Kandeh, R. Ouedraogo, A. Wolfe, H. Katcher, J. Blankenship and S. Baker, "Integrating vitamin A supplementation at 6 months into the Expanded Program of Immunization in Sierra Leone," *Maternal and Child Health Journal*, vol. 19, no. 9, pp. 1985-1992, 2015.
16. S. Gatobu, S. Horton, Y. Kiflie Aleyamehu, G. Abraham and A. Greig, "Delivering vitamin A supplements to children aged 6 to 59 months: comparing delivery through mass campaign and through routine health services in Ethiopia," *Food and Nutrition Bulletin*, vol. 38, no. 4, pp. 564-573, 2017.
17. UNICEF, "Every child counts: Using gender data to drive results for children," UNICEF, New York, 2020.
18. UNICEF, "Coverage at a crossroads: new directions for vitamin A supplementation," UNICEF, New York, 2018.

Cette note d'orientation a été préparée par le secrétariat de GAVA avec le soutien de ses partenaires principaux: Nutrition International, Helen Keller International et l'UNICEF. © GAVA 2020