



Canada 



# PROGRAMME DE SANTÉ TRANSFORMATEUR EN MATIÈRE DE GENRE

Un recueil des pratiques prometteuses et des leçons  
tirées du projet SHOW de Plan International

**REMERCIEMENTS**

L'équipe du projet SHOW (Strengthening Health Outcomes for Women and Children) au Bangladesh, au Ghana, en Haïti, au Nigeria, au Sénégal et au Canada et ses partenaires remercient Affaires mondiales Canada pour son soutien au projet SHOW et pour ce recueil des pratiques prometteuses et des leçons tirées.

**CITATION SUGGÉRÉE**

Plan International Canada. (2022). Programme de santé transformateur en matière de genre : un recueil des pratiques prometteuses et des leçons tirées du projet SHOW de Plan International. Toronto, Ontario : Plan International Canada.

**COORDONNÉES**

Plan International Canada  
245 Eglinton Avenue East, Suite 300  
Toronto, Ontario, Canada M4P 0B3  
info@plancanada.ca  
plancanada.ca

# TABLE DES MATIÈRES

Liste des tableaux et des illustrations.....	4
Liste des acronymes .....	5
Introduction .....	6
<b>1 Analyse de situation .....</b>	<b>9</b>
1.1 Processus de l'analyse de situation.....	10
1.1.1 Proposition et recherche sur l'analyse de situation.....	11
1.1.2 Enquête de base et évaluation basée sur le genre.....	13
1.2 Résultats de l'analyse de situation .....	17
1.2.1 Le statut inférieur et la faible capacité d'agir des femmes et des filles .....	17
1.2.2 Faible soutien des hommes à la SMNI/SDSR.....	21
1.2.3 Faible prise en compte du genre et des besoins des adolescent(e)s dans les services.....	23
<b>2 Théorie du changement et développement de la stratégie d'égalité de genre .....</b>	<b>28</b>
2.1 Théorie du changement en matière de SMNI/SDSR.....	29
2.1.1 Stratégies pour accroître la demande et l'utilisation des services de SMNI et de SSR chez les femmes, les adolescentes, les adolescents et les hommes.....	32
2.1.2 Stratégies pour développer les services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s (SABA) .....	33
2.1.3 Stratégies pour renforcer la redevabilité et promouvoir le leadership des femmes .....	35
2.2 Stratégie transformatrice en matière d'égalité de genre pour les programmes de SMNI/SDSR.....	36
2.2.1 Cadre théorique de la stratégie d'égalité de genre .....	36
Programme transformateur en matière de genre de Plan International .....	38
2.2.2 Les trois piliers de la stratégie d'égalité de genre .....	39
Pilier 1 : autonomisation des femmes et des filles.....	39
Pilier 2 : l'engagement des hommes .....	41
Pilier 3 : services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescents .....	43
2.2.3 Développement et mise en œuvre de la stratégie d'égalité de genre.....	44

<b>3</b>	<b>Un modèle de changement transformateur : Analyse de la stratégie d'égalité de genre relative à la SMNI/SDSR</b>	<b>49</b>
<b>3.1</b>	<b>Autonomisation des femmes et des filles</b>	<b>50</b>
3.1.1	Conception	50
3.1.2	Mise en œuvre	55
i.	Communications et CCC	55
	Théâtre pour le développement au Bangladesh : encourager les jeunes à initier le changement	59
ii.	Groupes de soutien des femmes	60
	Groupes de soutien des mères au Ghana	62
	Groupes de Grands-mères au Sénégal	65
iii.	Impliquer les adolescentes	66
	Champions du changement en Haïti	69
iv.	Groupes d'AVEC/GVE	70
v.	Leadership des femmes dans les groupes communautaires	72
vi.	Impliquer les femmes dirigeantes	74
	Travailler avec les Queen Mothers et les Magajias au Ghana	75
	100 Women Groups et projet SHOW au Nigeria, un partenariat essentiel	76
<b>3.2</b>	<b>Engagement des hommes</b>	<b>77</b>
3.2.1	Conception	77
3.2.2	Mise en œuvre	87
i.	Clubs de pères et groupes de soutien des hommes	87
	Manuel des clubs de pères	88
	Visites de suivi et d'assistance technique de Promundo : année 3	91
ii.	Impliquer les chefs traditionnels et religieux masculins	94
	Travailler avec les chefs religieux au Nigeria	96
iii.	Développement des supports et campagnes de CCC	97
	Supports de CCC sur l'implication des hommes	98
	Bonnes pratiques relatives au développement de la CCC sur l'engagement des hommes – Un guide fondé sur des données factuelles	99
<b>3.3</b>	<b>Services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s</b>	<b>100</b>
3.3.1	Conception	101
3.3.2	Mise en œuvre	107
i.	Évaluation des établissements de santé (EES)	107
ii.	Formation des prestataires de santé	108
	Notes d'orientation sur la prestation de services SABA	114
iii.	Supervision de soutien	114
iv.	Rénovation et acquisition d'équipements	115
v.	Plaidoyer auprès des gouvernements	116
	Partenariats	117
	Partenariat avec le ministère de la Santé pour élaborer de nouveaux manuels destinés aux prestataires de santé au Sénégal	117
	Plaidoyer direct	118
	Révision des directives relatives aux services de planification familiale au Nigeria	118

<b>3.4</b>	<b>Résultats de la stratégie d'égalité de genre.....</b>	<b>119</b>
3.4.1	Résultats aux niveaux individuel et communautaire .....	120
i.	Sensibilisation et changement des attitudes en matière d'égalité de genre .....	120
ii.	Engagement des hommes dans l'égalité de genre et la SMNI/SDSR .....	122
	Étude et rapport sur les Clubs de pères du projet SHOW .....	126
iii.	Renforcer la capacité d'agir des femmes et des filles.....	127
	L'importance des quotas pour le leadership des femmes dans les groupes communautaires .....	129
	Réussite du programme des Champions du changement en Haïti .....	134
3.4.2	Résultats au niveau des établissements .....	135
<b>4</b>	<b>Leçons apprises et recommandations.....</b>	<b>139</b>
4.1	Phases de planification, de conception et de lancement.....	140
4.2	Mise en œuvre .....	143
4.3	Suivi, évaluation et apprentissage .....	146
<b>5</b>	<b>Documents de référence du projet SHOW.....</b>	<b>149</b>
	Manuel des Clubs de pères du projet SHOW.....	150
	Guides relatifs à la prestation de services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s .....	151
	Guides relatifs aux programmes d'engagement des hommes du projet SHOW .....	152
	Note d'orientation relative à l'égalité de genre pour les programmes de SMNI/SSR intégrant les AVEC pour améliorer les résultats de SMNI/SSR .....	153
	Autonomisation des femmes et des filles : guide des programmes et des activités.....	153
	Perspectives islamiques sur les questions liées à la SMNI .....	154
	Gestion des connaissances et documents d'apprentissage.....	155

# LISTE DES TABLEAUX ET DES ILLUSTRATIONS

## LISTE DES TABLEAUX

[ TABLEAU 1 ] Liste des indicateurs au niveau des ménages .....	14
[ TABLEAU 2 ] Liste des indicateurs au niveau des établissements de santé .....	15
[ TABLEAU 3 ] Thèmes abordés dans l'évaluation basée sur le genre .....	16
[ TABLEAU 4 ] Liste des directives relatives à l'égalité de genre .....	46
[ TABLEAU 5 ] Liste des indicateurs en matière d'EG .....	47

## LISTE DES ILLUSTRATIONS

[ ILLUSTRATION 1 ] Les 3 barrières pour accéder aux services de santé .....	30
[ ILLUSTRATION 2 ] Le modèle socio-écologique .....	36
[ ILLUSTRATION 3 ] Stratégie étendue d'égalité de genre .....	37
[ ILLUSTRATION 4 ] Stratégie d'égalité de genre du projet SHOW .....	39
[ ILLUSTRATION 5 ] Niveau moyen de soutien des membres masculins de la famille en matière de SMNI/SSR .....	122
[ ILLUSTRATION 6 ] Pourcentage des femmes membres et dirigeantes de CSC .....	128
[ ILLUSTRATION 7 ] Prise de décision en ce qui concerne l'éducation des enfants au Bangladesh .....	130
[ ILLUSTRATION 8 ] Prise de décision conjointe en ce qui concerne les visites aux proches et l'accouchement en établissement de santé au Nigeria .....	131
[ ILLUSTRATION 9 ] Prise de décision conjointe en ce qui concerne l'éducation des enfants et la dépense des revenus du ménage au Ghana .....	131



# LISTE DES ACRONYMES

<b>AQA</b>	Assistance qualifiée à l'accouchement	<b>ONG</b>	Organisation non gouvernementale
<b>ASC</b>	Agent(e) de santé communautaire	<b>PAEG</b>	Plan d'action pour l'égalité de genre
<b>AVEC</b>	Associations villageoises d'épargne et de crédit	<b>PP</b>	Points de pourcentage
<b>AVSC</b>	Agent(e) de vulgarisation de santé communautaire	<b>PTA</b>	Plan de travail annuel
<b>CCC</b>	Communication pour le changement social et de comportements	<b>RI</b>	Résultat intermédiaire
<b>CEDEF</b>	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	<b>SABA</b>	Sensible au genre et adapté aux besoins des adolescent(e)s
<b>CDE</b>	Convention relative aux droits de l'enfant	<b>SCTU</b>	Système communautaire de transport d'urgence
<b>CMR</b>	Cadre de mesure du rendement	<b>SDSR</b>	Santé et droits sexuels et reproductifs
<b>CPN</b>	Consultation prénatale	<b>SDSRA</b>	Santé et droits sexuels et reproductifs des adolescents
<b>CPoN</b>	Consultation postnatale	<b>SEG</b>	Stratégie d'égalité de genre
<b>CSC</b>	Comité de santé communautaire	<b>SGS</b>	Système de gestion de la santé
<b>EES</b>	Évaluation des établissements de santé	<b>SHOW</b>	Strengthening Health Outcomes for Women and Children
<b>EG</b>	Égalité de genre	<b>SMNI</b>	Santé maternelle, néonatale et infantile
<b>EVF</b>	Éducation à la vie familiale	<b>SONUB</b>	Soins obstétriques et néonataux d'urgence de base
<b>GSM</b>	Groupe de soutien des mères	<b>SSR</b>	Santé sexuelle et reproductive
<b>GVE</b>	Groupe villageois d'épargne	<b>SSRA</b>	Santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s
<b>IEC</b>	Information, Éducation et Communication	<b>TETU</b>	Triage, évaluation et traitement d'urgence
<b>IST</b>	Infections sexuellement transmissibles	<b>TMM</b>	Taux de mortalité maternelle
<b>MAECD</b>	Ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement (maintenant Affaires mondiales Canada)	<b>TpD</b>	Théâtre pour le développement
<b>MGF/E</b>	Mutilation génitale féminine/excision	<b>VBG</b>	Violence basée sur le genre
<b>OCB</b>	Organisation communautaire de base	<b>VSC</b>	Volontaires de santé communautaire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé		

# INTRODUCTION

Le projet SHOW (Strengthening Health Outcomes for Women and Children) est un projet de santé transformateur en matière de genre d'une durée de 4 ans et demi (de janvier 2016 à septembre 2020), qui a été mis en œuvre dans cinq pays : Nigeria, Haïti, Bangladesh, Ghana et Sénégal. L'objectif ultime du projet SHOW était de réduire la mortalité maternelle et infantile chez les femmes et les enfants vulnérables, y compris les adolescentes, dans des régions ciblées, reculées et mal desservies de chaque pays. Pour atteindre l'objectif ambitieux du projet, les résultats et les volets d'activités ont contribué à améliorer la qualité, la disponibilité, l'utilisation et la responsabilité des services essentiels relatifs à la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et à la santé sexuelle et reproductive (SSR). Plan International a mis en œuvre le projet SHOW dans les cinq pays en collaborant avec leur gouvernement respectif, avec des organisations non gouvernementales locales et avec l'aide de partenariats techniques et stratégiques au Canada et aux États-Unis. En août 2020, le projet SHOW s'est vu attribuer une extension financée d'un an pour répondre à la pandémie de COVID-19 au Bangladesh, au Ghana, au Nigeria et au Sénégal. Les activités de cette phase d'extension ne sont pas incluses dans ce recueil.<sup>1</sup>

La politique mondiale de Plan International en matière d'égalité de genre et d'inclusion (2017) exige de l'ensemble de l'organisation qu'elle inscrive son travail dans le cadre des normes et principes internationaux relatifs aux droits humains énoncés dans la Convention relative aux droits de l'enfant (CDE) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF). Un élément principal de l'approche de Plan International en matière de programmes de santé réside dans sa conviction que l'égalité de genre est un principe intrinsèque, fondé sur les droits humains fondamentaux ainsi qu'une exigence fondamentale pour l'amélioration des résultats en matière de santé. Une stratégie complète d'égalité de genre (SEG) était donc au cœur de la conception du projet SHOW, visant à transformer les relations de pouvoir inégales entre femmes et hommes, entre filles et garçons. L'objectif de ce recueil est de fournir la documentation relative au développement, à la mise en œuvre et aux résultats de la stratégie pour l'égalité de genre du projet et les leçons qui ont été tirées, afin de faire évoluer les pratiques prometteuses des programmes transformateurs



en matière de genre et les discussions au sein de la communauté de pratique.

Ce recueil est organisé en cinq sections : la [Section 1](#) fournit un aperçu de la méthodologie et des résultats de l'analyse de l'égalité de genre du projet SHOW, qui forme la base de la stratégie d'égalité de genre (SEG). La

1. L'extension financée a commencé en août 2020 et s'est terminée le 30 juin 2022.



[Section 2](#) décrit la théorie du changement et la stratégie d'égalité de genre du projet, y compris les 3 piliers de la stratégie (l'autonomisation des femmes et des filles, l'engagement des hommes et la mise à disposition de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s). La [Section 3](#) fournit une analyse de la conception et de la mise en œuvre des volets d'activités,

par pilier, soutenant la SEG et présente les principaux résultats du projet. La [Section 4](#) met en évidence les principales leçons tirées de la SEG du projet SHOW et, enfin, la [Section 5](#) énumère les documents techniques créés pour soutenir la mise en œuvre des mesures et pour documenter les leçons apprises.



# SECTION 1 :

## ANALYSE DE SITUATION

L'ensemble du secteur de la santé reconnaît de plus en plus<sup>2</sup> l'inégalité de genre et les rapports de force intersectionnels comme des facteurs importants de mauvais résultats en matière de santé, en particulier pour les femmes et les filles, et qu'il est nécessaire de répondre par une approche transformatrice qui s'attaque aux causes profondes de l'inégalité de genre. De même, Plan International continue de placer les analyses basées sur le genre et les programmes transformateurs en matière de genre au centre de ses programmes de santé. Plan International a constaté que l'inégalité de genre était le facteur principal à prendre en compte pour comprendre et traiter les mauvais résultats en matière de santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI) et de santé et droits sexuels et reproductifs (SDSR). C'est pourquoi l'égalité de genre (EG) a été au cœur de la conception et de la mise en œuvre des programmes de SMNI/SDSR de Plan International et de son projet phare, SHOW (Strengthening Health Outcomes for Women and Children), un projet transformateur en matière de genre pluriannuel<sup>3</sup>, multi-pays, et financé par Affaires mondiales Canada, déployé dans cinq pays : le Bangladesh, le Ghana, Haïti, le Nigeria et le Sénégal.

Le défi pour tout programme de santé, et encore plus complexe pour les programmes multi-pays, est de trouver un équilibre entre une approche cohérente de programmation transformatrice en matière de genre pouvant être mise à l'échelle dans tous les pays du projet, et une approche suffisamment flexible pour répondre aux réalités contextuelles qui caractérisent les relations de pouvoir basées sur le genre dans diverses cultures. Pour relever ce défi, il est essentiel d'avoir une bonne compréhension des problèmes communs et spécifiques relatifs à l'égalité de genre et des dynamiques liées à la SMNI/SDSR des femmes et des filles dans les zones des cinq pays ciblées par le programme. Les parties suivantes donnent un aperçu du processus à travers lequel Plan International a mené son analyse fondamentale de l'égalité de genre et des *principales conclusions* qui ont alimenté la stratégie d'égalité de genre (SEG) du projet SHOW.

---

2. <https://www.thelancet.com/series/gender-equality-norms-health>

3. Durée initiale du projet SHOW : de janvier 2016 à septembre 2020



## 1.1 PROCESSUS DE L'ANALYSE DE SITUATION

Pour comprendre les dynamiques fondamentales d'égalité de genre dans chaque pays du projet SHOW, il a fallu collecter des informations et des données à des étapes clés de la conception et du démarrage du projet. Voici une brève description de ces éléments :

- **recherche documentaire et consultations avec les communautés et les parties prenantes** pour soutenir la conception initiale du projet et la phase de développement de la proposition;
- au cours de la phase de lancement, intégration des considérations et des questions principales sur l'égalité de genre dans la conception de **l'étude de base** ainsi que dans les **évaluations des établissements de santé** des pays du projet;
- **évaluation de l'égalité de genre**, qualitative et complète.

### PHASE DE CONCEPTION

Recherche documentaire

Consultations avec les communautés et les parties prenantes

### PHASE DE LANCEMENT

Évaluation de base

Évaluation de l'égalité de genre

Évaluation des établissements de santé



## 1.1.1 PROPOSITION ET RECHERCHE SUR L'ANALYSE DE SITUATION

Lors de la phase de développement de la proposition, deux approches générales ont été adoptées pour établir une compréhension initiale des dynamiques d'égalité de genre les plus pertinentes pour les comportements, les obstacles et les résultats des femmes et des filles en matière de SMNI/SDSR : la recherche documentaire et les consultations avec les communautés et les parties prenantes.

Les recherches documentaires pour chaque pays comprenaient une analyse basée sur le genre issue des sources de données suivantes :

- politiques et protocoles gouvernementaux relatifs à la santé, à l'égalité de genre et aux droits des femmes et des filles;
- enquêtes démographiques et de santé nationales, en particulier sur les données relatives à la SDSR : taux de mortalité maternelle (TMM), âge au moment du mariage et des premiers rapports sexuels, consultations prénatales (CPN), consultations postnatales (CPoN), assistance qualifiée à l'accouchement (AQA), utilisation de contraceptifs, et à l'égalité de genre (violence à l'encontre des femmes/filles, modèles de prise de décision en matière de santé (lorsque les données étaient disponibles), accès des femmes et des filles à l'information et aux médias, niveau d'éducation, accès et contrôle des revenus et des ressources);
- rapports publiés du système des Nations Unies ainsi que les rapports nationaux et parallèles des

ONG nationales pour la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et les observations finales adressées aux pays par le Comité de la CEDEF; et

- publications pertinentes d'universitaires, de spécialistes du développement et de la santé ayant étudié les comportements et les obstacles des femmes/filles en matière de SMNI/SDSR.

En plus des recherches documentaires préliminaires, des **consultations avec les communautés et les parties prenantes** ont également été organisées avec près de 900 personnes réparties dans les cinq pays du projet SHOW. Des entretiens avec des personnes ressources et des discussions de groupe ont permis de recueillir des informations auprès d'adolescentes et d'adolescents, de femmes en âge de procréer, d'hommes, de leaders communautaires locaux, de fonctionnaires des ministères de la Santé et en charge des affaires relatives aux femmes, de services responsables des données, de services de santé régionaux, étatiques et locaux, et de partenaires locaux de mise en œuvre.

Les consultations avec les communautés et les parties prenantes avaient un double objectif : i) identifier les barrières uniques liées au genre, les besoins spécifiques et les contraintes des femmes, des adolescentes et des partenaires masculins qui affectent l'accès des mères et des enfants aux services de santé ; ii) comprendre comment les relations de pouvoir entre les femmes et les hommes affectent la santé maternelle, néonatale et infantile. Quatre thèmes ont été étudiés, avec diverses parties prenantes :



### **i. Obstacles à l'accès aux services de SMNI/SSR**

Les personnes-ressources ont été interrogées au sujet de la proximité des services, des tabous et des traditions, ainsi que des modes de prise de décision dans les ménages pouvant avoir un impact sur l'accès et l'utilisation des services de SMNI/SDSR à différentes étapes du continuum de soins. Ces consultations ont permis d'identifier certaines des contraintes au niveau des ménages (telles que l'autorisation de consulter les services de santé, les contraintes de mobilité, les contraintes de temps, etc.) auxquelles femmes et filles font face pour accéder à des services tels que l'AQA, les CPN/CPoN, les vaccinations et la planification familiale. Elles ont également identifié le rôle joué par d'autres membres de la famille, comme les grands-mères ou les belles-mères et, dans le cas des ménages polygames, le rôle des chefs de famille et des premières épouses dans le continuum de soins de SMNI.

### **ii. Engagement des hommes**

Les personnes ressources ont été interrogées au sujet des processus de prise de décision des hommes dans le ménage en ce qui concerne le continuum de soins de SMNI/SSR. Les consultations ont permis d'aborder l'engagement des hommes en matière de SMNI/SDSR, leurs comportements et les normes sociales qui encouragent, soutiennent ou empêchent leur implication. Elles ont également identifié les facteurs pouvant encourager ou promouvoir une implication masculine accrue ou des décisions et des comportements bénéfiques des hommes en matière de SMNI/SDSR.

### **iii. Prise de décision dans les centres et les comités de santé**

Des personnes ressources spécifiques ont été interrogées sur le rôle des femmes dans la prise de décision publique, notamment dans les comités de gestion de santé et dans les organes décisionnels du gouvernement local en matière de SMNI/SDSR, ainsi que sur les défis et les obstacles relatifs à la participation des femmes dans ces organes décisionnels liés à la santé et à d'autres sujets.

### **iv. Accès aux établissements de santé**

Les personnes ressources ont été interrogées au sujet des obstacles spécifiques limitant l'accès des femmes, des hommes et des adolescentes aux services de SMNI/SSR dans les établissements de santé, ainsi que sur les solutions possibles à ces obstacles en général et qui pourraient être mises en péril par les prestataires de services de santé eux-mêmes. Ces questions visaient à mettre en évidence certaines lacunes systémiques des services dans la prise en compte du genre et l'adaptation



aux besoins des adolescent(e)s. Elles ont ensuite été approfondies dans le cadre des évaluations des établissements de santé (EES) réalisées dans chacun des pays du projet SHOW.

Une analyse de l'égalité de genre a été réalisée spécifiquement pour chacun des cinq pays du projet SHOW par le biais de recherche documentaire et des consultations avec les communautés/parties prenantes, suivant l'approche décrite ci-dessus. Les principaux obstacles liés au genre de chaque pays ont été identifiés et mis en commun pour élaborer les grandes lignes de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW qui a été incluse dans la proposition.

Une fois l'approbation du donateur obtenue et le contrat signé, deux livrables essentiels ont été entamés au cours de la phase de démarrage du projet : l'enquête de base et l'évaluation qualitative basée sur le genre. Cette étape supplémentaire de collecte d'informations, décrite ci-dessus, a permis d'ajouter des informations détaillées à l'analyse basée sur le genre de chaque pays et de fournir les données supplémentaires nécessaires pour co-créditer des activités et du contenu détaillé avec le personnel et les partenaires dans chaque pays, et la stratégie de genre générale.

## 1.1.2 ENQUÊTE DE BASE ET ÉVALUATION BASÉE SUR LE GENRE

L'**enquête de base** agit principalement comme un outil de redevabilité pour répondre aux indicateurs de progrès inclus dans le cadre de mesure du rendement (CMR) du projet. En revanche, une enquête de base de qualité peut et devrait également inclure une collecte de données permettant d'améliorer le programme, notamment par le biais des données de suivi annuelles. Pour le projet SHOW de Plan International, cette double fonction était au cœur de la conception de la méthodologie et des outils pour son étude de base dans 5 pays. De plus, les dimensions d'égalité de genre ont été prises en compte afin de soutenir l'analyse initiale de la situation et d'évaluer la capacité du projet à atteindre ses résultats et objectifs en matière d'égalité de genre en fixant des cibles. Il convient de noter que les indicateurs de SMNI ont occupé une place prépondérante dans le CMR convenu, et que l'intégration de la SDSR dans la programmation n'a pas été véritablement reflétée dans le CMR.

L'enquête de base du projet SHOW a utilisé deux outils de collecte des données : une enquête sur les ménages et un questionnaire sur les établissements de santé.

Les questionnaires de base sur les établissements de santé ont été renforcés par des évaluations détaillées des établissements de santé au niveau national, alignées sur les outils de l'OMS et des gouvernements nationaux, y compris les dimensions de prise en compte du genre et d'adaptation aux besoins des adolescent(e)s. Ces évaluations ont ensuite été validées par les gouvernements et ont été utilisées pour construire un programme misant sur la qualité, la prise en compte des sexospécificités et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s des prestations de services et le renforcement des systèmes. Ces outils ont été utilisés dans un échantillon de communautés de chaque pays où intervient le projet. L'enquête sur les ménages a été menée auprès des mères ayant au moins un enfant de moins de 2 ans, et un questionnaire a été administré à leurs partenaires masculins/époux ou autres membres masculins de la famille. À mi-parcours, des efforts ont été faits pour inclure une enquête indépendante sur les adolescent(e)s non marié(e)s en raison de changements dans le programme, car davantage de contenu relatif à la SSR a été intégré dans le projet SHOW. Le questionnaire sur les établissements de santé a été administré à tout le personnel des établissements de santé sélectionnés dans les communautés ciblées.



[ TABLEAU 1 ] LISTE DES INDICATEURS AU NIVEAU DES MÉNAGES

Indicateurs du CMR	
1	Pourcentage de femmes âgées de 15 à 49 ans ayant assisté à une consultation prénatale par un(e) professionnel(le) de santé qualifié(e) au moins 4 fois au cours de la grossesse (désagrégé par âge, c'est-à-dire 15 à 19 ans et 20 à 49 ans).
2	Pourcentage d'enfants âgés de 12 à 23 mois vaccinés contre la rougeole (désagrégé par sexe).
3	Pourcentage de naissances vivantes assistées par du personnel de santé qualifié (désagrégé par âge des mères).
4	Pourcentage de mères et de bébés ayant assisté à des consultations postnatales dans les deux jours suivant l'accouchement (désagrégé par âge).
5	Pourcentage de femmes en âge de procréer (désagrégé par âge) et de membres masculins de leur famille connaissant au moins deux signes de danger et les stratégies correspondantes au cours du continuum de soins.
6	Pourcentage de femmes en âge de procréer (désagrégé par âge) et de membres masculins de leur famille connaissant au moins deux messages clés sur l'égalité de genre en matière de SMNI/SDSR <sup>4</sup>
7	Niveau de soutien moyen des membres masculins de la famille en matière d'utilisation des services de SMNI/SSR par les membres féminins de la famille (désagrégé par femmes, hommes et adolescentes) <sup>5</sup> .
8	Pourcentage de femmes membres de groupes communautaires organisés (désagrégé par âge et type de groupe).
9	Niveau de satisfaction moyen des femmes en âge de procréer (désagrégé par âge) et de leurs partenaires masculins concernant la qualité et la réactivité des services de SMNI/SSR.
10	Niveau de satisfaction moyen des utilisatrices de services de SMNI/SSR (désagrégé par âge) et des membres masculins de leur famille à l'égard du système de référence en matière de SMNI/SSR.

Les outils de collecte de données ont été élaborés pour répondre aux indicateurs présentés ici, surlignés en bleu dans le [ TABLEAU 1 ] et le [ TABLEAU 2 ] dans l'enquête auprès des ménages et l'évaluation des établissements de santé.

Des éléments supplémentaires sur l'égalité de genre ont été inclus dans l'enquête sur les ménages, en plus de ceux requis pour répondre aux indicateurs ci-dessus. Tout d'abord, les enquêtes ont recueilli des données démographiques qui ont permis d'explorer des facteurs qui se recoupent souvent avec le genre, tels que l'âge, l'état civil, le nombre d'enfants, le niveau d'éducation et la situation économique. Deuxièmement, dans la série de questions relatives aux comportements liés au continuum de soins de SMNI/SSR, on a demandé aux femmes et aux hommes les principales raisons empêchant l'accès aux services de SMNI/SDSR, ainsi que qui était principalement en charge de la prise de décisions en matière de recours et d'accès aux soins. Pour finir, l'enquête comprenait une section sur « l'égalité de genre et la prise de décision ». Celle-ci comprenait des questions relatives aux attitudes et

aux modèles de prise de décision au sein du ménage entre les hommes et les femmes, notamment les décisions liées à la santé ainsi que d'autres questions importantes, telles que le mariage des enfants, l'éducation et les ressources du ménage. L'enquête sur les ménages a également abordé la place des femmes dans la prise de décision au niveau communautaire et leur participation à cet égard.

Le questionnaire sur les établissements de santé comprenait également des indicateurs clés au niveau des établissements relatifs à la réalisation des résultats en matière d'égalité de genre. Le Tableau 2 énumère les indicateurs de résultats immédiats du CMR recueillis dans l'établissement de santé par le biais du questionnaire. Comme décrit dans [la théorie du changement de la Section 2](#), l'obtention de résultats immédiats a été soutenue par des activités du projet, telles que la formation du personnel de l'établissement, et mesurée par des indicateurs de résultats connexes (par exemple, le nombre de prestataires de santé formés à la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s (SABA).

4. Note: l'indicateur de substitution suivant est utilisé en raison d'une erreur de branchement conditionnel durant l'étude de base : pourcentage de femmes et de membres masculins de leur famille pensant que les femmes devraient participer à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté.

5. Note relative au calcul de cet indicateur : les moyennes ont été calculées à partir des répondant(e)s ayant classé le soutien des hommes pendant le continuum de soins de SMNI comme « élevé » sur une échelle de 4 niveaux (élevé, moyen, faible, très faible). Les points du continuum comprenaient les CPN, l'accouchement, les CPoN, la planification familiale et l'allaitement.

**[ TABLEAU 2 ] LISTE DES INDICATEURS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

PMF Indicators	
1	Pourcentage des postes de direction des CSC (comités de santé communautaire) occupés par des femmes.
2	Pourcentage de femmes membres des CSC.
3	Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de référence sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s.
4	Pourcentage d'établissements de santé disposant de méthodes d'élimination des déchets respectueuses de l'environnement.
5	Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s.
6	Pourcentage d'établissements où les registres sont tenus de manière régulière.
7	Pourcentage des zones du projet disposant de moyens de collecte des données de suivi au niveau des ménages.

L'évaluation des établissements de santé (EES) a permis de recueillir des données sur la prestation



globale des services, les infrastructures et les fournitures. Les domaines d'analyse basés sur le genre portaient notamment sur la prise en compte du genre et l'adaptation des prestations de services et des infrastructures aux besoins des adolescent(e)s, ainsi que sur le degré et la nature de la participation des femmes dans les CSC. La conception de ces variables s'est basée sur les directives globales du projet SHOW relatives à la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s<sup>6</sup>, ainsi que sur l'état de préparation de services spécifiques, adaptés à l'aide des normes mondiales de l'OMS pour la prestation de services de santé de qualité pour les adolescent(e)s. Les éléments relatifs à une prestation de services et à une référence sensibles au genre<sup>7</sup>, mesurés dans le cadre de l'EES, sont les suivants :

- i) le degré de prise en compte des besoins et des priorités liés au genre dans les politiques et les services de SMNI/SDSR;
- ii) la mesure dans laquelle les relations entre patient(e) s et prestataires sont fondées sur les principes de non-discrimination, de confiance, de respect et de dignité;
- iii) la mesure dans laquelle l'environnement clinique, les infrastructures et les systèmes de transport et de référence sont inclusifs et accueillants pour les partenaires masculins de femmes en âge de procréer. Cela inclut, par exemple, des questions sur le type et la fréquence des formations sur l'égalité de genre dispensées au personnel des établissements de santé, sur la nature de la communication avec les clientes et sur la disponibilité d'espaces d'attente pour les partenaires masculins.

L'évaluation basée sur le genre était la deuxième composante de la collecte et de l'analyse des données qui s'est déroulée au cours de la phase de démarrage du projet SHOW. Cette évaluation multinationale basée sur le genre a servi à compléter l'étude de base et à fournir des données qualitatives contextualisées plus approfondies sur les causes profondes sous-jacentes relatives aux problèmes de SMNI/SDSR et aux expériences des femmes, des hommes, des filles et des garçons en matière de SMNI/SDSR.

6. Une description de ces directives est disponible à la [Section 5](#).

7. L'indicateur composite pour la prestation de services SABA se base sur divers critères et collecte des données relatives à la mise à disposition d'espaces respectant l'intimité, aux salles de consultation et à la prise en charge du conjoint masculin dans celles-ci, à la mise à disposition de toilettes séparées pour les hommes et les femmes et le type d'informations données pendant la consultation aux femmes, aux adolescentes, aux partenaires masculins ou aux membres de la famille, ainsi que la façon dont elles sont données. L'indicateur composite pour les services d'orientation SABA comprend des données relatives à la facilitation de l'accompagnement du patient, à la communication sur l'orientation, aux suggestions vis-à-vis des méthodes de transport et à la réponse aux préoccupations et aux questions liées à l'orientation. Ces critères individuels valaient entre 1 et 3 points. Les établissements ont obtenu un score d'au moins 50 % en ce qui concerne les services de SMNI/SSR/d'orientation et de 80 % pour les services de PF comptabilisés pour l'indicateur.

[ TABLEAU 3 ] THÈMES ABORDÉS DANS L'ÉVALUATION BASÉE SUR LE GENRE<sup>8</sup>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normes et préjugés liés au genre</li> <li>• Normes concernant le mariage précoce et la grossesse</li> <li>• Division du travail selon le genre (les rôles productifs, reproductifs et communautaires des femmes/filles et des hommes/garçons)</li> <li>• Degré de participation et de prise de décision des femmes et des filles au niveau communautaire (en comparaison avec les données qualitatives et quantitatives sur la prise de décision)</li> <li>• Accès aux ressources et prise de décision dans le ménage, en général et plus particulièrement en matière de SMNI/SSR</li> <li>• Décisions relatives à la planification familiale et à l'espacement des naissances</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien et participation des hommes à la SMNI/SSR et obstacles à cette participation</li> <li>• Attitudes à l'égard de la violence basée sur le genre</li> <li>• Perceptions concernant la disponibilité de services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s</li> <li>• Obstacles à l'accès et à l'utilisation des services de SMNI/SSR pour les femmes et les hommes, et pour les adolescentes et les adolescents</li> <li>• Recommandations des participant(e)s concernant les moyens d'améliorer l'adoption et l'utilisation des services de SMNI/SSR au niveau des ménages, de la communauté et des établissements de santé.</li> </ul>
--	---

Des consultants locaux ont collecté les données de chaque pays à l'aide d'outils standardisés, développés par Plan International spécifiquement pour le projet SHOW et traduits dans les langues locales appropriées. Divers outils qualitatifs ont été utilisés pour mener à bien les consultations, tels que des entretiens avec des informateurs(trices)-clés et des groupes de discussion dans chacun des pays du projet SHOW. Ces outils comprenaient des questions et des discussions ciblées, ainsi qu'une cartographie et une activité de classement. Ces outils ont été conçus pour obtenir une compréhension plus profonde des dynamiques de genre les plus étroitement liées aux expériences des femmes et des filles en ce qui concerne le continuum de soins de SMNI/SSR. Ils comprenaient un ensemble de questions relatives à la division des tâches ménagères selon le genre, au pouvoir de décision, à l'accès aux ressources et à leur contrôle, au soutien au cours du continuum de soins au sein de la communauté et à domicile, et aux perceptions concernant la violence basée sur le genre.

En menant des consultations ciblées auprès de groupes désagrégés par sexe, âge et statut matrimonial, l'évaluation a pu recueillir des points de vue diversifiés

et, bien qu'aucune généralisation n'ait pu être conclue parmi les sous-groupes, une certaine cohérence entre ces groupes a permis de faire ressortir des informations essentielles sur les normes et pratiques en matière d'égalité de genre. Dans chacun des cinq pays du projet SHOW, au moins un groupe de discussion a pu être réalisé pour les catégories de personnes suivantes : adolescentes mariées, adolescentes non mariées, adolescents, hommes, femmes âgées (plus de 50 ans), femmes adultes en âge de procréer (de 20 à 49 ans). Les entretiens avec les informateurs(trices) clés ont été menés avec des parties prenantes ciblées, différentes d'un pays à l'autre, mais qui comprenaient systématiquement les membres ou les dirigeant(e)s des comités de santé communautaire, le personnel des établissements de santé et les responsables traditionnels ou religieux.

Le rapport de l'évaluation basée sur le genre comprend une analyse des données qualitatives et intègre les résultats pertinents des enquêtes de base pour fournir une analyse plus complète de la situation en matière d'égalité de genre. Une analyse descriptive est annexée au rapport pour chacun des cinq pays du projet SHOW.

8. Évaluation basée sur le genre du projet SHOW, page 15



## 1.2 RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE SITUATION<sup>9</sup>

La section suivante présente un aperçu des résultats de l'analyse basée sur le genre tels que décrits dans les documents pertinents du projet SHOW, y compris le rapport de l'étude de base, l'analyse basée sur le genre de la proposition et l'évaluation basée sur le genre. Les résultats sont répartis en trois domaines : le statut inférieur et la faible capacité d'agir des femmes et des filles ; le faible soutien des hommes à la SMNI/SDSR et le manque de prise en compte de la dimension genre et des besoins des adolescent(e)s de la part des services de SMNI/SDSR. Ces aspects relatifs au genre du comportement des femmes en matière de recherche et d'accès à des soins de qualité constituent la base de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW (détaillée dans la [Section 2](#)).

### 1.2.1 LE STATUT INFÉRIEUR ET LA FAIBLE CAPACITÉ D'AGIR DES FEMMES ET DES FILLES

Les normes sociales, qui définissent et perpétuent la position subordonnée des femmes et des filles par rapport aux hommes et aux garçons, constituent le principal facteur d'inégalité entre les genres dans les cinq pays ciblés par le projet SHOW. L'analyse de situation réalisée pour le projet SHOW identifie la manière dont les normes sociales liées au genre se traduisent par des obstacles pour les femmes et les filles, au niveau des ménages et de la communauté, en ce qui concerne les comportements et les résultats positifs en matière de SMNI/SDSR. Elle présente également des exemples spécifiques de la manière dont cela se manifeste dans chaque pays.

L'analyse décrit d'une part, des aspects communs et attendus des normes liées au genre, comme la division des rôles selon le genre au sein du ménage et, d'autre part, certaines réalités quotidiennes plus spécifiques d'inégalité de genre, comme la méfiance et la stigmatisation associées à l'utilisation de la planification familiale moderne. De plus,

les rapports d'évaluation basée sur le genre indiquent que lorsqu'il y a des variations entre les cinq pays du projet SHOW, elles sont pour la plupart de degré plutôt que de substance, ce qui indique que les normes sociales et genrées prévalentes résumées ci-dessous étaient généralement communes dans les communautés ciblées des cinq pays, au moment de la collecte des données de base.

- Femmes et hommes ont tendance à suivre des **rôles basés sur le genre** rigides, dans lesquels les femmes sont censées gérer toutes les responsabilités domestiques et de soins, telles que les travaux ménagers, les soins aux enfants et aux personnes âgées, et contribuer aux activités génératrices de revenus domestiques. Ces rôles sont généralement associés à un statut inférieur que celui associé aux hommes, considérés comme les chefs de famille et les pourvoyeurs. Cette répartition inégale des tâches fait peser un lourd fardeau sur les femmes et les filles en prenant une grande partie de leur énergie et en contribuant à leur **manque de temps**. En conséquence, cette charge de travail inégale limite leur participation, leur leadership et leur prise de décision dans les activités communautaires. C'est également un facteur clé empêchant les femmes et les filles d'avoir recours à des soins de SMNI/SSR.

« **C'est bien nous. Nous faisons le ménage, la vaisselle, nous nous occupons des enfants et de nos parents.** » Lorsqu'on lui a demandé ce que faisaient les garçons, l'une d'entre elles a répondu : « **dormir et demander : 'quand est-ce qu'on mange?'** »

– Groupe de discussion des filles, Sénégal

9. Le contenu de cette section provient de l'évaluation de l'égalité de genre du projet SHOW, sauf mention contraire.



- La **mobilité des femmes** est limitée par divers facteurs, selon le pays et le lieu, ayant un impact sur leur capacité à accéder aux services de santé de manière indépendante (ou non). Au Bangladesh et au Nigeria, la mobilité des femmes est limitée par les tabous sociaux relatifs aux interactions des femmes avec les hommes, autres que leur mari et les membres masculins de leur famille immédiate, et l'apparence d'inconvenance qui y est associée. Ce tabou empêche également les femmes d'être consultées en privé par des médecins ou des prestataires de soins masculins. La mobilité des femmes et des filles est également limitée par le manque de ressources économiques autonomes ou par la dépendance économique auprès de partenaires ou de membres de la famille masculins.
- Dans les cinq pays, les femmes appartenant aux communautés ciblées sont soumises à une **hiérarchie basée sur le genre**, qui considère les femmes et les filles comme subordonnées aux hommes et aux garçons dans pratiquement tous les domaines relatifs à la prise de décision. Les hommes ont le pouvoir de décision ultime. Celui-ci est généralement attribué à leur supériorité « naturelle » perçue, généralement fondée sur des croyances culturelles et religieuses. Par exemple, près de 60 % des hommes interrogés au Sénégal et environ 90 % au Nigeria ont déclaré être les seuls à prendre des décisions concernant la gestion de l'argent du ménage. Et, même si la dynamique est moins prononcée en Haïti et au Ghana, dans tous les pays, le pouvoir décisionnel exclusif des hommes était supérieur à celui des femmes<sup>10</sup>.

- L'expression des **masculinités** a été abordée, mais la discussion s'est limitée à l'acceptabilité de leur contribution aux tâches ménagères et aux soins des enfants, variable selon les pays. Au Bangladesh, les normes associées à la masculinité ne permettent pas aux hommes d'aider dans les tâches

« **Le rôle d'un père, qui lui a été donné par Dieu, est de nourrir et de discipliner sa famille.** »

– Groupe de discussion des hommes, Nigeria

traditionnellement « féminines », alors qu'au Nigeria, malgré des rôles de genre similaires, il est plus acceptable pour les hommes d'aider leurs femmes dans les tâches ménagères.

- Les normes et les stéréotypes concernant les **relations sexuelles** sont répandus dans les communautés ciblées. Ils reflètent généralement l'importance accordée à la fidélité des femmes et des filles, ainsi que les restrictions associées pour éviter toute action perçue comme de l'infidélité de leur part. Il s'agit notamment, par exemple au Sénégal et en Haïti, de l'idée selon laquelle les femmes utilisent leur téléphone portable pour contacter des hommes autres que leurs maris.
- L'utilisation de **contraceptifs modernes pour la planification familiale** est perçue comme nécessitant l'autorisation du mari ou du partenaire masculin. C'est également lui qui devrait décider combien et quand avoir des enfants. Le rapport indique que beaucoup de femmes désirent recourir à la planification familiale et, qu'au Nigeria, au Ghana et en Haïti, certaines femmes ont recours à celle-ci à l'insu de leur mari ou de leur partenaire. Les attitudes et les pratiques concernant l'utilisation de la planification familiale sont fortement influencées par les traditions religieuses, notamment au Sénégal et au Nigeria. Selon les pays, les données de base montrent un écart très important des taux d'utilisation, avec une utilisation des femmes en âge de procréer de près de 70 % au Bangladesh et de moins de 5 % au Nigeria<sup>11</sup>. Et si, à travers les cinq pays, les femmes en général étaient plus conscientes des avantages de retarder et d'espacer les grossesses (52 % des femmes contre 38,3 % des hommes<sup>12</sup>), les hommes

10. La décision concernant l'allaitement constitue la seule exception à cette tendance.

11. Tableau 21, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

12. Parmi les hommes et les femmes ayant déclaré utiliser une forme de contraception moderne, Tableau 22, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

restaient néanmoins plus susceptibles de s'identifier comme les seuls décideurs dans ce domaine<sup>13</sup>.

- Les femmes disposent d'une plus grande liberté de mouvement et de plus d'influence dans divers groupes et collectifs de femmes. Parmi les exemples de **soutien collectifs et de solidarité de femmes**, on peut citer l'influence des femmes membres des comités de santé communautaire et la participation aux groupes d'épargne communautaires. On peut également retrouver cette solidarité dans les ménages polygames, mais elle est toujours caractérisée par une hiérarchie entre les épouses.
- Bien que le **mariage précoce** est publiquement condamné par la plupart, il reste néanmoins répandu dans les pays ciblés, à différents degrés. Certains facteurs contribuent à sa prévalence, notamment les pratiques culturelles telles que la dot et le mariage arrangé, la valeur sociale élevée accordée de manière générale au mariage, la pauvreté, le manque de possibilités d'éducation et la prévention des relations sexuelles et de la grossesse avant le mariage chez les filles. Les décisions concernant la personne à épouser et le moment du mariage sont également régies par les normes patriarcales liées au genre, le père ou tout autre chef de famille masculin prenant la décision finale. Les conséquences du mariage et de la grossesse précoces sur la santé sont de mieux en mieux comprises, d'où la tendance à retarder le mariage des filles. En parallèle, cependant, les valeurs et notions socioculturelles existantes continuent de prévaloir, permettant à la pratique du mariage précoce de continuer d'exister.
- La **grossesse précoce** est étroitement liée au mariage précoce dans la plupart des pays. Les **grossesses avant le mariage**, bien que moins fréquentes dans les communautés ciblées par le projet, ont des conséquences sociales négatives plus ou moins graves selon les pays du projet, allant des plus graves au Nigeria et au Bangladesh aux moins graves en Haïti. Quelle que soit la gravité, la stigmatisation, la honte et l'abandon sont des réactions courantes de la part des familles et des communautés. Dans toutes les localités, les grossesses hors mariage ont pour conséquence majeure le fait que les jeunes mères se heurtent à des obstacles en ce qui concerne l'accès aux soins. Comme beaucoup d'entre elles dissimulent leur grossesse, elles n'ont pas accès en temps voulu aux CPN. Lorsqu'elles sont prêtes à accoucher, elles présentent des complications prédisposées et les filles célibataires sont également confrontées à des

obstacles pour accéder aux soins hospitaliers et pour accoucher dans une structure de santé.

« Voilà ce qui lui arrivera : ses parents l'abandonneront, personne ne la soutiendra, elle quittera la maison et deviendra une travailleuse du sexe, car elle a déshonoré sa famille. »

– Dirigeant religieux/traditionnel, Nigeria

- Il y avait plus de variations entre les pays du projet en ce qui concerne la **participation et la prise de décision des femmes au niveau communautaire**, tout comme les attitudes à l'égard de leur participation. En règle générale, les femmes participent activement à plusieurs types de groupes communautaires, bien qu'à des degrés divers, notamment en prenant part aux prises de décision. Néanmoins, les décisions définitives au niveau communautaire ont tendance à être prises par les hommes. Il existe également divers obstacles limitant la capacité de participation des femmes, notamment les contraintes de mobilité, le manque de temps,



13. Selon les données relatives à la prise de décision dans les ménages, les hommes du Nigeria, du Bangladesh et du Ghana sont plus susceptibles de s'identifier comme les seuls décideurs en ce qui concerne l'utilisation de la planification familiale que les femmes.

les stéréotypes négatifs liés au genre concernant les capacités des femmes et les normes sociales régissant l'interaction entre femmes et hommes en dehors du cercle familial. Les variations entre les pays du projet indiquent que les possibilités de participation sont plus élevées en Haïti et au Sénégal, moins élevées au Nigeria et au Ghana, et minimales au Bangladesh. Dans les données de l'étude de base, l'obstacle le plus important à la prise de décision des femmes au niveau communautaire, identifié par les femmes, était « Les opinions des femmes ne sont pas prises en compte » (50,5 % pour les deux groupes d'âge de femmes), contre 44,6 % pour les hommes. À l'inverse, pour les hommes, l'obstacle le plus cité était « Les femmes n'en sont pas capables » (54,8 %), un obstacle qui n'a été mentionné par aucune des femmes interrogées.<sup>14</sup>

« **Oui [les femmes] participent aux réunions, elles peuvent proposer une suggestion ou une idée, puis elles me rencontrent moi, le président, et je décide si elle doit être mise en œuvre ou non.** » Lorsqu'on lui a demandé pourquoi, il a répondu : « **Parce qu'en général, les femmes ne savent pas prendre de bonnes décisions, mais si elles consultent le président, il leur donnera son avis et les aidera à prendre les bonnes décisions.** »

– Dirigeant d'un CSC, Sokoto, Nigeria

- Le degré de participation aux **comités de santé communautaire** varie selon les pays du projet. Dans la plupart des cas, les femmes participent ou sont membres des CSC. La participation à la prise de décision est variée, et les femmes occupent peu de postes de direction. Au départ, dans l'ensemble des pays du projet SHOW, 30 % des membres des CSC en moyenne étaient des femmes, et 30 % des postes de direction étaient occupés par des femmes (Haïti est une exception, avec 47 % de postes de direction occupés par des femmes).<sup>15</sup>

- **L'accès, le contrôle et la prise de décision en ce qui concerne la plupart des ressources du ménage** sont dominés par les hommes, avec quelques domaines spécifiques pour lesquels les femmes sont consultées. Les hommes contrôlent généralement les revenus et les dépenses, ce qui est étroitement lié à leur rôle de soutien de famille. Lorsque les femmes perçoivent des revenus, elles sont plus susceptibles d'avoir un pouvoir décisionnel sur les dépenses. À l'exception d'Haïti, plus de 50 % des hommes interrogés dans les pays du projet SHOW ont déclaré être les seuls décideurs en ce qui concerne la gestion de l'argent du ménage.<sup>16</sup>
- L'utilisation du téléphone portable par les femmes est controversée, notamment en Haïti et au Sénégal, où elle suscite des soupçons d'infidélité. Pour des raisons similaires, liées à leur vulnérabilité aux rapports sexuels avant le mariage, l'utilisation d'un téléphone portable par les adolescentes est également inacceptable. La question ne se pose pas pour les adolescents.



14. Tableau 59, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

15. Tableau 70, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

16. Données de base relatives à la prise de décision dans les ménages (tableau fourni par Plan)

## 1.2.2 FAIBLE SOUTIEN DES HOMMES À LA SMNI/SDSR

Dans l'analyse de situation, le faible niveau de soutien des hommes à la SMNI/SDSR est identifié à la fois comme un facteur ou un « symptôme » de l'inégalité de genre, et également comme un obstacle pratique à l'accès des femmes et des filles aux services et ressources de SMNI/SDSR. Symptôme de l'inégalité de genre, les normes liées au genre, qui définissent et limitent le rôle des femmes au travail reproductif, restreignent de la même manière l'accès des hommes à ce domaine et les empêchent de participer activement au continuum de soins de SMNI/SSR. En tant qu'obstacle pratique, les normes patriarcales dominantes, qui définissent les hommes comme les principaux décideurs et détenteurs de ressources, signifient que le soutien actif des partenaires masculins n'est pas seulement préférable pour les femmes et les filles, il est essentiel à leur santé et leur sécurité.

L'analyse de situation révèle que dans chaque pays, les normes et les attitudes patriarcales dominantes ont pour conséquence : que la SMNI/SSR est considérée comme un sujet exclusivement féminin, éloignant ou excluant ainsi les hommes des responsabilités liés aux soins dans le ménage ; que les hommes et les garçons connaissent mal les risques et les problèmes de SMNI; qu'ils participent peu à la planification de l'accouchement; qu'ils soutiennent peu les femmes et les filles dans le continuum de soins de SMNI, comme la participation aux consultations prénatales, à l'accouchement assisté, aux consultations postnatales et aux services de santé infantile; et qu'ils accordent peu de valeur à la représentation et à la voix des femmes dans les structures de gouvernance de santé communautaire. La nature et le degré de ces implications varient d'un pays à l'autre. Les paragraphes suivants donnent un aperçu des principaux résultats et des différences.

- Le **type de soutien** demandé aux hommes au cours du continuum de soins est très grandement associé à leur rôle de « pourvoyeur ». Il est vu comme un soutien financier ou matériel, prenant en charge l'alimentation, le transport ou l'accompagnement à l'hôpital ou à la clinique (avec une mise en garde importante et la nécessité de clarifier que cet accompagnement se traduit souvent par « se rendre à », et non pas par « entrer avec leur partenaire à l'intérieur des établissements »), ou les frais de services ou de médicaments. Au Nigeria, la « permission » de se rendre dans les cliniques que donnent les maris à leurs femmes a également été considérée comme un type de soutien. Le **niveau de soutien** varie d'une communauté à l'autre et au sein d'une même



communauté. Néanmoins, entre 25 % et 45 % des femmes dans les pays du projet SHOW ont qualifié de « très bon » le soutien apporté par leur partenaire masculin au cours du continuum de soins<sup>17</sup>.

- Ce rôle de soutien est toutefois entaché par la **pauvreté, souvent identifiée comme un obstacle majeur** à la fourniture d'un soutien adéquat par les partenaires masculins, notamment au Bangladesh et au Nigeria. Il incombe aux hommes de donner la permission de se rendre dans les services de santé, mais aussi de fournir les moyens. Lorsque les ressources sont insuffisantes, aucun soutien n'est fourni.

**« Dans la plupart des cas, les hommes ne viennent pas. Parfois, la femme enceinte vient seule, aucun membre de sa famille ne l'accompagne. Nous ne pouvons pas faire de commentaires à ce sujet, car les membres de la famille en souffrent. La plupart des hommes pensent que c'est une responsabilité entièrement féminine. D'un autre côté, la plupart d'entre eux sont des travailleurs journaliers avec des revenus très faibles, ils n'ont donc pas le temps de venir. Mais leur enfant aussi est une richesse. Ils n'en tiennent pas compte. »**

– Professionnel de santé du Bangladesh

17. Tableau 53, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

- Le **manque de connaissances et de sensibilisation** des hommes en matière de SMNI/SDSR constitue également un obstacle à l'accès des femmes aux services et aux soins. La SMNI/SSR étant perçue comme un « domaine réservé aux femmes », il est difficile pour les hommes de s'informer et de contribuer à la prise de décision en matière de santé. En moyenne, seuls 38,4 % des partenaires masculins étaient en mesure d'identifier au moins 2 signes de danger au cours du continuum de soins de SMNI (contre 54,3 % des femmes en âge de procréer). Cette différence de connaissances était plus marquée au Nigeria et au Bangladesh<sup>18</sup>. Et si la proportion d'hommes capables d'identifier 2 stratégies pour faire face aux signes de danger (16,5 %) n'est que légèrement inférieure à celle des femmes (21,3 %), lorsqu'elle est associée à leur pouvoir de décision, l'impact de ce manque de connaissances est bien plus important<sup>19</sup>.
- Les tabous sociaux couplés aux **idéaux de masculinité** limitent le soutien en matière de travaux ménagers et de fréquentation des établissements. Surtout en ce qui concerne la fréquentation des établissements de santé, il n'est pas ancré dans la norme pour les hommes de les fréquenter, bien que le Nigeria semble faire exception pour ces deux types de soutien, où cela est relativement plus acceptable, mais toujours rare.

**« En raison des perceptions de la société, les hommes qui semblent apporter du soutien à leurs épouses font l'objet de victimisation et de moqueries. »**

– Dirigeant traditionnel, Ghana

- Selon l'évaluation basée sur le genre, **l'image que les hommes ont quant à leur niveau de soutien** est plus élevée que celle qu'ont les femmes quant au niveau de soutien de leur partenaire. Cependant, les données quantitatives ne correspondent pas à ce constat : une proportion comparable de femmes et d'hommes estiment que leur soutien dans le continuum de soins de SMNI/SSR est « très bon » (35,6 % et 35,3 % pour les femmes et les hommes, respectivement)<sup>20</sup>.
- Les **adolescentes mariées reçoivent moins de soutien de la part de leurs partenaires masculins**



au cours du continuum de soins de SMNI/SSR ; les adolescentes enceintes non mariées n'en reçoivent aucun et sont plus susceptibles d'être abandonnées par leurs partenaires masculins et leur famille. La stigmatisation liée à une grossesse précoce concerne presque exclusivement les grossesses extraconjugales. Si une fille se marie à un jeune âge, on s'attend à ce qu'elle donne naissance peu après le mariage, lui permettant d'éviter d'être victime de la stigmatisation sociale. Si son mari est jeune, elle a moins de chances d'obtenir un soutien approprié.

- Les attitudes envers la **violence basée sur le genre** étaient assez similaires dans les communautés des pays cibles du projet SHOW. Dans la plupart des cas, bien qu'il existe une condamnation explicite des abus et des violences domestiques, ceux-ci sont néanmoins courants et parfois perçus comme étant justifiables. Hommes comme femmes pensent que la violence est un phénomène que les femmes s'infligent elles-mêmes (par exemple, par l'infidélité ou la désobéissance). De plus, il semble que dans des situations de violence conjugale, la stigmatisation s'applique à la femme, et non à l'homme. Dans certains cas, par exemple au Sénégal, la violence domestique ou le fait de battre sa femme sont justifiés au travers d'enseignements religieux. La manière dont cela affecte directement le continuum de soins de SMNI n'a pas été identifiée. Cependant, étant donné que la violence basée sur le genre représente un risque dans le continuum de soins de SMNI, elle a été définie comme un problème à résoudre par le biais d'activités de prévention.

18. Tableau 49, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

19. Tableau 50, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

20. Tableau 53, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW



### 1.2.3 FAIBLE PRISE EN COMPTE DU GENRE ET DES BESOINS DES ADOLESCENT(E)S DANS LES SERVICES

L'analyse de situation examine les obstacles que les femmes et les filles, ainsi que les hommes et les garçons, rencontrent lorsqu'ils souhaitent accéder aux services de SMNI/SSR. Les études portent sur les obstacles pour accéder aux établissements de santé, ainsi que sur ceux rencontrés directement dans les établissements. Cela inclut les obstacles qui touchent spécifiquement les femmes, les adolescentes, les adolescents et les hommes, ainsi que la prise en compte des besoins liés au genre et à l'âge. Les normes liées au genre ont une influence prévalente. Elles déterminent les attitudes des prestataires de services de santé vis-à-vis des femmes, des adolescentes, des adolescents et des hommes.

Parmi les principaux obstacles aux services de SMNI/SSR, on peut citer : le coût du transport, les problèmes liés au transport et à la distance jusqu'aux établissements, la disponibilité des services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s, la fragmentation des services, l'inadéquation des services disponibles dans les établissements de santé communautaire, des espaces peu adaptés aux besoins des femmes et des filles et de leurs partenaires, (absence de latrines séparées et sûres ou des zones d'attente pour les hommes), les attitudes et les comportements irrespectueux des prestataires de santé envers les femmes et les filles, le manque d'intimité dans les établissements de santé et la discrimination à l'encontre des adolescentes et adolescents.

- **Les services de SMNI/SSR ne sont pas toujours disponibles ou accessibles** pour les femmes et les filles. Plusieurs facteurs déterminants ont été identifiés pour expliquer pourquoi ou dans quelle mesure les services de SMNI/SSR ne répondent

pas aux attentes des femmes et des filles en matière d'accessibilité et de disponibilité. Dans toutes les zones ciblées des pays du projet, à quelques exceptions près au Nigeria, aucune communauté ne dispose d'établissements de santé offrant une gamme complète de services de SMNI/SSR. Ils sont même souvent éloignés des communautés ciblées. De plus, les services fournis dans les différents établissements de santé primaires ne sont pas toujours disponibles. En Haïti, par exemple, les femmes et les filles ont signalé que les établissements de santé n'étaient pas ouverts le soir (après les heures normales) ou les fins de semaine. La disponibilité de services de qualité au niveau des communautés et des établissements constitue également un problème pour des services tels que les consultations prénatales et postnatales, incitant de nombreuses femmes et filles à consulter des praticien(ne)s traditionnel(le)s.

- Plusieurs **obstacles à l'accès** aux services de soins ont été identifiés, notamment le coût, l'inadéquation des services et/ou des installations, l'attitude et le comportement du personnel, les problèmes de transport et le faible soutien des familles. Parmi les obstacles plus spécifiques, on peut citer les barrières linguistiques pour les femmes au Sénégal et les traditions culturelles de dissimulation des grossesses au Ghana, qui obligent les femmes à reporter les consultations prénatales. Les **coûts**, de services, de transport ou les coûts supplémentaires non prévus, sont des obstacles fréquents à l'accès aux services de SMNI/SSR. Le **manque d'options de transport** en cas d'urgence ou de référence constitue également un obstacle important, en particulier en ce qui concerne des moyens de transport adaptés aux adolescentes enceintes.

« Certaines femmes se moquent des femmes enceintes. Assister à des consultations prénatales est donc devenu un défi majeur pour certaines d'entre nous. Nous devons parfois cacher notre grossesse pendant de nombreux mois avant de nous rendre à la clinique de consultations prénatales, car nous avons peur des moqueries des membres de la communauté. »

– Groupe de discussion des femmes adultes, Ghana



- Le **manque de sensibilisation** des femmes et des filles concernant l'importance de l'accès aux services de SMNI/SSR, le moment où elles doivent se rendre dans un établissement de santé, ou ce que sont les services de SMNI/SSR, constitue un obstacle à la prestation de ces services. Au Bangladesh et au Nigeria, cela a été défini comme un obstacle majeur pour les adolescentes, et au Nigeria, certaines femmes ont déclaré avoir peur des médicaments ou des procédures.
- L'**accès aux maternités** et le recours à du personnel qualifié dans ces établissements posent des problèmes particuliers. La plupart des femmes et des

filles sont conscientes de l'importance d'accoucher dans une structure de santé et des risques associés aux accouchements à domicile, en particulier pour les adolescentes. De ce fait, il est plus probable que les adolescentes donnent naissance dans une structure de santé. Malgré cela, femmes et filles ont toujours des difficultés à accéder aux services d'accouchement des établissements de santé.

- Les **établissements communautaires ne sont pas toujours en mesure** de fournir une gamme complète de services de qualité dans le continuum de soins (CPN, personnel qualifié pour l'accouchement et CPoN). De plus, il y a un manque de réseaux solides pour référer les cas urgents vers des établissements de niveau plus élevé tant en termes de communication que de transport entre les établissements.
  - Les **accoucheuses traditionnelles représentent une solution secondaire** si l'accouchement avec assistance qualifiée dans un établissement de santé n'est pas vu comme une option bonne ou viable. Certaines femmes préfèrent avoir recours à des accoucheuses traditionnelles, car ces services sont plus disponibles et plus accessibles, moins coûteux, plus acceptables culturellement et plus traditionnels.
  - Le **manque de soutien masculin (ou familial)** a fréquemment été cité comme étant un obstacle à l'accès aux services de SMNI/SSR. Il peut s'agir de familles et de partenaires masculins interdisant aux femmes de fréquenter des établissements de santé, ne les soutenant pas pendant la grossesse et l'accouchement, notamment en ce qui concerne l'allègement des tâches domestiques ou liées aux soins des enfants afin qu'elles aient plus de temps pour se rendre dans les établissements de santé, ou de partenaires masculins refusant que les femmes consultent des prestataires de santé masculins.
- Les obstacles aux services de planification familiale** résident principalement dans les croyances religieuses et culturelles et dans le faible soutien masculin. Le refus des maris d'utiliser la planification familiale ou leur refus de donner la permission aux femmes d'y avoir recours dans des centres de santé sont des obstacles courants.

« Même si c'est votre choix que d'accoucher à l'hôpital, certaines personnes diront que vous êtes paresseuse et que vous n'êtes pas courageuse. »

– Adolescente mariée, Nigeria

- Les obstacles rencontrés dans les établissements de santé sont dus, en partie, à l'**inadéquation des infrastructures**. Il s'agit notamment d'établissements ne disposant pas des infrastructures nécessaires pour accueillir les femmes qui allaitent, les femmes qui amènent leurs enfants avec elles ou les femmes accompagnées d'un partenaire masculin. Dans les zones ciblées par le projet SHOW, seuls 54 % des établissements disposent de salles de consultation pouvant accueillir les partenaires masculins et 42 % ont des toilettes séparées pour les hommes et les femmes ; seuls 21 % des établissements proposent des espaces privés pour allaiter et seuls 20 % disposent d'une salle d'attente pour les hommes<sup>21</sup>. De plus, les établissements ne disposent pas des équipements, des fournitures et des médicaments nécessaires pour offrir des services de santé de qualité.
- Les **mauvaises attitudes et les comportements irrespectueux du personnel de santé** sont des problèmes clés et des obstacles à la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s dans les pays du projet SHOW. Le personnel irrespectueux et celui refusant de fournir des services s'il ne reçoit pas de pots-de-vin constituent des obstacles supplémentaires. Les études font également état d'un personnel qui ignore complètement les femmes ou qui donne la priorité aux besoins des femmes accompagnées d'un partenaire masculin. Des prestataires de santé auraient abusé verbalement de leurs patient(e)s, notamment des adolescentes, et au Nigeria, les femmes se voient parfois refuser des services tels que la planification familiale si elles n'ont pas reçu l'autorisation de leur mari.<sup>22</sup>

« [Les établissements de santé locaux] ... sont très mal équipés. Il n'y a aucun moyen d'acheter ou de se procurer des matériaux... Cela affecte grandement la qualité de nos soins de SMNI. Nous n'avons ni stérilisateur, ni lits d'observation, ni d'espace. »

– Professionnel de santé, Haïti

« Le personnel infirmier insulte les jeunes filles et se moque d'elles, en leur demandant par exemple qui les a fécondées et ce qu'on leur a donné après avoir couché avec elles. De plus, le manque d'argent pour le transport empêche les femmes/adolescentes d'assister aux CPN. »

– Groupe de discussion des femmes âgées, Ghana



21. Tableau 64, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

22. Évaluation basée sur le genre du projet SHOW au Nigeria, page 21

- Il existe quelques pratiques sensibles au genre dans les services de santé<sup>23</sup>. Les relais communautaires, par exemple, jouent un rôle clé dans le système de santé sénégalais et servent de liens essentiels entre les femmes et les établissements de santé, tout en apportant un soutien moral et émotionnel aux femmes et aux filles enceintes. Au Nigeria, les femmes et les filles ont déclaré recevoir des soins respectueux. Cependant, seuls 27 % des établissements étudiés proposent des services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s<sup>24</sup>, et seuls 47 % des établissements proposent des services de référence sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s<sup>25</sup>.

« [Les relais communautaires] construisent une relation de confiance stable avec les patientes, de telle sorte qu'elles font automatiquement appel à eux/elles pour accoucher, et les relais les amènent à l'établissement de santé. »

– Membre du personnel, Senegal

- Des **obstacles spécifiques affectent les adolescentes et les adolescents** dans les établissements de santé. Tout d'abord, les **tabous sociaux concernant la sexualité et la grossesse chez les adolescentes** empêchent ces dernières d'accéder aux informations relatives à la SDSR. Ces mêmes tabous empêchent également les adolescentes et adolescents de se sentir à l'aise lorsqu'elles/ils ont recours à des services de SMNI/SSR et les utilisent. Ces croyances et tabous persistants peuvent également influencer la



façon dont les prestataires de services traitent les adolescentes et les adolescents nécessitant des soins de SSR dans les établissements de santé. Par conséquent, elles/ils sont souvent traités de manière indifférente ou discriminatoire par les prestataires. Les coûts, la distance qui les sépare des établissements, l'inadéquation des établissements et des services, et les horaires peu pratiques des cliniques, sont des barrières supplémentaires auxquelles les adolescent(e)s sont confronté(e)s.

« Il y a une différence. Dès que le médecin sait que vous n'êtes pas mariée, il peut avoir des préjugés à votre égard, changer son comportement et ne pas vous recevoir de la même manière qu'une femme mariée. Cela m'a mis mal à l'aise. »

– Groupe de discussion des adolescentes non mariées, Sénégal

23. Voir la [note 7](#) pour des explications connexes

24. Tableau 63, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW

25. Tableau 68, rapport de l'évaluation de base du projet SHOW



## SECTION 2 : THÉORIE DU CHANGEMENT ET DÉVELOPPEMENT DE LA STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE

Une théorie du changement programmatique doit répondre à l'analyse de situation, tenir compte des différences contextuelles entre les pays et les communautés ciblées et, le cas échéant, s'aligner sur les pratiques mondiales les plus efficaces. La théorie du changement de Plan International pour le programme de SMNI/SDSR est basée sur des consultations avec les communautés et les parties prenantes, sur une analyse rigoureuse, ancrée dans des cadres conceptuels, établis depuis des décennies dans le secteur de la santé mondiale ainsi que dans les programmes de santé de Plan International. La théorie du changement identifie l'inégalité de genre comme un facteur central des mauvais résultats en matière de SMNI/SDSR pour les femmes et les filles. De plus, elle s'engage explicitement en faveur d'une programmation transformatrice en matière de genre en développant une stratégie complète d'égalité de genre visant à répondre aux besoins et aux intérêts sexospécifiques et à transformer les relations de pouvoir basées sur le genre dans les communautés du projet SHOW. La stratégie décrit en détail les approches et les investissements spécifiques réalisés au cours de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation du projet, afin de garantir une attention soutenue et une redevabilité sur les résultats en matière d'égalité de genre.

La section suivante présente les fondements conceptuels de la théorie du changement globale du projet SHOW, puis décrit la stratégie d'égalité de genre et son rôle en tant que composante complémentaire de la conception du projet.

## 2.1 THÉORIE DU CHANGEMENT EN MATIÈRE DE SMNI/SDSR

Afin de réduire la mortalité maternelle et infantile et d'améliorer l'état de santé général des femmes, des adolescentes et des enfants, il est nécessaire de réduire ou d'éliminer les obstacles auxquels les femmes et les filles sont confrontées pour accéder à des services de santé appropriés, efficaces et de qualité. Le programme de Plan International inclut donc une théorie du changement, fondée sur l'idée que les résultats quantifiables en matière de santé seront améliorés en s'attaquant aux causes profondes des barrières en matière de services de santé, notamment les barrières liées à l'inégalité de genre au niveau des ménages, des communautés et des établissements. La théorie du changement en matière de SMNI/SDSR utilise une approche pour adresser des barrières à trois niveaux, aussi connue comme le modèle des « 3 barrières »<sup>26</sup> relatif à la mortalité maternelle pour classer les principaux obstacles à la santé et leurs causes profondes en trois facteurs distincts contribuant à des problèmes de santé maternelle : 1) prise de décision inadéquate en matière de santé; 2) faible accès aux services; 3) faible qualité des services (voir **ILLUSTRATION 1**).

La **première série de barrières** se produit généralement au sein des ménages et se réfère aux comportements et à la prise de décision pour la recherche de soins. Ces barrières se produisent lorsque des femmes et des adolescentes, leur partenaire et/ou leur famille ne sont pas en mesure de reconnaître les signes de danger ou n'ont pas les connaissances requises pour identifier quand les services d'un(e) prestataire de soins de santé qualifié(e) sont nécessaires. En outre, ces barrières sont souvent dues au fait que les femmes et les adolescentes n'ont pas le pouvoir de prendre et d'appliquer les décisions concernant leur propre santé et celle de leurs enfants, souvent en raison de leur statut inférieur dans de nombreux ménages ou de ressources financières trop faibles pour couvrir les frais de soins et de transport. Enfin, les femmes et les adolescentes, ainsi que leur famille, peuvent être découragées à l'idée de se faire soigner si elles ont eu de mauvaises expériences par le passé, ou s'il existe des stigmatisations et/ou des tabous culturels ou sociaux liés à la recherche de services de santé professionnels.

La **deuxième série de barrières** est liée aux obstacles rencontrés par les femmes et les filles pour accéder aux services de santé, une fois la décision prise de se faire soigner. Ces barrières peuvent se produire au sein du ménage, tout comme lors du trajet pour la quête de soins.

Ils peuvent inclure la distance jusqu'à un établissement de santé ou un hôpital, la disponibilité et le coût des transports, la qualité des routes, des infrastructures de transport et de la topographie, ainsi que les problèmes de sécurité pour les femmes et les adolescentes qui se rendent dans des établissements de santé.

La **troisième série de barrières** survient une fois arrivées à l'établissement de santé et lorsque les femmes et les adolescentes sont confrontées à des obstacles supplémentaires quant à la prestation en temps voulu de services de santé appropriés et de qualité. Ces barrières peuvent être dues à la mauvaise infrastructure des établissements, au manque de fournitures médicales, à un personnel de santé insuffisamment formé ou peu motivé, au manque de personnel approprié ainsi qu'à des systèmes de références inadéquats. Les barrières de soins vécues par les femmes et les filles peuvent également être amplifiées en raison du manque de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s dans les établissements de santé.

La théorie du changement de Plan International en matière de SMNI/SDSR propose de s'attaquer à ces barrières et à leurs causes profondes pour accroître l'utilisation et la disponibilité de services de SMNI/SSR de qualité et améliorer ainsi les résultats en matière de santé, notamment pour les femmes et les adolescentes, ce qui constitue un droit humain fondamental. Sur cette base, le projet SHOW visait à atteindre trois résultats clés :

1. une hausse de la demande de services de santé;
2. une amélioration de l'offre de services de SMNI/SSR de qualité; et
3. une amélioration de la redevabilité des services de santé à l'égard des détentrices et détenteurs de droits.



26. WHO, *Applying the lessons of maternal mortality reduction to global emergency health*, March 2015 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/271709/PMC4450708.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

# LES 3 BARRIÈRES AUX SERVICES DE SANTÉ

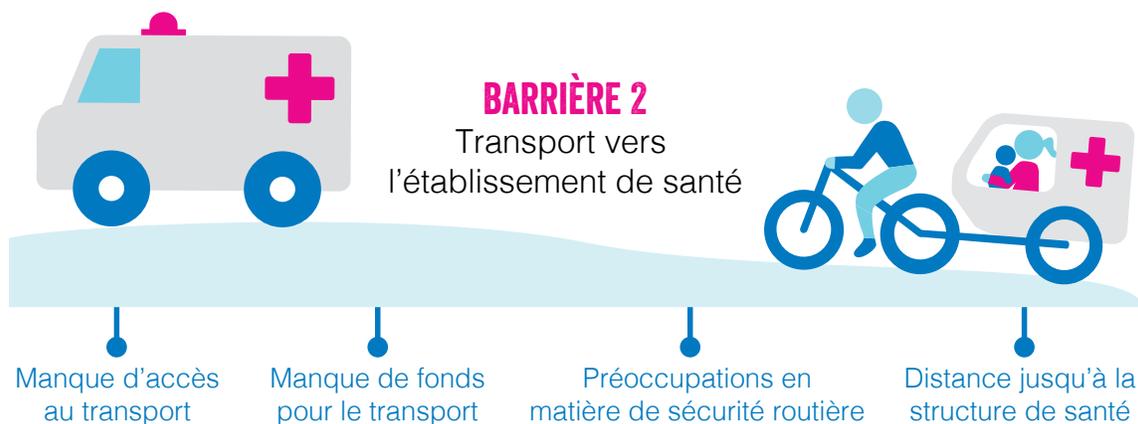
## BARRIÈRE 1 :

Reconnaissance des complications et capacité à solliciter des soins



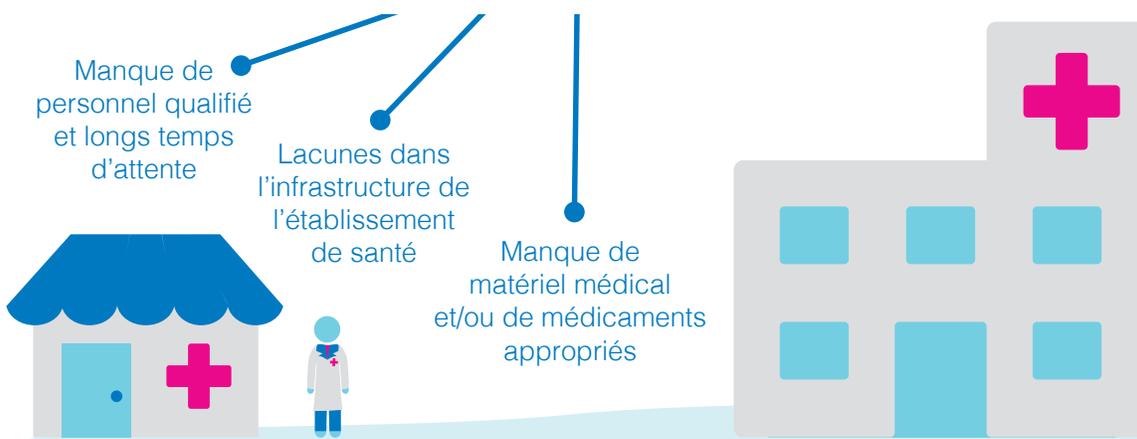
## BARRIÈRE 2

Transport vers l'établissement de santé



## BARRIÈRE 3

Recevoir des soins qualifiés appropriés



Étant donné que de nombreux facteurs contribuant à ces trois barrières sont enracinés dans l'inégalité de genre, la théorie du changement est fondée sur l'hypothèse selon laquelle la lutte contre cette inégalité et la promotion de l'autonomisation et de la capacité d'agir, individuelles et collectives, des femmes et des filles peuvent contribuer à améliorer les résultats en matière de santé pour les femmes, les adolescentes et les enfants. La capacité d'agir désigne la capacité des femmes et des adolescentes à prendre des décisions réfléchies en matière de SMNI/SSR et à agir en conséquence, ce qui implique forcément d'encourager leur autonomisation, en tant que fin en soi, d'œuvrer à la création d'un environnement familial et social propice à l'égalité de genre (capital social) et de s'attaquer aux contraintes économiques des femmes et des filles (capital financier).

La théorie du changement décrite ci-dessus sert de base à la conception du modèle logique du projet SHOW. Comme décrit dans les principaux documents du projet, notamment la proposition et le plan de mise en œuvre, ce projet vise à s'attaquer aux causes profondes des taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile avec pour résultat final de contribuer à la réduction de celle-ci. L'analyse contextuelle des 3 barrières effectuée par Plan International a permis d'identifier les principaux domaines à améliorer<sup>27</sup>, tels que décrits ci-dessous :

- le faible recours aux soins des femmes en âge de procréer défavorisées, vulnérables et marginalisées et de leurs familles;
- les risques particulièrement élevés en matière de SMNI/SSR pour les mères adolescentes<sup>28</sup> et les taux élevés de mariages d'enfants, précoces, et forcés ;
- la faible capacité de prise de décision des femmes en âge de procréer et faible accès aux ressources économiques et sociales et faible contrôle sur celles-ci en raison de l'inégalité de genre qui demeure répandue;
- les systèmes de santé inaccessibles, fragmentés et peu conviviaux;
- le faible nombre et les compétences insuffisantes des agent(e)s de santé communautaire et du personnel de première ligne pour fournir des soins de qualité, sexospécifiques et adaptés aux besoins des adolescent(e)s<sup>29</sup>; et

- le suivi inadéquat et l'utilisation irrégulière des données par les systèmes de santé, et la faible responsabilité des services de santé envers les communautés locales.

La solution du projet SHOW pour améliorer ces domaines clés a été organisée en trois résultats intermédiaires (RI) : premièrement, augmenter la **demande** des femmes et des adolescentes pour des services de SMNI/SSR ; deuxièmement, améliorer l'**offre** de services de SMNI/SSR de qualité; troisièmement, améliorer la **responsabilité** des services de SMNI/SSR en ce qui concerne les détentrices de droits, dans ce cas les femmes et les adolescentes. Plan International fait généralement référence à ces domaines de résultats en les nommant « demande », « offre » et « redevabilité ».



27. Ces domaines clés sont tirés du plan de mise en œuvre consolidé du projet SHOW, pages 9 et 10

28. OMS, fiche d'information 364, La grossesse chez les adolescentes, septembre 2014

29. <https://pmnch.who.int/resources/publications/knowledge-summaries>



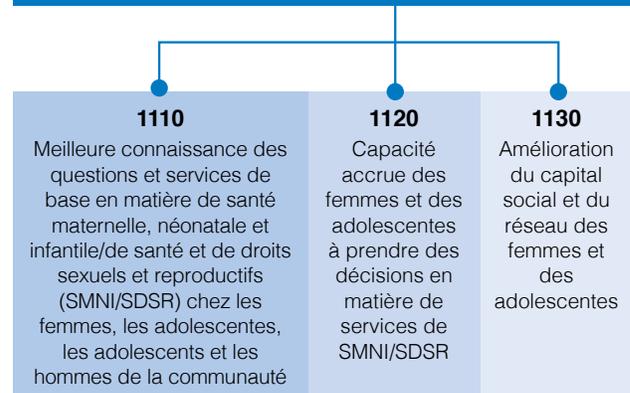
## 2.1.1 STRATÉGIES POUR ACCROÎTRE LA DEMANDE ET L'UTILISATION DES SERVICES DE SMNI ET DE SSR CHEZ LES FEMMES, LES ADOLESCENTES, LES ADOLESCENTS ET LES HOMMES

Le premier résultat intermédiaire du projet SHOW visait à augmenter la demande des femmes et des adolescentes en matière de services de SMNI/SSR. Parmi les stratégies pour y parvenir, on peut citer la sensibilisation des femmes, des adolescentes, des adolescents et des hommes à la SMNI/SDSR, la promotion de l'autonomisation des femmes et des filles et le renforcement du capital social des femmes et des filles. Ces stratégies ont été conçues pour engager directement les femmes et les adolescentes, tout comme les hommes et les garçons, sur la SMNI, la SDSR, l'égalité de genre et les services de santé. L'hypothèse derrière ce résultat intermédiaire était la suivante : **si** les femmes et leurs partenaires sont informés de leurs besoins et options en matière de santé, **si** les femmes ont la possibilité de prendre des décisions en matière de santé et sur d'autres sujets, et **si** les femmes bénéficient d'un environnement favorable et propice au recours aux soins, **alors** leur demande en services et en soins pourra augmenter. Les approches transformatrices en matière de genre ont été plus notables dans ce résultat où sont abordées les relations de pouvoir des individus et des ménages et les normes sociales et genrées des communautés.

D'après l'examen des documents et la collecte de données primaires effectués dans le cadre du projet, le manque de connaissances et d'informations sur la SMNI et la SDSR constitue un obstacle majeur à l'accès des femmes et des filles aux services de santé.

### RI 1100 – DEMANDE

Amélioration de l'utilisation des services de santé essentiels par les femmes, les adolescentes, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans vivant dans la pauvreté et très vulnérables



- **Le résultat immédiat 1110** visait à accroître les connaissances des femmes, des adolescentes, des adolescents et des hommes en matière de SMNI/SDSR. Parmi les activités comprises dans ce résultat, on peut citer : le partage d'informations et de connaissances avec un large éventail de parties prenantes au niveau communautaire, l'élaboration de supports de communication pour le changement social et de comportements (CCC) et d'informations, d'éducation et de communication (IEC) transformatrices en matière de genre, la mise en œuvre de campagnes de CCC, les réunions de groupes communautaires et la sensibilisation lors de journées et d'événements spécifiques.

- **Le résultat immédiat 1120** visait à accroître la capacité des femmes à prendre des décisions en matière de SMNI/SDSR. Parmi les activités comprises dans ce résultat, on peut citer : la mise en place de Clubs de pères, de groupes de sensibilisation et de soutien pour les adolescentes et adolescents, la formation et le soutien de personnes dans la communauté pouvant servir de modèles, et la formation de chefs traditionnels et religieux pour qu'ils/elles puissent conduire des sessions de sensibilisation au sein de leurs communautés. Ces activités ont également permis de sensibiliser les groupes ciblés à la SMNI/SDSR et à l'égalité de genre et d'encourager les femmes, les adolescentes, les adolescents et les hommes à adopter des comportements sains et à promouvoir l'égalité de genre.
- **Le résultat immédiat 1130** visait à améliorer le capital social et financier des femmes et des filles ainsi que leurs réseaux en créant et en appuyant des groupes de soutien de mères et des groupes de femmes, ainsi que des Associations Villageoises d'Épargne et de Crédit (AVEC) afin de renforcer l'autonomisation des femmes.

Les interventions dans le cadre du **RI 1100** ont abordé les divers obstacles, au niveau des ménages et de la communauté, qui contribuent à la première série de barrières. Outre la sensibilisation aux signes de danger et aux moments critiques pour le recours aux soins qualifiés, certaines des activités menées dans le cadre de ce résultat se sont également attaquées aux obstacles qui contribuent à la deuxième série de barrières. Lors de discussions avec des groupes d'hommes et de femmes, par exemple, les futurs parents ont été conseillés sur la manière appropriée de se préparer à un accouchement dans une structure de santé, notamment en identifiant un(e) prestataire de soin qualifié(e) et en organisant le transport. Dans le cadre de sa conception, chaque activité a également visé les obstacles liés au genre qui limitent les possibilités de prise de décision des femmes et leur capacité à recevoir des soins. Les activités menées dans le cadre de ce RI visaient non seulement à sensibiliser davantage sur les questions de SMNI/SDSR, mais aussi sur les attitudes, pratiques et comportements respectueux de l'égalité de genre au sein des ménages et des communautés, ainsi que sur les conséquences des pratiques traditionnelles néfastes, telles que le mariage précoce et forcé des enfants.

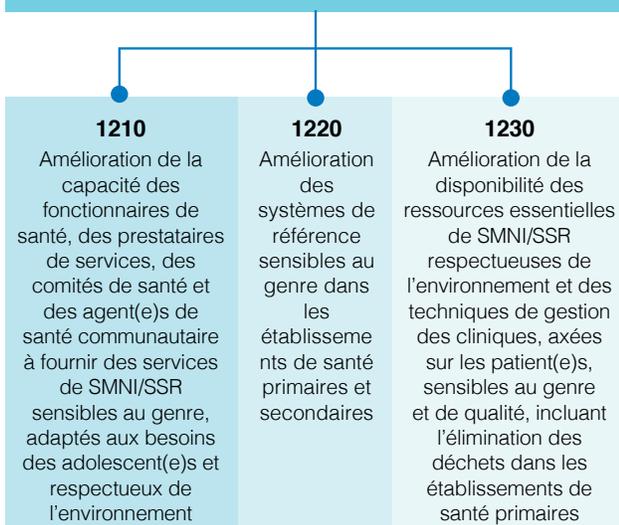
## 2.1.2 STRATÉGIES POUR DÉVELOPPER LES SERVICES DE SMNI/SSR SENSIBLES AU GENRE ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES ADOLESCENT(E)S (SABA)

Le deuxième résultat intermédiaire du projet SHOW avait pour objectif d'améliorer l'offre de services de SMNI/SSR de qualité. Ce résultat repose sur des stratégies de collaboration avec les prestataires de santé pour améliorer : la disponibilité et la qualité des services de SMNI/SSR ; le degré de prise en compte du genre et d'adaptation des services aux besoins des adolescent(e)s et la qualité des services de référence. Ces activités ont été conçues pour être mises en œuvre directement avec les établissements de santé soutenus par le projet. En outre, pour atteindre ce résultat, le projet SHOW a travaillé en étroite collaboration avec les ministères de la Santé de chacun des 5 pays du projet dans le but d'améliorer la qualité des services de santé essentiels. L'hypothèse de ce résultat intermédiaire était la suivante : **si** la capacité des prestataires de services est améliorée pour fournir des services SABA, **si** les systèmes d'orientation sont améliorés dans les établissements de santé primaires et secondaires, **si** la disponibilité des ressources essentielles en matière de SMNI/SSR est assurée et si l'approvisionnement en équipements et fournitures est amélioré, **alors** l'offre de services SABA de qualité en matière de SMNI/SSR pourra s'améliorer. Les approches transformatrices en matière de genre sont notamment utilisées pour les formations des prestataires de services de santé, l'élaboration de matériel de formation et les supervisions de soutien. Dans le cadre de ce résultat, une approche similaire a également été utilisée pour développer et analyser les évaluations de l'environnement physique des établissements de santé, ainsi que des outils de travail faciles à utiliser et du matériel d'IEC intégrant les principes SABA.



## RI 1200 – OFFRE

Amélioration de la prestation de services de santé essentiels de qualité pour les femmes, les adolescentes, les nouveau-nés et les enfants de moins de 5 ans vivant dans la pauvreté et très vulnérables



L'examen des documents et la collecte des données primaires ont identifié des défis majeurs quant à la prestation de services de SMNI/SSR de qualité, tels que le manque de cohérence dans les formations des prestataires de santé, le manque de formation sur la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s et le manque de points de prestation de services SABA de SMNI/SSR de qualité.

- **Le résultat immédiat 1210** visait à renforcer les capacités du personnel des services de santé, tels que les fonctionnaires de santé, les prestataires de services de santé, les agent(e)s et les comités de santé communautaire, en matière de prestation de services SABA de santé de qualité, grâce à une formation dispensée conjointement par le projet et les ministères de la Santé. Les formations avaient pour but d'accroître les compétences et les connaissances essentielles des prestataires de soins afin de fournir des soins SABA de SMNI/SSR de qualité, conformément aux normes mondiales et nationales. Dans tous les pays, les ministères de la Femme ou du Genre ont été des partenaires importants, permettant de s'aligner sur les politiques nationales existantes en matière d'égalité de genre ou de santé pour l'autonomisation des femmes et des adolescentes dans le domaine de la santé. Un élément clé de ce volet d'activités consistait à renforcer la capacité institutionnelle des gestionnaires et superviseur(e)s de la santé pour la supervision de soutien des services SABA.

- **Le résultat immédiat 1220** visait spécifiquement les services de référence entre les établissements de santé primaires, secondaires ou tertiaires, et entre la communauté et les établissements de santé. Parmi les activités de ce résultat, on peut citer : la formation des prestataires de santé sur les services de référence SABA, le développement de protocoles de référence SABA, la fourniture de ressources aux établissements pour renforcer le système de référence, le soutien d'un transport sûr et accessible de la communauté aux établissements de santé et entre ces établissements, et le plaidoyer auprès des gouvernements pour renforcer la mise en œuvre du projet de SMNI/SSR et les systèmes de référence.
- **Le résultat immédiat 1230** portait sur les lacunes dans l'environnement physique des établissements de santé et dans les équipements et les fournitures disponibles. Parmi les activités de ce résultat, on peut citer : l'amélioration de l'offre et de l'utilisation de mécanismes d'élimination des déchets de santé respectueux de l'environnement, l'offre de médicaments, d'équipements et de fournitures essentiels aux établissements de santé, et la rénovation des établissements de santé pour qu'ils puissent mieux répondre aux besoins des femmes, des adolescentes et des adolescents (par exemple, confidentialité audio/visuelle pendant les consultations, toilettes séparées, espaces pour allaiter, espaces pour les adolescent(e)s, etc.) après une évaluation complète de l'établissement.

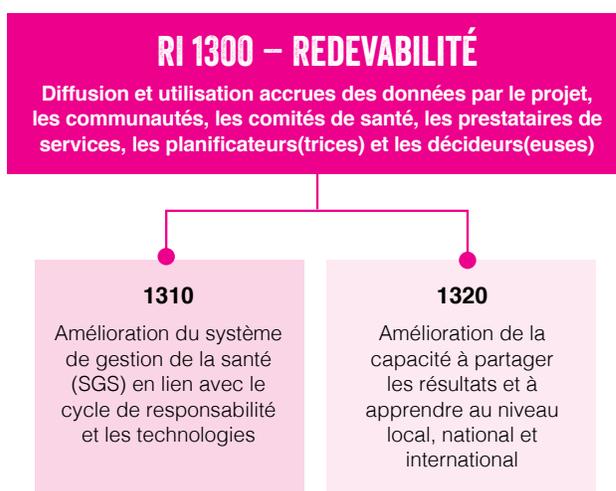
Ces stratégies d'amélioration de l'offre de services de SMNI/SSR concernent principalement la troisième barrière, rencontrée sur les lieux de prestation de services. Ces stratégies ont également contribué à réduire les obstacles relatifs à la première série de barrières, car en améliorant la qualité des services de SMNI/SSR, les femmes, les filles et leurs partenaires/membres de la famille en gardent une expérience plus positive, les rendant plus susceptibles de continuer à recourir à des soins. De plus, ces activités ont permis de s'attaquer à la deuxième série de barrières, à savoir les obstacles auxquels les femmes et les filles sont confrontées lorsqu'elles se déplacent de la communauté vers l'établissement, ou entre les établissements. Pour finir, ces stratégies visaient à combattre les situations d'inégalité de genre dans les établissements de santé et les préjugés des prestataires de services pouvant entraver leur capacité à fournir des services de SMNI/SSR de qualité.

## 2.1.3 STRATÉGIES POUR RENFORCER LA REDEVABILITÉ ET PROMOUVOIR LE LEADERSHIP DES FEMMES

Le troisième résultat intermédiaire du projet SHOW visait à améliorer la responsabilité des services de SMNI/SSR. Des stratégies ont donc été mises en place pour améliorer la collecte de données et leur utilisation par les parties prenantes du système de santé. Et elles ont été réalisées en travaillant avec les ministères de la Santé pour renforcer les systèmes de gestion de la santé (SGS), accroître la disponibilité et la qualité des données ainsi que leur utilisation pour la prise de décision, et promouvoir une responsabilité plus importante et plus étendue, en particulier envers les communautés. Le projet SHOW a collaboré avec les ministères de la Santé, les prestataires de services, les agent(e)s et les comités de santé communautaire pour mettre en œuvre ces stratégies.

L'hypothèse de ce résultat intermédiaire était la suivante :

**si** les SGS sont améliorés et intégrés aux mécanismes de responsabilisation et **si** la capacité de partage des résultats au niveau local, national et international est également améliorée, **alors** les services de SMNI/SSR deviendront plus responsables envers les détentrices et détenteurs de droits. Les approches transformatrices en matière de genre dans ce domaine consistaient à travailler avec les parties prenantes des systèmes de santé (gouvernement, personnel de santé, responsables de planification, CSC) pour promouvoir la collecte, la compilation, la communication et l'utilisation de données, désagrégées par sexe et par âge, et pour inciter les décisionnaires à prendre en compte les obstacles aux soins liés au genre.



Les résultats immédiats de ce RI sont les suivants :

- **Le résultat immédiat 1310** visait à renforcer le SGS en fournissant des ressources pour améliorer la collecte des données et en formant les fonctionnaires et les prestataires de services de santé à l'analyse et à l'utilisation des données pour améliorer la prestation des services de santé et la responsabilité envers les utilisateurs finaux de la communauté.
- **Le résultat immédiat 1320** avait pour but de former les agent(e)s et les comités de santé communautaire à l'utilisation de données afin d'éclairer les changements visant à améliorer la qualité des services de SMNI/SSR. Ces stratégies visaient à accroître la diffusion et l'utilisation des données par les communautés, en particulier par les femmes et les adolescent(e)s, les comités de santé communautaire, les prestataires de services, les décideurs(euses) et les planificateurs(trices) des services de santé ainsi que par le personnel du projet.

Ces stratégies concernaient la troisième série de barrières, car l'amélioration de la disponibilité d'informations sanitaires de qualité, fiables et opportunes permet une prise de décision plus réfléchie et une prestation de services plus efficaces dans les établissements de santé. Les activités relatives au RI 1300 ont été effectuées en collaboration avec les parties prenantes principales des communautés et des établissements impliqués dans la gestion et la planification des services de santé. En outre, le projet a encouragé la participation et le leadership des femmes dans les CSC, permettant d'accroître leur présence, leur voix et leur leadership dans la planification de la santé.

## 2.2 STRATÉGIE TRANSFORMATRICE EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DE GENRE POUR LES PROGRAMMES DE SMNI/SDSR

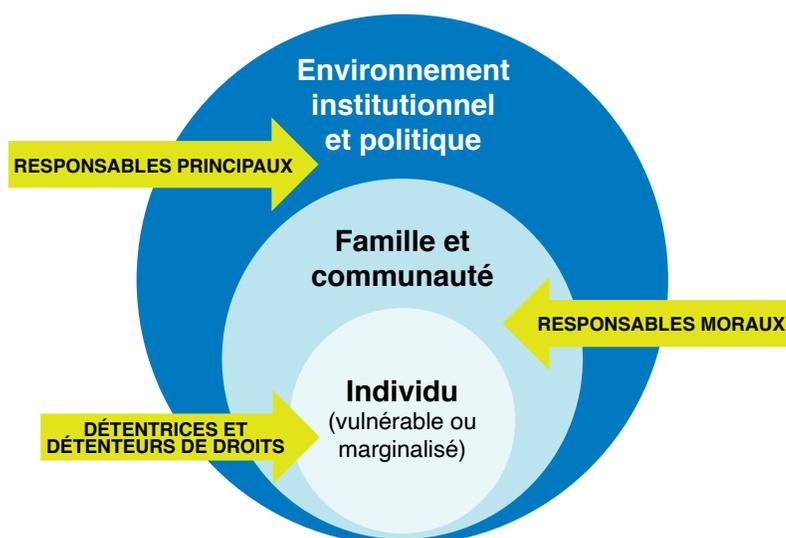
Les recherches préliminaires menées par le projet SHOW, notamment la recherche documentaire, l'étude de base, l'évaluation des établissements de santé et l'évaluation basée sur le genre, ont permis d'identifier trois principaux groupes d'obstacles liés au genre au niveau des ménages, de la communauté et des établissements de santé. Ceux-ci ont une influence directe sur les résultats de SMNI/SSR des femmes et des filles. Ces trois groupes sont les suivants : i) le statut inférieur des femmes et des filles; ii) le faible niveau de soutien ou d'implication des hommes dans la SMNI/SDSR; et iii) la faible prise en compte du genre et des besoins des adolescent(e)s de la part des services de SMNI/SSR.

En réponse aux résultats de l'analyse de situation décrite dans la [Section 1.2](#), le projet SHOW a développé une stratégie d'égalité de genre (SEG) qui adresse chacun de ces groupes d'obstacles. Elle a été conçue pour réduire ces barrières de manière holistique et pour cibler directement les femmes, les filles, les hommes et les garçons dans ses efforts pour réduire les inégalités liées au genre qui limitent l'accès et l'utilisation par les femmes et les filles des services de SMNI/SSR. La SEG a également ciblé les prestataires de services de santé et les systèmes de santé afin de s'attaquer aux obstacles liés au genre sous-jacents dans les établissements. Le principe central de la stratégie était que l'inégalité de genre affecte la demande et l'offre de services de SMNI/SSR et la responsabilité de ceux-ci envers les femmes et les filles. Et, selon ce principe, si les obstacles liés au genre ne sont pas systématiquement abordés dans le cadre de chacun des piliers du programme, les objectifs d'amélioration des résultats de SMNI/SSR des femmes et des filles ne seront pas réalisables.

### 2.2.1 CADRE THÉORIQUE DE LA STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE

La stratégie d'égalité de genre du projet SHOW repose sur une approche fondée sur les droits qui s'attaque aux trois groupes d'obstacles liés au genre identifiés qui affectent négativement les résultats de SMNI/SDSR des femmes et des filles. Une approche fondée sur les droits utilise un modèle socio-écologique pour déterminer qui sont les détentrices et détenteurs de droits ne pouvant pas les exercer, qui sont les responsables ayant l'obligation morale de faire respecter les droits des détentrices et détenteurs de droits, et qui sont les principales institutions responsables ayant un mandat légal et/ou politique de faire respecter les droits des détentrices et détenteurs de droits. Selon ce modèle socio-écologique, les détentrices et détenteurs de droits ciblés sont généralement des individus particulièrement vulnérables ou marginalisés, les responsables moraux sont les familles et les communautés dans lesquelles vivent ces individus, et les responsables principaux sont les gouvernements, les ministères et toute autre institution qui influencent l'exercice des droits de ces individus (voir **ILLUSTRATION 2**). Compte tenu de cette approche théorique, toutes les interventions d'un projet fondé sur les droits ont pour objectif central de défendre les droits de ceux ou celles n'étant pas en mesure de le faire et d'encourager les responsables principaux et moraux à modifier leurs comportements, leurs pratiques, leurs normes et leurs politiques afin de garantir que les individus ne soient pas limités dans l'accès à leurs droits humains.

#### [ ILLUSTRATION 2 ] LE MODÈLE SOCIO-ÉCOLOGIQUE

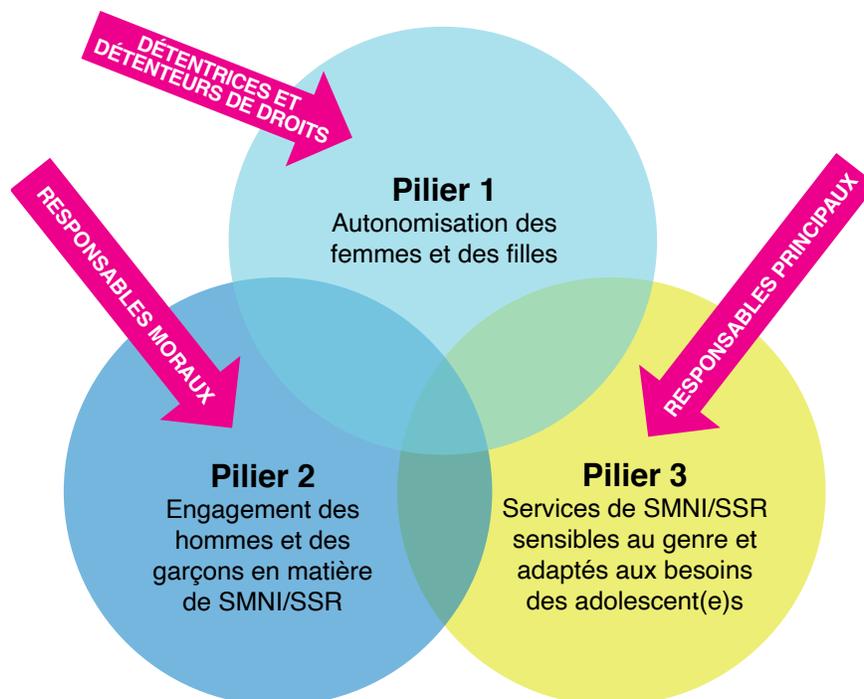


L'approche fondée sur les droits du projet SHOW définit les femmes et les filles en tant que détentrices de droits individuels. Les hommes, les membres de la famille, les chefs culturels et religieux de la communauté ainsi que ses membres sont définis en tant que responsables moraux, et les ministères de la Santé et des Affaires relatives aux femmes, les autorités sanitaires locales et les prestataires de santé en tant que responsables principaux. Dans le cadre du projet SHOW, les prestataires de santé essentiels sont considérés à la fois comme responsables moraux et principaux, car ils sont souvent des membres de la communauté qui influencent les normes et les comportements sociaux et genrés, mais disposent également d'un mandat professionnel de respect des droits de santé des femmes et des filles. Les trois piliers de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW découlent de cette approche, le pilier 1 étant axé sur les besoins pratiques et les intérêts stratégiques des titulaires de droits, le pilier 2 sur les responsables moraux et le pilier 3 sur les responsables principaux (voir **ILLUSTRATION 3**).

Le cadre théorique de la stratégie d'égalité de genre se base également sur la théorie du changement et sur une approche pour adresser des barrières à trois niveaux. Chacun des piliers stratégiques s'attaque à une ou plusieurs séries de barrières du modèle : les piliers 1 et 2 adressent la première et la deuxième série de barrières et le pilier 3 vise la troisième (et, par extension, certains obstacles contribuant à la première série de barrières).



[ ILLUSTRATION 3 ] STRATÉGIE ÉTENDUE D'ÉGALITÉ DE GENRE



## Programme transformateur en matière de genre de Plan International

La stratégie d'égalité de genre du projet SHOW est fondée sur la politique générale de Plan International relative à l'égalité de genre et l'inclusion (2017) et sur l'approche transformatrice en matière d'égalité de genre de Plan International pour les programmes et le plaidoyer. Plan International a développé quatre catégories de programmes en fonction de leur degré de contribution aux objectifs de Plan International concernant le changement transformateur en matière de genre : non conscient du genre, neutre en genre, sensible au genre et transformateur en matière de genre.

<b>NON CONSCIENT DU GENRE</b>	Ces programmes ne prennent pas en compte les problèmes liés au genre et tendent à aggraver les inégalités de genre ; ils ne doivent être mis en œuvre par aucune des entités de Plan International.
<b>NEUTRE EN GENRE</b>	Les programmes neutres en matière de prise en compte du genre reconnaissent les problèmes liés au genre, mais ne font rien pour les résoudre. Ils ont donc tendance à renforcer les inégalités de genre et ne doivent être mis en œuvre par aucune des entités de Plan International.
<b>SENSIBLE AU GENRE</b>	Ces programmes ont pour but d'améliorer la condition quotidienne des femmes et des filles en répondant aux besoins sexospécifiques pratiques. Ils ne cherchent pas à transformer les relations de genre. Ils peuvent être appliqués dans des circonstances exceptionnelles, notamment dans des contextes humanitaires, mais aussi servir de premier pas vers un changement transformateur en matière de genre.
<b>TRANSFORMATEUR EN MATIÈRE DE GENRE</b>	Ces programmes visent explicitement à transformer les relations de genre et de pouvoir inégales. L'objectif va au-delà de l'amélioration de la condition des femmes et des filles et cherche à améliorer leur position sociale (la manière dont elles sont valorisées dans la société) et à ce qu'elles puissent faire valoir pleinement leurs droits.

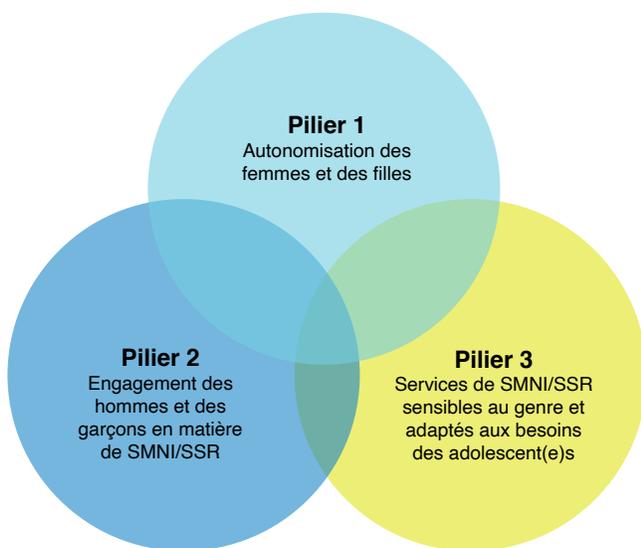
Le projet SHOW a été conçu comme un projet transformateur en matière de genre et conçu pour répondre à tous les critères d'un tel projet, c'est-à-dire :

- une analyse basée sur le genre approfondie au centre de la conception du projet;
- des objectifs, des résultats et des indicateurs visant explicitement à lutter contre l'inégalité de genre, la violence basée sur le genre, les rôles et les stéréotypes liés au genre;
- s'attaque aux causes profondes de l'inégalité (normes sociales, croyances culturelles, valeurs) dès le début du programme et à tous les niveaux (y compris les politiques);
- des données désagrégées par sexe et par âge;
- des ressources humaines et financières spécifiquement allouées pour s'attaquer aux causes profondes de l'inégalité de genre;
- des programmes ciblant les filles, les garçons, les femmes et les hommes;
- des programmes se concentrant sur l'autonomisation et la capacité d'agir des femmes et des filles, et travaillant explicitement avec des hommes et des garçons pour promouvoir l'égalité de genre;
- des programmes visant à transformer les relations inégales de genre et à améliorer la position sociale des femmes et des filles (la manière dont elles sont valorisées dans la société) et à ce qu'elles puissent faire valoir leurs droits.

## 2.2.2 LES TROIS PILIERS DE LA STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE

La SEG du projet part de l'idée suivante : si la capacité d'agir et l'autonomisation individuelles et collectives des femmes et des adolescentes ne sont pas stimulées comme une fin en soi, si aucun environnement socioculturel favorable à leur autonomisation n'est développé dans les ménages et les communautés, et si les systèmes de santé et les services ne répondent pas aux besoins des femmes et des filles, alors les résultats en matière de SMNI/SDSR resteront faibles. À cette fin, le projet SHOW a intégré l'égalité de genre et la promotion de l'autonomisation des femmes et des filles dans chacun de ses trois résultats intermédiaires, à savoir la demande, l'offre et la responsabilité, en abordant les questions de genre. Cette approche est guidée par la stratégie d'égalité de genre du programme, qui fournit un cadre intersectoriel reposant sur trois piliers pour aborder les obstacles liés au genre ayant un impact sur les résultats en matière de SMNI/SSR. Les trois piliers sont : i) l'autonomisation des femmes et des filles ; ii) l'engagement des hommes et des adolescents ; iii) l'amélioration de la prise en compte du genre et des besoins des adolescent(e)s des services de SMNI/SSR.

[ ILLUSTRATION 4 ] STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE DU PROJET SHOW



Les trois piliers de la stratégie d'égalité de genre ont été développés en fonction du modèle logique du projet SHOW et les trois résultats intermédiaires du programme. Premièrement, les trois piliers stratégiques de la stratégie sont intersectoriels et les activités dans les domaines de la demande, de l'offre et de la responsabilité du projet contribuent aux piliers stratégiques de la SEG. De plus, les trois piliers de la SEG contribuent à la réalisation des

trois résultats intermédiaires du projet : les piliers 1 et 2 contribuent à augmenter la demande en services, et le pilier 3 permet d'améliorer la qualité de l'offre en services de SMNI/SSR et la responsabilité de ceux-ci.

### Pilier 1 : autonomisation des femmes et des filles

Le premier pilier de la SEG du projet SHOW visait à promouvoir et à favoriser l'autonomisation des femmes et des filles dans les domaines public et privé. Trois objectifs clés relèvent de ce pilier : premièrement, sensibiliser et informer les femmes et les adolescentes en matière de SMNI/SDSR et d'égalité de genre ; deuxièmement, exploiter ces nouvelles connaissances et renforcer la participation et le leadership des femmes et des filles dans la prise de décision dans le ménage et les communautés ; et, troisièmement, renforcer le capital financier et social des femmes et des filles. Le projet SHOW a utilisé quatre approches majeures pour atteindre ces objectifs : la CCC, les groupes de soutien de femmes, les associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) et la collaboration avec les CSC. Chacune de ces approches a été mise en œuvre dans les cinq pays du projet, mais adaptée aux contextes uniques de chaque pays. Une attention particulière a été accordée à la prévention des



mariages précoces et forcés des enfants et des violences basées sur le genre. L'accent mis sur la violence basée sur le genre est ancré dans l'approche fondée sur les droits du projet et fait partie de sa mission de promotion des droits des femmes et des filles. Cet aspect de la stratégie est commun à chacun des trois piliers. Des messages sur les mariages précoces et forcés des enfants et les violences basées sur le genre, ainsi que sur les pratiques traditionnelles néfastes pertinentes selon le contexte, telles que les mutilations génitales féminines/excision (MGF/E), ont été incluses dans les communications visant les femmes et les filles, les hommes et les garçons, les prestataires de soins et les CSC.

À des fins d'éducation et de sensibilisation, le projet SHOW a développé des activités de CCC fondées sur les droits, avec un contenu transformateur en matière de genre concernant une variété de sujets, tels que la SMNI, la SDSR, la santé sexuelle et reproductive des adolescent(e)s (SSRA), l'égalité de genre, la violence basée sur le genre, le mariage précoce et forcé des enfants et les pratiques traditionnelles néfastes. Les informations et les communications transformatrices en matière de genre ont été diffusées de diverses manières dans chaque zone du projet, notamment par le biais de spectacles communautaires, de clips vidéo, de programmes radio, d'affiches et de dépliants, ainsi que lors d'événements communautaires. Les messages ont été diffusés lors des réunions des groupes de femmes, d'AVEC et de groupes d'adolescent(e)s afin de s'assurer qu'ils soient entendus par les groupes ciblés par le projet.

Les activités du projet SHOW visant à mettre en place et à renforcer les groupes de femmes ont contribué à la réalisation des trois objectifs du premier pilier, à savoir : la sensibilisation aux questions clés grâce à la diffusion régulière de messages importants lors des sessions de groupe ; le renforcement du capital social des femmes et des filles par l'engagement et la mise en réseau ; et l'amélioration de leurs capacités de prise de décision. Les résultats de l'évaluation basée sur le genre ont démontré que le soutien collectif et la solidarité que les femmes trouvent dans ces groupes permettent d'améliorer la liberté de mouvement des femmes et de renforcer leur influence dans le ménage et dans les communautés. Le projet a permis de créer de nouveaux groupes de femmes ou de renforcer ceux déjà existants, chacun étant adapté au contexte unique de son pays. Les groupes de soutien étaient également encouragés à partager les informations apprises dans les groupes avec leur famille, leurs ami(e)s, leurs pair(e)s et leurs voisin(e)s, de façon à accroître la diffusion des messages du projet. Les groupes d'éducation et de soutien par les paires pour les adolescentes visaient un objectif similaire à celui des groupes de soutien pour les femmes. Ces groupes ont permis de renforcer la solidarité et le soutien mutuel entre les adolescentes et de leur transmettre des messages importants. En ce qui concerne l'engagement des adolescentes et des adolescents, la stratégie d'égalité de genre du projet s'est appuyée sur le programme [Champions du changement](#) pour l'égalité de genre et les droits des filles de Plan International. Le programme complet des Champions du changement a été mis en œuvre en Haïti, puis a été utilisé pour développer et adapter des modèles d'éducation par les pair(e)s au Bangladesh, au Ghana, au Nigeria et au Sénégal.



SHOW a collaboré avec les comités de santé communautaire afin de promouvoir l'inclusion de membres féminins et l'élection ou la nomination de femmes dirigeantes dans les zones de projet. Ces activités ont permis de faire progresser la participation et le leadership des femmes dans la prise de décision en matière de SMNI/SSR au niveau communautaire, et de renforcer le rôle des CSC pour qu'ils puissent améliorer la qualité des services et combler les écarts de perception entre la communauté et les établissements de santé en ce qui concerne la qualité des soins et du soutien. Ces activités comprenaient également un plaidoyer auprès des autorités sanitaires nationales et locales pour faire respecter les quotas existants lorsqu'ils sont fixés dans les règlements des CSC et accroître la participation et le leadership des femmes dans les CSC. En outre, le projet SHOW a investi dans la formation des CSC à la gestion sensible au genre et adaptée aux besoins des adolescent(e)s des cliniques, afin de renforcer le pouvoir de prise de décision des femmes au sein de ces comités. Les efforts visant à améliorer les capacités des membres des CSC en matière de gouvernance basée sur le genre et inclusive ont également permis de renforcer les possibilités de prise de décision et de leadership des femmes. D'autres actions ciblées visant le renforcement des capacités de leadership des femmes membres des CSC ont été mises en œuvre au Nigeria et au Ghana.

Des associations villageoises d'épargne et de crédit ont été créées, ou renforcées lorsqu'elles existaient déjà, dans tous les pays du projet SHOW. Les AVEC favorisent l'épargne pour créer des ressources financières pouvant être utilisées par les femmes et les filles pour accéder aux services de santé et s'engager dans des activités génératrices de revenus. Ils offrent également aux femmes un espace supplémentaire pour entretenir leur capital social et promouvoir le soutien collectif. SHOW a investi dans le développement de formations additionnelles pour les groupes d'AVEC. Celles-ci se concentrent sur le leadership féminin, la gouvernance inclusive, les connaissances financières, le développement des compétences entrepreneuriales, la SMNI/SDSR et l'égalité de genre. Ainsi, la méthodologie relative aux AVEC employée dans le cadre du projet a contribué à atteindre plusieurs des objectifs du premier pilier de la SEG.



## Pilier 2 : l'engagement des hommes

Un aspect essentiel d'un programme transformateur en matière de genre consiste à solliciter l'engagement des hommes et des garçons en tant que partenaires et bénéficiaires de l'égalité de genre. Les études préliminaires du projet SHOW ont démontré que le manque d'implication des membres masculins de la famille représente un obstacle important à l'accès et à l'utilisation des services de santé par les femmes. Le deuxième pilier de la stratégie d'égalité de genre était d'encourager les hommes et les garçons à adopter de nouveaux comportements masculins et à s'impliquer dans les questions liées à la SMNI/SDSR et à l'égalité de genre. Ce deuxième pilier avait deux objectifs principaux : premièrement, redéfinir les normes de masculinité et promouvoir des relations non violentes et égalitaires entre les hommes et les femmes; et, deuxièmement, créer un environnement favorable à l'égalité de genre et à l'autonomisation des femmes et des filles au niveau des ménages et des communautés. SHOW a utilisé trois approches majeures pour atteindre ces objectifs : la diffusion de messages clés relatifs à l'implication des hommes dans la CCC ainsi qu'à travers les Champion(ne)s de l'égalité de genre et les modèles masculins (et féminins) au sein de la communauté, la création et le soutien de groupes de pères et de clubs d'adolescents et la collaboration avec les chefs traditionnels et religieux. De plus, Plan International Canada a formé un partenariat stratégique avec Promundo US<sup>30</sup>, maintenant connu sous le nom Equimundo: Center for Masculinities and Social justice, pour assurer une conception et une mise en œuvre optimales de ce pilier relatif à l'implication masculine.

30. Au moment de la création du partenariat avec Plan International, l'organisation était connue sous le nom légal Promundo US. Equimundo est un chef de file mondial dans la promotion de l'égalité de genre et dans la prévention de la violence en impliquant les hommes et les garçons en partenariat avec les femmes, les filles et les individus de toute identité de genre. (<https://www.equimundo.org/>)

Les messages principaux sur l'implication masculine ont été intégrés dans les différents matériels et multiples campagnes de CCC de chaque pays du projet. Conformément à la SEG, ils ont été adaptés à la situation de chaque pays et tous les messages de SMNI/SDSR et d'égalité de genre ont été validés par le personnel du projet SHOW et de Promundo US afin de s'assurer que les messages clés sur l'implication masculine étaient inclus. Ces messages ont également été intégrés à d'autres activités et partagés avec les influenceurs(euses) communautaires, les groupes de femmes et les groupes de pères, ainsi qu'avec les agent(e)s de santé communautaire lors de leur porte-à-porte et de leurs séances collectives.

Les groupes d'hommes constituaient l'une des stratégies principales du programme SHOW, en particulier à travers l'implication des pères dans chaque pays du projet. L'éducation et l'apprentissage par les pairs ont été utilisés pour déconstruire les normes masculines néfastes. Cette approche a ensuite aidé les membres du groupe à construire de nouvelles normes de masculinité et à adopter des comportements plus égalitaires et non violents à la maison. L'approche et le contenu, développés en partenariat avec Promundo US, visaient à sensibiliser les hommes à des sujets importants, notamment la SMNI, la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s (SDSRA), le mariage précoce et forcé des enfants, la SDSR, la violence basée sur le genre, les pratiques traditionnelles néfastes, la répartition équitable des tâches ménagères et la prise de décision par les femmes, tout en encourageant le changement de comportement chez les hommes. L'implication des adolescents avait des objectifs similaires à ceux fixés pour les groupes de pères. Les principales différences résident dans le fait que les groupes d'adolescents ont été établis en fonction de la structure la plus appropriée à chaque pays et que le contenu de formation a été adapté pour respecter le modèle d'éducation selon les pairs propre à chaque pays. Ils ont également été séparés en fonction de l'âge, car, les leçons apprises de Plan International, indiquent que le mélange des groupes d'âge peut faire en sorte que les garçons et les hommes plus jeunes ne participent pas de manière optimale en présence d'hommes plus âgés, ne favorisant donc pas un espace sûr.

Impliquer des chefs religieux, traditionnels et personnes influentes de la communauté est une étape cruciale pour créer un environnement favorable à l'autonomisation des femmes et des filles, et pour minimiser les risques encourus par les femmes, les filles, les hommes et les garçons qui défient les normes traditionnelles liées au genre. L'approche de SHOW à ce sujet a permis d'identifier, de mobiliser et de former des leaders locaux pour qu'ils agissent en tant que partenaires du projet et diffusent des messages clés sur la SMNI, la SDSR, l'égalité de genre, la violence basée sur le genre, le mariage précoce et forcé des enfants et les pratiques traditionnelles néfastes. Un grand nombre de leaders locaux ont été impliqués, y compris des personnes influentes qui ne sont pas forcément considérées comme des chefs traditionnels ou religieux. En partenariat avec Promundo, des modules de formation et/ou des ateliers, relatifs aux messages clés du programme et adaptés aux différents contextes nationaux, ont été développés et organisés pour les chefs communautaires, traditionnels et religieux. Les chefs ont été incités à partager ces messages au quotidien au sein de leurs communautés, ou lors d'événements spéciaux. Les activités axées sur l'implication des chefs se recoupent avec d'autres activités en les incluant dans les événements de campagne de CCC et en les encourageant à assister aux réunions de groupe, soit en tant que membres réguliers des groupes de pères, soit en tant qu'invités spéciaux lors des réunions des groupes d'adolescent(e)s et/ou des groupes de femmes.



### Pilier 3 : services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescents

Le troisième pilier de la SEG consistait à faire de l'offre de services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescents (SABA) des éléments standards et essentiels de la qualité des politiques et protocoles de santé. Ce pilier avait trois objectifs principaux : premièrement, améliorer les capacités des prestataires de services de santé ; deuxièmement, renforcer l'intégration des approches SABA dans la planification, la gouvernance et la supervision des services de SMNI/SSR; et, troisièmement, rénover les espaces physiques des établissements pour répondre aux besoins des femmes, de leurs partenaires masculins, des adolescentes et des adolescents. Plusieurs approches intégrées ont été utilisées pour atteindre ces trois objectifs, notamment la formation des prestataires de soins, le développement de protocoles de référence SABA, l'évaluation des établissements de santé, la supervision de soutien, la remise en état et l'achat d'équipements, et le plaidoyer auprès des acteurs gouvernementaux.

Dans chaque pays du projet, les stratégies du programme SHOW étaient alignées sur les politiques nationales existantes en matière de SSRA, d'égalité de genre et de santé, ainsi que sur les engagements nationaux en vigueur relatifs à l'égalité de genre et à la santé. Ces engagements politiques ont été exploités pour encourager davantage la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s, et pour améliorer les services similaires déjà en place. Ces activités de plaidoyer avaient plusieurs objectifs finaux, notamment : la formation standardisée des prestataires sur les services SABA; le développement ou l'amélioration des programmes de formation sur l'assistance qualifiée à l'accouchement pour les prestataires de soins quant à la prestation de services SABA intégrés; l'orientation des CSC vers une prestation de services et une gestion des cliniques SABA; la modification des outils de supervision de soutien en y intégrant les critères SABA; et la rénovation des installations sanitaires existantes pour répondre aux besoins uniques des femmes et des adolescentes. Ces activités de plaidoyer ont également servi à encourager la collecte de données, désagrégées par âge et par sexe, et l'analyse des données de santé, selon une perspective genre, pour obtenir une planification et une prestation de services adaptées. Une partie des engagements pris dans le cadre du projet SHOW envers les ministères de la Santé comprenait également le partage des politiques et des engagements en vigueur avec les prestataires de services de santé lors des formations.

Les prestataires de soins ont été formés sur la prestation de services SABA dans le but d'améliorer la qualité des



services intégrés de SMNI/SSR. Le projet SHOW a permis de former un grand nombre de prestataires de services à l'approche SABA, notamment des ASC, du personnel infirmier, des sages-femmes et d'autres prestataires de soins primaires. La formation sur les services SABA a été dispensée de deux manières : soit elle était intégrée aux formations relatives à d'autres domaines techniques, y compris les services de référence, les SONUB, le triage, l'évaluation et le traitement d'urgence (TETU), la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles, les infections sexuellement transmissibles (IST), les soins post-avortement et/ou la planification familiale, soit elle était dispensée de manière séparée, en tant que formation indépendante. Idéalement, la prise en compte du genre et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s devraient être intégrées dans toutes les formations dispensées aux prestataires de santé, afin de garantir l'abandon des normes et des pratiques de prestation de services néfastes pour les femmes et les filles, et de faire en sorte que les soins SABA constituent un élément essentiel de la qualité des soins, et non une option. Cependant, les méthodes de dispense de la formation aux approches SABA dépendaient des programmes de formation existants dans les pays du projet SHOW et de la possibilité de les adapter pour inclure ces approches. Pour appuyer ce processus, le personnel du projet SHOW a également développé des directives de formation SABA, et les programmes de formation sur les services SABA de chaque pays ont été développés et/ou modifiés.

Les CSC ont été engagés dans la planification, la supervision et la gouvernance des services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s pour améliorer la réactivité de la planification et de la gouvernance en matière de santé. Dans le cadre du projet, les CSC ont reçu des formations sur les messages clés développés pour les groupes de soutien (SMNI, SDSRA, SDSR, violence basée sur le genre, mariage précoce et forcé des enfants et pratiques traditionnelles néfastes), et leurs capacités ont été renforcées sur la gouvernance et la gestion inclusives et sensibles au genre des cliniques, la prestation de services

SABA et le leadership féminin. Les CSC ont également été soutenus dans l'utilisation et l'analyse de données sensibles au genre pour une planification sexospécifique et adaptée aux besoins des adolescent(e)s dans leurs établissements de santé.

Les critères de prise en compte du genre et d'adaptation aux besoins des adolescent(e)s ont été inclus dans les évaluations des établissements de santé (EES) menées par le projet SHOW afin de déterminer dans quelle mesure les services répondent à ces critères. Les résultats des EES ont ensuite été utilisés par le projet pour influencer les modifications des outils de supervision de soutien du gouvernement afin d'inclure les critères SABA. Le projet a également soutenu la supervision des services de santé en menant une supervision de soutien conjointe avec les représentant(e)s du ministère de la Santé et il a encouragé la surveillance des pratiques de services SABA. Enfin, les EES ont indiqué où des rénovations physiques étaient nécessaires pour améliorer l'aménagement des cliniques en matière d'intimité et de dignité des patientes, et pour accueillir leurs partenaires masculins et/ou les membres de la famille les accompagnant. Les EES ont particulièrement contribué à l'élaboration de plans concernant les espaces pour adolescent(e)s, une des demandes principales des adolescentes et adolescents.

## 2.2.3 DÉVELOPPEMENT ET MISE EN ŒUVRE DE LA STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE

La stratégie d'égalité de genre du projet a été élaborée au cours de la phase de proposition. La SEG était initialement fondée sur les résultats de la recherche documentaire et des consultations communautaires menées au cours de la phase de conception du projet, ainsi que sur la politique d'égalité de genre de Plan International (2011) et la politique d'égalité de genre du ministère des Affaires étrangères, du Commerce et du Développement du Canada (MAECD).<sup>31</sup>

La stratégie a été approfondie lors de l'élaboration du plan de mise en œuvre du projet, qui comprenait un atelier préparatoire et un atelier sur le plan de mise en œuvre du projet, avec les parties prenantes du projet et les partenaires de mise en œuvre. Des données supplémentaires ont été collectées pour confirmer que les orientations stratégiques en matière d'égalité de genre répondaient de manière appropriée aux réalités existantes des femmes et des adolescentes, des hommes et des adolescents. Des consultations communautaires ont été menées auprès de femmes, de filles, d'hommes et de garçons, et auprès des principales parties prenantes et des principaux partenaires du projet dans les cinq pays

du projet (voir la [Section 1](#) pour plus d'informations). Au cours des phases préparatoires et d'élaboration du plan de mise en œuvre du projet, des stratégies d'égalité de genre spécifiques ont également été élaborées pour les cinq pays du projet SHOW. Ces stratégies spécifiques aux pays ont été alignées sur les priorités nationales et les politiques existantes dans chacun des cinq pays du projet SHOW. Les autorités nationales et locales en charge de la santé ainsi que les ministères du Genre des cinq pays ont été consultés afin de fournir une vue d'ensemble des contextes spécifiques à chaque pays et de valider les stratégies d'égalité de genre proposées par le projet SHOW. Les stratégies finales d'égalité de genre pour chacun des cinq pays, ainsi que la stratégie globale pour l'égalité de genre du projet SHOW (parfois appelée SEG globale), ont été élaborées avec les rapports du plan de mise en œuvre du projet et ont ensuite été partagées avec les parties prenantes concernées au niveau national.

Une fois le plan de mise en œuvre du projet finalisé, l'étude de base, l'évaluation des établissements de santé et l'évaluation basée sur le genre ont fourni des données supplémentaires pour soutenir la stratégie d'égalité



31. Il s'agit maintenant d'Affaires mondiales Canada.

de genre. Les données collectées ont été analysées et examinées par le personnel de Plan International et présentées aux parties prenantes lors des ateliers relatifs au plan de travail annuel de l'année 2. Les données issues de l'étude de base et de l'évaluation basée sur le genre ont ensuite été utilisées pour proposer des modifications aux stratégies d'égalité de genre nationales, bien qu'aucun des rapports annuels ne fasse état de modifications majeures apportées aux SEG en réponse aux résultats de l'étude de base ou de l'évaluation basée sur le genre<sup>32</sup>.

Ce processus accompagnait l'élaboration de plans d'action annuels pour l'égalité de genre (PAEG) pour chacun des cinq pays. Le PAEG<sup>33</sup> détaille les activités et sous-activités spécifiques, basées sur les modèles logiques nationaux, ayant été mises en œuvre pour atteindre les objectifs décrits dans la SEG correspondante. Les PAEG ont été développés avec les plans de travail annuels des années 1 et 2 ; chaque pays du projet ayant son propre PAEG. Les PAEG ont également servi d'outil de responsabilisation, permettant d'attribuer la responsabilité et l'obligation de rendre des comptes à des employé(e)s, partenaires ou parties prenantes spécifiques du projet en ce qui concerne chaque activité et sous-activité. Les PAEG prévoyaient également des actions opérationnelles, telles que des plans de renforcement des capacités pour les partenaires et les parties prenantes, entreprises conjointement avec les autres activités pour assurer une mise en œuvre fluide de la SEG.

Au cours de l'année 3 du programme, Plan International et les parties prenantes du projet ont décidé de ne plus avoir recours aux PAEG. Parmi les raisons qui ont motivé ce changement, on peut citer : i) une plus grande responsabilisation de l'ensemble du personnel du projet à l'égard de la mise en œuvre d'un programme transformateur en matière de genre (et pas seulement du personnel technique chargé de l'égalité de genre dans les pays du projet); ii) une mise en œuvre plus harmonisée et plus adaptée des actions en faveur de l'égalité de genre dans les activités du projet, car les calendriers des activités ont été réajustés. Plutôt que d'être détaillées dans les PAEG, ces sous-activités ont été intégrées dans les documents de planification des projets et détaillées dans la description des activités des rapports des plans de travail annuels nationaux.

Les aspects clés du déploiement de la stratégie d'égalité de genre comprennent l'élaboration des directives du programme et le partenariat avec Promundo US en ce qui concerne le pilier relatif à l'engagement des hommes.



Une série de directives programmatiques a été élaborée par Plan International, en partenariat avec Promundo US. Leurs objectifs étaient de fournir des instructions et des conseils pratiques pour la mise en œuvre et le contrôle des activités et sous-activités transformatrices en matière de genre, principalement destinés à l'usage du personnel des bureaux nationaux du projet SHOW et des organisations partenaires. Ces directives ont ensuite été diffusées à l'ensemble du personnel du projet et des partenaires, à distance et sur place. Les directives couvrent une variété de sujets pertinents et régissent les interventions aussi bien du côté de l'offre que de celui de la demande (voir **TABLEAU 4** pour une liste détaillée de toutes les directives). Plan International Canada s'est associé à Promundo US en vue de fournir une expertise technique et assurer la qualité de la conception et de la mise en œuvre du pilier relatif à l'engagement des hommes de la stratégie d'égalité de genre. Les responsabilités de Promundo dans le cadre du projet SHOW étaient : le développement de la stratégie d'engagement des hommes pour le programme, du programme de Club de pères et d'une série de notes d'orientation spécifiques à l'implication masculine; l'organisation d'ateliers de formation nationaux sur l'engagement des hommes et le programme de Clubs de pères; l'examen technique des supports de CCC; la conduite de visites de suivi et d'assistance technique dans le pays; et la facilitation de l'apprentissage entre les pays concernant l'engagement des hommes.

32. La documentation ne mentionne aucun ajustement supplémentaire ayant été apporté à l'une des SEG nationales au cours de l'année 3 et aux ateliers de planification du travail des années 4 et 5. Toutefois, les documents indiquent que de légères modifications ont été apportées aux activités sur la base des conclusions de la visite de contrôle effectuée par Promundo au cours de la troisième année.

33. Un exemple de PAEG peut être trouvé dans le plan de travail annuel du projet SHOW au Ghana, année 1, Annexe D, PAEG

**[ TABLEAU 4 ] LISTE DES DIRECTIVES RELATIVES  
À L'ÉGALITÉ DE GENRE**

**DU CÔTÉ DE LA DEMANDE**

- Manuel des Clubs de pères : impliquer les hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive pour le programme multi-pays SHOW
- Note d'orientation relative à l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive
- Note d'orientation relative au plaidoyer en matière de SMNI/SDSR : l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive
- Note d'orientation relative aux communications/à la CCC : l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive
- Note d'orientation : travailler avec les chefs traditionnels et religieux pour promouvoir l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile/santé sexuelle et reproductive
- Autonomisation des femmes et des adolescentes et égalité de genre dans les associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) : impliquer les femmes, les hommes, les adolescentes et les adolescents (directives relatives à l'égalité de genre pour les programmes de SMNI/SSR intégrant les AVEC afin d'obtenir de meilleurs résultats de SMNI/SSR)
- Notes d'orientation relatives à l'autonomisation des femmes et des filles
- Formation à la confiance en soi et au leadership pour les membres féminins des CSC

**DU CÔTÉ DE L'OFFRE**

- Prestation de services de SMNI/SSR sensibles au genre
- Prestation de services de SMNI/SSR adaptés aux besoins des adolescent(e)s
- Promouvoir l'égalité de genre dans l'éducation sur la SMNI/SSR : guide de renforcement des capacités des agent(e)s de santé communautaire

Un élément clé de la SEG était l'architecture d'égalité de genre robuste conçue pour le projet dans le but de soutenir la mise en œuvre de la stratégie et d'assurer une intégration cohérente et de qualité des considérations relatives à l'égalité de genre tout au long du projet.

Des conseillers(ères) et des spécialistes en égalité de genre ont été embauché(e)s dans les équipes du projet pour apporter un soutien technique à la conception, à la mise en œuvre et au suivi du projet. Au Bangladesh, en Haïti, au Nigeria et au Sénégal, des conseillers(ères) en égalité de genre ont été embauché(e)s comme membres de l'équipe centrale du projet. Au Ghana, une conseillère et une spécialiste en égalité de genre ont été embauchées pour contribuer à la mise en œuvre du projet. Dans les cinq pays, ces membres de l'équipe du projet ont fourni un soutien technique à la formation du personnel du projet et des partenaires en matière d'égalité de genre, au développement du matériel et des outils et à la mise en œuvre des activités. Les conseillers(ères) et spécialistes en égalité de genre ont également aidé à gérer les relations avec les ministères des Affaires relatives aux femmes et à les maintenir. Les conseillers(ères) et spécialistes en égalité de genre en opération dans les pays ont également été soutenu(e)s par ceux et celles basé(e)s au Canada. En outre, toutes les stratégies, directives et tous les outils en lien avec l'égalité de genre ont été largement diffusés auprès des organisations partenaires du projet SHOW et des acteurs gouvernementaux de chacun des cinq pays, ainsi



qu'après d'Affaires mondiales Canada, afin de garantir leur approbation et leur impact bénéfique sur la mise en œuvre de la stratégie.

SHOW a également veillé à ce que les mécanismes de gouvernance du projet soient en mesure de soutenir activement la stratégie d'égalité de genre en offrant à toutes les structures de gouvernance (comités directeurs du projet et groupes consultatifs techniques) une formation sur l'égalité de genre, qui encourage la représentation et le leadership des femmes, y compris aux représentant(e)s des ministères des Affaires relatives aux femmes, et en faisant de l'égalité de genre un point permanent de l'ordre du jour. La SEG prévoyait également que le projet crée des liens et entretienne des relations avec des réseaux encourageant l'égalité de genre et avec d'autres organisations à but similaire.

La mise en œuvre de la SEG a été mesurée par plusieurs indicateurs dans le cadre de mesure du rendement (CMR) du projet. Ces indicateurs ont mesuré les progrès réalisés dans le cadre des RI 1100 et RI 1200 (voir **TABLEAU 5**). Plus précisément, ces indicateurs ont mesuré le niveau de sensibilisation des femmes, des adolescentes et des hommes aux messages relatifs à l'égalité de genre, le niveau de soutien des hommes de la famille en matière de SMNI/SSR, le degré de participation des femmes aux groupes communautaires organisés, ainsi que de participation et de leadership dans les CSC. Ces indicateurs ont également mesuré le nombre d'établissements de santé dans les zones du projet fournissant des services SABA de SMNI/SSR et de référence. En outre, la mise en œuvre de la SEG a été mesurée au moyen de données de suivi et de visites régulières de supervision dans les zones, menées par le personnel de Plan International et des partenaires.

**[ TABLEAU 5 ] LISTE DES INDICATEURS EN MATIÈRE D'EG<sup>34</sup>**

<b>Indicateurs en matière d'EG du RI 1100</b>	<b>Indicateurs en matière d'EG du RI 1200</b>
Pourcentage de femmes en âge de procréer (désagrégé par âge) et de membres masculins de leur famille connaissant au moins deux messages clés sur l'égalité de genre en matière de SMNI/SDSR	Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de référence sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s.
Niveau de soutien moyen des membres masculins de la famille en matière d'utilisation des services de SMNI/SSR par les membres féminins de la famille (désagrégé par femmes, hommes et adolescentes)	Pourcentage d'établissements de santé offrant des services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s.
Pourcentage de femmes étant membres de groupes communautaires organisés (désagrégé par âge et type de groupe)	
Pourcentage de femmes membres des CSC	
Pourcentage des postes de direction des CSC (comités de santé communautaire) occupés par des femmes.	

34. Les valeurs de base de ces indicateurs seront discutées ci-après, dans la section analyse et résultats.





## SECTION 3 : UN MODÈLE DE CHANGEMENT TRANSFORMATEUR

### ANALYSE DE LA STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE RELATIVE À LA SMNI/SDSR

Les sections suivantes décrivent et analysent en détail la conception et la mise en œuvre de chacun des trois piliers de la stratégie d'égalité de genre. Les sous-sections présentent en outre les approches uniques utilisées dans les différents pays et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre. La [Section 3.4 : résultats](#) contient un examen des principaux résultats du projet SHOW en matière d'égalité de genre, tirés de l'évaluation à mi-parcours, des rapports de projet et d'autres activités de suivi.



### 3.1 AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES

La présente section décrit et analyse les activités conçues et mises en œuvre par le projet SHOW contribuant au premier pilier de la stratégie d'égalité de genre : l'autonomisation des femmes et des filles. La première partie présente la conception originale des volets d'activités soutenant ce pilier stratégique, en explorant certains des éléments de conception spécifiques aux pays. La partie suivante examine les faits marquants et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre des volets d'activités, ainsi que certains changements stratégiques ayant dû être effectués au cours de la mise en œuvre.

#### 3.1.1 CONCEPTION

Dans chacun des pays du projet SHOW, une série de volets d'activités a été conçue pour contribuer aux objectifs du projet, à savoir l'autonomisation des femmes et des filles et l'augmentation de la demande en services de SMNI/SSR. Ces activités étaient tout d'abord destinées à fournir des **informations et des connaissances** essentielles aux femmes et aux filles sur la SMNI, la SDSR et sur les sujets liés à l'égalité de genre. Ensuite, ces activités visaient à **renforcer la capacité d'agir individuelle et collective des femmes et des filles** afin de faciliter leur accès aux services de santé et d'accroître leur pouvoir de prise de décision. Enfin, ces activités visaient à renforcer le **capital social et financier** des femmes et des filles pour favoriser leur autonomisation.

Six approches ont été intégrées dans la conception pour atteindre ces trois objectifs :

#### INFORMATIONS ET CONNAISSANCES

- Communications et campagnes pour le changement social et de comportements



#### RENFORCER LA CAPACITÉ D'AGIR INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DES FEMMES ET DES FILLES

- Groupes de femmes
- Implication des adolescentes
- Augmentation du leadership féminin dans les groupes communautaires
- Impliquer les femmes dirigeantes de la communauté



#### CAPITAL SOCIAL ET FINANCIER

- Associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC)/Groupes villageois d'épargne (GVE)



Dans les cinq pays du projet SHOW, une stratégie cohérente a été employée pour définir les femmes et les filles en tant que « détentrices de droits » et pour adresser les obstacles communs à leurs connaissances et à leur capacité d'agir. Néanmoins, la conception des projets individuels a varié en fonction des types d'obstacles et de ressources sociales propres au contexte de chaque pays.

## Communications et campagnes pour le changement social et de comportements

La communication pour le changement social et de comportements (CCC) peut être définie comme une stratégie conçue pour influencer aussi bien les croyances, les attitudes et les pratiques individuelles, que les normes communautaires et les politiques. La conception de chacun des cinq projets nationaux du projet SHOW comporte des approches détaillées visant à diffuser les messages clés des programmes, et à sensibiliser à ces messages, par le biais de la communication et de campagnes pour le changement social et de comportements. Parmi les sujets visés par les messages clés partagés dans toutes les zones du projet, on peut citer : la SMNI, la SDSR, l'égalité de genre, l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR, la participation des femmes à la prise de décision, la violence basée sur le genre, le mariage précoce et forcé des enfants, les pratiques traditionnelles néfastes et les risques liés à une grossesse précoce. L'objectif principal de ces activités de sensibilisation était de donner aux femmes et aux adolescentes les moyens de prendre des décisions réfléchies en ce qui concerne leur santé, tout en incitant les partenaires, les familles et les voisin(e)s des femmes à développer des attitudes encourageant la capacité d'agir et l'autonomisation de celles-ci.

Plan International a également développé des messages supplémentaires pour répondre aux conclusions spécifiques des analyses de situation des différents pays. Par exemple :

- Au Sénégal, les messages ont mis l'accent sur la MGF/E en raison de leur prévalence dans certaines zones sénégalaises visées par le projet, mais ce sujet n'a pas été abordé avec autant d'importance dans d'autres pays. Au Nigeria, les messages sur la planification familiale ont été reformulés pour parler « d'espacement des naissances » afin d'être acceptés dans l'État conservateur de Sokoto.
- Alors que des visites dans les ménages étaient également prévues dans les cinq pays pour soutenir la diffusion des messages clés du projet auprès des femmes, des adolescentes et des personnes influentes dans leurs ménages, les méthodes mises en œuvre pour diffuser au mieux ces messages variaient selon les pays : spectacles communautaires, affiches, CCC basée sur les TIC, émissions de radio, causeries, événements et discussions communautaires étaient couramment inclus dans les approches de CCC mises en œuvre dans les pays du projet. Les CCC ciblaient également les prestataires de soins dans le but de promouvoir une prestation respectueuse de services SABA, notamment en limitant les attitudes négatives envers les femmes et les adolescentes.

La diffusion des messages s'est faite par de nombreux moyens reflétant les diverses opportunités au sein des volets d'activités du projet, notamment l'utilisation de médias réputés et populaires selon le contexte de chaque pays et la culture locale. Par exemple, plusieurs types de supports ont été examinés (dépliants, supports de travail, affiches, etc.) et modifiés afin d'améliorer les messages radio et textos transformateurs en matière de genre dans les langues locales, en anglais et en français (le cas échéant), dans le but de garantir une accessibilité optimale pour les communautés et populations cibles.

Parmi les principaux messages d'égalité de genre diffusés à travers la CCC, on peut citer : la répartition des rôles basée sur le genre et le manque de temps qui en découle ; l'importance de la prise de décision des femmes et des filles et de la prise de décision conjointe avec les partenaires pour toutes les questions qui les concernent, notamment la SMNI/SDSR ; le leadership des femmes dans la sphère publique, avec des messages ciblant le rôle des hommes et les masculinités positives. La violence basée sur le genre, le mariage précoce et forcé des enfants et les pratiques traditionnelles néfastes ont également été abordés dans le cadre des activités de CCC.



## Groupes de soutien de femmes

La conception de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW s'est largement appuyée sur les travaux entrepris dans le cadre des groupes de soutien de femmes adultes, d'adolescentes et de femmes plus âgées, telles que les grands-mères ou les belles-mères. Conscient de l'existence de réseaux solides d'organisations et de groupes de femmes, le projet a cherché à identifier et à redynamiser ou renforcer les groupes et réseaux de soutien aux femmes en place, tels que les groupes d'entraide au Bangladesh, les groupes de soutien des mères au Ghana, les 100 Women Groups et la Federation of Muslim Women Association of Nigeria au Nigeria, les groupes de grands-mères et de mères en Haïti et au Sénégal<sup>35</sup>. Tout a été mis en œuvre pour tirer parti des organismes existants, plutôt que d'en créer de nouveaux, afin de favoriser la durabilité et de travailler dans des forums acceptables sur le plan contextuel, en vue d'en faire des catalyseurs de changement. Les groupes de soutien ont été conçus pour servir plusieurs objectifs :

- ✓ Ils se voulaient un espace sûr où les femmes (et les filles) pouvaient se réunir pour développer un soutien et une capacité d'agir de manière collective, et où les membres pouvaient apprendre ensemble et se soutenir mutuellement. Cet espace sûr devait également offrir aux femmes et aux filles une ressource importante au cours de leur cheminement alors qu'elles adoptent de nouvelles attitudes à l'égard des normes liées au genre tout au long du projet.
- ✓ Ils servaient de point d'entrée pour partager des messages clés du projet SHOW avec les femmes et les filles et diffuser les supports de CCC.
- ✓ Les participantes étaient encouragées à agir en tant qu'agentes locales de changement et à partager leurs connaissances avec leur famille et leurs amis, notamment en ce qui concerne la SMNI et la SDSR, les signes de danger qui y sont liés et le recours aux soins qualifiés.

Contrairement au programme structuré des Clubs de pères dans le pilier relatif à l'implication masculine (voir ci-dessous), peu de matériel a été spécifiquement développé pour les groupes de femmes, comme ces derniers sont généralement autogérés. Il était plutôt prévu que les supports de CCC développés pour le projet soient utilisés pour soutenir l'apprentissage dans les groupes de femmes. Bien que l'identification des groupes de soutien fût une approche commune aux cinq pays du projet, certains aspects spécifiques de ce volet d'activités ont été identifiés dès la phase de conception :

- Au Sénégal et au Ghana, des groupes de soutien spécifiques ont été explicitement planifiés pour toucher les gardiennes traditionnelles de normes liées au genre, tels que les belles-mères et les grands-mères, sur les questions de SMNI, de SDSR et d'égalité de genre.
- Au Ghana et en Haïti, il était prévu d'utiliser le matériel existant développé par les gouvernements respectifs. Au Sénégal, il était prévu d'adapter le matériel de la Stratégie Grands-mères au niveau communautaire<sup>36</sup> afin de pouvoir l'utiliser dans le cadre du projet SHOW. Il était prévu d'élaborer une directive spécifique pour les groupes d'entraide de femmes uniquement au Bangladesh.



35. Rapport du plan de mise en œuvre du projet SHOW : SEG consolidée

36. La Stratégie Grands-mères est une initiative spécifique au Sénégal visant à impliquer les grands-mères dans les questions de SMNI, développée et reprise par des organisations de la société civile. SHOW a utilisé le matériel de la Stratégie Grands-mères pour concevoir ses activités avec les groupes de grands-mères.



### Implication des adolescentes

Les évaluations de situation et la conception du projet SHOW ont porté une attention spécifique aux besoins des adolescentes et des adolescents en matière de SMNI/SDSR, notamment en ce qui concerne le mariage et la grossesse précoces, l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et les différents moyens de communication. Les adolescentes sont les filles dont l'âge est compris entre 15 et 19 ans. Cependant, suite au plan de mise en œuvre du projet, et en réponse à l'évolution des priorités d'Affaires mondiales Canada et à la nécessité d'aligner plus fortement les activités du projet avec des approches prenant spécifiquement en compte la santé et les droits sexuels et reproductifs des adolescent(e)s, Plan International a développé un guide pratique, destiné à chaque équipe-pays, visant à stimuler l'intégration et la prise en compte de la SDSRA dans tous les domaines de résultats du projet. Le guide pratique encourageait l'intégration de considérations visant à répondre aux 1) obstacles individuels, 2) obstacles socioculturels, et 3) obstacles structurels.<sup>37</sup>

Les objectifs de ce volet d'activités font écho à ceux des groupes de femmes adultes : fournir un espace sûr pour échanger des informations et favoriser l'entraide, et servir de point d'entrée pour partager des messages clés du projet SHOW liés à l'égalité de genre et à la SMNI/SDSR.

Comme pour les groupes de femmes, la conception de ces volets d'activités variait selon les pays :

- Dans certains pays, il était prévu que les groupes soient dirigés et animés par des pair(e)s éducateurs (trices) adolescent(e)s formé(e)s (avec le soutien de Plan International, du personnel des partenaires et/ou des ASC) ; dans d'autres pays, ils devaient être animés par Plan International, le personnel des partenaires et/ou les ASC.
- Tant au Bangladesh qu'au Nigeria, les groupes séparés par sexe seraient dirigés par de jeunes animateurs(trices) du même sexe. Toutefois, au Nigeria, le ministère de la Santé de l'État de Sokoto a accepté les modules d'éducation par les pair(e)s et ses formateurs(trices) ont assuré la préparation des animateurs(trices). En Haïti, le projet [Champions du changement](#) de Plan International pour l'égalité de genre et les droits des filles devait être mis en place, dans le cadre duquel des groupes séparés par sexe sont réunis périodiquement pour travailler ensemble. Au Ghana, des adolescentes dirigeantes devaient être formées pour sensibiliser leurs paires dans des groupes de filles, sans collaboration avec des groupes de garçons.

37. Rapport du plan de mise en œuvre du projet SHOW : consolidé

## Stratégie relative aux AVEC/GVE

Le projet SHOW a développé une stratégie relative aux AVEC/GVE visant à accroître l'autonomie économique et les capacités décisionnelles des femmes, et à supprimer les obstacles financiers quant à l'accès aux services de santé. En outre, les groupes d'AVEC étaient un point d'entrée pour la diffusion des messages clés du projet auprès des femmes et des filles en ce qui concerne l'égalité de genre et la SMNI/SDSRA.

Les groupes d'AVEC ont également été encouragés par Plan International et les organisations partenaires à développer un fonds social pour épargner de l'argent à utiliser en cas d'une urgence liée à la santé. Cette stratégie avait pour but de réduire les obstacles financiers rencontrés lors des urgences en matière de SMNI. Plusieurs pays ont également ajouté dans leurs normes une participation majoritaire des femmes et des filles marginalisées dans les groupes d'AVEC, c'est-à-dire de 70 % lorsque les groupes sont mixtes. En Haïti, au Sénégal et au Nigeria, les projets comprenaient également une formation supplémentaire pour les membres des AVEC sur la finance et le développement de petites entreprises.



## Participation et leadership des femmes dans les groupes de gouvernance communautaire

Le renforcement de la participation et du leadership des femmes dans les groupes communautaires est un autre aspect essentiel de l'autonomisation des femmes et des filles. Cette participation a été spécifiquement mesurée dans l'étude de base du projet à travers les indicateurs suivants :

- ✓ « pourcentage de femmes étant membres de groupes communautaires organisés », et
- ✓ « pourcentage des postes de direction des CSC occupés par des femmes ».<sup>38</sup>

Les groupes communautaires au sein desquels la conception du projet visait principalement la participation et le leadership des femmes varient d'un pays à l'autre. Toutefois, les messages clés des projets étaient conçus pour renforcer de manière générale l'importance d'une participation égalitaire et d'un leadership des femmes dans les groupes communautaires. Par exemple, le Ghana et Haïti ont inclus des activités de plaidoyer auprès des gouvernements locaux et des CSC, ainsi que dans les Comités de gestion sanitaire des districts du Ghana, afin que le taux de participation des femmes dans ces comités puisse atteindre les quotas existants. Au Bangladesh et au Nigeria, le projet s'est engagé, en collaboration avec les départements de santé respectifs, à rédiger des directives relatives à la participation et au leadership des femmes dans les comités locaux de gestion sanitaire. Dans les cinq pays, des activités ont également été présentées aux membres des CSC, notamment pour renforcer leur compréhension de la gouvernance inclusive et du leadership des femmes. Ces activités devaient contribuer à accroître la participation et le leadership des femmes dans les CSC.

38. Cadre de mesure du rendement du projet SHOW : indicateurs de résultats 1120 et 1130

## Impliquer les femmes dirigeantes de la communauté

La dernière approche du premier pilier de la stratégie d'égalité de genre consistait à travailler avec les femmes dirigeantes locales dans les zones de projet. Les activités ciblant les femmes dirigeantes ont non seulement permis d'encourager la capacité d'agir et l'autonomisation des femmes et des adolescentes, mais également de s'attaquer aux normes inégales liées au genre et aux stéréotypes et pratiques néfastes, dans le but de créer un environnement social plus propice au leadership des femmes, à l'égalité de genre, aux droits des femmes et des filles, ainsi qu'à l'amélioration des résultats en matière de SMNI/SDSR. Les femmes dirigeantes ont été choisies pour leur potentiel à devenir des alliées du projet et à aider à partager les messages clés du projet dans leurs communautés et auprès d'autres leaders communautaires, particulièrement auprès des hommes.

Pour chaque pays, la conception du projet prévoyait une formation destinée aux leaders communautaires sur les questions clés de SMNI, de SDSR et d'égalité de genre, qui différait selon le contexte du pays :

- Au Ghana, au Bangladesh et en Haïti, le projet a sélectionné et formé des « champion(ne)s de l'égalité de genre », des modèles ou des « acteurs(trices) du changement » pour amener leurs ami(e)s et voisin(e)s à adopter de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements basés sur le genre. Il était prévu que des modèles communautaires masculins et féminins soient sélectionnés comme « champion(ne)s de l'égalité de genre », sur la base de critères à convenir entre Plan International et les communautés avec lesquelles il s'est associé pour mettre en œuvre le projet SHOW.
- Au Nigeria, le projet portait un accent particulier sur la collaboration avec les comités de développement des quartiers dans le but de stimuler la participation, le pouvoir décisionnel et le leadership des femmes. Alors qu'au Ghana, c'est une collaboration directe avec les membres de CSC et les structures traditionnelles, telles que l'association des Queen Mothers, qui a été intégrée dans la conception. La SEG du Bangladesh ciblait plusieurs niveaux de gestion de la santé, notamment les comités de gestion sanitaire et les comités permanents des upazilas.



### 3.1.2 MISE EN ŒUVRE

Les approches relevant du premier pilier de la stratégie d'égalité de genre ont été mises en œuvre dans les cinq pays du projet SHOW conformément à la conception. Toutefois, des changements ont été apportés à certaines approches au cours de la mise en œuvre, en réponse aux contextes locaux ou aux défis rencontrés. Certaines approches ont fait l'objet d'une attention plus ou moins grande au cours de la durée de vie du projet, en raison des défis ou des succès rencontrés. Ces approches sont décrites ci-dessous.

#### Communications et campagnes pour le changement social et de comportements

Au début de la mise en œuvre, chaque projet national a développé une stratégie de CCC pour guider la révision, le développement et la diffusion des messages relatifs à la santé et à l'égalité de genre en étroite collaboration avec les parties prenantes du projet. Les stratégies de CCC ont consacré des moyens et des activités clés à la promotion de l'égalité de genre, de l'autonomisation des femmes et des filles et de l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR. Chaque pays a utilisé diverses méthodes pour diffuser les messages de manière efficace, incluant des visites et des consultations dans les ménages, des activités communautaires de sensibilisation, des séances de dialogue communautaire, des documents imprimés, du théâtre communautaire, des émissions de radio et des célébrations de journées spéciales.



*Une femme membre d'un club de grands-mères au Sénégal portant un t-shirt avec un message clé du projet disant : « j'encourage ma belle-fille à utiliser les services de santé maternelle, néonatale et infantile pour sa santé et celle de mon petit-enfant. »*

L'élaboration d'un **éventail de supports de CCC** était l'un des principaux objectifs du projet. Ils ont été utilisés dans les groupes de femmes, dans des sessions d'éducation des adolescent(e)s par leurs pair(e)s et des réunions des groupes d'AVEC. Les « boîtes à images », par exemple, développées au Sénégal et en Haïti, étaient le principal outil de sensibilisation des communautés à disposition des organisations communautaires<sup>39</sup> et des ASC, et ont été réutilisées comme outils d'animation pour les groupes de femmes. Tous les supports, qu'ils soient exclusivement axés sur la santé ou non, ont fait l'objet d'une révision afin de garantir l'intégration des messages relatifs à l'égalité de genre et de s'assurer que les supports ne renforcent pas involontairement les normes néfastes liées au genre.

Une grande partie des supports développés et des activités de CCC ont touché l'ensemble des bénéficiaires du projet, notamment par le biais d'émissions communautaires, d'émissions radio, de commémoration d'événements et de journées spéciales, ainsi que par plusieurs documents imprimés. Comme l'objectif de ces supports de CCC était de toucher un public aussi

large que possible, ils intégraient un grand nombre de messages clés. Par exemple, les émissions de radio diffusaient des informations sur la manière de reconnaître les signes de danger pendant la grossesse, tout en mettant l'accent sur le soutien des hommes et l'égalité de genre. Peu de supports et d'activités de CCC ciblaient exclusivement les femmes et les filles.

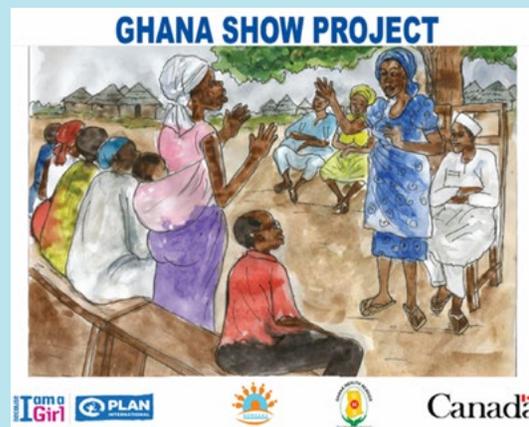
Alors qu'un programme et un soutien détaillés ont été fournis pour le développement de supports ciblant spécifiquement l'implication masculine (notamment le Manuel des Clubs de pères), les activités visant les femmes et les filles (telles que les groupes de soutien aux femmes) ont pour la plupart utilisé des supports conçus pour un public général. De la même façon, les supports et activités développés spécifiquement pour les adolescent(e)s ont touché à la fois filles et garçons. Cependant, dans certains pays, certains supports ciblaient spécifiquement les femmes et les filles, tels que des affiches et des dépliants destinés à impliquer les grands-mères et les belles-mères au Sénégal, ainsi que des clips vidéo et des scénarios du Théâtre pour le développement au Bangladesh.

Dans les cinq pays, divers **acteurs(trices) ont diffusé des messages clés à l'aide des supports de CCC** développés pour le projet, notamment les ASC, les bénévoles de santé communautaire, les dirigeant(e)s des groupes de soutien, les éducateurs(trices) pour adolescent(e)s, les leaders traditionnels et religieux, le personnel des organisations non gouvernementales (ONG) partenaires et les organisations communautaires partenaires. Des ressources ont également été consacrées au renforcement de leur capacité à diffuser efficacement ces messages. Dans certains pays, des formations spécifiques sur les supports et les outils de CCC développés ont été dispensées aux acteurs(trices) du projet. Par exemple, au Bangladesh et en Haïti, les ASC ont reçu une formation sur le projet, sur ses messages clés liés à la santé et à l'égalité de genre, et sur la manière d'utiliser les outils de CCC développés pour le projet.

39. Les organisations communautaires de base partenaires du projet au Sénégal sont des organisations composées de 3 à 6 personnes engagées par le projet visant à aider à diriger les activités de CCC et à animer les groupes de soutien communautaire.

## Résumé des étapes de mise en œuvre de la stratégie de CCC

- Des stratégies de CCC spécifiques à chaque pays ont été développées, couvrant les objectifs, le contenu, les groupes cibles, les modes et les méthodologies
- Les supports nationaux disponibles ou existants de CCC ont été rassemblés et ont fait l'objet d'un examen systématique afin d'évaluer leur alignement sur la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW
- En fonction des résultats de cet examen, des supports de CCC, nouveaux et/ou supplémentaires, relatifs à l'égalité de genre et à la SDSR, ont été élaborés dans des formats et des langues accessibles
- L'acceptabilité, la compréhension et l'efficacité des nouveaux supports ont été contrôlées auprès de groupes cibles clés dans les communautés
- Les nouveaux supports ont été finalisés lors de réunions et d'ateliers de validation avec les parties prenantes principales du projet, notamment les ministères et départements de la Santé et du Genre
- Production des supports papier et électroniques
- Renforcement des capacités des partenaires et des personnes impliquées dans la mise en œuvre, y compris les ASC, les responsables des groupes de femmes, les leaders traditionnels et religieux, les champion(ne)s de l'égalité de genre, etc.
- Lancement des communications et campagnes pour le changement social et de comportements
- Des visites dans les zones du projet pour mener une supervision formative et un suivi auprès des personnes impliquées dans la diffusion des messages
- Un processus d'apprentissage et de documentation en continu en ce qui concerne l'efficacité des messages et des défis rencontrés
- Annuellement, des révisions et déploiement de nouvelles tactiques dans le cadre du plan de travail annuel du projet, pour une diffusion et un effet optimal



*Esquisse d'une peinture murale illustrant la participation et le leadership des femmes dans les groupes communautaires.*

La mise en œuvre des stratégies de CCC s'est heurtée à quelques **difficultés**. 1) Des progrès importants ont été réalisés en matière d'intégration des messages encourageant l'autonomisation des femmes et des filles dans le matériel et les activités de CCC. **Cependant, aucune orientation spécifique n'a été définie pour les messages du projet SHOW concernant l'égalité de genre, l'autonomisation et la capacité d'agir des femmes et des filles ou sur la manière dont l'autonomisation de celles-ci devrait être placée par les responsables de la mise en œuvre dans l'objectif principal des messages éducatifs de la CCC relatifs à la SMNI/SDSR.** En conséquence, les messages sur l'égalité de genre ont souvent été diffusés de manière autonome plutôt que de présenter l'inégalité de genre comme un facteur majeur des faibles résultats en matière de SMNI/SDSR. Des directives et un soutien sur la manière de développer une CCC basée sur le genre et encourageant l'autonomisation des femmes et des filles ont toutefois été inclus dans la formation sur l'égalité de genre dispensée au personnel du projet et des partenaires dans tous les pays, ainsi que lors des sessions annuelles de planification du travail relatif à la CCC. Des supports ont été produits pour transmettre directement des messages clés sur l'autonomisation des femmes et des filles, tels que des affiches pour prévenir la violence basée sur le genre au Ghana, des affiches de prévention contre le mariage précoce et forcé des enfants au Nigeria, des clips vidéo et des scénarios de Théâtre pour le développement au Bangladesh, des communiqués radio d'intérêt public et des scénarios d'émissions-débats au Nigeria. Le sujet du leadership des femmes était également au centre de certaines peintures murales communautaires réalisées au Ghana

et figurait dans les boîtes à images du projet au Sénégal.

2) Bien que **l'autonomisation fût au cœur d'un grand nombre de messages destinés aux communautés et aux parties prenantes en général, les messages de ce volet d'activités ciblant directement les femmes et les filles elles-mêmes ont été moins performants** que les activités relatives aux groupes de femmes et de filles et aux femmes dirigeantes, par exemple. Il convient toutefois de noter qu'intégrer des messages relatifs à l'égalité de genre et à l'autonomisation des femmes et des filles dans la CCC consistait en un volet d'activités de soutien visant à renforcer la capacité d'agir individuelle et collective des femmes et des filles, à sensibiliser et à rallier la communauté au sens large et à contribuer à la mise en place d'un environnement social favorable plus important. Ces messages allaient de pair avec les activités ciblant l'autonomisation des femmes et des filles.

Le projet SHOW a **réussi à encourager le changement grâce à une CCC innovante**, visant à promouvoir l'autonomisation des femmes et des filles au moyen de mécanismes ludo-éducatifs de base. Le théâtre communautaire, par exemple, dirigé et présenté par des troupes d'adolescent(e)s au Bangladesh et au Ghana, a non seulement réussi à partager des messages importants et à encourager un changement de comportement dans les communautés, mais il a également permis au projet de démontrer la capacité d'agir des adolescentes qui participaient activement aux troupes de théâtre et qui inspirent le changement dans leurs communautés par ce biais (voir l'encadré sur le [Théâtre pour le développement au Bangladesh](#)). Dans les deux pays, les troupes de théâtre ont également été formées pour animer les discussions sur les

sujets abordés dans les pièces avec leurs communautés. Plan International Ghana a également adapté les forums communautaires traditionnels pour ouvrir le dialogue entre les adolescent(e)s et les dirigeants(tes) de la communauté. Au cours de ces sessions communautaires spécifiques, intitulées « Une soirée avec les adolescent(e)s », filles et garçons ont eu l'occasion de parler des sujets qui les touchent le plus avec les chefs communautaires, tels que les chefs de village et les Queen Mothers. À leur tour, les femmes dirigeantes ont pu utiliser cette plateforme pour entrer en contact avec les adolescent(e)s de leurs communautés et aborder les questions liées à l'égalité de genre et à la SDSRA.

Au Ghana et au Bangladesh, le projet a utilisé différentes technologies audiovisuelles pour produire des supports vidéo de CCC. Des vidéos adaptées au contexte et traitant de l'égalité de genre ont été produites et utilisées pour diffuser des messages clés auprès des femmes et des hommes, des adolescentes et des adolescents. Les vidéos ont été plus largement utilisées au Bangladesh qu'au Ghana, car elles étaient le principal outil de CCC à utiliser par les ASC lors des réunions des groupes de soutien et des visites dans les ménages, et elles pouvaient être visionnées à l'aide d'une tablette fournie par le projet. Les ASC ont également reçu une formation spécifique sur la manière d'utiliser les vidéos lors des réunions des groupes de soutien, des événements communautaires et des visites dans les ménages. Dans les deux pays, les vidéos ont servi à stimuler l'implication des femmes, des hommes, des filles et des garçons dans la diffusion des messages du projet.



## Théâtre pour le développement au Bangladesh : encourager les jeunes à initier le changement

Le Théâtre pour le développement (TpD) est un théâtre communautaire où l'éducation sur la SMNI, l'égalité de genre et la SDSR est dispensée aux communautés par le biais de spectacles. Le Théâtre pour le développement utilise la narration pour transmettre des informations et des messages importants aux femmes, aux hommes, aux filles et aux garçons en utilisant un langage qui leur est familier. L'équipe du Bangladesh a fait appel au TpD en raison des succès précédents de cette méthode et de sa capacité à transmettre des messages sur des sujets difficiles, d'une manière culturellement appropriée et divertissante.

La particularité du TpD au Bangladesh dans le projet SHOW réside dans le fait que les troupes de théâtre sélectionnées, chargées de produire les pièces, étaient en grande partie composées d'adolescentes et d'adolescents issus des communautés du projet. Grâce à leur participation à cette activité, les adolescentes et adolescents ont pu développer des compétences précieuses en plus d'en apprendre beaucoup sur l'égalité de genre et la SMNI/SDSR. Le leadership des adolescent(e)s, en particulier des filles, dans les discussions communautaires sur des sujets tels que la violence basée sur le genre, l'éducation des filles et le mariage des enfants, a un effet d'inspiration et encourage les autres filles à faire entendre leur voix en parlant de leurs questions et de leurs préoccupations dans leurs ménages. Les messages ont été bien accueillis par les femmes, les hommes, les filles et les garçons du Bangladesh, et des témoignages montrent qu'après avoir assisté aux spectacles, de nombreuses femmes et de nombreux hommes ont commencé à changer d'attitude sur les sujets abordés dans les spectacles. Le TpD au Bangladesh a permis aux adolescentes et adolescents de devenir des actrices et acteurs du changement dans leurs communautés, en encourageant l'égalité de genre non seulement auprès de leurs pair(e)s, mais aussi de disposer de plateformes et de moyens pour faire passer leurs messages à des publics adultes.



*Dans ce clip vidéo tourné au Bangladesh, Mana, adolescente, explique à son mari les risques d'une grossesse précoce. Ensemble, ils décident d'utiliser la planification familiale.*



*Une adolescente anime la partie débat d'un spectacle du Théâtre pour le développement.*

**« Grâce au projet SHOW, j'ai appris à me connaître, à devenir autonome, à travailler en tant qu'actrice du changement afin de réduire la discrimination de genre, le mariage des enfants, etc. Je pense que je devrais partager mon point de vue et mes enseignements avec d'autres adolescent(e)s et jeunes de ma communauté. Cela me rend plus audacieuse et aussi plus confiante pour prendre des décisions sur ma vie. »**

– Actrice

**« Après avoir été formée, j'ai animé une session de formation à Panchari, ce qui m'a rendue beaucoup plus confiante et courageuse. J'ai la chance d'avoir beaucoup appris sur les questions de SMNI/SDSR et d'égalité de genre. Aujourd'hui, j'agis en tant qu'actrice du changement dans ma société afin d'y apporter plus d'égalité et d'y améliorer les comportements en ce qui concerne la sollicitation de services de SMNI/SDSR. »**

– Actrice

**« Le projet SHOW a permis de présenter un spectacle de théâtre pour le développement intitulé « Rupa, l'indépendante ». Mon père a vu le spectacle et a décidé de ne pas arranger mon mariage pour le moment. De plus, il m'a donné la chance d'apprendre à coudre des vêtements à la main. Aujourd'hui, je suis indépendante et je peux aider ma famille. »**

– Adolescente du public

**« Nous avons accès à tellement d'informations. Nous ne permettrons jamais à nos filles de se marier avant l'âge de 18 ans. Je partagerai ces informations dans mon quartier et j'inciterai nos filles à s'instruire, afin qu'elles puissent devenir autonomes. »**

– Femme du public

## Groupes de soutien des femmes

Les groupes de soutien des femmes ont permis de leur fournir des informations sur l'égalité de genre, le mariage précoce et forcé des enfants, la violence basée sur le genre, les pratiques traditionnelles néfastes et la SMNI/SDSR, dans le but de soutenir l'adoption de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements. Ils ont également incité les femmes à devenir des actrices du changement dans leurs communautés. Les animatrices des groupes de soutien<sup>40</sup> ont été formées à ces sujets principaux et aux messages du projet à différents moments du projet afin d'entretenir leurs compétences en matière d'animation.



## Résumé des étapes de mise en œuvre des groupes de soutien des femmes

- Identification des groupes de femmes existants (sociaux, économiques, etc.) dans chaque pays afin d'éviter d'en créer de nouveaux et de tirer parti des forums locaux
- Consultations avec des groupes de femmes communautaires identifiés dans chaque pays, visant à comprendre leurs mandats et leurs méthodes de travail collectives et à explorer le potentiel de collaboration avec le projet SHOW en matière d'égalité de genre
- Organisation de grands débats communautaires sur l'importance des groupes de femmes pour stimuler la création (là où il n'y en avait pas) et le renforcement de groupes de soutien de femmes afin de créer un environnement favorable au travail de sensibilisation à l'égalité de genre de ces groupes
- Mise en place/à niveau des groupes dans chaque communauté du projet et introduction aux objectifs du projet et aux ambitions en matière d'égalité de genre afin que tous les groupes aient le même niveau de compréhension et d'engagement
- Renforcement des capacités des dirigeantes des groupes pour faciliter la diffusion des messages et dialogues dans les communautés ciblées par le SHOW
- Diffusion des supports de CCC du projet aux dirigeantes des groupes
- Au cours de l'année 3, un programme modulaire ciblé a été élaboré et transmis aux dirigeantes de groupes (voir ci-dessous)
- Supervision de soutien menée auprès des groupes par le personnel du projet et des partenaires via des visites régulières sur le terrain
- Suivi, documentation des apprentissages et mise à jour des plans de travail annuels menés pendant toute la durée du projet
- Organisation de plateformes de discussion chaque trimestre pour les dirigeantes des groupes de femmes et des groupes d'hommes visant à soutenir la réflexion communautaire et l'apprentissage mutuel.

40. Composés d'agentes de santé communautaire, de volontaires, de membres des groupes du réseau 100 Women Groups et d'organisations communautaires.

Contrairement au pilier relatif à l'implication masculine de la SEG (voir ci-dessous), aucun document d'orientation, programme d'études ou manuel de groupes de soutien des femmes n'a été développé de manière systématique à l'échelle du projet, et donc aucun contenu et moyen de mise en œuvre communs n'a non plus été développé pour les groupes de femmes des cinq pays du projet SHOW. L'hypothèse était que l'implication masculine transformatrice en matière de genre était une nouvelle approche pour la plupart des communautés du projet, s'écartant de l'éducation traditionnelle des hommes sur la SMNI/SDSR et nécessitant une réflexion stratégique et des méthodes pour atténuer les risques associés. Bien que l'expérience considérable en matière de groupes de femmes a permis à chaque pays de concevoir sa propre approche de groupes de soutien, basée sur les programmes précédents, les structures de groupes existantes et leurs méthodes de travail dans leur pays et les spécificités de leurs contextes locaux, le principe fondamental était que les groupes de femmes, étant autogérés, devaient établir leurs propres ordres du jour et choisir leurs débats plutôt que de se voir imposer un contenu spécifique par le projet. Les **supports de CCC** développés pour un certain nombre d'activités du projet, tels que les clips vidéo au Bangladesh et les boîtes à images au Sénégal, ont été distribués aux animatrices pour soutenir l'organisation de leurs sessions de groupes. Au Ghana et en Haïti, des supports existants, élaborés par le gouvernement et révisés, ont été utilisés pour organiser les sessions des groupes de femmes. La mise en œuvre des groupes de soutien de femmes par le projet s'est donc heurtée à des **difficultés majeures** en termes de **cohérence et d'efficacité des messages et de l'animation**. L'évaluation à mi-parcours et les rapports ont indiqué que, dans plusieurs pays, cette approche n'atteignait pas les résultats escomptés. 1) **Le manque de structure pour les différentes sessions était un problème clé**<sup>41</sup> rencontré pendant les groupes de soutien de femmes. De plus, les animatrices ont eu du mal à planifier des sessions incitant à un changement de comportements en matière de normes et d'attitudes basées sur le genre.

Pour pallier ces obstacles, des **supports additionnels** ont été mis à la disposition des animatrices de groupes de soutien afin d'accroître la capacité des membres du groupe à devenir des actrices du changement et de garantir une plus grande cohérence des messages

relatifs à l'égalité de genre. Au Nigeria, par exemple, des outils supplémentaires de CCC contenant des messages clés sous forme d'images ont été développés et les « 100 Women groups » ont suivi des formations de mise à niveau sur l'utilisation de ces outils lors de causeries. En Haïti, des sessions supplémentaires sur les sujets relatifs à l'égalité de genre, axées sur l'autonomisation et la capacité d'agir des femmes, ont été utilisées pour refléter la méthodologie du programme des Clubs de mères du ministère de la Santé déjà en place. Au Sénégal, des formations supplémentaires ont été dispensées aux organisations communautaires partenaires sur l'égalité de genre, la violence basée sur le genre, le mariage précoce et forcé des enfants, la mutilation génitale féminine et l'excision, afin de renforcer leur capacité à aborder ces sujets avec les femmes, les filles et les grands-mères lors de causeries. Des boîtes à images supplémentaires ont également été développées pour être utilisées par les organisations communautaires.

The image consists of two parts. The top part is an illustration showing a group of women in a rural setting. One woman is sitting on a mat on the ground, while others stand around her. A speech bubble above one of the women says "POUCEN". The bottom part is a page from a manual with the title "CHAPITRE 12: MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES". The page contains text in French, including a definition of FGM, types of FGM, causes, and consequences. The text is as follows:

**CHAPITRE 12: MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES**

**Que voyez-vous sur cette image ?**

- Une fille amenée de force par deux femmes.
- Une excision aboué sur une natte avec son matériel (serra, coutelas).
- Une femme choquée qui appelle la police.

**Définition**  
Les mutilations génitales féminines recouvrent toutes les interventions incluant l'ablation partielle ou totale des organes génitaux externes de la femme/fille ou toute autre lésion des organes génitaux féminins qui sont pratiquées pour des raisons non médicales.

**Quels sont les différents types de MGF que vous connaissez ?**

**Les Types de MGF**  
L'OMS classe les mutilations génitales féminines en 4 types.  
Type 1 - la clitoridectomie - ablation partielle ou totale du clitoris.  
Type 2 - l'excision - ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres avec ou sans excision des grandes lèvres.  
Type 3 - l'infibulation - renforcement de l'orifice vaginal par recouvrement, rasage ou sectionnement et en repositionnant les petites lèvres, ou les grandes lèvres, partielles par suture, avec ou sans ablation du clitoris (infibulation).  
Type 4 - les autres interventions - toutes les autres interventions relatives au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, pipari, periar, indari, rader et caudérner les organes génitaux.

**Causes :**

- Normes sociales, culturelles et religieuses
- Volonté de préserver la virginité des filles
- Volonté de contrôler la sexualité des fillettes/femmes
- Pression sociale au sein des communautés
- Analphabétisme des parents
- Pauvreté
- Manque d'éducation en santé de la reproduction

**Conséquences :**

- Problèmes vaginaux, souffrances,
- Saignements abondants (ménorragies),
- Infections (gonorrhée, maladies sexuellement transmissibles...),
- Douleurs en urinant,
- Douleurs pendant les rapports sexuels et les menstruations,
- Risques d'infertilité,
- Complications lors des grossesses et des accouchements,
- Infirmité,
- Absence de sensation de plaisir pendant l'acte sexuel
- Dépression psychologique,
- État de choc violent et mort.

**A retenir**  
Les MGF ne présentent aucun avantage pour la santé et sont préjudiciables à bien des égards aux jeunes filles et aux femmes. La majorité des filles qui sont victimes des conséquences des MGF ne sont pas conscientes que celles-ci en découlent. Au Sénégal, l'article 299 bis de la loi 99-05 du 29 janvier 1999 pénalise la pratique de l'excision.

*Des images et des textes sur la MGF/E ont été ajoutés aux boîtes à images du Sénégal, à l'attention des adultes et des adolescent(e)s.*

41. Indiqué dans le rapport annuel du projet SHOW au Ghana pour l'année 3 et dans le plan de travail annuel pour les années 4 et 5

## Groupes de soutien des mères au Ghana : mise à niveau d'une approche éprouvée

Le projet SHOW au Ghana a renforcé, mis à niveau ou créé de nouveaux groupes de soutien des mères (GSM) dans chaque communauté du projet. S'ils sont organisés efficacement, ces groupes de soutien ont le potentiel d'engendrer un changement social transformateur en matière de genre. Les groupes de mères étaient dirigés par une ou deux animatrices, formées par le projet sur les questions clés de SMNI/SDSR et d'égalité de genre, et sur la manière d'encourager les femmes et les filles à participer à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté, notamment en matière de santé.

Selon le suivi du projet<sup>42</sup>, les groupes de soutien de mères ont permis de développer les capacités de leadership des membres du groupe et certaines d'entre elles ont également assumé des rôles supplémentaires, en tant que paires éducatrices, pour partager ce qu'elles ont appris dans les groupes avec leurs voisines et amies. En outre, les chefs et les membres de groupes de mères ont également été reconnus comme des dirigeantes dans certaines communautés, en raison de leurs actions de sensibilisation à la SMNI/SDSR et à l'égalité de genre dans leurs communautés. Les témoignages indiquent que cela a également renforcé la confiance des membres et le pouvoir décisionnel des femmes et des filles dans leur ménage, ce qui aurait été auparavant d'un ressort totalement masculin.

**« Je me joins toujours au groupe de soutien aux mères pour effectuer des visites dans les ménages et les églises de notre communauté. Le but est d'éduquer les membres sur les avantages d'une participation active des femmes à la prise de décision, encourager les adolescent(e)s à adopter un style de vie positif et impliquer les hommes dans l'accouchement, les consultations postnatales et les soins des enfants.**

– MSG member, Ghana



Illustrations conçues pour accompagner un exercice du programme « Autonomisation des femmes et des filles ».

Malgré des succès initiaux en termes de réactions positives de la communauté et de partage efficace des messages relatifs à la santé, à mi-chemin du projet, il est apparu que les groupes de soutien des mères (GSM) n'atteignaient pas leurs objectifs en matière d'égalité de genre. Les rapports des visites dans les zones d'intervention ont révélé que les chefs des groupes ne discutaient pas des normes et des attitudes basées sur le genre aussi souvent qu'elles partageaient des informations de santé essentielles. Le niveau de sensibilisation aux signes de danger au cours du continuum de soins<sup>43</sup> et aux messages sur l'égalité

42. Rapport annuel du projet SHOW au Ghana, année 2

43. Indicateur : pourcentage de femmes en âge de procréer (désagrégé par âge) et de membres masculins de leur famille connaissant au moins 2 signes de danger et les stratégies correspondantes au cours du continuum de soins.

de genre a diminué chez les femmes âgées de 20 à 49 ans<sup>44</sup>. Le pourcentage de femmes qui pensent que les femmes doivent participer à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté a également diminué entre l'enquête de base et celle à mi-parcours<sup>45</sup>.

Les chefs des groupes de soutien avaient besoin d'outils supplémentaires pour assurer une plus grande cohérence des messages sur l'égalité de genre et pour inciter un changement transformateur en matière de genre plus important parmi les membres du groupe. Le projet a réagi en développant un nouveau programme pour les animatrices. Le programme « Autonomisation des femmes et des filles » suit une méthode d'apprentissage similaire à celle du Manuel des Clubs de pères développé pour le projet SHOW et concentre ses activités sur les normes et stéréotypes basés sur le genre. En outre, l'équipe de SHOW au Ghana a mis au point des cartes-éclair avec des images pour accompagner le manuel après avoir reçu des commentaires des dirigeantes de groupe indiquant que les membres du groupe réagissent exceptionnellement bien aux messages accompagnés d'images. Les dirigeantes de groupes ont été formées à l'utilisation du programme et ont pu le déployer au cours de la dernière année de mise en œuvre du projet, en s'appuyant sur le succès initial des groupes de soutien des mères. Le programme a été transmis au personnel du projet et des organisations partenaires dans les cinq pays afin de qu'il puisse être utilisé par les groupes de femmes ciblés.

Les résultats de l'évaluation finale ont montré que la connaissance des signes de danger tout au long du continuum de soins était encore généralement faible. Au Ghana, alors que la connaissance des signes de danger pendant la grossesse a diminué parmi les FAP à la fin du programme, leur connaissance des signes de danger dans les trois autres étapes s'est améliorée. L'évaluation finale a également révélé que le pourcentage de FAP qui pensent que les femmes devraient participer à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté a augmenté par rapport à la ligne de base et à la ligne de mi-parcours et a dépassé les cibles du projet.

---

44. *Le niveau de sensibilisation aux signes de danger chez les femmes âgées de 20 à 47 ans est passé de 23 % au départ à 17 % à mi-parcours. Le niveau de sensibilisation aux messages d'égalité de genre chez les femmes âgées de 20 à 49 ans est passé de 87 % au départ à 83 % à mi-parcours.*

45. *Les données relatives à la prise de décision ont également indiqué une diminution à mi-parcours de 8 % des femmes pensant devoir participer aux décisions du ménage et de 2 % des femmes pensant devoir participer aux décisions de la communauté.*

2) **Malgré leur ressemblance, il existe des différences essentielles entre les groupes de soutien et les causeries.**

Au Sénégal et au Nigeria, les causeries ont remplacé les groupes de soutien traditionnels faisant initialement partie de la conception. Les principales différences entre ces approches résident dans le fait **qu'il n'y a pas d'adhésion requise pour les causeries et que le nombre de participantes peut varier grandement d'une fois à l'autre.** Cela permet de partager des messages à un public plus vaste et offre une plus grande flexibilité quant au nombre de participantes. Cela permet également aux animatrices des causeries d'organiser celles-ci en des lieux où un petit nombre de femmes se réunissent déjà. Cependant, les liens et les réseaux de soutien créés au sein du groupe sont plus difficiles à entretenir lorsque les femmes et les filles ne participent pas régulièrement aux mêmes causeries.

Dans le cadre du projet SHOW, les groupes de soutien des femmes dans chacun des pays ont assumé un nouveau rôle à travers leur participation aux sessions trimestrielles de dialogue communautaire instituées par le projet, qui rassemblaient les principaux acteurs de la communauté, tels que les chefs traditionnels et religieux, les comités de santé communautaire, le personnel des établissements de santé, les ASC et les ministères locaux de la Santé et du Genre, pour discuter de leurs établissements et services de santé, analyser les données et résoudre collectivement les problèmes et les défis. Cela a permis d'assurer que les voix des femmes étaient entendues et prises en compte et de démontrer le potentiel du leadership féminin dans leurs communautés.



Une session du groupe de soutien aux mères au Ghana



Les **grands-mères et les belles-mères** avaient leurs propres groupes au Sénégal et au Ghana, et ont parfois participé à des groupes de femmes en Haïti, au Nigeria et au Bangladesh. C'est au Nigeria, au Ghana et au Sénégal que le recours aux groupes de femmes pour faire participer les femmes âgées, qui, dans de nombreuses zones du projet SHOW, avaient déjà un pouvoir de décision dans les ménages<sup>46</sup>, a été le plus important. Au Nigeria, au cours de la dernière partie du projet, les responsables de 100 Women Groups ont modifié leur approche pour travailler avec des femmes plus âgées dans le but de renforcer l'accès aux services de santé pour les femmes ayant leur premier enfant, en particulier les adolescentes. Les responsables de 100 Women Groups ont été chargées d'encourager les femmes plus âgées, en particulier les belles-mères des adolescentes mariées, à changer d'attitude à l'égard de la planification familiale, des consultations prénatales, de l'accouchement, des consultations postnatales et de l'égalité de genre. Au Ghana, les Clubs de grands-mères étaient censés mener des activités et des campagnes de sensibilisation communautaires similaires à celles des groupes de mères. Les deux groupes ont finalement fusionné et la même formation, portant sur l'autonomisation des femmes, développée pour les groupes de mères a été dispensée aux grands-mères. Au Sénégal, la Stratégie des Grands-mères<sup>47</sup> les a incitées non seulement à former leur propre groupe de soutien, mais aussi à partager des messages sur la SMNI, la SDSR et l'égalité de genre avec leur famille au sens large et à promouvoir l'autonomisation des femmes et des filles. Leur capacité à s'engager et à plaider auprès des chefs de leur communauté a été reconnue et elles ont été intégrées dans le projet en tant qu'actrices supplémentaires pour plaider auprès des chefs traditionnels et religieux locaux (voir l'encadré sur les [Groupes de grands-mères au Sénégal](#)).

46. Selon les résultats de l'évaluation de l'égalité de genre du projet SHOW.

47. Les organisations communautaires au Sénégal ont également été formées à la Stratégie des grands-mères et ont reçu des supports spécifiques pour les aider à diriger les sessions de groupe de grands-mères..

## Groupes de Grands-mères au Sénégal

La Stratégie des Grands-mères a été développée pour tirer parti de l'influence que les femmes âgées et les grands-mères détiennent traditionnellement dans les communautés et les ménages au Sénégal. Des groupes de grands-mères ont été créés et formés sur des sujets liés à la SMNI, à la SDR et à l'égalité de genre, et pour promouvoir les droits des femmes et des filles relatifs à la santé et à l'égalité de genre dans leurs ménages et dans leurs communautés. Les groupes de grands-mères ont joué un rôle déterminant dans la mise en place d'un environnement social favorable dans les familles et les communautés, incitant au changement des normes liées au genre et liées à la position des femmes.

En tant que gardiennes des normes sociales et relationnelles, les grands-mères ont été encouragées à réfléchir à certaines conséquences des pratiques traditionnelles néfastes et invitées à tirer parti de leur influence dans les ménages pour empêcher l'utilisation de ces pratiques. Les membres de groupes de grands-mères ont par exemple été incitées à décourager les autres membres de la famille de recourir à des accouchements à domicile et à aider leurs fils à prendre des décisions qui tiennent compte de l'avis de leurs partenaires. Dans les communautés connaissant une hausse des consultations pour les première et deuxième consultations prénatales, les prestataires de santé ont indiqué<sup>48</sup> au personnel du projet que les groupes de grands-mères ont contribué à briser les croyances traditionnelles selon lesquelles les femmes devaient cacher leurs grossesses, ce qui les empêchait de solliciter des consultations prénatales. Les changements dans la relation traditionnelle entre les femmes et leurs belles-mères ont été un avantage supplémentaire imprévu de cette approche. Grâce à leur participation aux groupes de grands-mères du projet SHOW, ces femmes entretiennent des relations plus égalitaires avec leurs belles-filles, sont à l'écoute de leurs préoccupations et leur donnent des conseils en s'inspirant de ce qu'elles ont appris dans les groupes<sup>49</sup>.

Grâce à ce succès, les groupes de grands-mères sont devenus très influents au niveau des ménages et leur rôle dans le projet a été élargi, devenant des têtes de file. Dans certaines communautés du projet, les groupes de grands-mères, sont devenus une version féminine des Écoles des maris (voir la [Section 3.2](#)), en effectuant des visites de sensibilisation portant sur la SMNI, la SDR et l'égalité de genre auprès des chefs traditionnels et religieux de la communauté.



*Une grand-mère dirige son groupe lors d'une chanson.*

**« Nos traditions nous inculquaient d'amener toute femme enceinte chez le guérisseur aux premiers signes de grossesse. En participant au groupe de grands-mères, nous sommes désormais plus conscientes des dangers que présentent ces pratiques. Maintenant, dans notre village, dès qu'une femme est enceinte, notre premier réflexe est de l'amener au poste de santé. Grâce à un système de parrainage entre les grands-mères et les jeunes femmes enceintes, nous pouvons nous assurer qu'une femme assistera à toutes ses consultations prénatales et postnatales. C'est un combat que nous avons gagné, et la sage-femme en est très fière. »**

– Grand-mère du Sénégal

48. Rapport annuel du projet SHOW au Sénégal, année 3, page 62.

49. Rapport semestriel du projet SHOW au Sénégal, année 4, page 42



### Impliquer les adolescentes

La mise en œuvre d'activités pour impliquer les adolescent(e)s avait le double objectif d'autonomiser les adolescentes et d'encourager de nouvelles masculinités chez les garçons, comme indiqué dans la conception du projet (voir la [Section 3.2.1 sur l'implication des adolescents](#)). La majorité des résultats d'apprentissage des activités d'implication des adolescent(e)s étaient similaires pour les filles et les garçons au Bangladesh, au Nigeria, au Sénégal et au Ghana. En Haïti, qui a mis en œuvre le programme Champions du changement de Plan International, les résultats d'apprentissage variaient entre les filles et les garçons, car ce programme calcule différemment les résultats d'apprentissage des filles et des garçons en fonction de leur participation au programme.

Des **messages et des outils spécifiques** ciblant les adolescent(e)s ont été développés ou adaptés dans tous les pays du projet SHOW. Les thèmes abordés dans les supports destinés aux adolescent(e)s sont l'égalité de genre, l'autonomisation des filles, la SDSRA, la SMNI, les infections sexuellement transmissibles, les méthodes de planification familiale et la contraception, le mariage précoce et forcé des enfants, la violence basée sur le genre et les pratiques traditionnelles

néfastes. Les outils développés (programmes, directives et/ou CCC) variaient d'un pays à l'autre en fonction des contextes spécifiques, de la méthodologie employée pour l'implication des adolescent(e)s, et surtout des différentes compétences et capacités des animateurs(trices). En Haïti et au Sénégal, des manuels plus complexes incluant des sessions thématiques ont été adaptés pour être utilisés dans les groupes de Champions du changement et les Clubs d'EVF, respectivement<sup>50</sup>. Au Bangladesh et au Nigeria, des manuels complets d'éducation par les pair(e)s ont été élaborés à l'intention des éducateurs(trices) adolescent(e)s. Au Ghana, un ensemble de cartes-éclair éducatives et de cartes d'activités a été refaçonné pour être utilisé dans le cadre du projet. Chacun des supports a fait l'objet d'un examen approfondi afin de s'assurer qu'il convient à un public adolescent et qu'il est adapté au contexte particulier de de chacun des cinq pays. Plan International a pris soin d'examiner les documents afin de garantir la protection des adolescentes et adolescents participant à leurs programmes, et a diffusé les programmes aux communautés et aux chefs communautaires avant qu'ils ne commencent, afin de minimiser toute réaction négative potentielle.

50. EVF est l'abréviation « d'Éducation à la vie familiale » et représente les clubs d'apprentissage de compétences vitales basés dans les écoles du ministère sénégalais de l'Éducation.

Le Sénégal et Haïti ont tous deux mis en œuvre des activités d'implication des adolescent(e)s en s'appuyant sur des animateurs(trices) très compétent(e)s. En Haïti, des ressources importantes ont été consacrées à la formation adéquate du personnel du projet aux modules et méthodologies des Champions du changement. L'animation directe par le personnel du projet a permis à l'équipe du projet SHOW en Haïti de mieux contrôler la qualité de l'animation et la diffusion des messages clés dans chacun des Clubs de Champions du changement.

Au Sénégal, le projet s'est appuyé sur les groupes d'adolescent(e)s existants, les Clubs d'EVF basés dans les écoles (dirigés par des élèves et des enseignant(e)s), et le programme existant permettant à ces clubs de gérer les groupes. Plan International a pu participer aux révisions de ce programme, déjà planifiées par les ministères de la Santé et de l'Éducation, et a proposé d'utiliser la méthodologie des Champions du changement pour renforcer davantage le programme gouvernemental. Au Bangladesh et au Ghana, les pairs éducateurs adolescents, garçons et filles, ont été choisis au sein des communautés, tandis qu'au Nigeria, ces éducateurs(trices) ont été sélectionné(e)s par le ministère d'État de la Santé et formé(e)s par Plan International pour animer des sessions d'éducation par les pairs avec d'autres adolescentes et adolescents de leurs communautés. Au Ghana, des groupes mixtes ont été formés. Cependant, les pair(e)s éducateurs(trices) ont été informé(e)s que pour certains sujets, il serait préférable de séparer les groupes par sexe afin de réduire les sentiments d'embarras ou de honte chez les participant(e)s, ou pour s'assurer que les adolescents et adolescentes se sentent à l'aise pour discuter de sujets plus sensibles. Au Bangladesh et au Nigeria, les pairs éducateurs adolescents et paires éducatrices adolescentes ont animé des groupes d'adolescents ou d'adolescentes, respectivement. Ces approches ont également été utiles pour respecter les normes culturelles et contextuelles sur la manière d'aborder des sujets aussi sensibles de manière appropriée avec des adolescentes et adolescents.

## Résumé des étapes de mise en œuvre de l'implication des adolescent(e)s

- Cartographie par pays des groupes d'adolescent(e)s scolarisé(e)s et déscolarisé(e)s
- Organisation de dialogues et de campagnes de mobilisation de la communauté (parents, chefs, influenceurs(ses)) pour la SDSRA avant de débiter les sessions de groupes d'adolescent(e)s
  - Des efforts ont été faits pour s'assurer que les adolescents les plus marginalisés, filles et garçons, soient identifiés par les membres de la communauté au cours des sessions de dialogue communautaire
- Recrutement d'adolescentes et d'adolescents pour former des groupes dans les zones où il n'y en avait pas
- Élaboration, en consultation avec les adolescent(e)s, d'évaluations des risques relatifs à la protection de l'enfance et de plans d'atténuation des risques spécifiques à chaque pays
- Collaboration avec les ministères nationaux de la Santé et du Genre pour la révision systématique des programmes d'éducation par les pair(e)s
- Regroupement et examen des supports existants sur l'éducation des adolescent(e)s par les pair(e)s (à l'exception d'Haïti, où le programme des Champions du changement a été mis en œuvre)
- Adaptation et développement de supports supplémentaires (guides, manuels, IEC, etc.) et contrôle de leur efficacité auprès de groupes d'adolescent(e)s sélectionné(e)s
- Organisation d'ateliers et de réunions d'approbation des supports, notamment avec les ministères nationaux de la Santé et du Genre
- Identification et formation des animateurs(trices) des groupes d'adolescent(e)s
- Identification systématique des lieux sûrs pour les sessions de groupe en collaboration avec les animateurs(trices) de groupe
- Organisation de sessions de groupe périodiques (dont la fréquence a été déterminée par chaque pays en collaboration avec les groupes d'adolescent(e)s)
- Supervision de soutien et suivi des sessions et des activités de groupe via des visites dans les zones du projet
- Suivi, documentation des apprentissages et mise à jour des plans de travail annuels pendant toute la durée du projet

Bien que, dans l'ensemble, les activités ciblant les adolescent(e)s se sont bien déroulées en termes de cohérence et d'efficacité, **quelques difficultés ont été rencontrées**. 1) **Le projet s'est efforcé de toucher les filles et les garçons les plus marginalisés**, tels que les filles enceintes non mariées, les adolescent(e)s s'identifiant à diverses identités de genre et ceux et celles en situation de handicap. Excepté pour les adolescent(e)s ayant des habiletés variées, cette mesure, compte tenu des contextes locaux, était un défi d'abord du point de vue de **l'identification, puis du point de vue de leur intégration dans les groupes** ; ce qui a permis de découvrir que chacun de ces groupes intersectionnels doit être traité séparément et systématiquement, dans les contextes scolaires et extra-scolaires. 2) **Les capacités des animateurs(trices) sont essentielles, en particulier pour appliquer les approches transformatrices en matière de genre et diffuser les messages transformateurs en matière de genre** qui s'écartent fondamentalement des modèles traditionnels d'éducation par les pair(e)s en termes de méthodologies participatives et réflexives et de contenus incitant à l'examen des normes et valeurs en matière de genre. Dans le cadre du programme SHOW, une série d'animateurs(trices) ont organisé des sessions

de groupes d'adolescent(e)s, tels que des ASC au Bangladesh, des pair(e)s éducateurs(trices) identifié(e)s par le gouvernement au Nigeria, ou encore le personnel des projets et des partenaires en Haïti et au Sénégal, par exemple. Sélectionner des équipes d'animation locales avait pour but d'encourager le renforcement des capacités et de l'expertise locales en vue de la durabilité, ainsi que de s'aligner sur les objectifs d'acceptabilité et de confiance locales. Cependant, le défi dans cette approche réside dans le degré de familiarité et de confort avec les messages sur l'égalité de genre, en raison des préjugés et des stéréotypes existants chez les animateurs(trices). Ce défi a été résolu grâce à des critères de sélection rigoureux et à une formation intensive des animateurs(trices), dès le début et en cours de projet, et avec des mises à niveau adaptées et modifiées en continu selon les besoins des animateurs(trices) en termes de capacités. Il en ressort que les animateurs(trices) doivent d'abord suivre eux-mêmes un parcours de réflexion transformateur, afin de déconstruire les préjugés dominants liés au genre, ce qui implique des investissements temporels et financiers importants, souvent irréalisables dans le cadre d'interventions relativement courtes comme le projet SHOW.



## Champions du changement en Haïti

### LE PROGRAMME MONDIAL DES CHAMPIONS DU CHANGEMENT

Le programme des Champions du changement engage les **filles** et les **garçons** sur la voie de l'autonomisation en renforçant leur estime de soi, en améliorant leur compréhension du genre et de la manière dont les normes inégales liées au genre les affectent, en leur donnant des informations sur la SDSR, en leur expliquant la manière dont ils/elles peuvent utiliser leur emprise collective pour prévenir et combattre la violence basée sur le genre, et la manière dont ils/elles peuvent travailler avec leurs pair(e)s pour promouvoir l'égalité de genre. Le projet des Champions du changement comprend une série de cinq modules principaux pour les groupes de garçons et sept modules principaux pour les groupes de filles, ainsi que deux modules principaux à compléter en commun. Le programme comprend également des modules thématiques optionnels supplémentaires, sur le mariage précoce et forcé des enfants et la résolution des conflits, par exemple. Le projet utilise une approche **synchronisée en matière de genre** : les groupes de filles et les groupes de garçons suivent leurs modules respectifs de manière indépendante et se réunissent périodiquement tout au long du programme, et, à la fin, pour le module final sur le plaidoyer et la planification des actions, afin de travailler ensemble pour lutter contre les inégalités de genre dans leurs communautés. L'approche est conçue pour aider les adolescentes et adolescents à adopter de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements en matière d'égalité de genre et de SDSR, et à inciter le changement parmi leurs pair(e)s et dans leurs communautés.

Le programme des Champions du changement nécessite une planification adéquate des ressources. Les groupes de garçons et de filles ont besoin d'animateurs(trices) disposant d'excellentes compétences d'animation de groupes d'adolescent(e)s, ayant de bonnes connaissances des programmes transformateurs en matière de genre et devant recevoir une formation approfondie sur le programme et la méthodologie des Champions du changement.

### MISE EN ŒUVRE DES CHAMPIONS DU CHANGEMENT EN HAÏTI

Le programme Champions du changement a été sélectionné comme approche pour impliquer les adolescent(e)s dans le cadre du projet SHOW en Haïti. La mise en œuvre a commencé par un atelier de formation des formateurs(trices) à l'intention du personnel du projet SHOW sur la méthodologie et les modules des Champions du changement. Des représentant(e)s des ministères de la Santé et de la Femme ont également été invité(e)s à la formation afin de garantir leur adhésion au programme.



*Groupes de garçons et de filles faisant partie d'un club des « Champions du changement » en Haïti.*

En outre, dans le cadre des activités régulières de CCC du projet SHOW en Haïti, des séances de sensibilisation sur la SDSRA ont été organisées dans les communautés avec les membres de celles-ci, les parents et les leaders communautaires afin de minimiser les conséquences négatives de la communauté au projet Champions du changement et d'offrir un espace sûr aux adolescent(e)s participant(e)s.

Le projet SHOW a réussi à former des clubs d'adolescent(e)s d'environ 15 garçons et 15 filles âgés de 12 à 18 ans dans les 11 zones du projet en Haïti. Les groupes étaient animés par le personnel du projet, ou par le personnel du poste de santé lorsqu'il s'agissait de discuter de sujets en lien direct avec la santé. Les groupes ont été programmés pour suivre l'année scolaire, car les adolescent(e)s des zones du projet voyagent souvent en dehors des périodes scolaires, pour rendre visite à leur famille ou pour travailler dans d'autres régions du pays. Les séances de groupe ont eu lieu en dehors des structures scolaires, par exemple dans des postes de santé ou des centres communautaires, afin de s'assurer que les Champions du changement soient adaptés aux adolescent(e)s non scolarisé(e)s.

(Voir l'encadré à la [Section 3.4 Résultats pour en savoir plus sur les résultats des Champions du changement en Haïti.](#))



## Groupes d'AVEC/GVE

La mise en œuvre des groupes d'AVEC/GVE dans chacun des cinq pays du projet SHOW a été très représentative de sa conception. Dans les cinq pays, les AVEC/GVE ont reçu une attention particulière pour s'assurer qu'ils touchent bien les femmes et les adolescentes vulnérables et marginalisées des communautés du projet.

De manière générale, l'**approche relative aux AVEC du projet SHOW** était régie par le document d'orientation élaboré par Plan International<sup>51</sup>. Ce document contient des conseils théoriques et pratiques sur la manière de mettre en œuvre une approche transformatrice en matière de genre relative aux AVEC, et sur la manière de former les animateurs(trices) des AVEC dans les zones d'intervention en vue de soutenir des AVEC transformatrices en matière de genre. Le guide ne remplace pas une approche relative aux AVEC traditionnelle, mais fournit plutôt des conseils et des supports complémentaires sur les considérations d'égalité de genre pour les différentes phases de la mise sur pied, de la formation et de la supervision des groupes d'AVEC. Des conseils supplémentaires sont également fournis en ce qui concerne l'animation de sessions sur les thèmes de l'égalité de genre, notamment le leadership féminin, la gouvernance inclusive et les compétences pratiques pour les groupes d'adolescent(e)s. Les cinq pays du projet SHOW ont utilisé ce document pour structurer leurs sessions de formation des AVEC. Ce document a également été utilisé pour mener des supervisions de soutien avec des groupes sur le leadership des femmes, la gouvernance inclusive, l'égalité de genre et la SMNI/SDSR.

Dans tous les pays, les spécialistes en matière d'égalité de genre et les spécialistes en matière de moyens de subsistance et d'autonomisation économique ont travaillé

en étroite collaboration pour s'assurer que les groupes d'AVEC puissent maximiser leur capacité à réduire les obstacles liés au genre concernant l'accès des femmes et des filles à la santé, contribuant ainsi à renforcer l'autonomisation et la capacité d'agir de celles-ci. Le Bangladesh a mis en place une méthodologie de GVE dans une seule zone du projet, les Chittagong Hill Tracts, et a conçu une approche unique, décrite ci-dessous, pour refléter le contexte de cette zone.

Lors de la création des groupes dans les cinq pays du projet SHOW, le projet a soit redynamisé et renforcé les groupes existants, en organisant des formations sur la gouvernance participative et inclusive, les droits des femmes, l'égalité de genre et le leadership des femmes, soit il a formé de nouveaux groupes, après une période de sensibilisation aux avantages des AVEC pour les femmes et les filles, ainsi que pour les familles et les communautés. Par exemple, au Sénégal et au Nigeria, les groupes ont été divisés selon le sexe et, dans certaines régions, des groupes spéciaux réservés aux adolescentes et aux jeunes femmes ont été créés, car les groupes existants étaient parfois dominés par des femmes plus âgées. En Haïti, les AVEC étaient mixtes, mais comptaient 70 % de membres féminins, et plus de la moitié des groupes étaient dirigés par des femmes.

Enfin, lors de la mise en œuvre, de nombreux groupes d'AVEC ont créé des fonds sociaux pour faire face aux urgences, et des témoignages<sup>52</sup> indiquent que les AVEC ont contribué à réduire les barrières auxquelles les femmes sont traditionnellement confrontées pour accéder aux établissements de santé. Aucun défi particulier n'a été relevé au cours de la mise en œuvre des activités relatives aux AVEC/GVE.

51. *Autonomisation des femmes et des adolescentes et égalité de genre (EG) dans les associations villageoises d'épargne et de crédit (AVEC) : impliquer les femmes, les hommes, les adolescentes et les adolescents : directives relatives à l'égalité de genre pour les programmes de SMNI/SSR intégrant les AVEC afin d'obtenir de meilleurs résultats de SMNI/SSR*

52. *Rapport semestriel du projet SHOW au Ghana, année 4, page 33.*

## Groupes villageois d'épargne (GVE), Bangladesh

Au Bangladesh, le projet SHOW a développé et piloté un modèle sur mesure de groupes d'épargne villageois pour les femmes vulnérables et difficiles à atteindre de Panchari, dans la région des Chittagong Hill Tracts. Cette méthodologie a été élaborée en fonction d'une analyse de situation réalisée avec les femmes ciblées et d'autres parties prenantes. Par la suite, le projet a élaboré un classement de la pauvreté et de la richesse qui a permis d'identifier et d'inclure les femmes pauvres et très pauvres dans les GVE. Sur la base des directives élaborées par le projet, 20 GVE ont été constitués et un total de 316 femmes en sont devenues membres, incluant des femmes pauvres et très pauvres. Grâce à la mise en place d'un processus de consultation, les femmes se sont mises d'accord sur i) le montant de la contribution à l'épargne, et ii) la fréquence de la contribution en fonction de leur situation économique

individuelle. Cette approche flexible, permettant aux femmes pauvres et très pauvres de donner leur opinion, a contribué au succès des GVE, même parmi les femmes les plus marginalisées. Pendant la mise en œuvre, les femmes ont trouvé le matériel illustré d'information, d'éducation et de communication très utile pour aussi bien comprendre les messages d'égalité de genre que prendre conscience de l'importance d'épargner. Afin de garantir la pleine participation des femmes peu alphabétisées ou ayant de faibles capacités en calcul, les sessions ont été animées par des pair(e)s ou des membres de leur famille alphabétisé(e)s. En outre, cette méthode d'animation a permis d'éviter que certains membres ne dominent le GVE. À la fin de la quatrième année, les 20 GVE avaient réussi à épargner au total environ 9200 dollars canadiens, à prêter aux membres du groupe environ 4900 dollars canadiens et à générer environ 1410 dollars canadiens de bénéfices grâce aux remboursements des prêts.

**« Nous continuerons nos GVE même une fois le projet SHOW terminé. Nous pensons pouvoir augmenter nos bénéfices grâce à des activités génératrices de revenus. Maintenant, les membres de notre groupe envisagent de louer des terres. Nous voulons apporter notre soutien aux femmes pauvres de notre village, pour qu'elles puissent bénéficier de services de santé et satisfaire leurs besoins primaires. Nous donnons déjà l'exemple dans la communauté. Grâce à notre fonds social, nous avons aidé une de nos membres à sauver la vie de son enfant. Elle a également contracté un prêt auprès du groupe et l'a remboursé en temps voulu. De cette manière, nous garantissons plus de sécurité à notre vie et celle de nos enfants. »**

– Suchada Chakma, Présidente du GVE de la communauté de Kinachan Para

### Résumé des principales étapes de mise en œuvre

- Cartographie des structures existantes d'AVEC ou de groupes d'épargne similaires dans les pays du projet SHOW
  - Révision de la méthodologie relative aux AVEC et intégration de contenu lié au leadership des femmes et des filles, à la gouvernance inclusive, aux connaissances financières, au développement des compétences entrepreneuriales, à la SMNI/SDSR, à l'égalité de genre, aux droits des femmes et des filles, aux compétences pratiques des adolescent(e)s, à la SDSRA, et ajout de conseils supplémentaires pour les animateurs(trices) des AVEC/GVE
  - Mise en place et/ou renforcement des groupes d'AVEC dans chaque zone du projet, formation des groupes sur la méthodologie relative aux AVEC et conduite de dialogues relatifs au contenu additionnel
- Appui aux groupes pour l'acquisition du matériel nécessaire au démarrage d'un cycle d'AVEC
  - Suivi, supervision de soutien et documentation des apprentissages par le biais de visites continues sur le terrain





## Leadership des femmes dans les groupes communautaires

Accroître la participation et le leadership des femmes au sein des groupes communautaires était un objectif direct du projet SHOW (la participation des femmes aux CSC et aux autres groupes communautaires a été mesurée par des indicateurs). La mise en œuvre de cette approche s'est appuyée sur trois activités :

1. la promotion de la participation et du leadership des femmes au niveau communautaire, dans le cadre des nombreuses activités de CCC du projet;
2. les activités de plaidoyer visant à promouvoir la participation et le leadership significatifs des femmes, en particulier dans les organes de direction sanitaire locaux, régionaux et nationaux;
3. la formation des membres des CSC des zones du projet sur l'importance du leadership des femmes et de la gouvernance inclusive.

Les messages de **CCC** relatifs à la participation et au leadership des femmes ont utilisé une approche basée sur les droits et ont visé à accroître la participation significative des femmes dans les groupes communautaires, plutôt que leur présence. Plan International a mis en place une échelle de participation prenant en compte la « présence » ou la représentation; la capacité à s'exprimer dans les réunions;

le fait d'être entendue et prise en compte et le leadership. Les événements spéciaux, tels que la Journée internationale des droits des femmes et la Journée internationale de la fille, ont permis de mener des activités à l'échelle communautaire visant à promouvoir la participation et le leadership des femmes dans les groupes communautaires dans les zones ciblées des cinq pays du projet.

Les rapports du projet décrivent plusieurs occasions, soit dans le cadre des processus de planification du projet, soit lors d'événements spécialement organisés, où Plan International et les partenaires du projet SHOW ont collaboré pour plaider en faveur d'une participation plus importante et d'un leadership accru des femmes dans les groupes communautaires. Les **quotas** fixés par le gouvernement ont servi lors des réunions de plaidoyer et des autres événements en Haïti, au Ghana, au Bangladesh et au Sénégal. Des supports spécifiques ont été développés pour soutenir ces activités de plaidoyer, notamment des présentations et des brochures élaborées pour certains événements. En outre, toutes les possibilités pour enrichir les mandats et processus des CSC locaux ont été exploitées. Bien qu'aucune directive générale sur les objectifs de plaidoyer, au-delà des objectifs des indicateurs fixés dans le CMR, n'ait été définie pour ce volet d'activités, un module spécifique sur le leadership des femmes, inclus dans le guide des AVEC développé par Plan International, a été utilisé pour la promotion de la participation des femmes dans les comités à travers les pays.

## Résumé des activités de mise en œuvre

- Lors de l'étude de base, collecte de données relatives au nombre de femmes dans les comités communautaires, en même temps que des données relatives aux perceptions concernant la participation des femmes à la vie publique, et exploration plus approfondie des obstacles liés au genre dans les évaluations basées sur le genre du projet
- En fonction de ces données, plaidoyer auprès des gouvernements concernés, notamment les ministères et départements de la Santé, de la Femme ou du Genre
- En collaboration avec les principaux acteurs locaux, exploitation et examen des mandats, des guides et d'autres processus pour promouvoir l'égalité de genre et le leadership des femmes, y compris la fixation de quotas ou de quorums lors de prises de décisions
- Dans le cadre de la mise à niveau et du renforcement de ces comités, sensibilisation de tous les membres du comité à l'égalité de genre, la gouvernance inclusive et le leadership des femmes, ainsi qu'à d'autres éléments concernant les rôles de ces comités
- Supervision de soutien, documentation des apprentissages et mise à jour des plans de travail annuels du projet en continu

**« Je n'aurai jamais pensé que ma voix puisse faire une différence dans ma communauté, car je n'avais jamais fait partie du processus décisionnel. Mais, maintenant que je fais partie de la direction du CSC, j'ai pu faire une suggestion sur les activités à inclure dans le plan de travail, et elle a été acceptée. Je me sens plus forte aujourd'hui. »**

– Membre féminin du CSC, Nigeria

La gouvernance inclusive et l'importance du leadership des femmes sont toutes les deux incluses dans les manuels de formation développés pour les CSC. Les séances relatives à ces sujets visaient à mener des discussions sur les différents niveaux de participation et sur ce qui peut être considéré comme une participation effective, tout en examinant les obstacles à la participation et au leadership auxquels les femmes sont confrontées dans leurs communautés. Au Ghana, la sensibilisation et la formation continues ont par exemple permis à de nombreux CSC d'atteindre leur quota (deux membres du CSC sur cinq doivent être des femmes) et à leurs membres féminins de collaborer activement avec les prestataires de santé pour améliorer la prise en compte du genre et des besoins des adolescent(e)s dans les services. Un plaidoyer similaire a été mené en Haïti, au Bangladesh et au Nigeria, avec des résultats comparables. Le projet a réussi à accroître le nombre de femmes membres, ainsi que leur leadership dans des CSC (voir la [Section 3.4 Résultats](#) pour plus d'informations). La participation et le leadership des femmes ont également été mis à profit par le projet pour axer les activités des CSC sur la prestation de services SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s.

Ces activités se sont toutefois heurtées à des obstacles majeurs. Au Ghana, par exemple, les membres féminins des CSC ont eu du mal à obtenir le soutien de leurs homologues masculins, et les idées sexistes sur les capacités inférieures des femmes à prendre des décisions ont entravé leur capacité à participer et à diriger. Pour pallier cela, le projet a organisé une formation spécifique pour les femmes membres des CSC afin de renforcer leurs capacités de leadership et leur expertise spécifique en matière de SMNI/SDSR. De plus, au Sénégal, le projet a dû faire face à une série de difficultés lorsque le gouvernement a supprimé les quotas de participation des femmes au cours de la mise à jour du mandat national relatif aux CSC (voir [l'encadré sur l'importance des quotas dans la section Résultats](#)). Enfin, dans de nombreuses situations où les CSC étaient déjà établis avec un mandat fixe couvrant la durée du projet, il s'est avéré difficile de modifier la composition des membres de ces comités. Dans de tels cas, le projet a préféré renforcer la participation des femmes et créer un environnement plus favorable à leur participation future.



### Impliquer les femmes dirigeantes

Reconnaissant que chaque communauté, où qu'elle soit, dispose de femmes influentes et dirigeantes reconnues localement, le projet SHOW a fait appel à des femmes dirigeantes communautaires, traditionnelles et religieuses à différents stades du projet et dans un certain nombre d'activités. Les femmes dirigeantes étaient impliquées dans les activités de CCC, incluses dans les groupes de soutien des femmes et engagées pour soutenir les activités des adolescent(e)s. Elles ont également été impliquées dans les approches et les activités du projet destinées à toucher les leaders traditionnels et religieux masculins (ces approches sont détaillées dans la [Section 3.2.2](#)). Aucun support spécifique destiné à guider les acteurs du projet sur l'implication des femmes dirigeantes n'a été développé. Les ressources utilisées pour sensibiliser les leaders traditionnels et religieux à l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR étaient les principales directives concernant l'implication des femmes dirigeantes.

Au Ghana et au Nigeria, Plan International a fait appel aux réseaux à leadership féminin existants, à savoir les Queen Mothers et les 100 Women Groups, respectivement, pour s'associer au projet et soutenir la réalisation de ses objectifs. Ce partenariat était plus étendu au Nigeria. Les 100 Women Groups ont été un partenaire-clé des activités de CCC, ciblant les femmes et les autres membres de

la communauté, et pour l'organisation des activités des groupes de soutien des femmes adultes (voir l'encadré sur les [100 Women Groups](#)). Au Ghana, les Queen Mothers et les Magajias<sup>53</sup> ont participé à de nombreuses activités importantes de CCC visant à promouvoir l'égalité de genre et la santé des femmes et des filles. Les Queen Mothers et les Magajias ont aussi parfois été invitées à participer aux activités des groupes de mères et des groupes d'adolescentes, et/ou à les soutenir. Au Nigeria et au Ghana, le partenariat entre le projet SHOW et les principaux réseaux à leadership féminin a constitué un atout positif. De plus, Plan International a fréquemment consulté les 100 Women Groups, les Queen Mothers et les Magajias pour comprendre les difficultés rencontrées par le projet et les améliorations pouvant être apportées. De même, au Bangladesh, des groupes d'acteurs du changement ont été créés, composés d'influenceuses et d'influenceurs locaux. Ces groupes comprenaient un grand nombre de parties prenantes féminines, telles que des enseignantes, des épouses de chefs religieux (imams), des conseillères municipales, etc. dans le but de promouvoir l'égalité de genre et de faire respecter les droits des femmes et des filles en matière de santé.

Au Ghana et en Haïti, après consultation avec les femmes et les hommes des communautés, des femmes dirigeantes supplémentaires ont été choisies selon des critères de sélection définis par la communauté.

53. Les Queen Mothers sont des femmes dirigeantes officielles reconnues dans les traditions Akan et Krobo dans les régions du Sud du Ghana. Les Magajias sont des femmes dirigeantes officielles reconnues dans les régions du Nord du Ghana. Alors que les Queen Mothers obtiennent leur poste par des liens de sang, les Magajias sont élues à ce poste en raison de leurs contributions à la vie de la communauté par d'autres femmes de cette même communauté.

Plan International a choisi et engagé des **modèles communautaires**, ou « Champion(ne)s de l'égalité de genre », issus des communautés du projet pour qu'ils puissent partager des messages clés avec leurs pair(e)s. Au Ghana, les modèles communautaires étaient des volontaires, masculins et féminins, de chaque communauté s'étant associés au projet pour partager des messages clés avec leurs pair(e)s. Les femmes volontaires devaient sensibiliser les femmes de leur communauté à l'égalité de genre. En tant que « Champion(ne)s de l'égalité de genre », ces volontaires ont été formés sur les messages clés, la promotion de l'égalité de genre, la violence basée sur le genre, le mariage précoce et forcé des enfants et le changement de comportement. En Haïti, les leaders communautaires et les ASC ont convenu des critères<sup>54</sup> permettant de sélectionner les femmes et les hommes des groupes de soutien de chaque communauté ayant le mieux démontré les messages clés du projet. Ces femmes et ces hommes ont été reconnus comme des « Champion(ne)s du changement » lors de cérémonies communautaires, qui ont été l'occasion de renforcer les messages clés et de motiver les Champion(ne)s élu(e)s.

## Résumé des étapes de mise en œuvre

- Cartographie des femmes influenceuses et dirigeantes existantes et potentielles dans les communautés
- Dialogue avec les influenceuses existantes sur les objectifs du projet en matière d'égalité de genre et le rôle qu'elles pourraient jouer dans les différentes activités du projet
- Sélection par la communauté, sur la base de ses critères, de femmes dirigeantes potentielles
- Formation sur les supports de projet tels que les IEC et mise à disposition de ces supports
- Soutien des actions de sensibilisation continue menées par les femmes influenceuses et dirigeantes
- Documentation des apprentissages et mise à jour des plans de travail annuels du projet

## Travailler avec les Queen Mothers et les Magajias au Ghana

Reconnaissant l'influence des Queen Mothers et des Magajias sur la communauté ghanéenne, Plan International a veillé à les inclure dans les activités clés du projet SHOW. Les Queen Mothers et les Magajias ont soutenu activement les groupes d'AVEC et les groupes d'éducation par les paires pour adolescent(e)s. Elles ont aidé les pair(e)s éducateurs(trices) à mettre en place leurs groupes et ont construit des relations de parrainage avec les adolescentes et les paires éducatrices. Les Queen Mothers et les Magajias ont par exemple participé fréquemment aux événements communautaires « Une soirée avec les adolescent(e)s », écoutant les adolescent(e)s exprimer leurs préoccupations et discutant avec eux et elles de solutions possibles. Elles étaient également très impliquées dans les groupes de soutien des mères et les Clubs de grands-mères. Certains clubs étaient dirigés par des femmes ayant le statut de Queen Mothers ou de Magajias et, dans d'autres clubs, elles n'étaient que participantes. Les Queen Mothers et les Magajias étaient des partenaires principales du projet SHOW au Ghana. Elles endossaient la responsabilité d'éduquer d'autres femmes et adolescentes sur des sujets tels que la SMNI, la SDSR et l'égalité de genre, soutenues par la CCC du projet. Compte tenu de leur influence locale sur le processus décisionnel global de la communauté, elles ont également impliqué les chefs traditionnels du Ghana pour promouvoir l'égalité de genre, le leadership des femmes dans la vie publique et pour faire respecter les droits des femmes et des filles en matière de santé.



54. Les critères de sélection des femmes et des hommes en tant que champion(ne)s sont les suivants : participation aux Clubs de mères/pères, niveau de rétention et de compréhension des informations partagées lors des réunions des clubs, capacité de leadership et de partage des connaissances apprises avec d'autres femmes ou hommes, adoption de comportements liés à la santé ou à l'égalité de genre communiqués dans les clubs, et niveau de motivation et capacité à partager les informations et les apprentissages avec autrui.

## Le projet SHOW et les 100 Women Groups au Nigeria, un partenariat essentiel



Tirer parti de l'existence de la structure du réseau 100 Women Groups au Nigeria a été essentiel à la mise en œuvre de plusieurs activités du projet SHOW dans le pays, telles que les groupes de soutien des femmes, l'engagement des leaders traditionnels et le partage de messages clés pour inspirer un changement de comportement dans les communautés. Les 100 Women Groups sont le résultat d'un processus de coalition qui rassemble des organisations non gouvernementales, des organisations communautaires de base et des organisations religieuses en un seul réseau. Leur but est d'identifier les problèmes de santé et de développement au sein de leurs communautés au moyen de dialogues participatifs et de mettre en place des stratégies pour les résoudre. Grâce à ce programme, Plan International a pu tirer parti du leadership existant des femmes appartenant au réseau pour soutenir l'autonomisation des femmes et des filles marginalisées.

Plan International a sélectionné les membres principaux du réseau 100 Women Groups dans les zones du projet pouvant être formées aux messages clés du projet sur la SMNI/SDSR, l'égalité de genre, le mariage précoce et l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR. Les 100 Women Groups ont ensuite transmis ces informations lors de causeries, d'événements de sensibilisation de la communauté et de visites dans les ménages, et ont encouragé les gardien(ne)s des traditions à améliorer la condition et la position des femmes et des filles.

Dans certaines communautés, les 100 Women Groups ont également commencé à servir de mentor aux adolescentes et ont utilisé les causeries pour partager des informations directement avec les adolescentes mariées et les femmes qui sont mères pour la première fois, car elles ont souvent plus de mal à obtenir des informations essentielles en matière de SMNI/SSR.

Le réseau 100 Women Groups a été fortement impliqué dans de nombreuses activités du projet. Leurs activités ont contribué à accroître le pouvoir décisionnel des femmes et des filles dans leurs ménages, à orienter les femmes présentant des signes de danger vers des établissements de santé et à organiser des discussions entre les femmes et leurs maris concernant la planification familiale. Les 100 Women Groups ont également influencé positivement le changement de comportement des hommes, bien que ce ne soit pas leur objectif principal. En effet, lors de visites des zones du projet, le personnel a remarqué que les hommes incluaient leurs partenaires dans la prise de décision, avaient réduit la fréquence des conflits intimes au sein du couple et avaient participé aux tâches ménagères grâce au travail de 100 Women Groups.

La position de leader reconnue du réseau 100 Women Groups a également été mise à profit pour toucher les membres de la famille des adolescentes mariées, dans le but de faciliter leur accès aux services de santé essentiels. Enfin, en tant que partenaires du projet, les représentants nationaux et provinciaux du réseau 100 Women Groups ont été impliqués et consultés pour plusieurs autres activités du projet et ont participé aux organes de gouvernance du projet, tels que le comité directeur et le groupe consultatif technique.



*Représentation d'une causerie présentée dans le manuel de formation pour les membres du réseau 100 Women Groups.*



## 3.2 ENGAGEMENT DES HOMMES

La présente section décrit et analyse les activités conçues et mises en œuvre par le projet SHOW contribuant au deuxième pilier de la stratégie d'égalité de genre : l'engagement des hommes et des garçons. La première partie présente la conception originale des volets d'activités soutenant ce pilier stratégique, en explorant certains des éléments de conception spécifiques aux pays. La partie suivante examine les faits marquants et les défis rencontrés lors de la mise en œuvre des volets d'activités, ainsi que certains changements stratégiques ayant dû être effectués au cours de la mise en œuvre.

Plan International définit « l'engagement des hommes » dans la SMNI/SDSR (également appelé « l'implication masculine » ou « l'implication des hommes ») comme « **la participation active des hommes dans la protection et la promotion de la santé et du bien-être de leurs compagnes et de leurs enfants** ». Cette définition est fondée sur une vision de changement viable et durable en ce qui concerne les attitudes, comportements et relations entre les partenaires. Elle considère l'engagement des hommes **comme un concept large plutôt qu'une liste d'actions ou de décisions auxquelles les hommes devraient participer** dans le continuum de soins de SMNI/SSR. Elle englobe :

- Les **expériences subjectives, les motivations, les relations et la participation active** des hommes plutôt que des actions spécifiques comme indication de l'implication.
- Elle met l'accent sur **la capacité d'agir des hommes et les relations par opposition à la participation des hommes**, qui peut être comprise comme plus passive.

### 3.2.1 CONCEPTION

Le pilier relatif à l'implication masculine de la stratégie d'égalité de genre a été expressément conçu pour créer un environnement favorable à la capacité d'agir des femmes et des filles en répondant aux conclusions de l'évaluation basée sur le genre et en sensibilisant au rôle important des partenaires, des membres de la communauté et des chefs masculins dans l'amélioration de l'égalité de genre, de la capacité d'agir et de la santé des femmes et des filles. Pour soutenir la conception de ces activités et garantir une haute qualité technique, Plan International Canada a adopté une approche unique en collaborant avec Promundo US<sup>55</sup>, experts mondialement reconnus en matière d'engagement des hommes pour l'égalité de genre. Par le biais d'un accord de partenariat, Promundo a contribué à la sélection des volets d'activités et à la conception initiale, en plus de jouer un rôle central dans la mise en œuvre en fournissant un soutien technique tout au long du projet (voir la [Section 3.2.2 Mise en œuvre](#) ci-dessous).

55. Maintenant connu sous le nom Equimundo: Center for Masculinities and Social Justice. (<https://www.equimundo.org/>)

Les activités de ce pilier avaient un triple objectif : remédier au **faible niveau de sensibilisation** des hommes et des partenaires masculins aux questions de SMNI/SDSR; remettre en question les **dynamiques de pouvoir et de prise de décision inégalitaires** au niveau des ménages qui subordonnent les femmes et les filles; et faire évoluer les **normes sociales et les pratiques** des leaders masculins et des membres de la communauté pour créer un environnement favorable aux engagements communautaires des femmes et des filles.



Au niveau communautaire, quatre volets principaux d'activités contribuent aux objectifs du pilier relatif à l'implication des hommes :

## ENGAGEMENT DES HOMMES

Les Clubs de pères et/ou les groupes de soutien des hommes

L'implication des adolescents

L'implication des leaders masculins, traditionnels et religieux

Les supports et campagnes de CCC

Ces volets d'activités ciblaient les hommes et les garçons à plusieurs niveaux : au sein du ménage, dans la communauté et parmi les leaders de la communauté. Ces interventions ont été conçues pour utiliser la SMNI/SDSR comme point d'entrée pour l'implication des hommes à travers une approche progressive, pour passer des réflexions, de l'éducation et de la sensibilisation à une promotion plus large des messages sur l'égalité de genre. Parallèlement à l'implication des hommes et des garçons au niveau de la communauté et des ménages, un volet d'activités visant à favoriser leur implication en tant que composante de la prestation de services de SMNI/SSR sensibles au genre a été mis en œuvre en renforçant la capacité des prestataires de santé basés dans les établissements et les communautés à tirer parti du rôle des hommes dans le continuum de soins de SMNI/SDSR. La conception du projet devait s'assurer que ces objectifs et volets d'activités communs allaient réussir dans chacun des cinq pays du projet SHOW. Les paragraphes suivants décrivent chaque volet d'activités et présentent quelques exemples de la manière dont la conception des activités a été adaptée pour répondre aux contextes nationaux individuels.

## Plan de mise en œuvre du projet SHOW : tâches de Promundo

Le partenariat stratégique établi avec Promundo pour le projet SHOW s'est étendu sur toute la durée du projet et peut être résumé en trois catégories principales de soutien :

<b>Développement des supports</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Stratégie relative à l'engagement des hommes</li><li>• Programme relatif à l'engagement des hommes basé sur le programme P de Promundo</li><li>• Note d'orientation relative au travail avec les chefs traditionnels et religieux</li><li>• Stratégie de sensibilisation à l'engagement des hommes dans la SMNI/SDSR</li><li>• Note d'orientation relative au travail avec les prestataires de santé pour la promotion de services de santé sensibles au genre</li><li>• Note d'orientation sur la CCC relative à l'engagement des hommes</li></ul>
<b>Aide à la mise en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Formation de formateurs dans les zones du projet pour les animateurs de Clubs de pères et groupes d'hommes dans les cinq pays du projet SHOW</li><li>• Assistance technique pour développer la formation des prestataires de santé</li><li>• Assistance technique pour développer les messages de CCC</li><li>• Assistance technique pour développer des messages d'engagement du public canadien</li><li>• Formations de remise à niveau dans les cinq pays</li></ul>
<b>Suivi, évaluation et apprentissage</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Permettre l'apprentissage et le partage sur l'engagement des hommes dans la SMNI/SDSR entre les pays</li><li>• Assistance technique pour le suivi et l'évaluation des programmes relatifs à l'engagement des hommes</li><li>• Permettre la publication et la diffusion des recherches et des leçons apprises</li></ul>





## Clubs de pères/groupes de soutien des hommes

Ce volet d'activités était le fer de lance du pilier relatif à l'engagement des hommes. Il consistait à créer des groupes ou des clubs de soutien pour les hommes, composés de partenaires masculins de femmes en âge de procréer, appelés les Clubs des papas au Ghana, les Écoles des maris au Sénégal et les Clubs de pères en Haïti, au Nigeria et au Bangladesh. Ces groupes ont été conçus pour impliquer les hommes dans des sessions de groupe régulières et périodiques basées sur un programme « contenant des messages et des activités clés pour faire la promotion d'une réflexion critique et d'un dialogue sur le rôle des hommes dans la SMNI, la planification familiale, la prestation de soins, l'égalité de genre et pour des relations plus équitables »<sup>56</sup>. Les messages clés visaient à éduquer sur l'égalité de genre, la SMNI/SDSR, la SDSRA, le mariage précoce et forcé des enfants, la violence basée sur le genre et les pratiques traditionnelles néfastes, à renforcer le pouvoir décisionnel des femmes et à promouvoir une participation accrue des hommes à la SMNI/SSR.

Bien que ce volet d'activités ait été conçu avec un haut degré d'uniformité entre les cinq pays du projet SHOW, des étapes clés<sup>57</sup> ont été intégrées dans la conception de ce volet afin de contextualiser et d'adapter ses modalités et son contenu en fonction du contexte local, comme décrit ci-dessous :

- ✓ La mise en place ou la sélection des groupes doit d'abord mettre l'accent sur les groupes ou les rassemblements sociaux d'hommes existants pouvant être mobilisés pour participer aux activités.
- ✓ Les chefs locaux doivent être impliqués pour mettre sur pied et animer des groupes d'hommes.
- ✓ Les groupes doivent définir eux-mêmes leurs objectifs, le moment et la fréquence de leurs réunions, leurs normes de groupe, etc.
- ✓ Le programme sera développé par Promundo sur la base de son [Programme P](#), et servira de modèle pour l'adaptation contextuelle dans les cinq pays.

56. Plan de mise en œuvre du projet SHOW, Annexe G : tâches et échéances de Promundo

57. Plan de mise en œuvre du projet SHOW, Annexe H : Stratégie d'égalité de genre consolidée

En plus de ces étapes de contextualisation sur toute la durée du processus de mise en œuvre, il existait également quelques différences mineures dans la conception initiale de ce volet d'activités :

- La sélection des animateurs des clubs masculins différait selon les pays. En Haïti et au Bangladesh, les clubs étaient animés par des agents de santé communautaire. Au Nigeria, ce sont les champions et les chefs communautaires masculins qui animaient les clubs, tandis qu'au Sénégal, le personnel de Plan International dirigeait les Écoles des maris. Dans les Clubs de papas du Ghana, le club choisissait un membre du groupe pour être formé et pour animer les sessions.
- L'étendue et l'importance du volet d'activités variaient considérablement entre les cinq pays du projet SHOW. En utilisant les cibles sélectionnées lors du plan de mise en œuvre du projet pour l'indicateur de résultat « nombre de modèles et d'adolescents pairs éducateurs formés sur l'implication des hommes », l'intervention d'Haïti a ciblé 120 participants aux formations, alors que les quatre autres pays SHOW étaient plus proches de 1 000, le Bangladesh occupant la plus grande échelle avec 1 392 participants aux formations ciblés<sup>58</sup>.

- Certaines communautés et les bureaux nationaux de Plan International disposaient d'une expérience antérieure dans l'implication des pères et des partenaires masculins dans les programmes de SMNI. De ce fait, la conception de ce volet d'activités a donc adapté ces modèles existants et s'est appuyée sur ces connaissances. Les Clubs de papas du Ghana avaient déjà été mis en œuvre dans le cadre du projet [Women and Their Children's Health \(WATCH\)](#), ciblant cinq pays et soutenu par Plan International Canada. Le modèle [Écoles des maris de l'UNFPA](#) a été appliqué antérieurement dans certaines communautés du Sénégal couvertes par le projet SHOW.

Cette composante essentielle du pilier relatif à l'implication des hommes de la SEG visait également à rejoindre et à soutenir d'autres volets d'activités développés. Par exemple, de nombreux participants aux Clubs de pères sont également membres des groupes d'Acteurs du changement au Bangladesh et Champions de l'égalité de genre au Ghana; les ASC animateurs des Clubs de pères au Bangladesh effectuent également des visites dans les ménages en utilisant des supports de CCC sur l'implication des hommes, et les membres des Clubs de pères au Nigeria reçoivent également des messages, par le biais de présentations, et des conseils de la part de leurs imams locaux, engagés et mobilisés par le projet.



58. Plan de mise en œuvre du projet SHOW, Annexe C : CMR



## Impliquer les adolescents

Les activités relatives à l'implication des garçons ont pris en compte le fait que : les adolescents se trouvent à un stade de développement différent, quand ils sont dans la tranche d'âge de 15 à 19 ans; ils peuvent déjà être pères; ils sont moins susceptibles d'être totalement indépendants économiquement; et ils nécessitent qu'une approche différente soit prise, qui considère leur statut d'enfant tout en reconnaissant le rôle qu'ils jouent et joueront néanmoins dans les décisions liées à la santé des femmes et des filles. Les objectifs pour les adolescents sont restés les mêmes que pour les hommes : accroître leur niveau de sensibilisation à la santé reproductive, encourager des relations plus égalitaires et non violentes avec les femmes et les filles, et remettre en question les normes sociales néfastes qui limitent la capacité d'agir des femmes et des filles et favorisent les inégalités de genre.

L'intégration des considérations relatives à la SDSRA dans le pilier de l'engagement des hommes s'est traduite de deux manières :

- ✓ en faisant de la SDSRA un sujet à aborder dans toutes les activités relatives à l'implication des hommes, y compris le travail avec les chefs traditionnels et religieux, les groupes influents de femmes âgées (Clubs de grands-mères, 100 Women Groups); et
- ✓ en ciblant directement les garçons par le biais de l'éducation par les pairs et de groupes de soutien<sup>59</sup>

59. Rapport du plan de mise en œuvre du projet SHOW : consolidé

Les activités et le contenu relatifs à l'implication des hommes se sont basés sur les directives et les politiques nationales existantes en matière de SDSRA. En règle générale, elles ont été intégrées par le biais du soutien ou de la création de groupes d'adolescents et de jeunes hommes. En outre, ce volet d'activités était unique au sein du pilier relatif à l'implication des hommes. En effet, il n'était pas directement soutenu par Promundo, car Plan International disposait déjà d'une méthodologie et de supports solides et éprouvés pour l'implication des garçons dans son programme [Champions du changement](#). C'est un programme synchronisé en matière de genre, avec des parcours d'apprentissage

*Le programme Champions du changement de Plan International, destiné aux garçons, guide les adolescents sur les processus d'introspection, de reconnaissance des privilèges masculins, de compréhension et d'implication en matière d'égalité de genre, d'adoption de relations saines et d'implication communautaire en faveur du changement. En tant que Champions du changement, ils encouragent leurs pairs à remettre en question les normes, les rôles et les stéréotypes néfastes liés au genre.*



uniques pour les adolescentes et adolescents sur l'égalité de genre, les relations non violentes, l'autonomisation des filles et les masculinités positives. Le programme des garçons a été conçu en premier et constitue une base solide pour les activités d'implication des garçons.

L'intégration de l'implication des adolescents dans les plans de mise en œuvre du projet de chaque pays a été déterminée par les opportunités déjà intégrées dans la conception du projet, par la présence de politiques ou directives nationales en matière de SDSRA et par les considérations budgétaires quant aux activités supplémentaires. Bien que la prise en compte des besoins des adolescents fût très universelle dans la conception des activités contribuant au renforcement de l'offre de services (voir la [Section 3.3](#)), les activités liées à la demande d'implication des adolescents variaient selon le pays, par exemple :

- En Haïti, le projet SHOW a appliqué l'approche complète des « Champions du changement » dans sa conception, avec des groupes mixtes d'adolescent(e)s établis dans toute la zone ciblée. Des sessions structurées ont été planifiées selon le programme des Champions du changement, qui a accueilli des jeunes scolarisés et déscolarisés et a soutenu un plan d'action pour la diffusion et l'éducation par les pairs après la fin du programme.
- Le Sénégal a prévu d'utiliser les clubs existants d'Éducation à la vie familiale (EVF) et d'adapter les directives d'éducation par les pairs du ministère de

la Santé, en incluant, si nécessaire, des éléments clés du programme Champions du changement. La stratégie d'égalité de genre du plan de mise en œuvre du projet détaille les projets de mobilisation en collaboration avec le système scolaire local, notamment les centres d'enseignement technique et de formation professionnelle et les collèges, visant à créer des liens avec les clubs d'adolescents existants.

- Parmi les activités relatives à l'implication des adolescents nigériens, on peut citer : la liaison avec les groupes de jeunes existants à l'école et dans la communauté, la formation de pairs éducateurs sur « l'égalité de genre, la santé reproductive des adolescents, le mariage précoce et forcé des enfants et la participation des hommes à la SMNI, sur la base de supports éducatifs nationaux »<sup>60</sup>, la mise à disposition de supports et de messages adaptés aux besoins des adolescents et le soutien aux sessions trimestrielles d'éducation par les pairs.
- La conception des activités relatives à l'implication des adolescents, en termes de formation des groupes et d'utilisation des supports existants approuvés au niveau national, était différente d'un pays à l'autre. En revanche, l'intégration de modules clés issus des Champions du changement de Plan International, relatifs aux nouvelles masculinités et à l'égalité de genre, nécessitant une révision, une adaptation et une extension de leurs contenus, était commune à tous les pays.

60. Plan de mise en œuvre du projet SHOW au Nigeria, Annexe H : Stratégie d'égalité de genre

## Impliquer les chefs traditionnels et religieux masculins

Le troisième volet d'activités du pilier relatif à l'engagement des hommes s'est attaqué aux barrières à l'égalité de genre et à l'autonomisation des femmes et des filles au niveau communautaire, en impliquant les chefs à soutenir ces idées et à y adhérer, mais aussi en les invitant à agir comme des défenseurs et acteurs du changement en faveur de l'égalité de genre. Promundo a soutenu ce volet d'activités en élaborant un document d'orientation relatif aux meilleures pratiques de travail avec les chefs traditionnels et religieux pour promouvoir l'implication des hommes dans la santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile. Ce document intègre les leçons apprises par Promundo, Plan International et ses partenaires relatives au travail avec les chefs traditionnels et religieux, notamment des messages clés et des conseils pour les animateurs.<sup>61</sup>

Ce volet d'activités ciblait spécifiquement les chefs traditionnels et religieux masculins dans tous les pays et se concentrait principalement sur la promotion d'un pouvoir décisionnel accru pour les femmes et sur la sensibilisation et le soutien des partenaires masculins en matière de SMNI/SDSR. Conforme à l'approche du

projet fondée sur les droits et utilisant le modèle socio-écologique décrit ci-dessus (à la [Section 2 sur la théorie du changement](#)), ce volet d'activités s'est attaqué aux normes sociales communautaires afin de construire un environnement favorable à une implication positive et favorable des hommes dans la SMNI/SDSR.

Une approche semblable, néanmoins flexible, a été conçue pour les cinq pays, permettant à chacun de l'adapter en fonction de ses facteurs contextuels spécifiques, tels que l'acceptabilité des messages. Cette approche impliquait :

- ✓ l'identification des détenteurs de pouvoir et des acteurs de changement pertinents au sein de la communauté;
- ✓ leur implication et leurs connaissances sur l'objectif et la portée du projet SHOW;
- ✓ une formation sur l'engagement des hommes dans les domaines de la SMNI/SDSR, de l'égalité de genre, du mariage précoce et forcé des enfants, de la violence basée sur le genre et des pratiques traditionnelles néfastes; et
- ✓ la fourniture de supports et de matériels de diffusion des messages au sein de leurs communautés.



61. Plan de mise en œuvre du projet SHOW, tâches et échéances de Promundo

En plus de ces étapes de contextualisation sur toute la durée du processus de mise en œuvre, il existait également quelques différences mineures dans la conception initiale de ce volet d'activités :

- Le processus de ciblage des chefs, même au stade de la conception initiale, variait d'un pays à l'autre en fonction des analyses de situations, des consultations avec les parties prenantes et de l'expérience de la communauté. Dans plusieurs des pays du projet SHOW, les institutions et les chefs religieux sont extrêmement puissants. Ils jouent un rôle très important dans la définition et le maintien des normes sociales, en fournissant des conseils aux familles et en les guidant, et sont les gardiens des portes du changement. Par exemple, le Conseil du Sultanat et la Fulani Association Sokoto, au Nigeria, sont spécifiquement considérés comme des parties prenantes importantes permettant de recenser les chefs traditionnels et religieux de la communauté.
- Le contenu des messages s'oriente de manière différente à travers les cinq pays, de façon à répondre aux questions de SMNI/SDSR pertinentes à leur contexte. Par exemple, la mutilation génitale féminine, ou « excision », est explicitement définie comme un sujet d'implication des chefs au Sénégal, « l'espacement des naissances » (planification familiale) et « le retardement du mariage » (mariage précoce et forcé des enfants) sont considérés comme des sujets essentiels au Nigeria et au Bangladesh, et Haïti a explicitement inclus la violence basée sur le genre comme un sujet d'intérêt pour les chefs communautaires.

À Sokoto, au Nigeria, les grossesses précoces et fréquentes constituent un problème de santé majeur pour les femmes, notamment les adolescentes, et sont liées à des taux élevés de mariage précoce et forcé des enfants. Cependant, les termes de « contraception » et de « planification familiale » étaient, selon le personnel du projet, moins acceptables au sein des communautés. Le terme « espacement des naissances » a donc été adopté pour désigner les pratiques modernes de planification familiale.

## Développement des supports et campagnes de communication pour le changement social et de comportements

L'implication des hommes dans la SMNI/SDSR a été intégrée dans la stratégie globale de CCC du projet SHOW au moyen de deux approches : cibler directement les hommes et les garçons dans ces campagnes de communication, et inclure l'implication des hommes et les messages sur l'égalité de genre dans le contenu de la CCC ciblant d'autres parties prenantes. Ce volet d'activités s'adresse au faible niveau global de sensibilisation à la fois des femmes en âge de procréer et de leurs partenaires masculins en ce qui concerne la SMNI/SDSR, le soutien des hommes et l'égalité de genre (voir la [Section 1 sur les Résultats de l'analyse de la situation](#)). C'est donc une composante importante du premier pilier de la SEG (voir la [Section 3.1.1](#)).

Ce volet d'activités était l'un des plus ambitieux et demandait une très forte participation, notamment la consultation avec une grande variété de parties prenantes, des fonctionnaires du gouvernement et des agents de santé de première ligne, aux adolescentes et adolescents, en passant par des membres de la communauté, lors du développement et de la révision des supports. Le plan de développement et de révision des supports était global, comprenant des outils de travail pour les ASC, des affiches et des peintures murales, ou encore des scripts d'émissions de radio, des scénarios de théâtre pour le développement et des textos. Les tâches de Promundo consistaient à soutenir la promotion de l'engagement des hommes en rédigeant une note d'orientation relative à la CCC et à l'implication des hommes, mettant en évidence « les leçons apprises par Promundo dans le développement de différents médias (médias sociaux, textos, théâtre de rue, radio, vidéo, affiches) dans le cadre de la campagne [MenCare Global](#) » ainsi qu'à réviser les supports de CCC.<sup>62</sup>

Une approche semblable, néanmoins flexible, a été conçue pour les cinq pays, permettant à chacun de l'adapter en fonction de ses facteurs contextuels spécifiques. Cette approche impliquait :

- ✓ l'identification des détenteurs de pouvoir et des acteurs de changement pertinents au sein de la communauté;
- ✓ leur implication et leurs connaissances sur l'objectif et la portée du projet SHOW;

62. Plan de mise en œuvre du projet SHOW, Annexe G : tâches et échéances de Promundo



- ✓ une formation sur l'engagement des hommes dans les domaines de la SMNI/SDSR, de l'égalité de genre, du mariage précoce et forcé des enfants, de la violence basée sur le genre et des pratiques traditionnelles néfastes; et
- ✓ la fourniture de supports et de matériels de diffusion des messages au sein de leurs communautés.

Comme les autres volets d'activités, il existait quelques différences mineures, mais néanmoins essentielles, dans la conception initiale de celui-ci :

- Alors qu'une consultation étendue était effectuée de manière globale lors de la conception de tous les projets nationaux, le processus de développement et de révision des supports existants de CCC variait légèrement entre chaque pays en termes d'organisation et de soutien. Au Sénégal, par exemple, les supports devaient être développés et examinés dans le cadre d'un atelier participatif, animé par un expert du Service national de l'éducation et de l'information pour la santé du Sénégal, tandis qu'un consultant externe devait être engagé en Haïti pour développer les supports et organiser les consultations avec les principales parties prenantes. Enfin, au Bangladesh, l'équipe

du projet de Plan International devait collaborer avec des partenaires pour développer les supports et organiser les consultations.<sup>63</sup> Chacun de ces processus a été conçu dans le but d'assurer l'adhésion et l'appropriation par les multiples parties prenantes et de ne pas réinventer la roue en exploitant les supports existants.

- Les types de supports et les modalités de distribution décrits dans ce volet d'activités varient d'un pays à l'autre, selon les facteurs contextuels tels que la connectivité, les réseaux de communication existants, les niveaux d'alphabétisation et la densité de population. Des messages radiophoniques et des textos en haoussa et en anglais seront par exemple diffusés au Nigeria, insistant sur la promotion de l'implication des hommes, tandis que les théâtres communautaires (théâtre pour le développement) sont au cœur de la stratégie de CCC du Bangladesh. Haïti, pour sa part, utilise des journées de célébration spécifiques comme plateformes de diffusion des messages, notamment la Journée mondiale de la contraception, la Journée internationale des droits des femmes et la Fête patronale, célébrée une fois par an par l'Église catholique en l'honneur des saints patrons des églises communautaires.

63. *Rapports du plan de mise en œuvre du projet SHOW du Ghana, du Sénégal et d'Haïti (Activité 1111)*



### 3.2.2 MISE EN ŒUVRE

Les volets d'activités relatifs au pilier de l'engagement des hommes de la SEG du projet SHOW ont été mis en œuvre dans les cinq pays de manière plus uniforme que ceux relatifs à l'amélioration de la capacité d'agir individuelle et collective des femmes et des filles. Comme indiqué précédemment, cela s'explique par le fait que l'approche était considérée comme plus novatrice et plus récente dans les cinq pays, notamment en termes d'intensité et de profondeur des changements transformateurs en matière de genre inhérents à l'approche. Le soutien technique reçu dans le cadre du partenariat stratégique avec Promundo a permis à la mise en œuvre de ces activités d'atteindre un haut niveau de réussite, même si des ajustements et des modifications périodiques ont été effectués pour surmonter les difficultés.

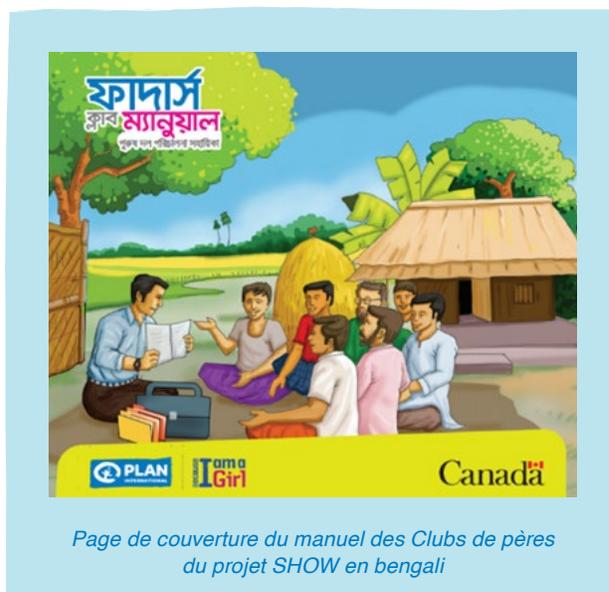
#### Clubs de pères et groupes de soutien des hommes

La mise en œuvre des groupes de soutien pour les hommes (ou Clubs de pères) était semblable dans les cinq pays du projet, en commençant par des étapes clés de préparation et de développement. La première étape de mise en œuvre de ce volet d'activités a été l'élaboration

d'un guide détaillé, étape par étape, sur l'implication des hommes, qui décrit les bonnes pratiques en matière de mise sur pied de groupes d'hommes, de recrutement des hommes, de conduite des sessions de groupe, d'animation, de fidélité, d'objectifs d'apprentissage et de changement de comportement, de risques inhérents et de suivi des groupes par Promundo. S'en est suivi l'élaboration du manuel des Clubs de pères, basé sur le programme P de Promundo. **L'élaboration du manuel** a été coordonnée par Plan International, qui a fourni les principales informations techniques sur le contenu prioritaire lié à la santé et à l'égalité de genre, pour s'aligner sur les objectifs du projet SHOW. Le contenu et l'approche s'inspirent d'un examen des évaluations de l'égalité de genre de chaque pays du projet SHOW, des années d'expérience de Promundo en matière de programmes d'implication des hommes et de la théorie du changement du programme SHOW. Le manuel était destiné à être utilisé par divers acteurs, notamment des agent(e)s de santé, des activistes sociaux, des organisations à but non lucratif, des éducateurs(trices) et autres, dans le but « d'encourager la contribution des hommes aux soins comme l'une des multiples stratégies d'amélioration de la santé maternelle et infantile, du bien-être familial et de l'égalité de genre ». <sup>64</sup>

64. Rapport semestriel consolidé du projet SHOW, année 2, page 34

Le manuel était un document initial, adapté aux différents contextes et aux résultats spécifiques de l'évaluation de l'égalité de genre de chaque pays. L'étape suivante de la mise en œuvre a donc été la **contextualisation** du contenu du manuel, effectuée par l'équipe du projet de chaque pays. Bien que des changements minimes étaient prévus, les équipes nationales ont procédé à quelques ajustements pour s'assurer que le contenu fasse écho auprès des participants. Par exemple, un module relatif aux stéréotypes contenus dans le manuel a été modifié pour s'assurer que les idiomes locaux et la langue vernaculaire de chaque pays étaient respectés. L'équipe du projet du Nigeria a intégré des exemples issus des directives de Sokoto, et les manuels du Bangladesh et du Nigeria ont été contextualisés pour supprimer les images ou les références à la consommation d'alcool et traduits respectivement en bengali et en haoussa.



Page de couverture du manuel des Clubs de pères du projet SHOW en bengali

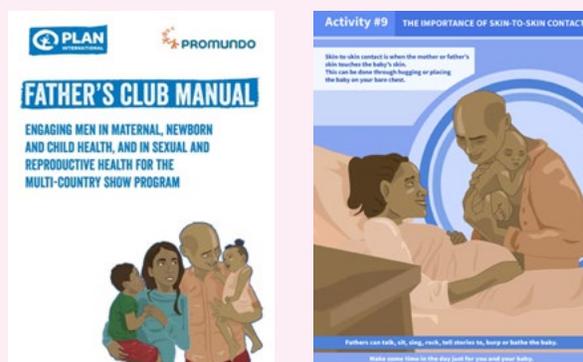
## Manuel des clubs de pères

Le [manuel des Clubs de pères](#) utilise la SMNI/SDSR comme moyen initial pour inviter les participants à réfléchir à leur propre conception du genre, à examiner les dynamiques basées sur le genre au sein de leur ménage et de leur communauté et à reconnaître leurs effets néfastes sur leur propre santé et celle des femmes et des enfants. Il encourage également les hommes à s'engager dans des relations plus égalitaires, non violentes et solidaires avec les femmes et les filles de leur entourage. « Le programme suit une approche transformatrice en matière de genre en incitant les participants à s'interroger activement sur ce que cela signifie d'être un homme ou une femme dans la société, et à remettre en question les normes inégalitaires liées au genre et les déséquilibres de pouvoir. Les sessions sont conçues pour encourager la réflexion critique et le dialogue par la participation à des activités et des discussions guidées par un animateur formé. L'objectif de ces discussions est de permettre des changements à long terme dans les relations et les dynamiques de pouvoir entre femmes et hommes, ce qui peut améliorer les relations des hommes avec leurs partenaires et leurs enfants bien au-delà de la période périnatale. »<sup>65</sup>

Le programme est divisé en 6 thèmes :

1. Introduction
2. La fracture en matière de travail de soins non rémunéré
3. Hommes, genre et pouvoir
4. Grossesse, accouchement et au-delà
5. Relations
6. Planifier l'avenir

Chacun de ces thèmes proposait une série d'activités participatives, des exercices à faire à la maison et des réflexions aux participants. Au total, 20 activités et 16 devoirs/réflexions sont inclus dans le manuel, y compris des documents que les participants peuvent partager avec leurs partenaires. Bien que le contenu du manuel fût généralement axé sur l'égalité de genre, il était fortement aligné sur les objectifs de la SEG du projet SHOW, explorant les inégalités au cours des différentes étapes et des différents éléments du continuum de soins de SMNI et les décisions concernant la construction d'une famille et l'attention à porter à celle-ci. Les participants sont par exemple guidés sur la manière dont ils peuvent s'impliquer et apporter leur soutien dans la salle d'accouchement et sont encouragés à s'identifier comme des partenaires égaux dans le processus de préparation et de soutien à l'accouchement et de soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement.



Page du manuel des Clubs de pères sur les effets du contact peau à peau.

65. Rapport semestriel consolidé du projet SHOW, année 2, page 34

Parallèlement à l'élaboration et à la contextualisation du manuel, chaque pays a effectué la sélection et le recrutement des leaders et animateurs pour les former au manuel et à la méthodologie des Clubs de pères : champions au Nigeria, ASC au Bangladesh, personnel du projet et des partenaires au Ghana, ASC en Haïti, modèles masculins ou « maris modèles » au Sénégal. Au cours de la deuxième année du projet, Promundo a organisé des **formations nationales de maîtres-formateurs** dans chacun des cinq pays du projet SHOW. La sélection des participants pour cette activité était très différente entre les pays : les critères variaient en termes de formation, d'expérience et d'expertise. Afin de permettre à Promundo de dispenser une formation efficace, une série de questions a été envoyée à chaque équipe nationale pour recueillir des informations et soutenir la contextualisation de la formation. Au Bangladesh, par exemple, cette adaptation a pris la forme de modules supplémentaires ayant été passés en revue, car les participants avaient indiqué qu'ils n'étaient pas à l'aise avec ces modules. Aussi, au Nigeria, des périodes supplémentaires ont été prévues pour discuter de la violence entre partenaires intimes, afin de résoudre la confusion autour du concept de « non-violence » dans le contexte du programme. Dans le cadre de la formation des maîtres-formateurs, des efforts ont été mis en œuvre pour que les animateurs de tous les pays apprennent à utiliser différentes techniques d'animation, telles que les jeux de rôle, les discussions de groupe, les débats, les devoirs, et plus encore, pour attirer différents types d'hommes et différents styles d'apprentissage. Les maîtres formateurs ont ensuite transmis la formation à tous les animateurs identifiés des Clubs de pères.

Les **groupes de soutien des hommes ont été établis** dans tous les pays SHOW, avec de légères différences dans le calendrier des activités au cours du projet, ainsi que dans la fréquence et la modalité des réunions. Comme le Ghana disposait déjà de l'expérience grâce à ses Clubs



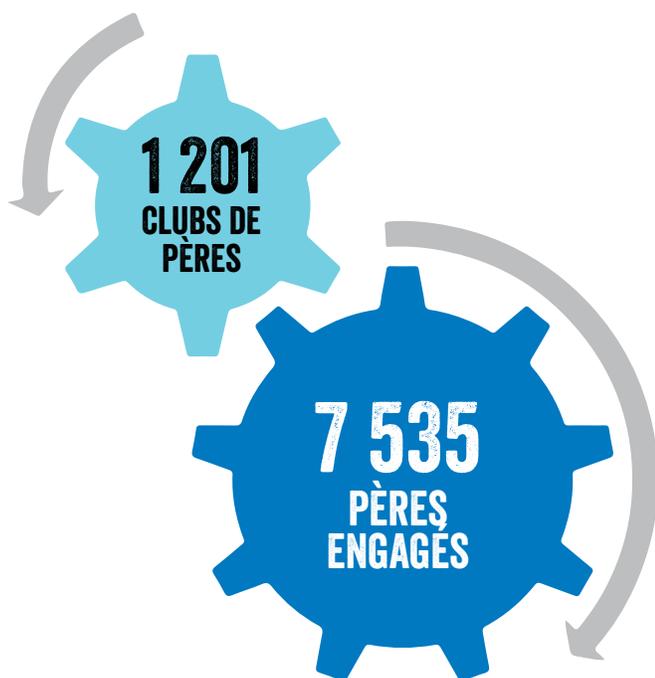
de papas, il n'a pas eu besoin de traduire le manuel et a donc pu se mobiliser et mettre les groupes en œuvre plus rapidement que d'autres pays, comme Haïti ou le Bangladesh, pour lesquels les équipes ont dû prévoir une traduction en créole et en bengali, respectivement. Au Sénégal, le ministère de la Santé et de l'Action sociale a mis longtemps à approuver le manuel, retardant son partage avec les Écoles de maris ainsi que la mise en œuvre des Clubs de pères volontaires jusqu'à l'année 4. Il existe également des différences liées à la fréquence et à la modalité des réunions. Au Nigeria, les champions organisaient des réunions de sensibilisation trimestrielles pour transmettre les messages et le matériel du manuel des Clubs de pères, tandis qu'au Bangladesh, c'est la fidélité qui posait problème. Les ASC ont donc effectué des visites dans des ménages ciblés pour contacter les participants qui manquaient les séances. Au Ghana et en Haïti, les réunions étaient mensuelles.

**« La formation sur le manuel des Clubs de pères m'a permis d'acquérir beaucoup de connaissances. Les hommes doivent coopérer de manière intensive avec leurs femmes enceintes pendant la grossesse, l'accouchement et après l'accouchement.**

**Si nous organisons des sessions au niveau de la communauté en suivant le manuel des Clubs de pères, le comportement autoritaire des hommes changera et la violence contre les femmes et le mariage des enfants diminueront dans notre société. J'ai vraiment le sentiment qu'à nos côtés, les membres des groupes d'hommes pourront agir comme des acteurs de changement dans la société en matière de SMNI/SSRA et d'égalité de genre. »**

– Homme ASC, Bangladesh

Le projet SHOW au Bangladesh, au Ghana, en Haïti, au Nigeria et au Sénégal a suivi une approche progressive pour la formation des animateurs et l'établissement des Clubs de pères. Des méthodes de restitution des connaissances à l'intention des formateurs ont été utilisées en vue de renforcer les compétences en matière d'animation et d'approfondir leur compréhension du contenu et du processus du programme. Ces dispositions ont permis de former plusieurs cohortes d'animateurs dans les communautés ciblées. Le projet a formé un total de **1 021 Clubs de pères** dans cinq pays, et **7 535 pères**<sup>67</sup> ont suivi le programme des Clubs de pères. Ces hommes se sont portés volontaires pour recevoir le programme des Clubs de pères.



Certains **défis** importants et les **leçons apprises** au cours de la mise en œuvre des Clubs de pères ont donné l'occasion à chaque projet de réagir et de s'adapter. Au Ghana, le personnel du projet et les animateurs des Clubs de papas ont constaté que des supports visuels conçus localement seraient plus efficaces pour communiquer des idées aux participants du club. Ils ont donc développé leur propre jeu de cartes contextualisées pour aider les animateurs. Les enseignements tirés de l'expérience ghanéenne et les rétroactions des autres pays participants ont conduit le projet SHOW, dans le cadre de son partenariat avec Promundo, à développer une version à moindre coût du manuel et destinée aux personnes peu alphabétisées. Cette version du manuel utilise davantage

d'images pour transmettre les messages et intègre des activités ne demandant pas d'équipements ou de supports importants pour être effectuées. Bien que ce produit n'ait pas été mis à disposition dans le temps imparti au projet SHOW, il a été piloté au Nigeria en 2019. Ce manuel adapté est un legs du projet et un exemple de la manière dont les projets peuvent contribuer à l'apprentissage général et à l'amélioration d'une organisation.



« Traduire le manuel en langue locale... l'animation est faite en langue locale. La plupart des animateurs sont alphabétisés. Ils savent lire [mais seulement dans la langue locale]. Lorsque nous avons diffusé les messages, nous avons dû les traduire dans la langue locale pour qu'ils soient compris. »

– Coordinateur de CCC du projet SHOW, Nigeria

Alors que les équipes de projet des pays avaient prévu de traduire le manuel des Clubs de pères dans les langues locales, par exemple en bengali au Bangladesh et en créole en Haïti, les projets du Nigeria et du Ghana n'avaient pas prévu de traduction de l'anglais. L'une des constatations faites au cours de la mise en œuvre était que, même si les animateurs parlaient couramment l'anglais et pouvaient lire et présenter le programme confortablement, la plupart des participants issus de communautés marginalisées n'avaient pas ce niveau d'aisance linguistique, et les animateurs devaient traduire en temps réel. Cela signifie également que les documents et les supports visuels étaient difficilement compréhensibles par les participants. Au Nigeria, la traduction du manuel en haoussa a eu lieu au cours de la quatrième année du projet, après la visite de suivi de Promundo.

67. Ce nombre est basé sur les données du Nigeria, Bangladesh et Haïti seulement.

### Visites de suivi et d'assistance technique de Promundo : année 3

Dans le cadre de son soutien technique au pilier relatif à l'implication des hommes de la SEG du projet SHOW, Promundo avait prévu une visite à mi-parcours de chacun des cinq pays du projet. Ces visites de 5 jours avaient le double objectif de fournir une assistance technique supplémentaire sous la forme de sessions ciblées de renforcement des capacités, et un suivi des progrès, des succès et des défis liés à la mise en œuvre des volets d'activités relatifs à l'engagement des hommes.

Pour préparer ces visites, un outil de diagnostic a été conçu et remis au personnel et aux acteurs principaux du projet, de sorte que celles-ci soient aussi ciblées et productives que possible pour chacun des cinq pays du projet SHOW. Cet outil comprenait des questions sur le contenu et la mise en œuvre des Clubs de pères, les défis et les besoins de soutien, et le statut de la mise en œuvre. Il a principalement aidé les équipes de Promundo à concevoir un plan de remise à niveau des capacités afin de pouvoir répondre aux besoins spécifiques de chaque équipe-pays. Au Nigeria, par exemple, l'outil de diagnostic a révélé que si le contenu relatif à la santé était reçu de manière positive, la réception des messages du manuel concernant la prise de décision accrue des femmes était délicate, en raison de normes strictes liées au genre qui perpétuent le leadership masculin au niveau du ménage. Pour répondre à cela, Promundo a axé ses sessions de renforcement des capacités pour les animateurs et le personnel sur une approche transformatrice en matière de genre et sur les éléments du manuel soutenant ces types de changements d'attitudes et de comportements.<sup>68</sup>



Animateurs d'un Club de pères au Nigeria (ci-dessus) et au Bangladesh (ci-dessous)



**« Sur les sujets du pouvoir décisionnel égalitaire et du mariage des enfants, la question de l'âge est assez délicate. Il est difficile d'en parler, les chefs religieux restent inflexibles à ce sujet. Le manuel de formation pour les garçons et les filles inclut ces sujets, mais le ministère de la Santé déclare que les sujets du mariage des enfants et du pouvoir décisionnel égalitaire sont trop délicats et ne veut pas que nous en parlions... »**

– Conseillère en matière d'égalité de genre du projet SHOW, Nigeria

**« Je concevrais le projet en mettant l'accent sur les différentes composantes relatives à l'implication des hommes, de la communauté aux niveaux institutionnels, voire politiques. Leur soutien doit être assuré de la famille à l'institution. C'est ce que nous nous forçons à faire, mais nous sommes entravés, car les activités sont énormes et le développement des capacités prend du temps. Il me faudrait un an et demi juste pour le développement de la conception et un trimestre pour tester les supports et ensuite démarrer le projet. »**

–Membre du personnel du projet SHOW, Bangladesh

68. Rapport d'assistance technique de Promundo pour le projet SHOW, année 3, Nigeria

Pour soutenir le volet suivi de leurs visites, Promundo a rédigé un questionnaire semi-structuré à l'attention des gestionnaires de projet, des spécialistes en matière d'égalité de genre et d'autres membres clés du personnel et des partenaires du projet. Il s'agissait d'examiner leur expérience et leur compréhension des éléments du pilier relatif à l'implication des hommes de la SEG, de leur demander de partager des changements qu'ils et elles avaient observés au sein de leur communauté, et de partager à mi-parcours les leçons apprises du processus de mise en œuvre. Les citations tirées de leurs entretiens illustrent la diversité des informations recueillies dans les cinq pays du projet SHOW<sup>69</sup>.

Promundo a également observé les séances des Clubs de pères organisées dans les communautés ciblées afin d'obtenir directement des informations sur la manière dont les séances étaient animées et sur l'acceptation et la participation des membres du club. Les principales conclusions et observations de ces activités de suivi ont permis à Promundo d'aider le personnel du projet SHOW à résoudre des problèmes tels que la fidélité au programme, l'ordre des sessions, l'animation de sessions mixtes lorsque le contexte le permettait et l'utilisation de supports visuels et de matériel de communication pour le changement de comportements.

Des rapports de suivi ont été produits pour chaque pays, comprenant un ensemble complet de recommandations visant à renforcer les activités relatives à l'implication des hommes dans chaque pays, notamment dans le volet d'activités relatif aux Clubs de pères. Ces rapports ont été partagés avec les équipes-pays, et les conclusions et recommandations ont été incluses dans les ateliers annuels de planification des travaux de la quatrième année du projet.

**« [Les membres] pensent que je suis payé et ne me prennent pas au sérieux. Ils pensent que je suis payé pour raconter ces histoires. Ils se demandent pourquoi ils devraient continuer à venir s'ils ne sont pas payés eux aussi [en tant que membres]. »**

– Dirigeant des Clubs de papas, Ghana

**« Pas plus tard que le mois dernier, j'ai vu mon mari poster sur Facebook qu'il avait fait laver des bols par mon premier garçon, avec la légende suivante : « C'est bien d'encourager nos garçons à aider dans la cuisine. » Alors qu'avant, il était toujours contre. C'est un changement majeur. Il essaie de soutenir l'égalité de genre. »**

– Personnel d'une ONG partenaire locale, Ghana

**« Auparavant, les gens rejetaient tous ces programmes parce qu'ici, dans notre société, les gens sont dominés par la religion. Quoi qu'ils fassent, ils veulent que ce soit en accord avec leurs croyances. Ils fuiront donc ces programmes, pensant que le gouvernement ne fait que propager des idées occidentales. Mais s'ils entendent ces mêmes propos de la bouche de chefs religieux, ils se demandent : « oh, est-ce que cela fait partie du Coran? Cela fait-il partie de notre tradition islamique? » Si tel est le cas, ils participeront alors au programme. »**

– Coordinateur de CCC du projet SHOW, Nigeria

**« Le changement le plus significatif dans mon groupe est celui des pères qui ne participaient pas aux tâches ménagères, mais qui, après l'activité « Les heures de la journée », assument la charge des tâches ménagères des femmes et participent plus à celles-ci. Certains pères nous ont dit que leurs femmes sont maintenant heureuses parce qu'ils aident à la maison. Nous ne sommes pas sûrs, cependant, qu'ils aient discuté de la manière de partager les tâches ménagères avec leurs épouses. »**

– Dirigeant des Clubs de pères et ASC, Haïti

69. Toutes les citations proviennent des rapports de suivi de Promundo pour le projet SHOW, année 3

Le suivi des sessions des Clubs de pères au Nigeria et des Écoles des maris au Sénégal a révélé que certains messages liés à la prise de décision et à l'autonomisation des femmes dans le programme soit n'étaient pas transmis soit le langage employé pour encourager le soutien des hommes adoptait plutôt un ton de « protection » ou même de contrôle, perpétuant par inadvertance les normes et stéréotypes liés au genre existants. Dans le cas du Nigeria, les messages étaient paraphrasés : « Nous devrions aller chez le médecin pour savoir quels médicaments elle doit prendre afin de nous assurer qu'elle les prend correctement » ou que « nous devons l'empêcher de soulever des objets lourds. » De cette façon, la promotion de l'engagement des hommes peut en fait réduire le pouvoir de décision individuel des femmes et des filles, ce qui était déjà considéré comme un risque lors de la phase initiale de planification de la mise en œuvre.

Au Sénégal, en raison de retards dans la finalisation de l'approbation du manuel, la mise en œuvre des Écoles des maris s'est déroulée sans inclure le contenu transformateur en matière de genre du manuel des Clubs de pères du projet SHOW. Donc, avec la hausse des connaissances en matière de santé, les hommes ont commencé à assumer un rôle décisionnel dans ce qui, dans certains cas, était auparavant l'un des domaines de décision dominé par les femmes, comme l'allaitement. Pour remédier à cela, les équipes de projet du Nigeria et du Sénégal ont de nouveau insisté sur la nécessité d'une supervision de soutien et d'un renforcement des capacités des animateurs. Au Sénégal, les Écoles des maris ont intégré le contenu transformateur en matière de genre essentiel au manuel, une fois celui-ci approuvé par le ministère de la Santé.

Malgré les différences de mise en œuvre entre les pays, certaines étant mentionnées ici, les Clubs de pères ont fait partie des activités les plus uniformes en termes de mise en œuvre dans le but de soutenir le pilier relatif à l'implication des hommes de la SEG du projet SHOW.



## Impliquer les chefs traditionnels et religieux masculins

L'implication des chefs traditionnels et religieux était essentielle à l'adhésion de la communauté et à des changements durables dans les communautés ciblées<sup>70</sup>, notamment en termes de normes et de comportements sociaux. Les systèmes de croyances et les institutions auxquels adhèrent les chefs traditionnels et religieux influencent fortement les normes et les systèmes de valeurs des communautés, de manière positive ou négative, notamment en ce qui concerne les relations entre les genres et entre les membres de la famille. Les chefs traditionnels et religieux fournissent souvent des conseils spirituels et moraux, mais jouent également le rôle de gardiens des normes, de conseillers de confiance et d'informateurs sur les questions de SMNI/SSR (et sur d'autres sujets). Ils peuvent donc soit être des obstacles au changement social, soit de puissants alliés pour le changement des normes et pratiques communautaires.<sup>71</sup>

Le document technique fondamental utilisé pour soutenir cet important volet d'activités a également été élaboré conjointement avec Promundo, dans le cadre de la série de documents d'orientation technique produits pour le

projet SHOW. Tout comme la Note d'orientation relative à la CCC (voir l'encadré sur la [CCC relative à l'engagement des hommes](#)), ce document est composé d'une série d'outils guidant le personnel du projet à travers une série d'étapes clés pour favoriser l'engagement des hommes :

1. cartographie des chefs traditionnels et religieux;
2. sélection des chefs traditionnels et religieux à cibler;
3. premier contact avec les chefs traditionnels et religieux;
4. atténuation des refus ou des réactions négatives;
5. formation des chefs traditionnels et religieux sur la SMNI/SDSR, l'égalité de genre et l'implication des hommes;
6. implication des chefs traditionnels et religieux dans la promotion de l'engagement des hommes dans la SMNI/SDSR;
7. travail de suivi et d'évaluation avec les chefs traditionnels et religieux; et ;
8. engagement à long terme avec les chefs traditionnels et religieux.



70. Rapport semestriel consolidé du projet SHOW, année 2, page 24

71. Note d'orientation du projet SHOW : travailler avec les chefs traditionnels et religieux pour promouvoir l'implication des hommes dans la SMNI/SSR, page 2

Ces outils forment un guide révélateur et pratique qui aborde les défis et les risques inhérents à l'implication de ces chefs en faveur de l'égalité de genre, ainsi que l'importance qui y est associée :

**« les chefs religieux, en particulier, doivent bénéficier d'alternatives équitables pour contextualiser leurs croyances et remettre en question les pratiques néfastes. Il s'agit notamment de travailler avec eux pour promouvoir des interprétations positives des valeurs spirituelles, confessionnelles et religieuses, qui soutiennent la justice et l'égalité de genre. Les outils qui ancrent la SMNI/SSR et l'égalité de genre dans les textes religieux sont particulièrement utiles, car ceux-ci sont souvent utilisés pour justifier des dynamiques de pouvoir inégalitaires entre les genres au sein des communautés. »**

– Note d'orientation : travailler avec les chefs traditionnels et religieux pour promouvoir l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive

L'orientation fournit du soutien en termes de feuilles de travail relatives aux étapes clés, de suggestions d'adaptation des activités des Clubs de pères pour les chefs traditionnels et religieux, ainsi que d'une liste exhaustive de ressources supplémentaires.

Les chefs traditionnels et religieux ont été impliqués dès le début du projet et ont bénéficié d'une session d'orientation, généralement d'une journée, pour leur présenter le projet et récolter leur soutien. Les chefs traditionnels et religieux ont participé à d'autres activités du projet. Ils étaient par exemple souvent membres ou animateurs des Clubs de pères ou des Écoles des maris, soutenaient des groupes d'adolescent(e)s et étaient impliqués dans les mécanismes de gouvernance des communautés locales, tels que les CSC. Également au Bangladesh, les chefs traditionnels et religieux étaient membres des groupes « d'Acteurs de changement » du projet, composés des leaders communautaires féminins et masculins, tels que l'élite locale, des élus, des travailleurs sociaux et des guérisseurs traditionnels. Au Ghana, ces chefs étaient des religieux (pasteurs et imams) ou des responsables traditionnels et communautaires (herboristes, accoucheuses

traditionnelles, Queen Mothers, chefs et anciens). La plupart des chefs identifiés et mobilisés dans chaque pays étaient des hommes et, comme pour la plupart des messages de ce pilier, le projet s'est servi de la santé comme premier pas vers la diffusion de messages transformateurs en matière de genre sur l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes et des filles.

Bien qu'aucun défi spécifique, tel que des réactions négatives ou une opposition de la part des chefs traditionnels et religieux, n'ait été noté dans un pays au cours de la mise en œuvre du projet SHOW, quelques leçons notables ayant contribué à la bonne mise en œuvre de ce pilier d'activités ont pu être tirées, notamment : **1) un travail de fond approfondi et systématique doit être effectué en termes de compréhension des croyances et valeurs traditionnelles et religieuses fondamentales avant d'impliquer ces parties prenantes.** Ceci est important pour garantir, dès le départ, l'acceptabilité et l'implication productive et pour éliminer toute perception de menace potentielle par ces parties prenantes. Les sujets plus sensibles, tels que la violence basée sur le genre ou les relations de pouvoir basées sur le genre, doivent être introduits progressivement; **2) le renforcement des capacités de réflexion et de participation et le soutien des parties prenantes pour qu'elles adoptent et transmettent les concepts d'égalité de genre sont essentiels et doivent être intégrés au processus d'implication.** Cette approche reconnaît que les chefs traditionnels et religieux font partie et sont les gardiens de structures patriarcales qui doivent être déconstruites avant de pouvoir être mobilisées pour la sensibilisation du public et souligne l'importance de la création conjointe de contenu et de messages qui s'alignent sur leurs systèmes de croyances; **3) le renforcement involontaire du pouvoir existant des chefs traditionnels et religieux, puisqu'ils sont en charge des activités de sensibilisation du public, est un risque réel qui doit être reconnu et atténué tout au long du processus d'implication avec eux.** Un mécanisme important pour cet enjeu consiste à organiser des dialogues périodiques et synchronisés en matière de genre entre ces parties prenantes et les groupes de femmes et d'adolescent(e)s au niveau local. Le projet a utilisé des sessions de réflexion et des dialogues communautaires trimestriels, qui ont rassemblé toutes les parties prenantes sur un pied d'égalité et créé un espace permettant à toutes les voix d'être entendues, notamment grâce à la participation active des groupes de soutien aux femmes dans tous les pays du projet. Ce processus de dialogue a nécessité une organisation continue, vigilante et réfléchie de la part du personnel de Plan International et de ses partenaires, notamment en termes d'arrangements logistiques tels que le choix du lieu, la date de l'événement et la disposition des sièges.

## Travailler avec les chefs religieux au Nigeria

Plan International a travaillé en étroite collaboration avec les chefs religieux de l'État de Sokoto, au Nigeria, pour prodiguer des conseils à d'autres chefs religieux sur la SMNI, la SDRS et l'égalité de genre. À l'aide d'une approche en plusieurs étapes, Plan International a organisé un atelier avec la haute hiérarchie des chefs religieux, masculins et féminins, de différentes écoles de pensée et de sectes islamiques sélectionnées dans l'État de Sokoto pour discuter de la SMNI, de la SDRS et de l'égalité de genre. Grâce à cet atelier, les chefs religieux se sont engagés à diffuser les messages clés du projet auprès des chefs religieux de niveau communautaire et à partager ces messages avec les hommes et les femmes de leurs communautés. À partir de ces discussions, Plan International a créé, en collaboration avec un théologien important de Sokoto, un manuel basé sur le genre sur les « Perspectives islamiques sur les questions relatives à la SMNI » afin de fournir des conseils supplémentaires sur la SMNI aux chefs islamiques de l'État de Sokoto.

Le manuel fournit des informations sur la SMNI et l'égalité de genre, ainsi que des faits marquants du projet SHOW, et montre comment l'égalité de genre dans la SMNI/SSR est compatible avec les enseignements islamiques. Le manuel fait référence à des passages du Coran qui soulignent l'égalité entre les hommes et les femmes. Le manuel est divisé en 8 sections :

1. Perspectives islamiques sur les questions relatives à la santé maternelle et infantile.
2. Le mari courageux est celui qui garantit tous les droits de son épouse.
3. S'occuper d'une femme dans le cadre du continuum de soins de SMNI.
4. Statut de la femme avant l'Islam.
5. Position islamique sur la consultation des femmes dans la prise de décision au sein de la famille.
6. Interdiction des mesures sévères privant une femme de ses droits.
7. Des médicaments appropriés.
8. L'espacement des naissances.

Le manuel a été approuvé et validé par les chefs religieux de différentes sectes islamiques au cours d'un atelier spécial, et également par le ministère d'État de la Santé, le ministère d'État des Affaires relatives aux femmes et à l'enfance, le ministère d'État des Affaires religieuses et l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État de Sokoto. Un événement de lancement a été



*Des représentants du Sultanat de Sokoto et du ministère de la Santé lors de l'événement de lancement*

organisé conjointement avec le Conseil du Sultanat de Sokoto et le commissaire d'État à la Santé pour reconnaître les efforts des chefs religieux ayant contribué à l'élaboration du manuel et pour diffuser le manuel à d'autres chefs religieux.

Ce manuel a été utilisé par plusieurs chefs religieux associés au projet SHOW dans leurs activités communautaires. Les chefs religieux ont utilisé le manuel lors de leurs sermons hebdomadaires du vendredi dans les mosquées, et pour inclure des messages sur l'égalité de genre dans ceux-ci, par exemple sur l'importance de l'espacement des naissances et sur l'implication des hommes. Les chefs religieux ont également utilisé le manuel pour partager des messages sur la SMNI, la SDRS et l'égalité de genre lors d'émissions de radio et d'événements communautaires.

**« À la mosquée, mes adeptes (hommes) et moi discutons librement des différends qu'ils ont avec leurs femmes concernant l'espacement des naissances et les consultations prénatales. Je les encourage à discuter et à planifier l'espacement des naissances avec leurs épouses et à s'intéresser de près à leur santé. »**

– Chef religieux, Nigeria

## Développement des supports et campagnes de CCC

Comme indiqué dans la [Section 3.1](#) portant sur le pilier de l'autonomisation des femmes et des filles de la SEG, la CCC était un volet d'activités central soutenant la réalisation des changements transformateurs en matière de genre du projet SHOW. Les activités de CCC ont utilisé diverses approches dans les cinq pays du projet SHOW, en fonction des modes de communication les plus adaptés, préférés, testés et disponibles pour toucher les populations cibles, à savoir les femmes en âge de procréer, les hommes et les adolescent(e)s. Certains supports ciblés ont été élaborés pour être distribués exclusivement aux hommes et aux garçons (le manuel des Clubs de pères), cependant, la plupart des supports de CCC élaborés dans le cadre du projet SHOW ont été majoritairement reçus par les membres de la communauté, hommes et femmes, de différents âges, et ont donc intégré des messages sur la santé et l'égalité de genre.

Afin de soutenir l'intégration efficace des messages relatifs à l'engagement des hommes, une note d'orientation spécifique sur les messages efficaces de CCC a été développée dans le cadre du partenariat avec Promundo. Cette note d'orientation a été élaborée comme un guide succinct et prêt à l'emploi pour soutenir la mise en œuvre des activités de CCC, notamment l'élaboration des stratégies nationales de telles communications, l'examen des supports existants, l'élaboration de nouveaux supports et la diffusion des messages. En plus de l'élaboration de cette note d'orientation, Promundo s'est également engagé à examiner les supports de CCC du point de vue de l'implication des hommes et dans le but de renforcer les messages, de fournir des commentaires et des idées, et de s'assurer que les messages et les documents ne renforcent pas involontairement les normes néfastes et les stéréotypes liés au genre.

En termes de CCC sur l'engagement des hommes, l'approche du projet consistait à inclure des messages pertinents, basés sur la note d'orientation résumée ci-dessous, dans les dimensions plus larges des supports de CCC, et à aborder des sujets tels que le soutien des hommes en matière de SMNI/SSR, la prise de décision conjointe et la violence basée sur le genre par le biais de messages destinés à un public communautaire plus large. Au Ghana, une série d'affiches a par exemple été conçue spécifiquement dans le but de lutter contre la violence entre partenaires intimes, notamment les violences sexuelles et psychologiques, destinée à



la communauté au sens large et comprenant des informations relatives à l'assistance aux victimes. En Haïti, une série de boîtes à images ou de « cartes-éclair » ont été créées pour être utilisées dans les groupes de mères, lors des visites dans les ménages et dans les discussions communautaires. Au Nigeria, des messages ont également été transmis par textos, en particulier aux Champions masculins et aux chefs traditionnels et religieux. Ces messages comprenaient des informations sanitaires de base liées à la SMNI/SSR, mais concernaient également le soutien et l'implication des hommes ainsi que des messages plus généraux sur l'égalité de genre.

**« Grâce à l'émission de radio d'Al Fayda FM sur le mariage des enfants, j'ai pris conscience des risques encourus par les adolescentes qui se marient avant 18 ans. J'ai demandé à mes camarades de suivre le programme avec moi et, depuis ce jour, nous n'avons manqué aucune séance. »**

– un jeune homme de 17 ans interrogé par le personnel du projet au Sénégal

Outre les documents imprimés et les messages écrits, plusieurs pays ont eu recours à divers moyens de communication. Au Nigeria et au Sénégal, des séries de programmes radio ont été utilisées pour atteindre les adolescent(e)s, les femmes en âge de procréer et les hommes adultes. Au Nigeria, des porte-parole adolescent(e)s ont également été invité(e)s à des émissions de radio pour discuter des questions en matière de SDSR. Suite aux résultats de l'évaluation à mi-parcours ayant mis en évidence le manque de connaissances persistant des hommes en ce qui concerne les signes de danger, l'équipe du Nigeria a développé de nouveaux slogans radio ciblant spécifiquement les connaissances et l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR.

La stratégie de CCC du Bangladesh reposait sur le Théâtre pour le développement pour raconter des histoires (voir l'encadré sur le [Théâtre pour le développement](#)), et la diffusion d'une série de 16 vidéos ([cliquez ici pour accéder à toutes les vidéos](#)) dans les groupes de mères et de pères et lors de séances d'information au sein de la communauté. Une vidéo porte spécifiquement sur l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR, tandis que de nombreux autres scénarios traitent de l'implication des hommes et de la façon dont les rôles basés sur le genre affectent les hommes et les relations. Au Ghana, des documentaires sur les modèles, masculins et féminins, adultes et adolescents, ont été produits pour chaque district. Au cours de la quatrième année du projet, les partenaires, en collaboration avec le Service de santé du Ghana et les groupes de soutien communautaire, ont projeté les documentaires dans les 480 communautés du projet SHOW.

## Supports de CCC sur l'implication des hommes



Une série d'affiches au Ghana porte sur la violence entre partenaires intimes



Des boîtes à images en Haïti intègrent des messages sur la violence basée sur le genre dans le matériel pédagogique relatif à la SMNI



Au Bangladesh, des clips vidéo comprennent des messages sur l'implication des hommes à travers 16 vidéos sur la SMNI/SDSR.



Des cartes-éclair et des supports de soutien pour les sessions de groupe au Sénégal portent sur les rôles basés sur le genre et la santé

## Bonnes pratiques relatives au développement de la CCC sur l'engagement des hommes – Un guide fondé sur des données factuelles

Dans le cadre des projets de SMNI/SDSR, les messages de CCC sur l'engagement des hommes peuvent principalement servir à promouvoir l'implication accrue des hommes à la SMNI/SDSR au niveau individuel, tout en s'efforçant de faire évoluer les normes et les perspectives sociales liées au genre plus générales et en créant un environnement favorable à la contribution des hommes aux questions de santé. De plus, la CCC peut également contribuer à changer les politiques existantes au sein des institutions et des gouvernements : à mesure que de plus en plus d'hommes s'impliquent dans la SMNI/SDSR dans le cadre du projet, ce changement de comportements et de normes commencera à avoir un impact et à générer une demande pour des politiques plus inclusives des hommes en matière de SMNI/SDSR.

La note d'orientation fournit des instructions sur les six étapes du développement de la CCC relative à l'engagement des hommes : 1) Examiner les faits ; 2) Choisir une priorité; 3) Fixer un objectif; 4) Définir le message; 5) Déployer la campagne; 6) Évaluer et adapter. Chaque étape est accompagnée d'une brève introduction, d'une liste de contrôle et d'exemples pratiques. Bien que la note d'orientation est alignée sur les meilleures pratiques en termes de développement de la CCC et d'autres notes similaires<sup>72</sup>, elle est unique dans le sens où elle partage des exemples et des instructions fondés sur des preuves concernant les choses à faire et à ne pas faire en termes de CCC sur l'engagement des hommes. Par exemple, à l'étape 4 (Définir le message), certains des pièges à éviter et des défis relatifs à l'implication des hommes dans l'égalité de genre sont illustrés par des exemples :

**À FAIRE : rester positif.** La négativité est généralement mal vue et peut donner un sentiment de blâme plutôt que d'encouragement. Pour les hommes et les garçons, cela peut se traduire par une réticence commune aux programmes transformateurs en matière de genre. Des suggestions concrètes sont fournies pour éviter les messages négatifs.

**À NE PAS FAIRE : hésiter à mettre en avant les bénéfiques.** Une implication accrue des hommes en matière de SMNI/SSR peut avoir des bénéfices mentaux et physiques pour tout le monde : femmes, hommes, enfants. Les mettre en évidence peut être un facteur de motivation

pour le changement, ou du moins peut souvent servir d'argument valable et bienvenu pour initier une réflexion plus approfondie.

### **À NE PAS FAIRE : renforcer les stéréotypes néfastes.**

Gardez vos objectifs à l'esprit : transformer les relations de pouvoir inégalitaires. Ça peut être amusant de montrer le « papa super-héros » et, parfois, cela a du sens. Le fait de présenter les pères impliqués comme des sauveurs, des héros, des protecteurs ou comme « la solution » peut toutefois renforcer les inégalités de pouvoir.

### **À NE PAS FAIRE : adopter une approche instrumentaliste.**

Il est important de s'assurer que les messages ne demandent pas uniquement aux hommes d'agir de manière à prévenir les dommages ou à améliorer la SMNI/SSR, mais qu'ils remettent également en question les inégalités de genre sous-jacentes. Les messages devraient activement remettre en question ce que cela signifie d'être un homme ou une femme dans la société et remettre en question les normes inégalitaires liées au genre et les déséquilibres de pouvoir.

### **Suggestions pour s'assurer que les messages vont au-delà d'une approche instrumentaliste :**

**Au lieu de :** « Mets un préservatif. »

**Il est préférable de dire :** « Nous avons pris le temps d'examiner nos options. Nous planifions notre famille ensemble et nous nous réjouissons de notre avenir. »

**Au lieu de :** « Emmenez votre femme à l'hôpital si elle présente des signes de danger pendant la grossesse. »

**Il est préférable de dire :** « Capable d'identifier les risques de grossesse, j'ai pu emmener ma femme à l'hôpital quand ils sont apparus. Ensemble, nous veillons à ce que nos enfants naissent de façon sûre et saine. »

72. Par exemple : <https://www.thecompassforsbc.org/how-to-guides/how-design-sbcc-messages>; <https://sbccimplementationkits.org/courses/designing-a-social-and-behavior-change-communication-strategy/>

### 3.3 SERVICES SENSIBLES AU GENRE ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES ADOLESCENT(E)S

L'amélioration de l'offre et la redevabilité des services de SMNI/SSR étaient deux résultats anticipés du projet SHOW. Conformément à la stratégie pour l'égalité de genre du projet, des efforts importants ont été faits pour améliorer la prise en compte de la sexospécificité et des besoins des adolescent(e)s dans les services de SMNI/SSR par le biais d'une approche intégrée et en collaboration avec les gouvernements (ministères de la santé). Les approches et méthodologies utilisées pour renforcer la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s (SABA) par le projet SHOW étaient très similaires dans tous les pays. Ces approches ont été principalement guidées par les notes d'orientation élaborées par Plan International sur les services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s, qui ont influencé toutes les activités visant à renforcer les services SABA. Les guides élaborés par Plan International s'appuient, eux, sur les directives existantes et sur d'autres supports de l'OMS et de Promundo (en particulier pour l'implication des hommes dans les services de santé reproductive, maternelle, néonatale et infantile). Le guide de la prestation de services sensibles au genre de SMNI/SSR explique pourquoi le genre est un facteur clé des résultats en matière de santé, en reliant l'inégalité de genre à chacun des déterminants sociaux de la santé et en montrant comment ils s'entrecroisent, notamment le niveau d'éducation, la position géographique, le statut économique, etc., et la façon dont l'inégalité de genre peut constituer un obstacle majeur à l'accès des femmes aux services de santé ; en illustrant le lien évident entre le genre et chacune des normes de qualité des soins établies; en fournissant une définition pratique de la prestation de services de santé sensible au genre et en donnant des conseils détaillés sur

le continuum de soins de SMNI/SSR, des consultations prénatales aux postnatales, sur la planification familiale et sur les services de référence. De même, le guide de la prestation de services de SDRS adaptés aux besoins des adolescent(e)s s'appuie sur les normes de l'OMS et ajoute une forte dimension transformatrice en matière de genre aux composantes d'accessibilité, de pertinence, de participation, etc. Ces guides fournissent aux utilisateurs et utilisatrices le raisonnement et le contenu nécessaires pour plaider auprès du personnel de planification des services de santé et former les prestataires de santé, avec des exercices pratiques et des listes de contrôle.

#### Définition d'une santé basée sur le genre, notamment la prestation de services de SMNI/SSR :

- Répond aux besoins uniques et spécifiques des femmes et des adolescentes en ce qui concerne l'organisation des services de SMNI/SSR, l'environnement physique et les infrastructures.
- Défend les droits des femmes et des filles, et encourage activement leur autonomisation ainsi que l'autonomie et la prise de décision en matière de santé.
- Reconnaît le rôle vital joué par les partenaires masculins et les pères dans la santé des femmes et des enfants, et encourage et accroît le niveau d'implication active et égalitaire des hommes dans le continuum de soins de SMNI/SSR ainsi que la responsabilité parentale partagée.
- Tient compte de la manière dont les questions de genre peuvent entraîner vulnérabilité, risques et désavantages en tant qu'élément intersectoriel des déterminants sociaux de la santé pouvant affecter la recherche de traitement et la conformité aux traitements et soins nécessaires.
- Intégrée dans les normes fondamentales de qualité des soins.
- Fonde les relations patient(e)-prestataire sur les principes de non-discrimination, de confiance, de respect, d'inclusion et de dignité.



### 3.3.1 CONCEPTION

Le troisième pilier de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW a été conçu pour faire de la prise en compte des sexospécificités et de l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s des services de SMNI/SSR des éléments essentiels de la qualité des soins de santé. En partenariat avec le gouvernement (ministère de la santé) dans chaque pays, les activités de ce pilier ont été conçues pour améliorer la qualité et la disponibilité des services SABA en collaborant avec les prestataires, les administrateurs(trices) et les gestionnaires de la santé, avec les structures de gouvernance sanitaire et les établissements de santé. Plan International a ancré cette stratégie dans les politiques existantes des pays du projet. Ce pilier comportait trois objectifs sous-jacents :

1. renforcer les capacités des prestataires de santé en termes de services SABA;
2. renforcer les capacités des structures de planification, de gouvernance et de supervision des systèmes de santé pour qu'ils intègrent les approches SABA; et
3. rénover les espaces physiques des établissements pour répondre aux besoins des femmes, des partenaires masculins, des adolescentes et des adolescents.

Ces objectifs sous-jacents s'inscrivent dans les objectifs

plus vastes de l'ensemble du projet<sup>73</sup>. Plusieurs activités du projet, relevant des résultats intermédiaires, ont été conçues pour contribuer conjointement au renforcement des systèmes de santé dans les pays participants au projet, sur la base des besoins identifiés lors des évaluations des établissements de santé intégrant globalement une perspective de genre. Cependant, ces activités ne nécessitent pas toutes une intégration substantielle de l'égalité de genre. Par exemple, aucune composante d'égalité de genre n'a été incluse dans la conception des activités axées sur l'achat de médicaments, de fournitures ou d'équipements pour les établissements de santé ou des activités relatives à l'élimination sûre des déchets, comme les fosses à placenta. Les activités conçues pour atteindre les objectifs de ce pilier de la stratégie d'égalité de genre ainsi que les objectifs plus généraux du projet sont décrits ci-dessous :

1. évaluation des établissements de santé;
2. formation des prestataires de santé sur la prestation des services SABA;
3. examen des listes de contrôle et des supports de formation prenant en compte la sexospécificité et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s;
4. supervision de soutien pour la prestation de services SABA;
5. rénovation des établissements de santé; et
6. plaidoyer auprès du gouvernement.



73. Résultat intermédiaire 1300 : diffusion et utilisation accrues des données par le projet, les communautés, les comités de santé, les prestataires de services, les planificateurs et les décideurs



Ces activités ont été conçues pour être mises en œuvre dans cet ordre. L'évaluation des établissements de santé devait fournir des informations à toutes les activités suivantes et a donc été conçue pour être mise en œuvre en premier. De même, la supervision de soutien a été conçue pour être effectuée une fois les prestataires de santé formés à la prestation de services SABA et à toutes les autres formations techniques sur la prestation de services de SMNI/SSR de qualité.

Pour soutenir la mise en œuvre de ces activités, Plan International a développé une série de notes d'orientation sur la prestation de services SABA, couvrant la formation des prestataires de santé et le plaidoyer auprès des gouvernements. Les notes d'orientation visaient également à inclure l'engagement des hommes comme composante clé de la prestation de services sensibles au genre.

Pour ce pilier, un plan global a été élaboré en collaboration avec les ministères de la santé, puis adapté pour répondre aux structures communes et uniques des systèmes de santé des cinq pays où le programme SHOW a été mis en œuvre. Les principales différences dans les conceptions répondent aux différentes structures et nomenclatures existantes dans les systèmes de santé et les ministères de la Santé de chaque pays. Au Nigeria, par exemple, les ASC n'ont pas été ciblés, car leurs responsabilités sont assumées par les volontaires de santé communautaire et les agent(e)s de vulgarisation de santé communautaire (AVSC). Malgré ces légères différences, les approches générales prévues étaient similaires dans chaque pays. Les paragraphes suivants décrivent la conception des différentes activités et indiquent les ajustements prévus pour répondre aux contextes nationaux.

## Évaluation des établissements de santé

Dans le cadre de la conception du projet, il était prévu d'effectuer des évaluations des établissements de santé (EES) de chacun des cinq pays. Les EES devaient endosser le rôle d'analyses de situation supplémentaires afin de fournir des informations contextuelles pour la planification d'activités dans les établissements de santé. Les EES devaient se concentrer sur deux domaines clés de la prestation de services : **la disponibilité** et **l'état de préparation des services** :

- En ce qui concerne **la disponibilité des services**, Plan International prévoyait d'évaluer les structures physiques des établissements de santé et la disponibilité de prestataires de santé formés (tels que les sages-femmes, le personnel infirmier, etc.), jugés essentiels à la prestation de services de SMNI/SSR SABA et de qualité appropriée et aux différents aspects de l'utilisation des services.
- En ce qui concerne **l'état de préparation des services**<sup>74</sup>, Plan International prévoyait d'évaluer la capacité des prestataires de services de santé et des établissements de santé à fournir des services SABA de qualité. Deux aspects de la préparation des services ont été inclus dans la conception des EES. Tout d'abord, les EES doivent s'assurer de la disponibilité des commodités, des équipements et des médicaments de base essentiels dans les établissements de santé. Deuxièmement, les EES sont conçues pour évaluer la capacité des prestataires de services en fonction de leur formation et des protocoles et directives mis à leur disposition.

Il était prévu que les composantes de la prestation de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s soient incluses dans les critères et que les composantes des services soient évaluées dans le cadre de la disponibilité et de la préparation des services. Selon la conception du projet, les EES seraient ensuite utilisées pour adapter les autres activités de ce pilier afin de combler les lacunes dans la prestation de services SABA. Les EES ont également été partagées avec les ministères de la Santé, les autorités locales et les CSC afin de soutenir la planification et d'encourager de nouveaux investissements dans les capacités des services SABA.

74. *L'état de préparation de service spécifique renvoie à la capacité des établissements de santé à offrir un service spécifique et à leur capacité à fournir ces services en tenant compte des éléments de suivi tels que : le personnel formé, la disponibilité des protocoles et des directives de traitement, l'équipement, les médicaments et les produits spécifiques et les capacités de diagnostic spécifiques.*

## Formation des prestataires de santé

Le projet SHOW visait à améliorer la disponibilité et la qualité des services fournis dans les établissements de santé, y compris les services de référence<sup>75</sup>, et le troisième pilier de la stratégie pour l'égalité de genre visait, lui, à améliorer le degré de prise en compte de la sexospécificité et d'adaptation aux besoins des adolescent(e)s de ces services. Un élément clé de l'accomplissement de cet objectif était la formation des prestataires de santé des établissements et des communautés sur la prestation de services de SMNI/SSR SABA, ainsi que sur les services de référence associés. Cette approche comprenait également la formation du personnel des systèmes de santé, responsable du suivi et de la gouvernance, tels que les comités de santé communautaire, les superviseur(e)s et les fonctionnaires.

La conception du projet a séparé la formation pour les ASC, les prestataires de services et les superviseur(e)s basés dans les établissements, et les membres des CSC. Bien que ces approches soient très similaires, chacune a été adaptée pour répondre aux besoins et aux mandats de chaque groupe.

L'approche de formation des ASC a été utilisée pour former les volontaires de santé communautaire et les agent(e)s de vulgarisation de santé communautaire au Nigeria. Au Sénégal, la même formation a été dispensée aux ASC et aux organisations communautaires, ces dernières

étant responsables de la sensibilisation aux pratiques et comportements sains, et les ASC étant responsables de la prévention des maladies. La formation des ASC, des volontaires de santé communautaire, des agent(e)s de vulgarisation de santé communautaire et des organisations communautaires suivait les étapes suivantes :

1. examiner le programme existant de formation des ASC d'un point de vue SABA;
2. développement de nouveaux supports de formation ou adaptation de ceux existants pour inclure des sujets liés à l'égalité de genre, tels que la compréhension des obstacles liés au genre dans la santé, la SDSR, la SDSRA, le mariage précoce et forcé des enfants, la violence basée sur le genre et l'engagement des hommes, afin d'améliorer les activités de sensibilisation des ASC;
3. développement d'outils de travail supplémentaires, spécifiquement pour les ASC, sur des sujets liés à l'égalité de genre, notamment des supports de conseil supplémentaires sur l'égalité de genre, l'engagement des hommes et la SMNI/SDSR (cela inclut les boîtes à images pour le Sénégal et Haïti); et
4. formation des ASC au programme de prestation de services SABA et sur les outils de travail nouveaux ou adaptés.

Le même processus décrit ci-dessus a été appliqué à la formation des prestataires de santé en établissement. Une composante essentielle de cette dernière était la formation de maîtres formateurs(trices) (appelés bassin de formateurs(trices) au Bangladesh et en Haïti), afin de permettre la diffusion ultérieure des formations, de créer un groupe de formateurs(trices) pouvant former d'autres prestataires de santé en dehors du cadre du projet, et pouvant être appelés pour mener des formations de suivi ou de remise à niveau.

Bien que la formation des ASC et des prestataires de santé en établissement a suivi un plan similaire dans chacun des cinq pays du SHOW, quelques initiatives spécifiques au contexte national dans la conception du projet peuvent être notées :

- Au Ghana, au Nigeria, au Sénégal et dans le cadre des formations sur la prestation de services SABA, le projet prévoyait d'ajouter une formation sur la manière de répondre aux questions d'égalité de genre, telles que la violence basée sur le genre et le mariage précoce et forcé des enfants, au sein des établissements de santé.



75. Services nécessaires au transfert des patient(e)s de la communauté vers l'établissement, et au transfert entre deux établissements, notamment en cas d'urgence sanitaire.

- Au Bangladesh et au Ghana, des prix et une reconnaissance spéciale étaient prévus pour les établissements de santé fournissant les services SABA de la plus haute qualité afin d'inciter les prestataires de santé à intégrer pleinement les nouvelles pratiques et normes SABA.

En ce qui concerne les références, des formations supplémentaires ont été prévues au Ghana et au Bangladesh pour les opérateurs des mécanismes de références au niveau communautaire. Au Ghana, l'inclusion du système communautaire de transport d'urgence (SCTU) dans la chaîne de référence communautaire a entraîné la planification d'une formation sur les systèmes de référence basés sur le genre en matière de SMNI/SSR pour les chauffeurs du SCTU. De même, une formation a été prévue pour les conducteurs de rickshaw d'urgence au Bangladesh et les chauffeurs de taxi au Nigeria.

En ce qui concerne la gestion et la gouvernance, le projet prévoyait également la formation des CSC à la prestation de services SABA. Dans le cadre des efforts visant à renforcer la capacité générale des CSC, cette formation portait sur les thèmes du leadership, de la gouvernance inclusive, de la planification des actions, de la mobilisation des ressources, ainsi que sur des sujets tels que l'égalité de genre, la SMNI et la SDSR<sup>76</sup>. Des formations pour les représentant(e)s du ministère de la Santé et d'autres fonctionnaires concernés sur la prestation de services SABA ont également été prévues, afin de renforcer l'intégration nationale des normes relatives à la prestation de services SABA et d'améliorer le suivi et la supervision de la prestation de ces services. Dans tous les pays, il était également prévu de former les ministères et départements de la Femme et du Genre sur les services SABA. Le but était de favoriser la collaboration interministérielle en vue de la mise en œuvre des engagements nationaux en matière d'égalité de genre dans le domaine de la santé.

### Système communautaire de transport d'urgence (SCTU)

Le système communautaire de transport d'urgence (SCTU) du Ghana est composé d'un réseau de conducteurs d'automobiles, de bateaux et de motos qui transportent des femmes, des adolescentes, et des enfants vers les établissements de santé, contribuant ainsi à la réduction de la deuxième barrière (transport vers l'établissement de santé). La plupart des femmes ont utilisé les fonds des AVEC pour payer les frais de service ou le carburant des bateaux, des tricycles et des motos. Les chauffeurs ont fourni leurs numéros de téléphone aux prestataires de santé et aux ASC, qui peuvent ensuite les transmettre aux femmes et aux enfants vulnérables. Le SCTU est particulièrement utile dans les cas d'urgence. Le réseau a été engagé par le projet SHOW pour appuyer les références. Le projet a dispensé une formation aux conducteurs du SCTU sur les sujets suivants :

- premiers secours;
- compréhension des obstacles liés au genre à l'accès aux soins de santé;
- importance de l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR; et
- références adaptées au genre et aux besoins des adolescent(e)s.

En particulier, les chauffeurs ont été fortement encouragés à pouvoir accueillir un membre de la famille lors des urgences de SMNI/SSR, de sorte que les femmes et les filles puissent bénéficier du soutien dont elles ont besoin.



76. Les activités avec les CSC préoyaient également d'examiner l'inclusion des femmes. Ces activités sont décrites à la Section 3.1.

## Supervision de soutien

L'objectif de la supervision de soutien était de fournir aux agent(e)s de santé une assistance supplémentaire sur la manière d'intégrer les composantes SABA dans leurs pratiques de prestation de services de routine. C'est un processus de routine qui contribue au suivi et à la gouvernance du système de santé et qui est particulièrement utile dans le cadre du suivi de la formation. Dans le cadre du projet SHOW, la supervision de soutien devait encourager les superviseur(e)s et les prestataires de santé à examiner ensemble la manière dont leurs services répondaient aux normes de qualité SABA et les améliorations à apporter. Elle a été définie comme un outil de suivi essentiel des nombreuses formations prévues pour renforcer les capacités des prestataires de santé en matière de services SABA.

Pour faciliter le processus de supervision de soutien des services SABA, les activités suivantes ont été ajoutées à la conception du projet :

- révision des outils de supervision existants et, si nécessaire, développement d'outils supplémentaires, afin de garantir l'intégration des critères relatifs à la prestation de services SABA;
- formation des superviseur(e)s sur la prestation de services SABA;
- révision des protocoles de gestion des cliniques et, si nécessaire, développement de protocoles supplémentaires, afin de s'assurer que les prestataires de santé et leurs superviseur(e)s disposent des outils et des conseils appropriés pour favoriser la prestation de services SABA de qualité; et
- visites conjointes de supervision de soutien avec des représentant(e)s des ministères de la Santé afin de mieux faire connaître les concepts, les pratiques et les outils de prestation de services SABA.

## Rénovation et acquisition d'équipements

Conformément aux résultats des EES, la rénovation des établissements de santé et l'achat d'équipements ont été prévus dans les activités des différents pays du projet SHOW. La plupart de ces activités étaient spécifiquement axées sur les équipements médicaux essentiels et les fournitures médicales primordiales. Toutefois, la conception du projet prévoyait également l'achat d'équipements et la rénovation des établissements dans le but de répondre aux normes d'élimination des déchets, aux besoins des patientes en matière d'intimité et de confidentialité et pour garantir leur dignité pendant les consultations et les traitements, ainsi que pour assurer des espaces adéquats permettant aux femmes d'être accompagnées d'un partenaire masculin. La construction ou la rénovation d'espaces conviviaux pour les jeunes et les adolescent(e)s dans certains établissements sélectionnés était également prévue dans le cadre du projet SHOW. La stratégie d'égalité de genre prévoyait l'examen des plans de ces espaces conviviaux pour les jeunes et les adolescent(e)s afin qu'ils prennent en compte la sexospécificité ainsi que l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s. Dans tous les pays SHOW, le projet prévoyait également le développement de supports d'IEC sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s, à utiliser dans les espaces réservés aux adolescent(e)s.



Tiles work at delivery room, Chengi

## Plaidoyer auprès des gouvernements

Dans les cinq pays du projet SHOW, les ministères de la Santé, ainsi que les ministères du Genre et/ou des Affaires relatives aux femmes, étaient des partenaires clés pour toutes les activités destinées à renforcer la disponibilité et la prestation des services de SMNI/SSR. Dans le cadre de la conception du troisième pilier de la stratégie d'égalité de genre, plusieurs opportunités de plaidoyer et de partenariat sur la prestation de services SABA ont été identifiées. Comme indiqué précédemment, ce pilier de la stratégie a été conçu pour refléter les politiques nationales existantes sur la prestation de services SABA dans les cinq pays. De plus, dans le cadre de la conception des formations sur la prestation de services SABA, le projet SHOW a diffusé les politiques existantes pendant les formations des ASC, des prestataires de santé et des CSC, en partenariat avec les ministères de la Santé, du Genre et des Affaires relatives aux femmes. Les plans pour les examens des supports comprenaient également la conduite de processus participatifs pour ces examens, basés sur des consultations et des réunions avec des représentant(e)s des ministères de la Santé, du Genre et des Affaires relatives aux femmes. De même, des consultations et des réunions étaient prévues pour examiner les nouveaux supports à développer par Plan International sur la prestation de services SABA.

Des réunions et un plaidoyer réguliers, centrés sur la prestation de services SABA avec les ministères de la Santé, du Genre et des Affaires relatives aux femmes, étaient prévus dans le cadre de ce pilier. Des réunions, des ateliers et d'autres opportunités de plaidoyer devaient être utilisés pour collaborer avec les représentants locaux, régionaux et nationaux des ministères de la Santé afin d'introduire une budgétisation et une planification adaptées au genre et aux besoins des adolescent(e)s des services de santé. Les activités de plaidoyer avaient également pour but d'assurer la pérennité de l'intégration des concepts SABA aux formations, directives et protocoles de prestation de services réalisés dans le cadre du projet et leur appropriation par les ministères de la Santé de chaque pays, et donc leur intégration dans les plans nationaux de pérennisation des interventions du projet SHOW. Des réunions et des plans spécifiques ont également été élaborés pour mener des actions de plaidoyer en faveur des politiques d'orientation SABA, les protocoles étant signés par les ministères de la Santé. Enfin, le projet prévoyait un plaidoyer auprès du gouvernement en faveur de l'utilisation de données désagrégées par sexe et par âge, et d'encourager le ministère à désagréger les données au niveau de



l'établissement de santé pour une planification plus adaptée au genre et aux besoins des adolescent(e)s des services de SMNI/SSR.

La conception du projet incluait également certains objectifs nationaux spécifiques pour ces activités de plaidoyer, tels que :

- Au Ghana, les réunions de plaidoyer ont été identifiées comme des occasions de créer des synergies entre différents départements du ministère de la Santé, avec le ministère des Affaires relatives aux femmes et avec d'autres ONG travaillant au renforcement des services de santé.
- En Haïti, les activités de plaidoyer visaient également à assurer la prise en compte de la dimension genre dans les outils de collecte et de gestion des données utilisés par le ministère de la Santé, et à plaider en faveur du développement de directives nationales relatives à la prestation de services SABA.
- Au Sénégal, des opportunités de plaidoyer ont été intégrées dans les plans du projet où Plan International pourrait contribuer au développement du nouveau programme de SSRA, « Construire son Avenir », du ministère de la Santé.



### 3.3.2 MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre des activités visant à améliorer la prise en compte de la perspective genre et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s des services de SMNI/SSR est en grande partie conforme à la conception initiale du projet SHOW. Dans le cadre de la mise en œuvre de ce pilier, un accent plus important a été mis sur la formation des prestataires de services de santé à la prise en compte du genre et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s. Par ailleurs, de nombreuses autres activités mises en œuvre ont soutenu, directement ou indirectement, celles axées sur la formation : la supervision de soutien visait à garantir que ce qui avait été transmis lors des formations était mis en pratique; l'évaluation des établissements de santé a été utilisée pour déterminer où se trouvaient les lacunes en matière de formation; les rénovations étaient axées sur la manière dont les prestataires de santé pouvaient disposer d'environnements propices à la mise en pratique des apprentissages de la formation; et une grande partie du plaidoyer du gouvernement a été consacrée à l'intégration des concepts SABA dans les supports nationaux de formation des prestataires de santé.

#### Évaluation des établissements de santé (EES)

Des évaluations des établissements de santé ont été réalisées dans les cinq pays du projet SHOW. Dans chaque pays, plusieurs établissements de santé situés dans les zones géographiques ciblées par le programme SHOW ont été inclus dans les EES menées dans ce pays. Celles-ci ont été menées en collaboration avec les ministères de la Santé et les autorités locales. Comme prévu dans la conception, les EES récoltaient des informations pour vérifier le niveau de disponibilité des services et l'état de préparation des établissements à fournir des services. Plan International a développé un ensemble standard d'enquêtes et de questionnaires pour les EES du projet SHOW. Tous les éléments de cet

ensemble comprenaient des questions pour évaluer le statut de la prestation de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s dans les établissements de santé interrogés.

Les EES ont permis de fournir des informations clés sur les secteurs des établissements de santé ne répondant pas aux besoins des femmes, des adolescentes, des adolescents et des hommes. Les EES portaient par exemple sur la disponibilité de latrines sûres, séparées pour les hommes et les femmes, dans les établissements de santé, de zones d'attente appropriées pour les femmes, d'espaces mis à disposition et d'informations fournies aux partenaires masculins, et de zones de consultation et de traitement pouvant satisfaire les besoins d'intimité et de confidentialité des patient(e)s. Les EES ont également identifié les domaines où les capacités des prestataires de santé étaient les plus faibles en termes de prestation de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s, comme la formation sur l'égalité de genre et la disponibilité de directives sur les services sensibles au genre et/ou adaptés aux besoins des adolescent(e)s.

Dans chacun des cinq pays, les résultats des EES ont été utilisés pour affiner la conception des formations des prestataires de services initiées par le projet afin d'améliorer la prise en compte du genre et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s dans les services de SMNI/SSR. Ces évaluations ont également permis d'élaborer les listes d'équipements et les plans de construction ou de rénovation dans chacun des pays du projet. Des équipements tels que des cloisons d'intimité et des chaises supplémentaires pour les partenaires masculins dans les salles de consultation ont été inclus grâce aux résultats des EES. Les plans de construction et/ou de rénovation des espaces conviviaux pour les jeunes et les adolescent(e)s sont également dus aux conclusions des EES. Reconnaisant que le projet ne pouvait pas répondre à toutes les lacunes identifiées

dans tous les établissements évalués, les EES ont également été utilisées comme un outil pour faire du plaidoyer et travailler davantage avec les ministères de la Santé et les autorités locales pour continuer à investir et à renforcer les capacités de prestation de services SABA.

## Formation des prestataires de santé

De nombreuses activités et ressources du projet ont été consacrées au renforcement des capacités des prestataires de services de santé, tant ceux et celles travaillant au niveau communautaire que ceux et celles pratiquant dans les établissements de santé. Plan International a intégré des conseils sur la prestation de services SABA dans le cadre de presque toutes les formations destinées aux prestataires de santé.

### 1. Examiner le support de formation et les outils d'IEC et de CCC existants

Avant de former les ASC, ainsi que les autres volontaires et agents de santé communautaire, Plan International a passé en revue les supports de formation des ASC et les outils d'IEC et de CCC existant dans les cinq pays. Cet examen avait pour but de déterminer si les dimensions de genre étaient prises en compte dans les ressources disponibles, de repérer les lacunes et de développer des supports additionnels. Plan International a donné la priorité à l'examen des supports utilisés par les ASC lors des visites dans les ménages et d'autres activités de sensibilisation de la communauté axées sur la SMNI/SDSR. Les supports de formation ont été examinés afin de pouvoir évaluer l'intégration existante des questions d'égalité de genre et de SDSRA. L'examen des supports de formation et des ressources d'IEC et de CCC s'est penché aussi sur l'engagement des

hommes dans la SMNI/SDSR. Dans l'ensemble des pays, le contenu relatif à l'égalité de genre n'était pas intégré dans l'ensemble du matériel existant, ni même en tant que message indépendant. Le projet SHOW s'est appuyé sur tous les supports de formation existants, notamment ceux approuvés par le gouvernement, et leur a ajouté de la valeur en intégrant la dimension genre à l'ensemble de ces supports, afin de favoriser l'adhésion du gouvernement au contenu supplémentaire et à la durabilité.

### 2. Développement de nouveaux supports de formation ou adaptation de ceux existants

Reconnaissant que la promotion de la santé auprès des femmes et des adolescentes ne peut être isolée des barrières liées au genre, la formation des ASC sur les questions liées à l'égalité de genre était prioritaire. Les ASC, comme indiqué précédemment, ont joué un rôle essentiel dans le projet SHOW en diffusant des messages clés sur la santé et l'égalité de genre aux bénéficiaires du projet. Plan International a développé le programme « Promouvoir l'égalité de genre dans l'éducation sur la SMNI/SSR : guide du renforcement des capacités des agent(e)s de santé communautaire » au début du projet pour soutenir le développement de nouveaux supports de formation et/ou l'adaptation de ceux existants sur l'égalité de genre et la prestation de services SABA destinés aux ASC. L'objectif de ce document était de fournir au personnel du projet dans les bureaux nationaux un manuel de formation sur les questions d'égalité de genre liées à la SMNI/SSR, en complément des autres formations axées sur la santé dispensées aux ASC. Comme de nombreux ASC collaborant avec le projet avaient déjà reçu une formation de base, les formations dispensées par le SHOW se sont concentrées sur le développement de nouvelles capacités, relatives notamment à l'égalité de genre et à la prestation de services SABA.

En Haïti, le projet a par exemple engagé des ASC supplémentaires et les a entièrement formés à l'aide des supports de formation des ASC issus du ministère de la Santé. De plus, un consultant externe, avec le soutien de Plan International, a élaboré un programme complet sur l'égalité de genre et la SDSR à dispenser aux ASC après leur formation standard. Ce programme a été conçu pour couvrir un large éventail de questions relatives à l'égalité de genre et à la SDSR, et pour donner aux ASC la capacité de partager des informations et de discuter de ces questions avec les femmes, les hommes, les adolescentes et les adolescents. Il a également été développé spécifiquement pour renforcer la capacité des ASC à animer des discussions relatives à de tels sujets avec les Clubs de mères et les Clubs de pères.



### 3. Développement de supports d'IEC et de CCC supplémentaires

Comme indiqué dans les sections relatives aux piliers 1 et 2 ci-dessus, une série de supports d'IEC et de CCC ont été développés pour promouvoir et diffuser des messages clés. La plupart des supports d'IEC et de CCC ont été développés (ou adaptés) par le projet en vue d'être utilisés par les ASC, car ils sont les principaux acteurs responsables du partage des messages de santé clés lors des visites dans les ménages et des activités de sensibilisation de la communauté. Par exemple, les boîtes à images en Haïti ont été conçues et développées spécifiquement pour le travail des ASC et réutilisées pour d'autres activités de CCC. Les clips vidéo développés au Bangladesh avaient également une conception similaire, répondant aux besoins des ASC et pouvant également être réutilisés pour d'autres activités de CCC. Des supports supplémentaires ont également été élaborés plus tard dans le projet, afin d'accompagner les formations additionnelles sur des services spécifiques, tels que la planification familiale et la prévention des IST. Par exemple, des cartes de conseil supplémentaires sur la planification familiale ont été développées pour les volontaires de santé communautaire au Nigeria.

### 4. Formation des ASCs

Dans chacun des cinq pays, les ASC ont reçu une formation supplémentaire sur l'égalité de genre et la prestation de services SABA. Au Bangladesh, au Ghana, au Sénégal et au Nigeria, cette formation a été dispensée aux ASC **dans le cadre de leur formation générale** au projet. Au Bangladesh, elle portait également sur l'utilisation des nouveaux clips vidéo de CCC. En Haïti, les ASC ont été **formés aux questions d'égalité de genre et aux services SABA lors de formations distinctes**, une fois leur formation initiale d'ASC terminée avec succès. Dans les cinq pays, la formation relative aux questions d'égalité de genre et à la prestation des services SABA a été dirigée par le personnel de Plan International chargé de l'égalité de genre. En termes d'efficacité et de modalités de formation, qu'il s'agisse d'une partie intégrante de la



formation globale des ASC ou d'une formation distincte, aucune différence majeure n'a été constatée dans la capacité des ASC à comprendre le lien entre l'inégalité de genre et les résultats de santé, à reconnaître les obstacles liés au genre rencontrés par les femmes et les adolescentes pour solliciter des services de santé et l'importance d'impliquer les hommes dans leur travail de sensibilisation sur la santé.

À la suite des formations initiales des ASC dans les cinq pays, des formations supplémentaires sur l'égalité de genre et les services SABA, ainsi que des formations de remise à niveau, ont également été dispensées au cas par cas, en fonction des faits observés pendant la supervision de soutien, des commentaires émis pendant les réunions de réflexion trimestrielles dans les communautés et des commentaires propres aux ASC, fournis tout au long du projet. Par exemple, en Haïti, une formation supplémentaire sur la SDSRA, comprenant des techniques de sensibilisation spécifiques à cette dernière, a été mise en place pour les ASC.

**« Grâce à cette formation, le concept d'égalité de genre et de protection de l'enfance est clair pour nous. Je pense que les enseignements de cette formation m'aideront à modifier mon attitude et mes comportements afin d'assurer la protection des enfants et l'égalité de genre. Aujourd'hui, j'intègre avec confiance l'égalité de genre dans les messages de SMNI ciblant l'autonomisation des femmes et l'implication des hommes au niveau de la communauté, notamment au cours des visites dans les ménages et des campagnes de CCC. »**

– Femme ASC, Bangladesh

## FORMATION DES PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ EN ÉTABLISSEMENT

Tout comme celles dispensées aux ASC, les formations des prestataires de services de santé en établissement avaient une approche très linéaire. Cette série de formations pour les prestataires de santé portait sur plusieurs services spécifiques, tels que les soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONUB), la prise en charge intégrée des maladies néonatales et infantiles, les services d'orientation en matière de SMNI/SSR, les soins post-avortement, la prévention et le traitement des IST et la planification familiale. La prestation de services SABA a également été intégrée dans les formations sur des services spécifiques afin de renforcer la capacité des prestataires de services à ce sujet. La séquence d'étapes décrite à la section Conception a été répétée au cours des différentes formations du projet SHOW dispensées aux prestataires de santé, afin d'améliorer leurs capacités à fournir des services SABA de SMNI/SSR.

Plan International a examiné tous les supports de formation utilisés par les ministères de la Santé dans chacun des cinq pays. L'un des objectifs de ces examens était de déterminer dans quelle mesure les supports de formation intégraient les concepts SABA dans les conseils donnés aux prestataires de santé. Les lacunes identifiées dans les matériels de formation en termes de services SABA ont par la suite été comblées dans les nouveaux supports développés ou dans ceux adaptés pour le projet SHOW.

Comme indiqué ci-dessus, Plan International a élaboré deux **documents d'orientation**<sup>77</sup> pour assister l'adaptation des supports de formation sur la prestation de services SABA. Une note d'orientation était conçue spécifiquement pour porter sur la prestation de services sensibles au genre et l'autre sur la prestation de services adaptés aux besoins des adolescent(e)s intégrant le genre. Ces deux notes d'orientation indiquent les caractéristiques nécessaires à une prestation de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s. Elles fournissent également des instructions pratiques sur la manière de dispenser des formations sur les services SABA aux prestataires de santé. Ces notes d'orientation ont été largement utilisées dans les cinq pays afin de développer le contenu et le matériel de formation SABA destinés aux prestataires de santé. Les listes de contrôle incluses dans les notes d'orientation SABA ont elles aussi été fréquemment présentées aux prestataires de santé lors des formations.

77. Lien à inclure dans la [Section 5: SHOW legacy document](#)



« La formation à la SDSA et les notes d'orientation du projet SHOW m'ont appris à fournir des services aux adolescentes; de plus en plus d'entre elles sollicitent les services de mon centre de santé. Je suis très reconnaissant pour cette formation. »

– Prestataire de santé, Bangladesh

Comme la grande majorité des **supports de formation** destinés aux prestataires de santé étaient des programmes gouvernementaux, il n'y avait que peu d'opportunités pour intégrer directement la prestation de services SABA dans les programmes existants. La plupart des formations comprenaient un créneau supplémentaire, consacré à la prestation de services SABA, ajouté à la formation déjà dispensée sur un domaine de service spécifique. La durée des créneaux supplémentaires variait. Dans certains cas, une journée supplémentaire était consacrée à la prestation de services SABA, parfois seulement quelques heures, dans le cadre d'une formation plus large. Ces sessions de formation supplémentaires sur les services SABA se sont concentrées sur la socialisation de genre, les intersections entre le genre et les déterminants sociaux de la santé, l'influence du genre sur la SMNI/SSR, le genre en tant que composante essentielle de la qualité des soins et les éléments relatifs à la prestation de services SABA dans le continuum de soins de SMNI/SSR.

Étant donné que le projet SHOW n'était pas en mesure d'uniformiser la durée des formations sur les services SABA destinées aux prestataires de santé basés dans les établissements des différents pays, représentant un défi du point de vue de l'optimisation de l'intensité et de la profondeur de la formation, le projet a décidé de s'adapter et d'optimiser le temps accordé par les gouvernements en se concentrant sur les modules de base, tels que la compréhension des liens entre genre et déterminants sociaux de la santé, le genre en tant que composante essentielle de la qualité des soins et l'application pratique des éléments relatifs à la prestation de services SABA dans le continuum de soins de SMNI/SSR. Ces formations étaient accompagnées de matériel de lecture et de listes de contrôle pratiques pour les prestataires de santé et contrôlées lors des supervisions de soutien et de fourniture d'outils de travail. Les principales conclusions, relatives à tous les projets, sont les suivantes : 1) Il est difficile d'influencer la durée approuvée des formations sur les services SABA, et ce, pour de nombreuses raisons, allant du scepticisme quant à leur pertinence pour les prestataires de santé jusqu'à la volonté d'éviter d'éloigner les prestataires de santé de leur travail, indépendamment de l'adhésion initiale des gouvernements. Il est donc important que la durée de la formation soit flexible, pour tirer parti des opportunités, et suivie au moyen d'une supervision de soutien, d'un apprentissage entre pairs ainsi que de mécanismes de responsabilité, tels que les CSC. 2) Il est tout aussi difficile d'intégrer du contenu SABA dans les programmes de formation gouvernementaux destinés



aux prestataires de santé. Il est donc essentiel que le contenu soit lié, directement et concrètement, au travail des prestataires de santé, aux normes sanitaires ainsi qu'aux engagements nationaux en matière d'égalité de genre dans le domaine de la santé, et qu'il fasse l'objet d'un suivi rigoureux afin de fournir aux gouvernements des preuves de l'efficacité de la prestation de services SABA et d'un plaidoyer continu auprès des ministères de la Santé, des Affaires relatives aux femmes et du Genre en faveur de leur investissement dans la prestation de services SABA.

Bien que l'intégration de contenu SABA dans la formation gouvernementale existante des prestataires de santé a été un défi, il existe quelques exceptions notables<sup>78</sup> où les ministères de la Santé se sont montrés favorables à des révisions plus approfondies de ces programmes,

## Formation des prestataires de soins de santé sur la gestion de la violence basée sur le genre

En Haïti, Plan International a aidé le ministère de la Santé à dispenser une formation sur la gestion de la violence basée sur le genre aux prestataires de santé\*. Les prestataires de santé ont été formés sur la manière de fournir des services aux survivant(e)s de violences basées sur le genre, en particulier de violences sexuelles.

Cette formation donnait des renseignements sur :

- les normes sociales qui contribuent à la violence basée sur le genre;
- la manière de fournir des services sexospécifiques aux survivant(e)s de violence basée sur le genre;
- la sauvegarde et la protection de l'enfance; et
- les services pour les survivant(e)s de violences sexuelles (soutien psychosocial, prévention des IST et du VIH, prévention des grossesses non désirées et mise en relation avec les systèmes de police et de justice).

Après cette formation, chaque prestataire a reçu pour sa structure sanitaire des protocoles de réponse à la violence basée sur le genre, des exemples de certificats médicaux et les coordonnées des institutions de réponse à ce type de violence de leur région.

\* Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 4

78. Les autres occasions où Plan International a été en mesure d'apporter des changements significatifs aux programmes de formation gouvernementaux pour intégrer la prestation de services SABA sont mentionnées à la section Plaidoyer auprès des gouvernements.

et où Plan International a été en mesure d'apporter des changements significatifs aux matériels de formation, afin d'intégrer les concepts SABA directement dans les directives nationales relatives à la prestation de services. Par exemple, au Nigeria, Plan International a collaboré avec le gouvernement fédéral pour revoir ou modifier le contenu de la formation sur les « compétences pour sauver des vies » en « compétences pour sauver des vies modifiées » destinée aux agent(e)s de vulgarisation de santé communautaire et pour développer un nouveau manuel de formation sur les services de planification familiale, intégrant les concepts SABA. Des formations sur les services de SSR des adolescent(e)s ont été dispensées au Nigeria, au Ghana et au Bangladesh. Elles étaient principalement axées sur le renforcement des capacités d'adaptation aux besoins des adolescent(e)s des prestataires de santé et sur la façon de prendre en compte le genre dans les services de santé pour adolescent(e)s.

« Je conseille [maintenant] les personnes sollicitant des services de santé de l'UH&FWC. Je leur dis de ne pas faire de discrimination entre filles et garçons, de respecter la vie privée des patient(e)s. Je donne également des conseils aux conjoints pour qu'ils puissent assumer la lourde charge de travail pendant la grossesse et garantir le repos et le sommeil de leur femme. »

– Prestataire de santé, Bangladesh

Une **approche en cascade** a été utilisée pour la majorité des formations destinées aux prestataires de services de santé : les formateurs(trices) étaient formé(e)s au contenu et ensuite chargé(e)s de transmettre les connaissances aux prestataires de services de santé. Plusieurs parties des formations aux services SABA ont été animées par le personnel de Plan International travaillant sur le projet SHOW. En Haïti et au Bangladesh, les formateurs(trices) ont également assumé des rôles de mentors et ont conduit la supervision de soutien auprès des prestataires de santé une fois les formations terminées. La plupart des formations utilisaient également les sessions sur les services SABA pour discuter avec les prestataires de santé des actions pouvant être entreprises pour rendre les espaces physiques de leurs établissements de santé plus adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s, par exemple en mettant une chaise à disposition des partenaires masculins dans les salles de consultation et en respectant l'intimité, la dignité et la confidentialité de leurs patientes.

En plus de la révision et de l'adaptation du matériel de formation pour y inclure les prestations de services SABA, le projet SHOW prévoyait également la **révision des aide-mémoires et des outils de travail** pour aider les prestataires de santé à fournir des services SABA. Au Nigeria, par exemple, des examens et des révisions des cartes sur les guides de référence ont été effectués afin d'y intégrer les éléments relatifs à des soins SABA. Au Ghana et au Bangladesh, des listes de contrôle relatives à la prestation des services SABA ont été développées pour les établissements de santé. Ces listes de contrôle décrivent des services SABA pouvant être mis à disposition par les prestataires pour chaque domaine de service, tels que les consultations prénatales, le traitement et la prévention des IST et les consultations postnatales, et fournissent des recommandations générales pour la prestation de services SABA de SMNI/SSR.

Afin de renforcer les capacités des prestataires de santé à fournir des services SABA, des **visites d'échange entre les prestataires** ont été organisées au Ghana et au Bangladesh. Ces visites ont permis aux prestataires de santé d'apprendre les uns des autres, et de renforcer leurs capacités en visitant des établissements de santé et en consultant des prestataires voisins ayant intégré de manière plus efficace les pratiques SABA à leurs services. Les visites de supervision de soutien ont permis de déterminer quels prestataires bénéficieraient le plus d'une visite d'échange pour renforcer ses capacités, et quels prestataires étaient les plus aptes à accueillir une telle visite.



## FORMATION DES COMITÉS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Les comités de santé communautaire ont été impliqués de plusieurs manières dans le cadre du projet SHOW et ont été formés à la prestation de services de SMNI/SSR SABA. Les CSC ont un rôle important dans la supervision des établissements de santé. De ce fait, pour qu'ils puissent le remplir de manière adéquate et contribuer à la prestation de services de SMNI/SSR de qualité, ils ont également été formés sur les services SABA. Leur formation s'est davantage concentrée sur les obstacles à l'accès aux services de santé rencontrés par les femmes et les filles au niveau de la communauté et des établissements, et sur les normes et les pratiques pouvant être mises en œuvre dans les établissements de santé pour soutenir la prestation de services SABA. Cet engagement a permis de renforcer les capacités des CSC à s'attaquer aux barrières à la santé liées au genre. En Haïti, les CSC ont par exemple élaboré des plans d'action visant à améliorer la santé de leurs communautés et les services de leurs établissements, dont plusieurs prévoyaient de s'attaquer aux obstacles à la santé liés au genre. Au Ghana, certains CSC ont utilisé les informations partagées lors des activités de CCC avec les adolescent(e)s pour aborder les attitudes des prestataires de services envers les adolescent(e)s.

Dans tous les pays, le projet SHOW a collaboré avec les ministères de la Santé, des Affaires relatives aux femmes et du Genre pour revoir les documents gouvernementaux d'orientation, de formation et d'intégration relatifs aux CSC et intégrer une formation pratique sur les services SABA en plus d'autres modules de formation pour renforcer les capacités des CSC. Dans la phase préparatoire de cette activité, plusieurs documents gouvernementaux tels que les mandats, les documents de gestion et les manuels d'orientation des CSC ont été revus et renforcés. Un élément clé de ce pilier de la SEG du projet SHOW était d'institutionnaliser l'égalité de genre dans tous les systèmes de gouvernance. Bien que le projet n'a pas été en mesure d'institutionnaliser l'égalité de genre dans les mandats et les documents d'orientation des CSC de tous les pays, certaines réussites peuvent tout de même être mentionnées. Au Bangladesh, l'équipe du projet SHOW a collaboré avec la Direction générale de la planification familiale du ministère de la Santé et a intégré la dimension genre dans les directives de formation de l'UH&FWC-MC. De même, au Nigeria, le projet a collaboré avec le ministère fédéral de la Santé et l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État de Sokoto pour intégrer la dimension genre dans le manuel destiné aux volontaires de santé communautaire. Ces documents ont ensuite été diffusés à tous les CSC des zones ciblées par le projet SHOW.



**« Notre comité était peu actif et peu responsable face à nos rôles et nos responsabilités mais, après avoir suivi une formation et participé à la réunion du comité de l'UH&FWC, nous sommes devenus bien plus sensibles, et le niveau de service de notre centre de santé augmente grâce au soutien du projet et aux efforts positifs de notre comité. »**

– Femme membre d'un CSC, Bangladesh

## Notes d'orientation sur la prestation de services SABA

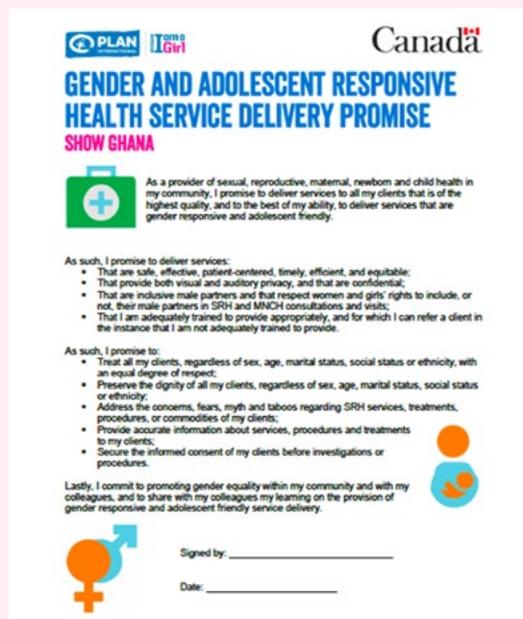
Dans le cadre du projet SHOW, Plan International a développé trois notes d'orientation relatives à la prestation de services SABA :

1. prestation de services de SMNI/SSR sensibles au genre;
2. prestation de services de SMNI/SSR adaptés aux besoins des adolescent(e)s; et
3. promouvoir l'égalité de genre dans l'éducation sur la SMNI/SSR communautaire : guide du renforcement des capacités des agent(e)s de santé communautaire

Les deux premières notes d'orientation sont destinées directement au personnel des établissements de santé et aux acteurs gouvernementaux et d'ONG qui souhaitent renforcer les capacités des prestataires de santé à fournir des services SABA. La troisième note d'orientation est destinée à être utilisée par les gouvernements et les ONG pour intégrer le contenu SABA dans les formations des ASC. Les trois notes d'orientation sont structurées de la même manière. Elles fournissent des informations sur les cadres conceptuels des intersections entre le genre et l'adolescence et la santé, ainsi que des activités de formation pratiques et simples pour aider les prestataires de santé à comprendre ces concepts, en s'alignant sur leurs mandats et les engagements politiques nationaux et contextuels relatifs à l'égalité de genre en matière de santé. Les notes comprennent également des conseils pour les prestataires de santé sur les actions à entreprendre et les attitudes à adopter pour rendre leurs services plus adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s, ainsi que des listes de contrôle et des outils qu'ils peuvent utiliser dans leurs prestations de routine.

## Supervision de soutien

Sans activités et outils de supervision visant à renforcer les composantes SABA des formations des prestataires de santé, ces derniers sont moins susceptibles de continuer à fournir des services SABA. Afin d'améliorer la qualité des services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s, le projet a prévu des activités de supervision de soutien pour suivre les formations des prestataires de santé. Un processus similaire à celui de la formation des prestataires de santé a été utilisé pour mettre en œuvre les activités de supervision de soutien, y compris la révision et le développement du matériel de supervision et la formation des responsables de la supervision et des partenaires gouvernementaux. De



Plan International a utilisé intensivement ces notes d'orientation pour le projet SHOW, dans le but de dispenser des formations aux prestataires de santé portant spécifiquement sur les services SABA et d'intégrer ce type de contenu dans d'autres formations, relatives notamment à la planification familiale, aux soins post-avortement et aux services de SSR pour adolescent(e)s. Les notes d'orientation ont également permis de développer des aide-mémoires et des outils de travail supplémentaires pour les prestataires de santé. Au Ghana, il a par exemple été demandé aux prestataires de santé suivant des formations liées à la SMNI/SSR de signer une « promesse de prestation de services SABA » qui servait de certificat de leur formation et d'engagement à mettre en pratique les compétences récemment acquises. Enfin, les notes d'orientation ont également constitué un outil de plaidoyer important, présenté aux ministères de la Santé comme un exemple de matériel de formation pratique pour la prestation de services SABA de SMNI/SSR.

plus, des visites conjointes de supervision ont été menées par le personnel du projet, les superviseur(se)s formé(e)s et les partenaires gouvernementaux pour diffuser les outils de supervision relatifs à la prestation de services SABA et pour renforcer la capacité des superviseur(e)s et des partenaires gouvernementaux à contrôler et à superviser la prestation de services SABA. Il convient de noter que les superviseur(se)s étaient souvent formé(e)s lors des formations pour maîtres formateurs(trices) ou pour prestataires de santé. Au Nigeria et au Bangladesh, des outils de gestion des cliniques supplémentaires ont été développés pour les CSC, et Plan International leur a fourni une formation sur la gestion SABA des cliniques et les outils spécialement développés à cet effet.



Dans les cinq pays, les outils de supervision des services SABA étaient développés sur la base des notes d'orientation SABA rédigées par Plan International. Au Bangladesh et au Ghana, des listes de contrôle de supervision ont été élaborées pour effectuer des visites de supervision conjointes. Dans les deux pays, le personnel du projet et des partenaires a reçu une formation sur ces listes de contrôle et l'a ensuite partagée avec les partenaires gouvernementaux et les prestataires de santé pour promouvoir l'utilisation de ces listes. Au Nigeria, Plan International s'est associé à l'Agence de développement des soins de santé primaires de l'État de Sokoto pour développer conjointement des outils de suivi et de supervision des établissements de santé primaires auxquels seraient intégrées les composantes d'une prestation de services SABA. Au Sénégal, Plan International a travaillé en étroite collaboration avec le ministère de la Santé pour développer de nouveaux outils de supervision intégrant la prestation de services SABA pour les services de SMNI/SSR.

Dans les cinq pays, le personnel du projet et celui en charge de la supervision des prestataires de santé ont mené des visites de supervision de soutien conjointes pour suivre les activités du projet au niveau communautaire et contrôler les performances des prestataires de santé et des ASC formés pendant les activités du projet SHOW. Au sein des établissements de santé, les visites de supervision de soutien ont également permis aux superviseur(se)s de s'exercer à fournir une assistance technique sur site aux prestataires de santé et à utiliser les outils de supervision de soutien développés. Les éléments clés du succès du renforcement de la prestation de services SABA sont les suivants :

1. la formation des superviseur(e)s des prestataires de santé sur la prestation de services SABA;
2. la révision et l'amélioration des outils de supervision de soutien gouvernementaux existants, plutôt que la création de nouveaux outils, par l'intégration de contenu SABA; et

3. un soutien continu au renforcement des capacités des superviseur(e)s à évaluer la qualité des prestations de services SABA, effectué par le biais de visites de supervision de soutien conjointes avec les fonctionnaires pendant la durée du projet SHOW. Cela a permis de mieux comprendre l'importance de la prestation de services SABA, de l'évaluation objective et participative des résultats, de l'adhésion du gouvernement et de la transition en douceur du projet vers la prestation institutionnalisée de services SABA dans les plans de durabilité nationaux du projet. .

## Rénovation et acquisition d'équipements

En fonction des conclusions des EES réalisées dans chacun des cinq pays, certains établissements de santé sélectionnés ont été rénovés et des équipements leur ont été fournis afin d'améliorer la qualité des services fournis. Plusieurs **améliorations de l'environnement physique** des établissements de santé ont été réalisées afin de renforcer spécifiquement la prise en compte du genre et l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s dans les établissements. Par exemple, des cloisons d'intimité et d'autres équipements ont été intégrés aux établissements de santé afin de garantir l'intimité des femmes et des filles pendant les consultations et les soins, notamment dans les salles d'accouchement. Au Sénégal, il s'agissait également de collaborer avec les établissements de santé afin d'installer des toilettes séparées hommes-femmes. Au Bangladesh, des coins d'allaitement ont été ajoutés aux salles d'attente des établissements de santé afin de garantir l'intimité des mères allaitantes.

Plusieurs ajustements ont été faits dans les cinq pays pour promouvoir **l'engagement des hommes dans la SMNI/SSR**. De nombreux établissements ont été soutenus pour installer des places assises convenables dans les salles de consultations afin de permettre aux patientes, si elles le désirent, d'être accompagnées de leur partenaire masculin lors des consultations de soins pré et postnataux et de planification familiale. Des modifications ont également été apportées aux zones d'attente afin qu'elles puissent accueillir les femmes





« Les prestataires de services sont si coopératifs et amicaux que je suis très à l'aise à l'idée de parler ouvertement de mes problèmes de santé. L'établissement est également décoré avec des documents sur la santé des adolescents, ce qui me permet d'obtenir des connaissances et des informations adéquates. »

– Fille de 16 ans, Bangladesh

accompagnées d'un partenaire masculin et celles qui ne le sont pas. Au Bangladesh, des zones d'attente séparées pour les partenaires masculins ont été ajoutées dans les établissements de soins de santé primaires afin de créer un environnement plus confortable pour ceux-ci. Ces espaces ont été exploités pour impliquer davantage les hommes dans l'égalité de genre et la SDRS au moyen de supports d'IEC et de CCC, tels que des peintures murales, des affiches, etc.

Des **espaces conviviaux pour les adolescent(e)s (structures séparées) ou des coins pour les jeunes (intégrés à l'établissement lui-même)** ont été construits ou rénovés dans des établissements sélectionnés au Bangladesh, au Ghana, en Haïti, au Nigeria et au Sénégal. Les espaces conviviaux pour adolescent(e)s et les coins pour les jeunes sont des espaces spécifiques des établissements de santé dédiés à la prestation de services aux adolescentes et aux adolescents. Le fait de consacrer des espaces spécifiques aux services de santé destinés aux adolescent(e)s a permis de réduire certains obstacles, tant au niveau des établissements que sur le plan social, auxquels les adolescentes et

adolescents sont confrontés pour accéder aux services de SMNI/SSR. Dans les cinq pays, des espaces pour adolescent(e)s ont été identifiés dans certains établissements et des modifications ont été apportées pour que ces espaces soient séparés physiquement du reste de l'établissement. Des entrées séparées ont par exemple été ajoutées aux espaces pour adolescent(e)s dans certains établissements au Nigeria. Les espaces d'Haïti et du Sénégal ont, eux, été équipés afin de pouvoir mener des actions de sensibilisation auprès des adolescents. Dans les deux pays, les espaces pour adolescent(e)s ont été équipés de matériel audiovisuel et de supports pédagogiques pour permettre aux prestataires de santé et aux pair(e)s éducateurs(trices) d'organiser des séances de sensibilisation et d'éducation sur la SDRS des adolescent(e)s.

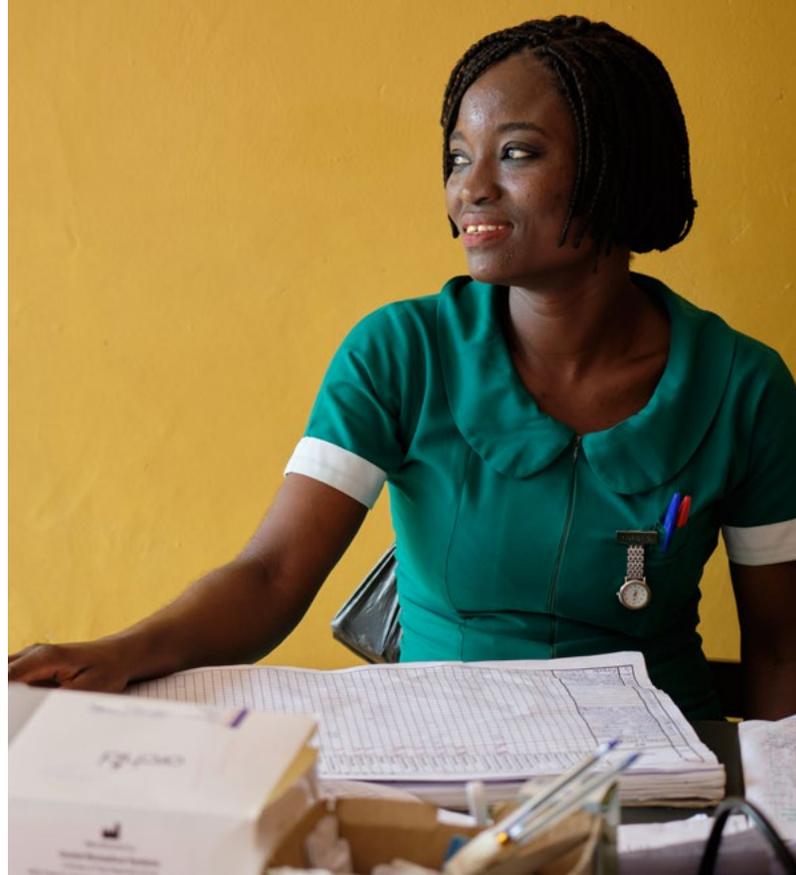
### Plaidoyer auprès des gouvernements

Plan International et les partenaires du projet SHOW ont mené des actions de plaidoyer auprès des acteurs gouvernementaux locaux, régionaux et nationaux afin d'obtenir l'adhésion nécessaire des partenaires gouvernementaux et d'assurer la pérennité des résultats obtenus au cours du projet en matière de prestation de services SABA. Le projet SHOW a contribué de deux manières aux ajustements gouvernementaux relatifs à la prestation de services SABA :

1. Grâce aux **partenariats** étroits que Plan International a établis avec les ministères de la Santé, des Affaires relatives aux femmes et du Genre de chacun des pays du projet SHOW.
2. Grâce aux activités de **plaidoyer direct** dans lesquelles Plan International a négocié et fait campagne avec les acteurs gouvernementaux pour apporter les changements nécessaires à la promotion de la prestation de services SABA.

## PARTENARIATS

Étant donné que les ministères de la Santé, des Affaires relatives aux femmes et du Genre étaient des partenaires clés du projet dans les cinq pays où le programme SHOW a été déployé, Plan International a travaillé en étroite collaboration avec ces partenaires gouvernementaux à la mise en œuvre des activités visant à améliorer la prestation de services SABA de SMNI/SSR. Ces partenaires gouvernementaux ont été impliqués dans tous les ateliers de planification et ont participé aux visites de supervision et aux ateliers de formation. Ce partenariat a eu des effets significatifs dans le domaine des supports de formation destinés aux prestataires de santé. Comme indiqué ci-dessus, les activités du projet SHOW prévoyaient d'examiner les supports de formation du gouvernement conçus pour les prestataires de santé, les ASC et les CSC, et de les améliorer pour inclure la prestation de services SABA. En Haïti, au Bangladesh, au Sénégal et au Nigeria, de nouveaux supports de formation gouvernementaux ont été rédigés, intégrant les conseils sur la prestation de services SABA élaborés par Plan International. Il s'agit notamment du guide gouvernemental de formation pour les sages-femmes au Bangladesh et d'un manuel de formation sur la gestion des cliniques du département pour la santé de la famille en Haïti. La plupart des supports et produits intégrant le contenu SABA repris par les



partenaires gouvernementaux ont été développés à la suite d'activités SHOW déjà planifiées et n'ont pas nécessité de plaidoyer supplémentaire.

### Partenariat avec le ministère de la Santé pour élaborer de nouveaux manuels destinés aux prestataires de santé au Sénégal

Le calendrier du projet SHOW coïncidait avec la période où le ministère sénégalais de la Santé élaborait de nouveaux supports pour former les prestataires de santé à fournir des services sensibles au genre. Au cours du projet, le bureau chargé des questions de genre au sein du ministère de la Santé a invité des représentant(e)s de Plan International et du projet SHOW à contribuer à plusieurs reprises à l'élaboration de ces manuels. Ce fut l'occasion pour Plan International de partager les supports développés dans le cadre du projet SHOW sur la prestation de services SABA et les expériences tirées de la mise en application de ces conseils dans d'autres formations de prestataires de santé.

Le programme final du ministère était divisé en cinq modules :

1. Comprendre le genre
2. Genre et santé sexuelle, reproductive, maternelle, néonatale et infantile
3. Réponse à la violence basée sur le genre
4. Genre et réponse à la maladie
5. Genre et eau, hygiène et assainissement

Ce programme est destiné à être utilisé pour la formation des prestataires de santé, mais aussi des acteurs impliqués dans la gouvernance et la planification sanitaires. La participation de Plan International à l'élaboration de ce programme a permis d'intégrer les conseils relatifs aux services SABA, élaborés dans le cadre du programme SHOW, dans un programme de formation national destiné à tous les prestataires de santé, et non uniquement à ceux travaillant dans des services de SMNI/SSR.

## PLAIDOYER DIRECT

Des activités de plaidoyer ont été mises en œuvre tout au long du projet SHOW afin de renforcer la capacité des partenaires gouvernementaux à fournir des services SABA de SMNI/SSR et pour développer des politiques et protocoles adéquats, au niveau national et régional, favorables à la création d'un environnement politique mettant l'accent sur la prestation de services SABA. Parmi ces activités, on peut citer l'organisation d'ateliers avec des partenaires gouvernementaux, le développement de supports à l'usage du gouvernement et l'organisation de réunions avec divers acteurs gouvernementaux pour encourager le développement de politiques et de protocoles SABA de leur part. Pendant toute la durée du projet, Plan International a par exemple plaidé auprès du ministère de la Santé d'Haïti en faveur d'une formation supplémentaire sur l'égalité de genre, la SDSR et les services SABA destinée aux ASC. Dans le cadre du projet SHOW, un programme de formation sur ces sujets a été élaboré et dispensé aux ASC du projet. À la fin du projet, une fois les résultats des activités des ASC reçus, le ministère de la Santé d'Haïti a décidé de revoir son approche et d'ajouter des sessions de formation sur l'égalité de genre et la SDSR dans la formation des ASC et de réviser le programme national destiné aux ASC à l'aide des supports développés par le projet SHOW.

Dans chacun des cinq pays, Plan International et ses partenaires de mise en œuvre ont également entrepris des activités spécifiques pour plaider en faveur de l'inclusion des services SABA dans les protocoles

de référence nationaux et régionaux. Au Ghana, les premières recommandations en matière d'intégration des services SABA dans les protocoles de références ont été faites au niveau du district ; elles avaient pour but d'encourager les prestataires de santé du district à assurer des références SABA. Après l'adhésion des districts aux recommandations, Plan International et les partenaires de mise en œuvre du projet SHOW ont porté les recommandations au niveau national, et le Service de santé du Ghana a accepté de les intégrer aux protocoles de références nationaux.

D'importantes activités de plaidoyer en faveur de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s ont été réalisées au Nigeria. Un atelier de formation a été organisé pour les hauts fonctionnaires de différents organismes gouvernementaux travaillant dans le domaine de la SMNI/SSR, afin de renforcer leurs capacités en matière de services SABA. C'était également l'occasion de discuter de concepts importants, liés à l'égalité de genre et à la SDSR, avec les partenaires gouvernementaux en vue d'accroître leurs capacités et leur volonté de gérer des services SABA. Dans le cadre du projet SHOW, Plan International s'est également fortement impliqué dans la rédaction des directives de l'État de Sokoto en matière de santé primaire adaptée au genre et aux besoins des adolescent(e)s, adoptées et mises en œuvre ultérieurement dans cet État. Enfin, le personnel de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW a formulé de précieuses recommandations pour l'élaboration de la politique d'égalité de genre de l'État de Sokoto.

### Révision des directives relatives aux services de planification familiale au Nigeria

Après l'identification des supports de formation existants pour les agent(e)s de vulgarisation de santé communautaire et les travailleurs de santé communautaire, Plan International a organisé un atelier avec les partenaires des gouvernements et des ministères, les prestataires de services et les partenaires des ONG locales et internationales, afin d'examiner les supports de planification familiale. Cet examen a permis d'identifier des lacunes importantes en matière de prise en compte du genre et d'adaptation aux besoins des adolescent(e)s dans les supports existants sur la planification familiale. Il a été convenu que le projet SHOW, en partenariat avec les ministères de la Santé de l'État et du gouvernement fédéral, élabore de nouvelles directives relatives aux services de planification familiale prenant pleinement en compte le genre et étant adaptées aux besoins des adolescent(e)s. Deux manuels ont été élaborés : un pour les formateurs(trices) et un pour les participant(e)s, tous deux approuvés pour une utilisation nationale au Nigeria.

Suite à la finalisation du manuel de l'État de Sokoto, Plan International a été invité par le ministère national de la Santé à contribuer au développement d'un manuel national sur la planification familiale adaptée au genre et aux besoins des adolescent(e)s destiné aux prestataires de services. Les composantes du manuel relatives à la prise en compte du genre et à l'adaptation aux besoins des adolescent(e)s ont été élaborées avec le soutien technique de Plan International et validées et approuvées par le ministère fédéral de la Santé du Nigeria. Plan International a pu le distribuer et l'utiliser pour les formations des prestataires de services dans les zones du projet.



### 3.4 RÉSULTATS DE LA STRATÉGIE D'ÉGALITÉ DE GENRE

La présente section examine les résultats de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW, tels qu'ils sont exprimés dans les mesures des résultats du CMR du projet et dans d'autres procédés de suivi et d'évaluation. En tant que composante de la théorie du changement, la stratégie d'égalité de genre doit aider le projet à atteindre les objectifs associés aux résultats de plus haut niveau du projet : **si** l'inégalité de genre et les obstacles liés au genre rencontrés par les femmes et les filles pour accéder et utiliser des services de SMNI/SSR sont réduits aux niveaux individuel, communautaire et systémique, **alors** la demande, l'offre et l'utilisation de services de santé de qualité pourront augmenter, et les résultats en matière de santé pourront **ainsi** s'améliorer. Les données de l'évaluation finale suggèrent que la SEG a contribué à des résultats positifs pour l'ensemble des résultats intermédiaires, notamment chez les adolescentes: consultations prénatales et postnatales, assistance qualifiée à l'accouchement et utilisation actuelle de méthodes modernes de planification familiale.

Les trois piliers de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW ont été conçus et mis en œuvre de manière interdépendante et de sorte que chaque pilier soutienne les autres. Les sections suivantes examinent les résultats de la stratégie d'égalité de genre aux niveaux individuel et communautaire, puis au niveau des établissements de santé. Cela reflète également la structure de l'offre et de la demande de la conception du projet SHOW et la théorie du changement du projet. Les données sur les résultats, les preuves qualitatives et les témoignages indiquent tous que la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW a eu des effets considérables sur les individus, les familles, les communautés et les établissements de santé des zones de projet. Toutefois, comme indiqué dans cette section, certains domaines d'intervention ont donné des résultats plus uniformes dans les cinq pays, tels que la stratégie des AVEC et les activités d'engagement des hommes.

### 3.4.1 RÉSULTATS AUX NIVEAUX INDIVIDUEL ET COMMUNAUTAIRES

Les deux premiers piliers de la stratégie d'égalité de genre étaient destinés à avoir un impact direct sur la vie quotidienne des femmes, des hommes, des adolescentes et des adolescents, et plus particulièrement à changer leurs attitudes et leurs comportements en matière d'égalité de genre et de SMNI/SDSR. Comme indiqué dans la [Section 2](#), des indicateurs spécifiques ont été utilisés pour mesurer l'impact du projet, et pour suivre et évaluer la mise en œuvre de la stratégie d'égalité de genre.

#### Sensibilisation et changement des attitudes en matière d'égalité de genre

Comme indiqué dans les sections précédentes, de nombreuses activités de CCC ont été développées pour sensibiliser femmes, hommes, adolescentes et adolescents à la SMNI/SDSR et à l'égalité de genre. La mise en œuvre de ces activités a donné lieu à de nombreux résultats significatifs du projet, y compris, mais sans s'y limiter :

- 26 clips vidéo de CCC sur la SMNI/SDSR et sur l'égalité de genre ont été tournés au Bangladesh<sup>79</sup> au cours du projet ;
- 23 900 événements de mobilisation communautaire ont été organisés et réalisés au Ghana<sup>80</sup> au cours du projet ;
- 3 457 événements de mobilisation communautaire et 18 journées d'événements spéciaux ont été organisés et réalisés en Haïti<sup>81</sup> au cours du projet ;
- 294 messages diffusés à la radio au Nigeria<sup>82</sup>; et
- 39 404 supports d'IEC, dont des affiches, des outils de travail, des t-shirts et des boîtes à images, ont été distribués au Sénégal<sup>83</sup> au cours du projet.

Un indicateur du CMR du projet SHOW est spécifiquement dédié à la mesure de la **sensibilisation aux messages sur l'égalité de genre** et fournit une indication des changements connexes enregistrés dans les connaissances et les attitudes. Cet indicateur mesure les connaissances des femmes, des adolescentes et des hommes en ce qui concerne les messages clés sur



l'égalité de genre, et plus précisément s'ils pensent que les femmes et les filles doivent participer à la prise de décision tant au niveau du ménage que de la communauté. Les données de l'évaluation finale ont révélé un fort soutien à la prise de décision des femmes au Ghana et en Haïti, avec plus de 90% des FAP et des hommes indiquant que les femmes devraient participer à la prise de décision au niveau du ménage et de la communauté. En Haïti cependant, bien que la proportion d'hommes soutenant la participation des femmes à la prise de décision dans les deux arènes, elle a connu une chute statistiquement significative, passant de 97% à l'enquête de base à 91% à l'évaluation finale. A l'évaluation finale, les augmentations les plus significatives étaient au Bangladesh (de 51% à 83%), au Nigeria (de 29% à 57% au total) et au Ghana (de 85% à 95% dans l'ensemble, et surtout de 78% à 91% chez les adolescentes). Au Sénégal, des baisses significatives entre l'enquête de base et l'enquête finale ont été observées chez les adolescentes (de 65% à 38%) et les femmes adultes (de 73% à 63%), tandis qu'il est resté relativement stable chez les hommes (de 79% à 83%). La raison de ce contraste n'est pas claire.

Cependant, cela pourrait être lié au fait que les femmes ont des attentes plus claires quant leur participation égale au processus de prise de décision.<sup>84</sup>

79. Rapport final du projet SHOW au Bangladesh, annexe C

80. Rapport final du projet SHOW au Ghana, annexe D

81. Rapport final du projet SHOW en Haïti, annexe D

82. Rapport annuel du projet SHOW au Nigeria, annexe D

83. Rapport final du projet SHOW au Sénégal

84. Rapport consolidé de l'évaluation finale de SHOW, p.54

Dans l'ensemble des pays du projet SHOW, **plusieurs activités ont connu un succès notable en ce qui concerne la diffusion des messages du projet**, comme le Théâtre pour le développement au Bangladesh et les groupes de grands-mères au Sénégal (voir la [Section 3.1](#)), les activités de mobilisation communautaire au Ghana, les groupes de soutien de femmes et d'hommes de chaque pays, les émissions de radio au Nigeria, au Sénégal et au Bangladesh, les groupes de soutien de mères au Ghana, le travail du réseau 100 Women Groups au Nigeria et le travail des organisations communautaires au Sénégal. Les rapports des cinq pays<sup>85</sup> décrivent la manière dont de nombreuses activités de CCC ont travaillé conjointement pour sensibiliser femmes, hommes, adolescentes et adolescents aux questions liées à la SMNI/SDSR et à l'égalité de genre, et que les attitudes et les comportements, en particulier ceux liés à l'engagement des hommes dans la SMNI/SDSR, ont changé de manière à améliorer les relations entre les femmes et les hommes.

Des témoignages provenant du Sénégal<sup>86</sup> et du Bangladesh<sup>87</sup> ont également indiqué que les slogans et les émissions de radio produits par Plan International sont efficaces pour faire évoluer les attitudes sur les sujets d'égalité de genre, tels que le mariage précoce et forcé des enfants. Au Ghana, les activités de mobilisation communautaire, telles que « Une soirée avec les adolescent(e)s », souvent animées par les Queen Mothers, ont été décrites par les membres de la communauté comme un moyen efficace de partager des informations importantes et d'inspirer des changements d'attitude, comme l'explique un prestataire de santé : « Ces [soirées avec les adolescent(e)s], réunions avec les clubs d'adolescent(e)s, ont amené la plupart d'entre eux(elles) à solliciter des services de santé à des moments qui leur conviennent. Ils(elles) viennent parfois pendant les pauses de leurs journées d'école, seul(e)s ou en groupe. Grâce à la relation cordiale entre le personnel et les adolescent(e)s, les parents n'ont plus besoin d'accompagner leurs enfants dans les établissements. »<sup>88</sup>

**« À notre époque, les maris n'apportaient aucun soutien pendant la grossesse, et nous trouvions cela normal. Aujourd'hui, grâce à l'éducation dispensée par le projet SHOW, nous avons compris que les femmes doivent être soutenues pendant la grossesse et qu'il s'agit d'une responsabilité conjointe, et j'encourage donc mes fils à le faire. »**

– Membre d'un groupe de grands-mères, Ghana

**« Grâce à cette pièce [du Théâtre pour le développement], je réalise maintenant à quel point j'avais tort. Après avoir vu cette pièce, j'ai envie de dire à tout le monde qu'il ne faut jamais marier une fille avant qu'elle ne soit prête à le faire. »**

– Femme adulte après un spectacle de TpD, Bangladesh

**« Grâce à l'émission de radio d'Al Fayda FM sur le mariage des enfants, j'ai pris conscience des risques encourus par les adolescentes qui se marient avant 18 ans. J'ai demandé à mes camarades de suivre le programme avec moi et, depuis ce jour, nous n'avons manqué aucune séance. »**

– Lycéen de 17 ans, Sénégal

85. Rapport annuel du projet SHOW, année 4, voir la Section 3.4.2 Égalité de genre dans les rapports du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Sénégal

86. Rapport annuel consolidé du projet SHOW, année 4, page 9

87. Rapport annuel du projet SHOW au Bangladesh, année 4, page 17

88. Rapport annuel consolidé du projet SHOW, année 4, page 9

## Engagement des hommes dans l'égalité de genre et la SMNI/SDSR

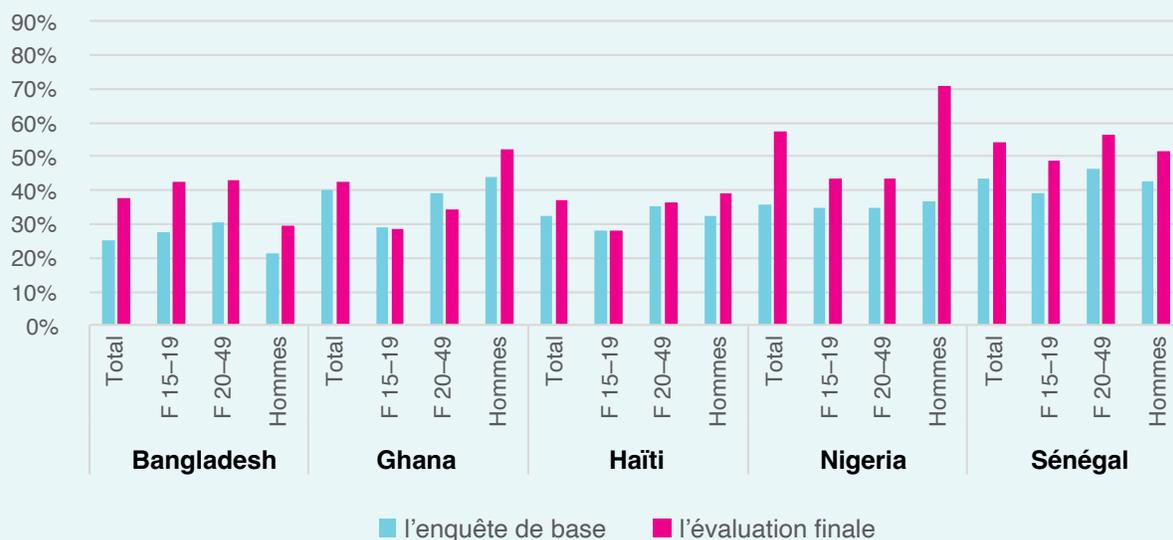
La stratégie d'égalité de genre du projet SHOW avait pour but d'accroître l'implication des hommes, et de nombreuses activités ont contribué à atteindre cet objectif :

- 428 Clubs de pères créés au Bangladesh ;
- 480 Clubs de papas créés au Ghana ;
- 11 Clubs de pères créés en Haïti ;
- 244 groupes de Champions masculins créés au Nigeria ;
- 38 Clubs de pères et 14 Écoles de maris créés au Sénégal ; et
- Plus de 3 600 sessions menées avec des chefs traditionnels et religieux sur l'égalité de genre et la SMNI/SDSR dans les cinq pays.

Un indicateur a été inclus dans le CMR du projet SHOW pour mesurer spécifiquement le **niveau de soutien apporté par les membres masculins de la famille aux femmes et aux adolescentes** sur les sujets de SMNI/SSR. Cet indicateur révèle le niveau global de soutien fourni par les membres masculins de la famille pour l'utilisation des services de SMNI/RSR par les FAP. Entre l'étude de base et l'étude finale, le niveau de soutien jugé élevé par les FAP a augmenté au Nigeria, au Sénégal et au Bangladesh, et a augmenté chez les hommes dans les cinq pays.

Malgré certaines tendances encourageantes, les résultats finaux n'ont généralement pas atteint les objectifs fixés pour le projet SHOW, à quelques exceptions près. Au Ghana, les perceptions masculines du soutien global se sont rapprochées de la cible du projet. Au Nigeria, la cible relative à la perception du soutien global par les hommes a été dépassée, ce qui a également permis d'atteindre la cible globale, même si les cibles relatives aux FAP n'ont pas été atteintes. Au Sénégal, la cible pour les mères adultes a été atteinte, et au Bangladesh, la cible pour les femmes a été presque atteinte<sup>89</sup>.

[ ILLUSTRATION 5 ] NIVEAU MOYEN DE SOUTIEN DES MEMBRES MASCULINS DE LA FAMILLE EN MATIÈRE DE SMNI/SSR



89. Rapport d'évaluation finale consolidé du projet SHOW; Rapport d'évaluation final du projet SHOW au Bangladesh

Les Clubs de pères étaient une composante principale de la conception et de la mise en œuvre du projet SHOW, visant à accroître l'implication des hommes. Les rapports et les témoignages décrivent les changements que les Clubs de pères ont entraînés dans les zones de projet, tant au niveau des attitudes que des comportements<sup>90</sup>. Les rapports<sup>91</sup> des cinq pays comprennent des exemples de comportements nouveaux ou modifiés adoptés par les hommes, reflétant des changements d'attitudes en faveur de l'égalité de genre :

- Au Bangladesh, les hommes participant aux Clubs de pères ont déclaré avoir de meilleures relations avec leurs épouses et leurs enfants.<sup>92</sup>
- Au Ghana, les participants aux Clubs de papas ont adopté de nouveaux comportements et collaborent pour partager ce qu'ils ont appris aux hommes ne faisant pas partie des clubs.<sup>93</sup>
- En Haïti, les prestataires de santé ont déclaré avoir vu plus de pères accompagner leurs enfants lors des visites de santé. Les Clubs de pères haïtiens ont également élaboré des plans d'action pour partager ce qu'ils ont appris avec d'autres hommes de la communauté.<sup>94</sup>
- Au Nigeria, les participants aux Clubs de pères ont assumé davantage de tâches ménagères et se sont plus occupés des enfants, malgré la stigmatisation exercée par d'autres membres de la communauté et la réticence de ces derniers.<sup>95</sup>
- Au Sénégal, les membres de l'École des maris ont modifié leurs comportements à la maison, ont assumé de nouvelles tâches comme le nettoyage et la cuisine, et ont davantage de discussions sur la santé avec leurs épouses.<sup>96</sup>

Dans tous les pays du projet, l'implication des chefs traditionnels et religieux était une autre approche clé pour accroître l'engagement des hommes. Au Nigeria, le développement du guide « Perspectives islamiques sur les questions liées à la SMNI » a été utilisé par les chefs traditionnels et religieux pour remettre en question les attitudes néfastes à l'égalité de genre parmi les membres de la communauté et les autres chefs (voir la

**« Tout ce que je fais, je le fais pour mes enfants. Aujourd'hui, j'aide ma femme à leur faire prendre leur bain et à les préparer pour l'école, ce que je ne faisais pas toujours auparavant. »**

– Membre d'un Club de pères, Nigeria

**« Aujourd'hui, j'ai préparé du thé pour ma femme pendant qu'elle cuisinait. Avant, elle cuisinait toujours pour moi et me faisait du thé, mais maintenant c'est terminé. Il n'est écrit nulle part dans le Coran que nous ne devons pas assister nos femmes dans les tâches ménagères. »**

– Membre de l'École des maris, Sénégal

**« Les Clubs de papas m'ont appris à partager les tâches ménagères avec ma femme et à prendre des décisions avec elle. »**

– Membre d'un Club de papas, Ghana

[Section 3.2](#)). De même, les Écoles des maris au Sénégal et les groupes d'Acteurs du changement au Bangladesh, tous deux composés de chefs communautaires, traditionnels et religieux, ont utilisé leur position dans les communautés et leur connaissance des textes religieux pour encourager les comportements égalitaires à domicile et l'implication des hommes de la communauté dans les questions de SMNI/SDSR, et pour plaider auprès d'autres chefs religieux de leurs communautés en faveur de l'engagement des hommes pour l'égalité de genre et la SMNI/SDSR.

90. Rapport annuel du projet SHOW, année 4, voir la Section 3.4.2 Égalité de genre dans les rapports du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Sénégal

91. Rapport annuel du projet SHOW, année 4, voir la Section 3.4.2 Égalité de genre dans les rapports du Bangladesh, du Ghana, d'Haïti, du Nigeria et du Sénégal

92. Rapport annuel du projet SHOW au Bangladesh, année 4

93. Rapport annuel du projet SHOW au Ghana, année 4

94. Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 4

95. Rapport annuel du projet SHOW au Nigeria, année 4

96. Rapport annuel du projet SHOW au Sénégal, année 4

## L'HISTOIRE DE DANIEL AU GHANA

Daniel, 45 ans, vit avec sa femme et ses enfants dans la Région de Volta, au Ghana. Daniel a rejoint le Club de papas créé par le projet SHOW dans sa communauté et en est devenu le secrétaire. Avec les autres membres du groupe, Daniel a développé un point de vue différent sur les rôles liés au genre, et a commencé à assumer plus de tâches ménagères à la maison. Aujourd'hui, Daniel prépare des repas pour toute la famille avec sa femme, ce qu'il n'aurait jamais fait auparavant. Yaayira, l'épouse de Daniel, a confié que son mari effectue désormais beaucoup plus de tâches à la maison, notamment aller chercher du bois de chauffage à la ferme sur son vélo, et aller chercher de l'eau pour la famille. Daniel a également accompagné Yaayira pour ses consultations prénatales au centre de santé. Bien qu'il ait subi des moqueries de la part de certains membres de la communauté lorsqu'il a adopté de nouveaux comportements à la maison, Daniel a déclaré : **« Je ne me sens pas gêné par le fait d'aider ma femme dans les tâches ménagères ou même de l'accompagner au centre de santé pour des soins. »**

Daniel est également un fervent défenseur de l'implication des hommes dans sa communauté et encourage ses amis, eux aussi, à aider leurs épouses à la maison. Le responsable du Club de papas dont Daniel est membre a déclaré : **« Daniel est aujourd'hui un exemple à imiter pour certains hommes de la communauté. Je remarque de plus en plus d'hommes transportant de l'eau sur leurs vélos pour leurs femmes. »**



*Des hommes dans la communauté portent maintenant des biens sur leurs vélos pour leurs femmes, mères et soeurs.*

## L'HISTOIRE DE PEACE AU GHANA

Peace vit avec son mari et ses quatre enfants dans la Région de Volta, au Ghana. Avant que le projet SHOW ne commence à opérer dans sa communauté, Peace et son mari se disputaient fréquemment et il y avait beaucoup de conflits dans leur ménage. Dans leur communauté, déclare Peace, le rôle traditionnel d'un père est de ramener de l'argent pour payer les frais de scolarité, les uniformes et les frais de santé. Peace a constaté que depuis que son mari a rejoint le Club de papas, il l'aide davantage à la maison et passe plus de temps avec la famille. **« Il a maintenant appris à être à la maison et à passer du temps avec sa famille »**, ajoute Peace. Peace et son mari participent désormais ensemble à l'éducation de leurs enfants. Elle est reconnaissante envers les Clubs de papas qui ont contribué à réduire son stress et sa charge de travail. Leurs enfants plus âgés déclarent également être contents des changements de leur père, il y a aujourd'hui moins de conflits dans la famille. Peace pense que sa fille cadette apprendra notamment ces bonnes pratiques et qu'elle les transmettra en grandissant. Peace est pleine d'espoir pour l'avenir : **« J'espère que mon mari continuera à apprendre, et que la paix régnera dans notre foyer. »**



## L'HISTOIRE DE JESMIN AU BANGLADESH

Jesmin vit avec son mari et sa fille de 7 ans dans l'Union de Barguna, au Bangladesh. Pendant sa première grossesse, Jesmin et son mari, Al-Amin, ne savaient pas comment protéger sa santé et celle du bébé :

**« Auparavant, je n'avais aucune idée de comment prendre soin d'elle pendant sa grossesse. Je n'ai pas pu emmener ma femme chez le médecin ni même l'aider aux tâches ménagères »**, déclare Al-Amin. Jesmin a dû accoucher de sa fille à la maison, avec une accoucheuse non qualifiée, et a subi une déchirure périnéale.

Lorsque Jesmin est tombée enceinte pour la deuxième fois, des membres de sa communauté appartenant au groupe d'Acteurs du changement soutenu par le projet SHOW et un agent de santé communautaire les ont encouragés, elle et Al-Amin, à se rendre ensemble aux consultations prénatales. Les membres du groupe d'Acteurs du changement ont également rendu des visites spécifiques au beau-père de Jesmin afin de s'assurer de son soutien en ce qui concerne les consultations de sa belle-fille en établissement de santé, et d'encourager Al-Amin à assumer les tâches ménagères pour aider sa femme. Tout au long de la grossesse de Jesmin, le président du groupe d'Acteurs du changement est resté en contact étroit avec Al-Amin et son père afin de garantir que Jesmin soit constamment soutenue. Lorsque les contractions ont commencé, Al-Amin a accompagné Jesmin dans

un établissement de santé et elle a accouché en toute sécurité de son deuxième enfant.

**« Je suis fier de mon mari, il est aujourd'hui très bienveillant envers moi et notre nouveau-né. Il me donne de l'argent pour aller au centre de santé. Mon beau-père m'aide également à faire les tâches ménagères »**, déclare Jesmin.

Jesmin et Al-Amin ont également mis à profit ces expériences pour partager des informations avec d'autres femmes enceintes et leurs conjoints dans leur communauté. **« Grâce au soutien de Jesmin et Al-Amin, mon premier accouchement s'est passé gratuitement, dans le même UH&FWC. Je n'ai rencontré aucune complication. Aujourd'hui, mon enfant et moi nous nous portons bien »**, a déclaré Salma, qui vit dans la même communauté que Jesmin. Le président du groupe d'Acteurs du changement a également remarqué les changements d'Al-Amin :

**« Nous avons remarqué un changement significatif chez Al-Amin : non seulement il soutient sa femme, mais il encourage également les autres hommes à faire de même. »**

**« Je n'ai plus aucune honte à effectuer les tâches ménagères. J'assiste ma femme pour les lourdes tâches. Je diffuse les messages liés à la SMNI au sein de ma communauté et de mon cercle d'amis »**, a déclaré Al-Amin.



*Jesmin et Al-Amin assistent aux consultations prénatales accompagnés de leur fille*

## Étude et rapport sur les Clubs de pères du projet SHOW

Plan International a été invité à contribuer au rapport [2019 State of the World's Fathers Report](#), de Promundo. Cette contribution était fondée sur une étude qualitative des résultats des Clubs de pères du projet SHOW au Bangladesh, au Ghana, en Haïti et au Nigeria. Les résultats de l'étude ont été compilés dans quatre rapports, un pour chaque pays, et utilisés pour contribuer directement au State of the World's Fathers Report.

### COLLECTE DE DONNÉES QUALITATIVES

L'étude des Clubs de pères a permis de recueillir des données auprès d'environ 500 parties prenantes du projet. Des entretiens avec des informateurs(trices) clés ont été menés auprès de 54 participants aux Clubs de pères et de 44 chefs communautaires (chefs religieux, ASC, chefs de village, etc.) Des groupes de discussion ont été organisés avec 204 partenaires féminines, 80 adolescentes et 99 adolescents. Les outils de collecte des données visaient à déterminer :

- les effets de la participation des hommes aux Clubs de pères sur leurs perceptions de la prise en charge des tâches ménagères et des activités de garde des enfants et de leur confiance à entreprendre ces tâches;
- les défis rencontrés par les pères et/ou le soutien qui leur a été apporté pour changer leurs attitudes et leurs comportements;
- les changements d'attitude, comportementaux et relationnels remarqués par les partenaires féminines et les enfants adolescents, qu'ils soient positifs ou négatifs; et
- les effets individuels de tout changement de comportements sur les pères, les partenaires, les enfants et les membres de la communauté.



**« Je n'ai rien à perdre à me changer moi-même. Au contraire, ma relation avec ma famille s'améliore de jour en jour. »**

– Père, Bangladesh

**« Mes parents sont les personnes les plus importantes de ma vie. Leur relation s'est améliorée, et ils sont heureux. C'est pourquoi je suis heureuse aussi. »**

– Adolescente, Bangladesh

**« Désormais, ma femme m'aime énormément, et même mes enfants m'apprécient et m'aiment beaucoup depuis que je montre de l'amour à leur mère. »**

– Père, Nigeria

### RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DES CLUBS DE PÈRES

Les résultats de l'étude des Clubs de pères font état de nombreux changements positifs chez les hommes, ainsi que de réactions positives de la part des partenaires féminines et des enfants adolescents. Les résultats obtenus dans les quatre pays indiquent que les hommes assument davantage de tâches ménagères et jouent un rôle plus important dans la garde des enfants. Dans les quatre pays, femmes, hommes, filles et garçons ont constaté une amélioration des relations familiales et une plus grande harmonie au sein des ménages. Des changements dans le pouvoir décisionnel ont également été constatés au Ghana et au Nigeria. Au Bangladesh, au Ghana et en Haïti, les personnes interrogées ont également constaté moins de violence au sein des ménages, tant entre les conjoints qu'entre les pères et les enfants. Au Nigeria, aucune réduction de la violence n'a été signalée ; cependant, les répondants ont fait état d'une réduction des conflits et des disputes au sein du ménage. Au Ghana, selon de nombreuses personnes interrogées, le changement de comportements des pères a eu pour effet une hausse de l'affection et de l'amour ressentis dans les ménages. Dans les quatre pays, les femmes, les hommes, les adolescentes, les adolescents et les chefs communautaires ont attribué ces changements à la participation des hommes aux Clubs de pères.

**« J'entretiens désormais de bonnes relations avec ma femme et mes enfants. »**

– Père, Ghana

**« La situation s'est améliorée parce que nous pouvons désormais discuter ensemble, ce qui nous était impossible avant. »**

– Adolescent, Nigeria

**« Il y a maintenant beaucoup de compréhension entre nous, et nous prenons toutes les décisions ensemble. »**

– Partenaire féminine, Ghana

**« Avant, (ils) se disputaient très souvent. J'ai vu plusieurs fois mon père gifler ma mère. Mais depuis que mon père a rejoint le club, ils ne se disputent plus. Ils s'aiment tellement, et ça me rend heureuse. »**

– Adolescente, Haïti

**« Travailler en équipe permet à chacun de nous (mari et femme) de nous sentir heureux et utiles. »**

– Père, Haïti

## Renforcer la capacité d'agir des femmes et des filles

Toutes les activités mises en œuvre pour réaliser les objectifs de la stratégie d'égalité de genre ont contribué, directement ou indirectement, à renforcer l'autonomisation et la capacité d'agir des femmes et des filles. Cette conception reflète le modèle socio-écologique utilisé pour la conception de la stratégie d'égalité de genre (voir la [Section 2](#)). Les activités du projet SHOW étaient notamment fortement axées sur la promotion et l'encouragement de la participation et du leadership des femmes et des filles dans les groupes communautaires. Dans le cadre des activités du projet, plusieurs types de groupes ont été renforcés et créés :

- 1 419 AVEC étaient opérationnelles dans les cinq pays du projet SHOW au cours de la dernière année de mise en œuvre<sup>97</sup>;
- 10 440 groupes d'entraide pour les femmes et 4 176 groupes d'éducation par les pairs pour les adolescents créés au Bangladesh<sup>98</sup>;
- 476 groupes de soutien aux mères, 431 Clubs de grands-mères et 804 clubs d'adolescents créés au Ghana<sup>99</sup>;
- 11 Clubs de Champions du changement et 49 Clubs de mères créés en Haïti<sup>100</sup>;
- 2 875 femmes membres des AVEC ont été mobilisées au Nigeria<sup>101</sup>; et
- 36 Clubs d'EVF et 218 groupes de grands-mères soutenus au Sénégal<sup>102</sup>.

97. Rapport final consolidé du projet SHOW

98. Rapport final du projet SHOW au Bangladesh, annexe C

99. Rapport final du projet SHOW au Ghana, annexe D

100. Rapport final du projet SHOW en Haïti, annexe D

101. Rapport final du projet SHOW au Nigeria, annexe C

102. Rapport final du projet SHOW au Sénégal

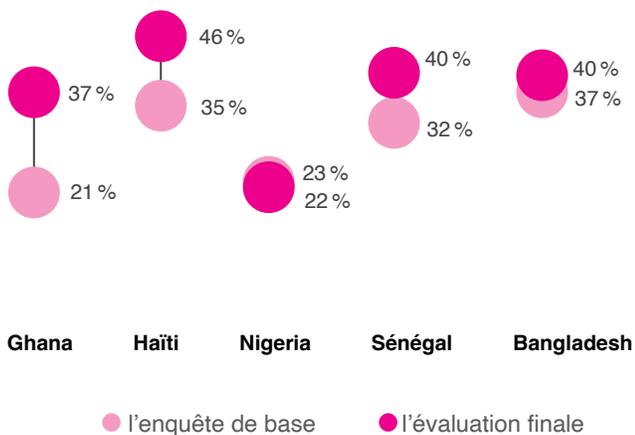
Entre l'étude de base et l'étude finale, le pourcentage de membres de CSC qui sont des femmes a augmenté dans quatre pays, avec 16 pp au Ghana, 11 pp en Haïti, 8 pp au Sénégal et 3 pp au Bangladesh. Cependant, au Nigeria, il a diminué de 1 pp. Le pourcentage de postes de direction des CSC occupés par des femmes s'est amélioré entre la ligne de base et la ligne finale dans tous les pays du projet, sauf dans deux pays. Les femmes occupant des postes de direction au sein des CSC ont augmenté de 10 pp au Ghana et 9 pp au Nigeria, et est resté stable au Bangladesh. Cependant, elles ont chuté de 8 pp au Sénégal, et de 9 pp en Haïti.<sup>103</sup>

**« En tant que membre du Club des grands-mères et représentante des Queen Mothers, chaque fois qu'il y a des problèmes de violence domestique, d'abus ou d'agression sexuelle, nous rencontrons les chefs des différents groupes et choisissons des personnes pour parler aux familles concernées afin de s'assurer que cela ne se reproduise plus. En conséquence, il y a eu une réduction des cas de violence domestique dans notre communauté. »**

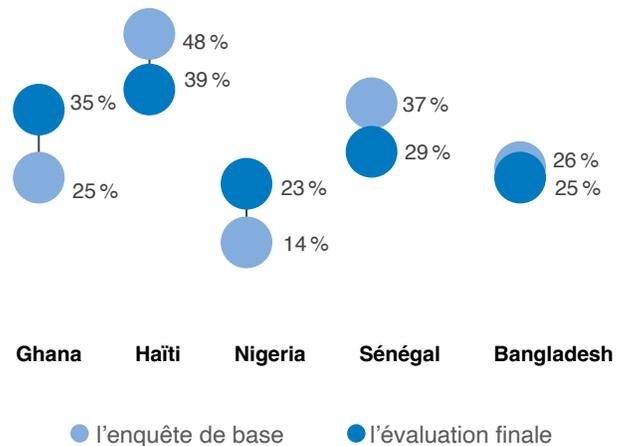
– Queen Mother, Ghana

[ ILLUSTRATION 6 ] POURCENTAGE DES FEMMES MEMBRES ET DIRIGEANTES DE CSC

**POURCENTAGE DE FEMMES MEMBRES**



**POURCENTAGE DE FEMMES DIRIGEANTES**



103. Rapport de l'évaluation finale du projet SHOW

Bien qu'elles n'aient pas été incluses dans un indicateur, les données sur les **pratiques de prise de décision des femmes, des adolescentes et des hommes au sein des ménages** ont été collectées au cours du projet SHOW. Elles se sont avérées extrêmement importantes pour comprendre les progrès réalisés dans le développement de la capacité d'agir individuelle des femmes et des filles. Les données recueillies montrent certaines contributions des activités du projet aux pratiques de prise de décision dans les ménages et montrent les changements dans le pouvoir décisionnel des femmes qui ont eu lieu au cours de la mise en œuvre du projet. Les données ont été collectées pour savoir si les femmes et les adolescentes prenaient les décisions seules, conjointement avec leurs conjoints, ou si elles étaient exclues de la prise de décision relative aux sujets clés de SMNI/SSR et à d'autres sujets du quotidien, tels que :

- Dépenser l'argent disponible dans le ménage  
Rendre visite à des proches ou à la famille
- Utiliser des méthodes de planification familiale  
Envoyer les enfants à l'école
- Se rendre dans un établissement de santé lorsqu'on est enceinte  
Le mariage des enfants
- Accoucher dans un établissement de santé
- Allaiter
- Solliciter des services médicaux pour elles ou leurs enfants
- Acheter/vendre des biens du ménage



### L'importance des quotas pour le leadership des femmes dans les groupes communautaires

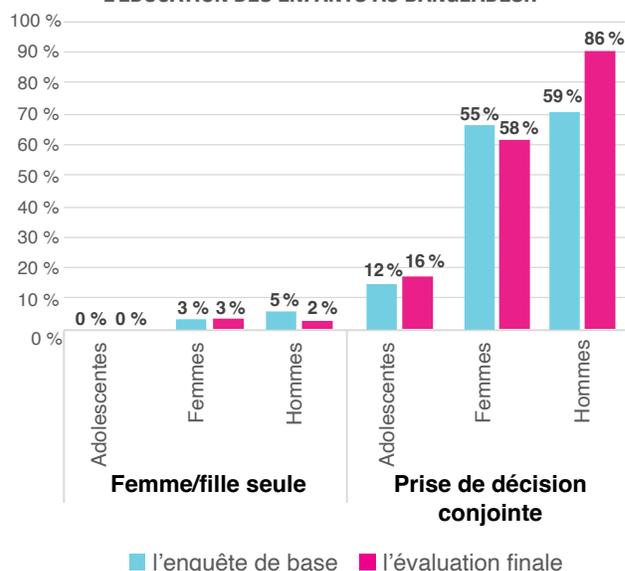
Les expériences du projet SHOW montrent à quel point les quotas demeurent utiles et importants pour assurer la participation des femmes, et parfois leur leadership, dans les groupes communautaires. Un très bon exemple est celui de la participation des femmes en tant que membres de CSC au Sénégal. Au début du projet SHOW, le Sénégal disposait d'un quota de 30 % de femmes dirigeantes dans les CSC. L'évaluation de base du projet SHOW a révélé que, dans les zones du projet, 37 % des CSC comptaient des femmes à leurs têtes, et que le quota avait déjà été atteint. À mi-parcours du projet, le ministère de la Santé du Sénégal a passé en revue les mandats des comités de santé communautaire dans le pays. L'objectif du ministère de la Santé était de repérer les lacunes des comités de santé communautaire et d'améliorer leur viabilité institutionnelle, financière et de gestion. Malgré le plaidoyer des représentant(e)s de Plan International pour le projet SHOW

visant à maintenir les quotas de membres féminins dans le nouveau mandat relatif aux CSC, le ministère de la Santé l'a supprimé. Les indicateurs de SHOW relatifs au leadership des femmes dans les CSC ont baissé de 8 pp à l'évaluation finale au Sénégal, atteignant un seuil inférieur au quota initial. L'équipe de Plan International au Sénégal et les parties prenantes de SHOW ont convenu que la suppression de ce quota avait probablement eu un impact sur la composition des CSC. En comparaison, au Bangladesh, le personnel et les acteurs du projet ont été en mesure de tirer parti des quotas existants relatifs à la participation des femmes aux CSC pour continuer à accroître ou maintenir la présence des femmes dans ces organes de direction. Au Bangladesh, le pourcentage des CSC avec des responsables féminines est demeuré semblable de l'enquête de base à l'évaluation finale. Dans le cas du Ghana et du Nigeria, le leadership féminin a augmenté de l'enquête de base à l'évaluation finale. Ces expériences démontrent l'importance des quotas en tant qu'outils institutionnels pour promouvoir l'adhésion et le leadership des femmes dans les organes de direction locaux.

Les résultats finaux suggèrent que les mères adolescentes et adultes dans les pays du projet SHOW peuvent généralement décider elles-mêmes des questions relatives à l'allaitement, bien qu'en Haïti, il s'agit d'une décision commune pour la majorité des femmes. Dans d'autres domaines de la prise de décisions relatives au ménage ou à la santé, les résultats indiquent que la prise de décision conjointe a augmenté dans tous les pays dans l'ensemble. En général, les FAP ont signalé un plus faible niveau de participation aux décisions liées aux questions monétaires telles que la gestion de l'argent disponible du ménage et l'achat/la vente de biens du ménage. En ce qui concerne les questions clés de prise de décision contribuant à l'autonomisation des femmes, des tendances intéressantes ont été observées en comparant les résultats de base et finaux<sup>104</sup>.

- Au **Bangladesh**, il est intéressant de noter que seulement des augmentations modestes ou nulles ont été observées pour la prise de décision conjointe pour tous les domaines parmi les FAP, alors que des augmentations importantes ont été observées parmi les répondants masculins pour la prise de décision conjointe, notamment en ce qui concerne le recours à la planification familiale (de 67% à 88%) et la scolarisation des enfants (de 59% à 86%). Voir l'**ILLUSTRATION 7**;

**[ ILLUSTRATION 7 ] PRISE DE DÉCISION EN CE QUI CONCERNE L'ÉDUCATION DES ENFANTS AU BANGLADESH**

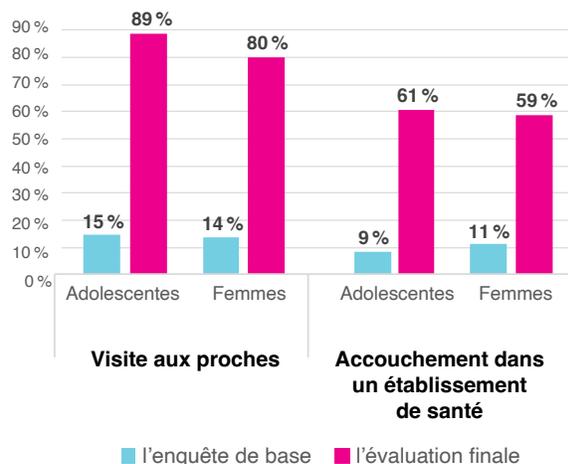


- En **Haïti**, des augmentations similaires de la prise de décision conjointe ont été observées pour tous les domaines et parmi tous les groupes de répondant(e)s. Particulièrement remarquables sont les augmentations substantielles chez les FAP et les partenaires masculins relatives à la prise de décision conjointe concernant le mariage de leurs enfants (de 2–6% au départ à 69–74% à la fin).
- Au **Sénégal**, des augmentations substantielles entre la ligne de base et l'évaluation finale ont été observées dans la proportion des FAP qui ont déclaré des pratiques de prise de décision conjointe dans tous les domaines, alors que des augmentations plus modestes ont été notées chez les hommes. En particulier, de fortes augmentations ont été signalées à la fois par les FAP et les partenaires masculins dans la prise de décision liée à l'utilisation des méthodes de planification familiale.
- Au **Nigeria**, des augmentations substantielles ont été observées dans la prise de décision conjointe dans la plupart des domaines. En outre, les répondant(e)s ont signalé une augmentation dans le pouvoir de décision exclusif pour les femmes sur les questions de santé telles que l'utilisation des méthodes de planification familiale, la visite d'un centre de santé pour la grossesse, l'accouchement dans un établissement de santé et l'allaitement. De plus, la prise de décision conjointe sur les visites à la famille, tant chez les femmes que chez les filles, ont considérablement augmenté, tout comme les décisions relatives aux accouchements en établissement. Voir l'**ILLUSTRATION 8**.



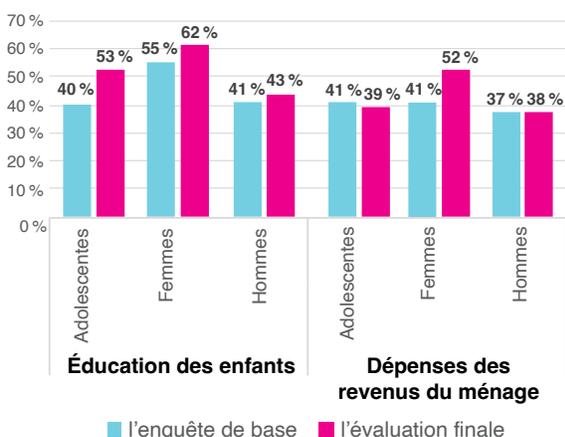
104. Rapport de l'évaluation finale du projet SHOW

**[ ILLUSTRATION 8 ] PRISE DE DÉCISION CONJOINTE EN CE QUI CONCERNE LES VISITES AUX PROCHES ET L'ACCOUCHEMENT EN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ AU NIGERIA**



- Au **Ghana**, les FAP et les hommes ont signalé une augmentation dans la prise de décision conjointe dans tous les domaines. En outre, les femmes ont signalé une augmentation substantielle de leur prise de décision seule concernant l'utilisation des méthodes de planification familiale (mères adolescentes : de 7 % à 51 % ; mères adultes : de 10 % à 47 %). On constate une augmentation modeste de la prise de décision conjointe chez les adolescentes et les femmes adultes concernant l'éducation des enfants et pour les dépenses de l'argent du ménage chez les femmes adultes. Voir l'**ILLUSTRATION 9**;

**[ ILLUSTRATION 9 ] PRISE DE DÉCISION CONJOINTE EN CE QUI CONCERNE L'ÉDUCATION DES ENFANTS ET LA DÉPENSE DES REVENUS DU MÉNAGE AU GHANA**



La stratégie relative aux AVEC, mise en œuvre dans le cadre du projet SHOW et basée sur des témoignages et des études de cas<sup>105</sup>, a également démontré la viabilité de l'intégration des activités d'autonomisation économique des femmes pour renforcer les programmes de santé.

La stratégie relative aux AVEC a eu de nombreux résultats positifs pour les femmes et les adolescentes<sup>106</sup>. Des groupes d'AVEC ont été établis dans les cinq pays et les témoignages de leurs membres démontrent l'importance de la contribution de ces groupes aux objectifs de la SEG et le potentiel de cette approche à renforcer le capital social et financier des femmes. Ces groupes mettaient à la disposition des femmes un espace où elles pouvaient se soutenir mutuellement, contribuant ainsi à réduire les obstacles économiques et à alléger les charges financières. Ces groupes ont notamment été mis à contribution pour promouvoir l'égalité de genre et l'autonomisation des femmes et des filles par le biais de sessions de groupe et de dialogues. De nombreux groupes d'AVEC ont créé des

105. Témoignages inclus dans les rapports semestriels de l'année 4 pour le Nigeria, le Sénégal et le Ghana

106. Rapport annuel consolidé du projet SHOW, année 4, page 52

fonds sociaux pour faire face aux urgences, ce qui, selon certains témoignages<sup>107</sup>, a contribué à réduire les barrières auxquelles les femmes sont traditionnellement confrontées pour accéder aux établissements de santé. Par ailleurs, les effets positifs des AVEC ont dépassé les objectifs du projet. Certains membres de ces groupes ont par exemple utilisé leurs épargnes ou leurs prêts pour soutenir l'éducation des filles. Dans certaines régions, les AVEC ont également permis aux femmes d'assumer un rôle de dirigeante en ce qui concerne la résolution des problèmes à l'échelle de la communauté. Par exemple :

- Au Sénégal, un groupe d'AVEC dirigé par une femme a collaboré avec le poste de santé de sa communauté pour approvisionner la pharmacie de ce dernier en médicaments.
- Au Nigeria, une femme a été nommée conseillère dans sa zone d'administration locale grâce à sa position de dirigeante dans un groupe d'AVEC.
- Au Ghana, des femmes ont déclaré que les fonds provenant de leur participation aux AVEC leur permettaient de régler les problèmes de santé liés à la grossesse, de renouveler leur carte du régime national d'assurance maladie et de développer leur activité pour subvenir aux besoins de leur famille.<sup>108</sup>
- Au Ghana, des liens entre les AVEC et les chauffeurs du SCTU ont également été établis dans de nombreuses communautés, permettant aux femmes et aux filles d'utiliser leurs épargnes ou leurs prêts des AVEC pour utiliser les transports du SCTU. Avec ce partenariat, les conducteurs du SCTU sont sûrs d'être payés et sont plus enclins à les transporter.<sup>109</sup>
- Au Sénégal, 238 VSLA ont été créés, impliquant 6 691 membres. Au sein du groupe, les femmes les plus âgées jouent le rôle de marraines pour les plus jeunes et les aident en cas de besoin en leur donnant des conseils utiles. La disponibilité de l'épargne permet aux femmes de prendre des décisions pour elles-mêmes afin d'accéder à la santé et d'en bénéficier.<sup>110</sup>

- Au Nigeria, l'impact des AVEC a été reconnu par le ministère des Affaires relatives aux femmes et à l'enfance de l'État de Sokoto, qui a prévu d'intégrer les AVEC dans les programmes d'État relatifs au développement de compétences professionnelles. Le ministère a alloué un fonds spécial dans le cadre du budget 2020 pour renforcer, soutenir et développer les AVEC du projet SHOW.<sup>111</sup>

Le succès de l'approche AVEC peut également être mesuré par les montants épargnés par les membres. Par exemple, au Nigeria, 3 680 membres (2 300 F, 828 M) ont participé aux AVEC et un montant total épargné pour le Fonds social s'est élevé à 5 425 dollars canadiens, tandis que la valeur totale de l'épargne des groupes s'est élevée à 116 651 dollars canadiens. Au Sénégal, 6 691 membres (6 281 F, 410 M) ont participé aux AVEC et ont épargné 86 303 \$ pour le Fonds social et 1 227 284 \$ CAD pour l'épargne des groupes.<sup>112</sup>



107. Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 3; Rapport annuel du projet SHOW au Ghana, année 3

108. Rapport annuel consolidé du projet SHOW, année 4, page 52

109. Rapport annuel du projet SHOW au Ghana, année 4, page 11

110. Rapport final du projet SHOW au Sénégal

111. Rapport annuel du projet SHOW au Nigeria, année 4

112. Rapport final du projet SHOW au Nigeria; Rapport annuel du projet SHOW au Sénégal, année 4

## TÉMOIGNAGES DU SUCCÈS DE LA STRATÉGIE RELATIVE AUX AVEC

« Grâce aux GVE, nous pouvons maintenant économiser de l'argent. Et nous pouvons l'utiliser facilement en cas d'urgence. Je n'ai pas toujours d'argent sur moi. La plupart du temps, mon mari est absent, car il est le seul soutien de famille. Je ne me sentais donc pas en sécurité s'il arrivait une urgence. Maintenant, je peux facilement utiliser mes épargnes et ainsi me sentir en sécurité. »

– Membre d'un groupe villageois d'épargne (GVE), Bangladesh

« Il y a eu un énorme changement dans notre communauté. Les femmes participent désormais à la prise de décision au sein du ménage et de la communauté. Cela a fait naître l'harmonie dans les mariages et les ménages. Les AVEC nous ont donné les moyens financiers d'agir dès que des signes de danger apparaissent chez les femmes enceintes, les nouveau-nés et les enfants. »

– Queen Mother, Ghana

« Le processus d'autonomisation des femmes a connu quelques revers dans les communautés de l'État [de Sokoto] en raison des normes culturelles et des croyances religieuses, mais s'est réellement amélioré depuis que Plan International a créé les AVEC. Les femmes ont désormais une voix qu'elles peuvent faire entendre en public, même au milieu des hommes. »

– Secrétaire permanente et directrice du ministère des Affaires relatives aux femmes et à l'enfance, Nigeria

« Les choses ont changé. Aujourd'hui, je suis rassurée d'avoir une couverture santé pour toute ma famille. Nous sommes plus enclins à solliciter une aide médicale préventive en cas de maladie. Nous ne perdons plus de temps. »

– Femme membre d'une AVEC, Sénégal

Les témoignages et rapports indiquent que les **activités de sensibilisation des adolescentes ont permis** de leur partager des informations essentielles en matière de SMNI, la SDSR et d'égalité de genre<sup>113</sup>. En Haïti, les filles participant aux Clubs des Champions du changement ont indiqué au personnel du projet se sentir plus sûres d'elles et avoir une meilleure estime de soi depuis qu'elles avaient rejoint le club. Au Nigeria, les participantes au projet témoignent avoir changé de comportement en ce qui concerne la gestion de l'hygiène menstruelle et les

filles faisant partie des groupes d'éducation par les paires déclarent avoir plus confiance en elles. Au Ghana, les paires éducatrices sont devenues les mentors des filles plus jeunes et les aident à développer leur leadership. Le but de ce mentorat est que les jeunes filles puissent apprendre à devenir elles-mêmes des paires éducatrices.

113. Rapport semestriel du projet SHOW en Haïti, année 4, page 36; Rapport semestriel du projet SHOW au Nigeria, année 4, page 58

## Réussite du programme des Champions du changement en Haïti

Selon les études de cas et les témoignages, les activités des Champions du changement en Haïti ont eu les effets escomptés sur les adolescentes et adolescents.<sup>114</sup> Les adolescentes ont pu renforcer leur confiance et leur estime de soi et obtenir des informations précieuses sur la SDSR. Les filles ont déclaré à leurs animatrices qu'elles étaient heureuses d'en savoir plus sur la puberté et la santé reproductive et fières d'avoir la confiance et les connaissances nécessaires pour éviter les grossesses précoces. Lors des visites dans les zones d'intervention conduites par le personnel du projet, les filles d'un autre groupe ont également déclaré que les clubs les avaient aidées à gagner en confiance et en estime de soi, et qu'elles étaient désormais plus à l'aise pour participer à des activités récréatives et sportives avec leurs frères ou pour demander le soutien de leurs parents. Les garçons ont dit apprécier la diversité des activités et avoir beaucoup appris des clubs.

### CONSÉQUENCES INATTENDUES DES CHAMPIONS DU CHANGEMENT EN HAÏTI

En Haïti, le programme Champions du changement a eu deux conséquences importantes et inattendues :

- Plan International a pu utiliser les témoignages et les expériences des membres des Champions du changement pour plaider en faveur du développement des services de santé sexuelle et reproductive, en particulier des contraceptifs<sup>115</sup>, auprès du ministère de la Santé. Au cours des sessions des Champions du changement, les membres ont décrit les nombreuses difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir des moyens de contraception, ainsi que les comportements et les relations néfastes que les adolescentes entretiennent avec des partenaires plus âgés ou des adultes quant à l'accès aux services de SSR nécessaires<sup>116</sup>. Plan International a pu utiliser ces expériences réelles d'adolescent(e)s pour plaider en faveur de changements politiques au niveau du ministère, pour travailler avec les prestataires de santé afin d'améliorer la fourniture de services SABA et pour renforcer les capacités des ASC à aborder les questions de SDSRA<sup>117</sup>.



**« Auparavant, je ne savais rien de la santé sexuelle et reproductive mais, maintenant, je sais de quoi il s'agit. »**

– Une adolescente après une séance

- Certains des groupes d'adolescents, filles et garçons confondus, ont tiré parti des liens qu'ils ont tissés grâce à leur participation au programme Champions du changement pour établir un groupe d'AVEC pour leur club. Ils souhaitent poursuivre leurs réunions régulières après la fin du projet et favoriser leur autonomisation économique.

114. Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 3

115. Pendant toute la durée du projet SHOW, la réglementation du ministère haïtien de la Santé empêchait les adolescent(e)s de bénéficier de conseils ou de services en matière de contraception auprès des prestataires de santé sans le consentement d'un parent ou d'un conjoint.

116. Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 3

117. Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 4

### 3.4.2 RÉSULTATS AU NIVEAU DES ÉTABLISSEMENTS

Le troisième pilier de la SEG visait à améliorer la sensibilité au genre et l'adaptation des services SMNI/SSR aux besoins des adolescent(e)s. Les activités dans le cadre de ce pilier ont directement contribué à l'amélioration de la qualité des services, et ont également contribué indirectement à renforcer l'autonomisation des femmes et des filles et à accroître l'engagement des hommes. Comme nous l'avons vu dans la [section 3](#), des ressources considérables ont été consacrées à la formation des prestataires de santé par le biais du développement d'outils de travail et de la rénovation des installations. En conséquence<sup>118</sup> :

- 6 622 ASC, dont 4 260 femmes, ont été formés à la SMNI/SSR, à l'égalité des sexes, aux problèmes des adolescent(e)s et à la mobilisation.
- 2 891 prestataires de soins de santé, dont 1 446 femmes, ont été formés aux services adaptés aux besoins des femmes et des adolescent(e)s en matière de SMNI/SSR.
- 7 311 ASC, prestataires de santé et chauffeurs ont été formés aux protocoles d'orientation SABA, dont 3 904 ASC et prestataires de santé féminins au Ghana, au Nigeria, en Haïti et au Bangladesh.
- 1 315 CSC ont été formés, pour un total de 10 198 membres de CSC formés dans tous les pays.
- 406 établissements de santé ont été dotés d'équipements, de fournitures et d'unités d'élimination des déchets dans tous les pays, et 206 établissements de santé ont été rénovés en tenant compte de l'environnement naturel local.
- Une augmentation significative de la fréquentation des centres de soins prénatals au moins quatre fois a été enregistrée dans les cinq pays, ainsi qu'une augmentation significative des accouchements par du personnel qualifié dans les cinq pays.
- 15 espaces pour adolescent(e)s ont été construits au Ghana et 3 en Haïti.

Les indicateurs inclus pour mesurer les progrès de ce pilier ont pris en compte les services de SMNI/SSR et les services de référence et ont permis de déterminer quelles installations répondaient aux critères SABA. Ils ont également calculé la satisfaction des femmes, des adolescentes et des hommes sur la base des réponses aux enquêtes menées auprès des personnes ayant sollicité des services. En ce qui concerne le **respect des critères SABA**, les résultats de l'évaluation finale ont révélé un besoin continu d'amélioration dans la fourniture des services de référence SABA. Des augmentations substantielles des services de référence SABA ont été observées au Ghana et au Bangladesh. Les données de l'évaluation finale ont également révélé des augmentations en Haïti ; mais malgré cette amélioration, deux tiers des établissements à la fin de l'étude ne répondaient pas aux normes de service. Au Nigeria et au Sénégal, il n'y a pas eu de changements significatifs entre l'enquête de base et l'évaluation finale en ce qui concerne le pourcentage d'établissements répondant aux normes pour les services de référence GRAF.<sup>119</sup>

En ce qui concerne la **satisfaction des services de SMNI/SSR**, les résultats finaux étaient également mitigés. La satisfaction des femmes et des adolescentes à l'égard des services a augmenté au Bangladesh, au Ghana, au Sénégal et au Nigeria, bien qu'au Nigeria, le niveau de satisfaction soit encore faible, avec seulement un peu plus de la moitié des personnes se disant satisfaites. Parallèlement, en Haïti, les niveaux de satisfaction à l'égard des services de SMNI/SSR ont diminué de manière significative pour les femmes et les adolescentes ainsi que pour leurs partenaires masculins, et au Sénégal, les niveaux de satisfaction ont diminué pour les partenaires masculins. On a également constaté une augmentation de la satisfaction des femmes et des filles à l'égard des services de référence au Bangladesh, au Ghana et au Sénégal, et une augmentation de la satisfaction des partenaires masculins à l'égard des services de référence au Ghana, au Sénégal et au Nigeria. En Haïti, la satisfaction à l'égard des services de référence a baissé pour les femmes, les adolescentes et leurs partenaires masculins, et au Bangladesh, les niveaux de satisfaction des partenaires masculins ont légèrement baissé entre le début et la fin du projet.<sup>120</sup>

118. Rapport d'évaluation final consolidé du projet SHOW ; rapport d'évaluation final du projet SHOW au Bangladesh ; rapports finaux du projet SHOW pour le Ghana, le Bangladesh, Haïti, le Sénégal et le Nigeria, annexes C et D.

119. Rapport d'évaluation finale consolidé du projet SHOW ; Rapport d'évaluation finale du projet SHOW au Bangladesh.

120. Rapport d'évaluation finale consolidé du projet SHOW, rapport d'évaluation finale du projet SHOW au Bangladesh 126.



**« Les infirmières nous ont assuré de la confidentialité, nous nous sentons donc très à l'aise pour leur parler de nos problèmes. Elles prennent le temps de nous écouter et de nous conseiller. En général, le personnel est amical et compétent. Le coin des adolescents, bien que l'espace soit limité, offrait intimité et confidentialité. Ils ont également suivi les protocoles de sécurité du COVID-19. »**

– Adolescentes, Ghana

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette baisse apparente de la satisfaction à la fin du projet.<sup>121</sup> Tout d'abord, les utilisateurs de services sont désormais mieux informés de la qualité des services qu'ils devraient recevoir grâce aux sessions de sensibilisation organisées dans les communautés. Ensuite, cet indicateur spécifique ne prend en compte que les personnes « très satisfaites » des services dans leur ensemble, sans compter les personnes satisfaites, et il ne tient pas compte de la

satisfaction à l'égard des interventions du projet SHOW. De plus, lorsque l'on ne demande pas aux utilisateurs leur degré de satisfaction immédiatement après avoir reçu le service, la fiabilité de la réponse est limitée. D'une manière générale, il convient d'être prudent dans l'interprétation de la satisfaction à l'égard du service en tant qu'indicateur de la qualité du service pour certaines des raisons mentionnées ci-dessus. De plus, le point de vue du client sur la qualité du service n'est qu'une composante parmi d'autres indicateurs de qualité des services de santé mesurés objectivement. Par conséquent, des attentes plus élevées parmi les FAP et les hommes constituent un développement positif en encourageant la demande de meilleurs services de SMNI/SSR. En outre, une plus grande désagrégation des composantes de la perception de la satisfaction par les FAP est maintenant considérée comme une manière plus utile de capturer ces données.

Lorsqu'on a demandé aux utilisateurs des services ce qui, selon eux, avait pu contribuer aux changements, ils ont attribué ces changements au projet SHOW, en particulier à la formation du personnel de santé qualifié et des ASC. Le personnel de santé et les ASC du Ghana, d'Haïti et du Sénégal ont indiqué qu'ils se sentaient mieux équipés pour fournir des services aux communautés après avoir participé à des formations telles que celles consacrées

121. Rapport d'évaluation finale consolidé du projet SHOW

122. Schoenfelder T (2012) Patient Satisfaction: A Valid Indicator for the Quality of Primary Care? *Primary Health Care* 2:e106. doi:10.4172/2167-1079.1000e106

au SABA, organisées par le projet SHOW. Le personnel de santé a déclaré que les formations leur ont permis d'acquérir les connaissances, les compétences et la confiance nécessaires pour faire leur travail et d'améliorer la qualité de leurs services<sup>123</sup>.

**« J'ai beaucoup de chance d'avoir reçu la formation sur les services de santé SABA. Cette formation m'a permis de me sensibiliser à fournir des services de santé sensibles au genre aux patients selon leurs préférences. Je serai plus attentif aux adolescentes. »**

– Prestataire de santé, Bangladesh

**« Ma capacité s'est tellement améliorée en matière de mentorat et je me sens plus à l'aise lorsque j'encadre d'autres prestataires de services dans les domaines de l'administration du sulfate de magnésium et de la prestation de services adaptés aux adolescents et sensibles au genre. »**

– Formateur en services de santé, Nigeria

Au Ghana, les membres des CSC ont déclaré utiliser les listes de contrôle de prestation de services SABA fournies par SHOW pour améliorer leur supervision des services de santé. "Ayant reçu la liste de contrôle, cela m'a donné un aperçu de ce que je devais attendre des prestataires de services. Cela m'a également incité à soutenir les agents de santé pour qu'ils fournissent des services de qualité aux clients. Nous organisons [maintenant] des réunions trimestrielles avec les agents de santé pour discuter de la manière d'améliorer la prestation de services, ce qui a contribué à renforcer la relation entre les clients et les prestataires de services ainsi que le niveau de satisfaction des clients à l'égard des services", a déclaré un membre ghanéen du CSC.<sup>124</sup> En Haïti, les prestataires de services de santé veillent à ce que les deux membres du couple disposent de sièges appropriés dans les salles de consultation consacrées aux services de SMNI/SSR.<sup>125</sup> Lors des visites de suivi dans les établissements de santé nigériens, le personnel du projet a noté la disponibilité de coins d'attente pour les adolescent(e)s, de salles de consultation et de mobilier (une table et des chaises), ainsi que la présence de panneaux indiquant où se trouvent les services spécifiques aux adolescent(e)s dans l'établissement.<sup>126</sup>

---

123. Rapport d'évaluation final consolidé du projet SHOW

124. Rapport annuel du projet SHOW au Ghana, année 4

125. Rapport annuel du projet SHOW en Haïti, année 4

126. Rapport annuel du projet SHOW au Nigeria, année 4





## **SECTION 4 : LEÇONS APPRISES ET RECOMMANDATIONS**

La présente section décrit certains des principaux enseignements tirés de la conception, de la mise en œuvre, du suivi, de l'évaluation et des apprentissages de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW et présente certaines recommandations pour de futurs projets.

## 4.1 PHASES DE PLANIFICATION, DE CONCEPTION ET DE LANCEMENT

La complexité inhérente à la conception d'une stratégie d'égalité de genre (SEG), harmonisée à travers 5 pays et répondant également à leurs dynamiques et barrières liées au genre spécifiques constitue un véritable défi. Du point de vue de la conception globale, ce problème peut être résolu efficacement en identifiant les principaux obstacles communs liés au genre, puis en intégrant des ressources clés dans les volets d'activités et en choisissant soigneusement les périodes pour une contextualisation plus poussée. De cette façon, le projet a pu **concevoir avec succès une stratégie globale à travers une diversité de communautés**, et ce, en créant trois piliers universels pour la SEG et en adaptant la stratégie de chaque pays à l'expérience et à la situation spécifiques des femmes et des filles dans leurs communautés, sur la base de l'évaluation basée sur le genre des pays respectifs. Si l'architecture des activités et des stratégies percutantes peut être globale et cohérente, au sein des piliers, les approches et les parties prenantes doivent néanmoins être contextualisées. On peut prendre l'exemple de l'influence des Queen Mothers au Ghana ou les Clubs de grands-mères au Sénégal, mis à profit pour faire

évoluer les normes sociales, ou l'utilisation de nombreuses plateformes locales de CCC, ou encore l'application de la méthodologie complète des Champions du changement (Haïti) en comparaison à un modèle élargi d'éducation par les pair(e)s pour les adolescent(e)s (Bangladesh, Ghana, Nigeria et Sénégal). L'alignement total des approches, bien qu'important, n'est pas l'unique facteur de réussite, pour autant que : 1) la **qualité du contenu** transformateur en matière de genre est cohérente (dûment localisé en utilisant les langues locales et des exemples) et couvre l'ensemble des questions et domaines liés à l'égalité de genre, notamment l'accès aux ressources et le contrôle de celles-ci, la participation et la prise de décision, la répartition des tâches/rôles et des responsabilités selon le genre, les normes néfastes liées au genre, etc.; 2) l'**intensité et la profondeur de l'intervention** sont comparables et cohérentes; par exemple, la création de Clubs de pères (Ghana, Haïti, Bangladesh et Nigeria) ou l'utilisation d'Écoles pour maris existantes (Sénégal) ne sont pas aussi importantes que d'amener les participants à travers un parcours de changement participatif, réflexif et transformateur en matière de genre, grâce à des animateurs bien formés; 3) les approches sont alignées pour contribuer aux objectifs des piliers de la SEG et aux indicateurs de résultats relatifs aux changements transformateurs en matière de genre.





Un **partenariat** stratégique, tel que celui entre le projet SHOW et **Promundo**, est très efficace pour mettre en commun l'expertise et l'expérience, mettre à profit les ressources et les bonnes pratiques, tester et documenter des approches novatrices, bénéfiques à tous les partenaires, ainsi que pour atteindre les objectifs de la SEG. Cela peut accroître la visibilité d'un pilier ou d'un élément spécifique de la stratégie d'égalité de genre ou l'investissement dans celui-ci, comme ce fut le cas avec le pilier relatif à l'engagement des hommes de la SEG du projet SHOW. Étant donné que l'investissement dans la conception et la planification de ce pilier était réellement approfondi et bien financé, la mise en œuvre et les résultats étaient plus positifs et mieux documentés que les volets d'activités visant à renforcer la capacité d'agir et l'autonomisation, individuelle et collective, des femmes et des filles. En effet, alors que les activités des groupes de soutien des femmes ont adopté une approche plus générale en termes de contenu et de messages, s'appuyant largement sur les supports généraux de CCC développés par le projet, un ensemble cohérent de directives et de programmes a été utilisé pour l'implication des hommes, ce qui a non seulement fait progresser les activités en la matière avec plus d'efficacité et de cohérence, mais a également assuré un degré élevé d'assistance technique aux équipes du projet. Bien que ce problème ait été résolu plus tard dans le projet grâce à l'élaboration du

**Programme relatif à l'autonomisation des femmes**, les lacunes et les incohérences initiales auraient pu être réduites en intégrant une structure technique plus solide dans la conception de ce pilier.

Il est essentiel d'**allouer des ressources suffisantes à l'élaboration de supports et de programmes**, ainsi qu'aux formations et aux remises à niveau planifiées, afin de développer les compétences nécessaires à la mise en œuvre d'activités transformatrices en matière de genre. Le défi inhérent à la phase de conception et de lancement d'un projet est de trouver le juste équilibre entre l'adaptation des supports locaux existants, soutenant l'égalité de genre et les programmes de santé, et le développement de nouveaux supports, axés sur les changements transformatrices en matière de genre. La recherche de cet équilibre a donné lieu à divers défis et réussites dans le cadre du projet SHOW. Étant donné que le pilier relatif à l'engagement des hommes consistait en une approche relativement nouvelle pour la plupart des pays, allant au-delà de l'éducation traditionnelle des hommes sur la SMNI/SSR pour adopter des changements transformatrices en matière de genre, un programme a pu être mis en place très tôt dans le projet pour combler les lacunes nationales anticipées. Cependant, pour les activités relatives aux groupes de femmes et d'adolescentes, à la sensibilisation à la santé et à la fourniture de services,

le projet prévoyait d'adapter ou de compléter les programmes nationaux et régionaux existants, ce qui requiert un examen détaillé des programmes, l'ajout de contenu ou l'adaptation de celui existant et l'approbation du gouvernement, notamment en ce qui concerne la formation des prestataires de santé communautaire et des établissements et l'éducation des adolescentes. Cela a souvent entraîné des retards dans la création, l'adaptation et la validation du contenu en fonction des contextes nationaux, mais cela s'est avéré nécessaire pour s'aligner sur les politiques et les priorités nationales et garantir l'adhésion du gouvernement pour faire avancer le contenu après la fin du projet. Pour atténuer les retards attendus, Plan International a rédigé un ensemble de guides et de supports polyvalents couvrant la formation relative au leadership des femmes, l'égalité de genre dans les AVEC, la prestation de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s pour les activités liées aux prestataires de santé au niveau de la communauté et des établissements ainsi qu'un contenu transformateur en matière de genre additionnel, provenant des Champions du changement de Plan International, à inclure dans les programmes nationaux d'éducation

par les pairs des adolescent(e)s, afin d'atténuer les retards et de fournir un contenu cohérent et de qualité pour éclairer le développement des supports dans tous les domaines. En règle générale, les révisions et le développement du contenu ont été effectués par des consultant(e)s techniques locaux ayant une expertise variable en matière d'intégration de l'égalité de genre. La sous-budgétisation des ressources nécessaires à la réalisation des évaluations basées sur le genre et à l'adaptation et au développement de contenus a constitué un autre problème. D'autant que ces besoins sont survenus simultanément pour plusieurs activités et ont souvent incombé au personnel du projet SHOW chargé de l'égalité de genre, augmentant ainsi leur charge de travail. Il est essentiel de prévoir un budget adéquat pour l'expertise en matière d'égalité de genre. Au stade de la conception, il est souvent difficile d'évaluer l'ampleur de ce besoin, mais il est possible d'y répondre en allouant un budget à l'assistance technique et au développement, à utiliser selon les besoins. Cela permet de faire gagner du temps au personnel du projet chargé de l'égalité de genre, qui pourrait ainsi se concentrer sur les résultats globaux et la qualité du projet.



## 4.2 MISE EN ŒUVRE

Un programme transformateur en matière de genre se doit d'adopter une double approche. D'une part, il doit remédier aux barrières liées au genre et aux normes sociales par le biais d'actions basées sur le genre ciblées. Celles-ci visent à s'attaquer aux causes profondes de l'inégalité de genre et des relations de pouvoir inégalitaires, en travaillant sur la condition, les besoins pratiques et la position sociale des femmes et des filles (les activités relatives à l'implication des hommes ou à la participation des femmes dans les CSC, par exemple). D'autre part, il doit intégrer l'égalité de genre dans toutes les activités et approches, et dans tous les processus (les activités relatives à la prestation de services de santé, notamment le renforcement des capacités, la rénovation des installations, la supervision de soutien, etc.). Au début du projet, pendant la détermination du plan de travail, le personnel du projet SHOW a utilisé un outil similaire pour définir les éléments spécifiques relatifs à l'égalité de genre dans les activités du projet. Le **plan d'action pour l'égalité de genre (PAEG)** a été utilisé lors de chaque processus annuel de planification du travail pour détailler les tâches, les ressources nécessaires et la responsabilité de chaque domaine d'activité relatif à l'égalité de genre. Au cours de l'année 3, les équipes de projet ont vérifié l'efficacité de cette approche et ont observé que, bien qu'elle fournisse un plan d'action détaillé pour gérer l'intégration de l'égalité de genre, elle était presque exclusivement détenue et gérée par les spécialistes en matière d'égalité de genre, considérant donc l'égalité de genre comme un secteur « cloisonné » plutôt que comme une responsabilité partagée. Lors de la planification du travail de l'année 4, le projet a choisi d'intégrer les actions relatives à l'égalité de genre dans le plan de travail global du projet afin de créer une responsabilité partagée pour l'égalité de genre parmi les équipes du projet. Bien que cette dernière approche soit effectivement privilégiée, elle peut conduire involontairement à l'exclusion du personnel chargé de l'égalité de genre en faveur d'autres spécialistes techniques, souvent lorsque le temps de mise en œuvre est restreint et qu'un haut degré de proactivité de la part du personnel chargé de l'égalité de genre est exigé. Quelle que soit l'approche de la programmation en matière d'égalité de genre, puisqu'il n'existe pas de bonne pratique unique, elle doit être associée à un renforcement continu des capacités de l'ensemble des équipes de projet en matière d'égalité de genre, allant au-delà des concepts théoriques pour aborder les préjugés et les attitudes inconscientes liés au genre, et à des compétences pratiques d'intégration de l'égalité de genre dans toutes les activités, notamment pour le personnel administratif, technique, financier, de suivi et d'évaluation, en démontrant à quel point l'égalité

de genre est pertinente à leur rôle dans le projet. Le personnel du SHOW a organisé ces formations pour le personnel du projet et des partenaires dès le début du projet et a conduit des sessions de mise à niveau au cours de celui-ci, tout comme il en a organisé pour les structures de gouvernance du projet, telles que les comités directeurs du projet et les comités consultatifs techniques dans les pays SHOW, qui comprenaient des acteurs du gouvernement et du secteur.

Afin de fournir une approche technique alignée au programme transformateur en matière de genre multinational du projet SHOW, Plan International a élaboré un ensemble de **directives de mise en œuvre** au cours de la première année du projet, avec le soutien de Promundo pour celles qui concernent l'engagement des hommes. Ces directives ont été développées dans le but de fournir un « guichet unique » au personnel et aux partenaires du projet leur permettant de trouver le raisonnement, les conseils techniques et les outils relatifs à l'égalité de genre pour une variété de domaines d'intervention, y compris la prestation de services de santé, l'implication des chefs traditionnels et religieux, le renforcement des capacités des ASC, les AVEC, l'implication des hommes dans la CCC, etc. pour une contextualisation et une adaptation ultérieures. Les directives ont fait office de référence essentielle pour les conseillers(ères) en matière d'égalité de genre et les partenaires du projet, et de soutien important pour le développement des supports et des formations. Elles



ont été partagées dans tous les pays avec le personnel du projet et des partenaires, à distance et sur place. Cependant, lors de l'atelier de partage et d'apprentissage qui s'est tenu à Dakar, au Sénégal, en 2018, le personnel du projet des cinq pays a pu partager certains des apprentissages clés qu'il a tirés. Si ces directives ont fortement soutenu le programme transformateur en matière de genre dans l'ensemble du projet SHOW, elles auraient pu être diffusées plus efficacement auprès des équipes de projet à son commencement, par le biais de formations et d'un soutien continu, et le langage aurait pu être plus accessible pour les partenaires et le personnel locaux.

Les objectifs en matière d'égalité de genre, notamment au niveau communautaire, requièrent l'implication de nombreuses parties prenantes et responsables en raison de leur influence sur le maintien ou la remise en cause des normes sociales, essentielle pour s'attaquer aux causes profondes de l'inégalité de genre. Il s'agissait, par exemple, d'impliquer et de former des chefs traditionnels et religieux, des animateurs de Clubs de pères, des agent(e)s de santé communautaire et/ou des agent(e)s de sensibilisation, des responsables et des Champions de la communauté. Cette implication est nécessaire afin d'assurer l'adhésion et l'appropriation de la communauté et une contextualisation appropriée, et constitue un facteur important du succès de la SEG du projet SHOW. Cependant, ces **parties prenantes peuvent souvent être surchargées et insuffisamment soutenues.**

Dans le projet SHOW, certaines d'entre elles ont, par exemple, été impliquées pour soutenir simultanément une grande variété de volets d'activités : animer les Clubs de pères, conduire les visites dans les ménages et soutenir les groupes d'adolescent(e)s. Lors du suivi

du projet, ces personnes ont déclaré avoir atteint un certain niveau de fatigue en raison de leur implication. Cela peut comprendre des risques supplémentaires, tels que l'attrition et la perte d'animateurs(trices) et de collaborateurs(trices) qualifié(e)s, le mécontentement lié au manque de compensations ou de primes, et la diminution de l'implication en raison de responsabilités multipliées, entre la communauté et à domicile. Il faut trouver un équilibre entre le personnel du projet soutenant la mise en œuvre des activités, qui exigent des niveaux de compétences élevés et beaucoup de temps à consacrer, et l'implication des responsables communautaires en tant que bénévoles (même s'ils reçoivent des primes pour leur travail), afin de garantir la réussite des activités du projet et le soutien continu de la communauté aux objectifs du projet. Néanmoins, faire appel à des bénévoles de la communauté pour qu'ils puissent partager leurs compétences et ainsi aider à mettre en œuvre le programme est une stratégie de pérennité importante et efficace une fois le projet terminé.

La négociation et l'accord précoces avec les ministères concernés sont essentiels pour la **mise en œuvre et la durabilité de la formation du personnel de santé en matière d'égalité de genre.** Les aspirations et les engagements du projet doivent être ajustés en fonction de l'espace accordé par le gouvernement et dédié au renforcement des capacités des prestataires de services. Il était particulièrement difficile de mettre en place une approche cohérente de renforcement des capacités des prestataires de santé en matière de services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s, car ils sont souvent considérés comme une « option ». Comme indiqué précédemment, dans





la [Section 3.3](#), une approche flexible a été adoptée pour l'intégration des principes et des pratiques de la prestation de services sensibles au genre (fondée sur les directives du projet) dans diverses formations aux services de santé. L'approche la plus courante étant l'ajout convenu de sessions sur les services SABA, allant d'une demi-journée à une journée entière, avec quelques exceptions en cas de révisions plus importantes requises des formations gouvernementales (par exemple, [la planification familiale au Nigeria](#)). Cette approche permet de réfléchir et de réagir aux préférences et aux calendriers du gouvernement, ainsi qu'aux opportunités qui se présentent. En revanche, étant donné que le temps d'interaction était limité et que le contenu était destiné à être diffusé par la suite, le personnel du projet n'a pas été en mesure d'étudier un changement d'attitude profond chez les prestataires de services, et a principalement fourni des exemples d'actions et de comportements sensibles au genre à adopter dans la prestation de services. Idéalement, la formation des prestataires de santé sur les services SABA devrait être intégrée à toutes les formations techniques en matière de santé et ne pas être une simple « option », permettant ainsi de comprendre les préjugés et les attitudes néfastes liés au genre, de comprendre les déterminants liés au genre de la santé, d'introduire la dimension de genre comme un

élément essentiel de la qualité des soins et d'enseigner des compétences pratiques sur la manière de fournir des services SABA. Cette démarche doit s'appuyer sur les engagements nationaux en matière d'égalité de genre, notamment dans le domaine de la santé disponibles dans la plupart des pays, ainsi que sur un plaidoyer fondé sur des faits auprès des gouvernements, notamment les ministères et départements des Affaires relatives aux femmes et du Genre, concernant l'efficacité des principes SABA sur l'utilisation des services, en vue de l'adoption de ce module de renforcement des capacités dans les programmes de formation des prestataires de santé, de la supervision de soutien de routine et de la gestion globale des systèmes de santé que les projets devraient entreprendre dès leur commencement.

Un programme transformateur en matière de genre implique nécessairement un changement d'attitudes et des perspectives vers des comportements plus égalitaires et inclusifs, ce qui nécessite naturellement des compétences spécifiques et une implication prolongée. L'investissement dans des **compétences techniques appropriées en matière d'égalité de genre** était essentiel à la mise en œuvre de la stratégie d'égalité de genre du projet SHOW. D'ailleurs, les volets d'activités soutenant la stratégie d'égalité de genre ayant reçu les investissements les plus importants étaient les plus efficaces. Par exemple, étant donné que les projets du Sénégal et du Bangladesh étaient très étendus géographiquement et qu'ils étaient couverts par un personnel technique chargé de l'égalité de genre basé à Dakar et à Dhaka, respectivement, il a été difficile pour les spécialistes de rester en contact permanent et de fournir une supervision de soutien continue aux volets d'activités de la SEG. En revanche, le Ghana avait deux personnes chargées de l'égalité de genre, réparties géographiquement et travaillant en étroite collaboration avec leurs homologues de la santé, ce qui illustre très bien la livraison géographique des volets d'activités clés de la SEG. Dans l'ensemble, les partenaires locaux des différents pays étaient soutenus par des expert(e)s en matière d'égalité de genre pour les projets, mais le temps investi par le personnel chargé de l'égalité de genre était variable. Bien que les capacités en matière d'égalité de genre au niveau du projet soient essentielles à la mise en œuvre de programmes transformateurs en matière de genre, elles sont également requises pour : 1) impliquer l'expertise locale en matière d'égalité de genre, notamment les organismes de défense des droits des femmes et des filles, qui connaissent parfaitement le contexte et qui sont les mieux placés pour proposer des solutions durables et pertinentes au niveau local; 2) renforcer les capacités de base des partenaires de projet locaux en matière d'égalité de genre, de programmation et de mesure des résultats transformatrices en matière de genre.

### 4.3 SUIVI, ÉVALUATION ET APPRENTISSAGE

Les **données de suivi qualitatives planifiées sont essentielles** pour éclairer la planification du travail, la correction de la trajectoire et les modifications des activités du projet afin d'atteindre les résultats et les objectifs transformateurs en matière de genre. Bien que la collecte et l'analyse de données qualitatives soient utiles dans de nombreux domaines de résultats, il s'agit d'une méthodologie particulièrement pertinente pour examiner les progrès réalisés en matière de changements sociaux et de comportements, et pour identifier les raisons pour lesquelles certains objectifs sont atteints ou non. Cela a été mis en évidence par les visites de suivi à mi-parcours effectuées par Promundo dans le cadre du projet SHOW (voir la [Section 3.2](#)), à la suite desquelles le projet a été en mesure de répondre aux défis spécifiques rencontrés dans différents pays en ajoutant une formation technique sur les supports relatifs à l'engagement des hommes, en traduisant les supports dans les langues locales et en réorientant certains messages qui contribuaient à renforcer les rôles liés au genre traditionnels. Le pilier relatif à l'autonomisation des femmes et des filles de

la SEG aurait bénéficié d'un exercice de suivi à mi-parcours, ciblé et doté de ressources similaires, pour évaluer la réaction quant à la diversité des interventions du projet ciblant spécifiquement les femmes et les filles, et l'efficacité de ces interventions. Cette approche représente un investissement précieux pour les projets futurs, car elle offre la possibilité de prendre directement en compte les points de vue des femmes et des filles et de fournir un niveau d'analyse de l'égalité de genre qui est important pour éclairer le programme.

Les changements relatifs à **l'autonomisation et la capacité d'agir individuelles des femmes et des filles sont difficiles à suivre et à mesurer**, surtout dans le contexte d'une conception de projet complexe, déjà fortement engagée dans la mesure d'autres domaines d'interventions. Les indicateurs clés relatifs à l'égalité de genre inclus dans la conception du CMR du projet étaient axés sur le soutien des hommes à la SMNI/SDSR, sur les avis relatifs à la question de savoir si les femmes devraient participer à la prise de décision, et sur le niveau d'adhésion et de leadership des femmes dans



les groupes communautaires<sup>127</sup>. Bien que ces indicateurs n'incluent pas le point de vue des femmes sur les changements réels au niveau de leur capacité d'agir ou de leur autonomisation, la collecte de données du projet comprenait une section sur les pratiques décisionnelles au niveau du ménage dans divers domaines (y compris les domaines autres que ceux liés à la santé) **du point de vue des adolescentes, des femmes** et des partenaires masculins. Ces données se sont avérées être une source d'information très pertinente et révélatrice au cours de l'analyse afin de mieux comprendre la progression des changements au niveau domestique et individuel pour les femmes et les filles (voir la [Section 3.4 Résultats](#)). Par conséquent, même si plusieurs indicateurs supplémentaires relatifs à la capacité d'agir et à l'autonomisation des femmes et des filles ne peuvent pas être ajoutés aux résultats, car ils peuvent être prescrits et immuables ou bien le CMR doit rester simple et réalisable, il est possible et préférable d'inclure des questions fondamentales sur l'égalité de genre dans les outils d'enquête, notamment dans les études de base, à mi-parcours et de fin, pouvant être analysées et triangulées avec d'autres indicateurs d'égalité de genre afin d'obtenir une perception des changements transformateurs en matière de genre.

Pour les projets multi-pays, il existe une opportunité incroyable d'**apprentissage, de partage et de renforcement collaboratifs des capacités des équipes nationales et techniques** en matière de programmation transformatrice en matière de genre. À cette fin, plusieurs plateformes d'échange, formelles et informelles, ont été mises en place, notamment un service de clavardage sur Skype pour le personnel chargé de l'égalité de genre des différents pays. Si, au départ, ce mécanisme était fréquemment utilisé, les décalages horaires, les barrières de langues, les problèmes de connectivité et de disponibilité ont réduit l'utilité de la plateforme, qui a été abandonnée au cours de la deuxième année du programme SHOW. Les spécialistes en matière d'égalité de genre de Plan International Canada ont plutôt joué un rôle de coordination en partageant les supports, les ressources et les bonnes pratiques et questions émergentes. Il en ressort que le partage des ressources et de supports est important pour que les

équipes nationales ne réinventent pas la roue et puissent adapter les ressources à leurs contextes. Cependant, cela ne remplace pas l'importance du dialogue, de la co-création et des solutions partagées. Il est important de créer et de maintenir un espace de dialogue, en utilisant les meilleures technologies disponibles, qui soit favorable, sûr et significatif, et dont l'importance doit être bien communiquée à la direction et intégrée dans les mandats du personnel. En outre, à mi-parcours du projet, en août 2018 à Dakar, au Sénégal, le projet SHOW a organisé un atelier de partage et d'apprentissage qui s'est avéré extrêmement précieux, à la fois pour partager les défis communs à l'ensemble du projet et travailler à les surmonter, mais aussi pour explorer différentes approches d'interventions efficaces similaires et célébrer les réussites du projet. L'événement a réuni le personnel technique et de gestion principal, et les partenaires stratégiques, des cinq pays du projet SHOW pour un atelier intensif de cinq jours. L'égalité de genre a été intégrée dans tous les domaines de discussion, notamment ceux portant sur la gestion, la SDSRA et le suivi, l'évaluation et l'apprentissage, et a également été au centre d'un atelier d'activités et de partage d'une journée. Ce moment de partage collaboratif s'est avéré très précieux pour la SEG, et à plusieurs égards : il a permis de mieux faire connaître le travail entrepris dans le cadre des éléments transformateurs en matière de genre du projet, il a alerté de nombreux membres du personnel sur la nécessité d'intégrer davantage les directives et de mieux comprendre comment elles peuvent être utilisées dans leur travail individuel et, surtout, les projets individuels ont bénéficié d'une capacité accrue, et de connaissances et d'expériences partagées lors de l'atelier. L'organisation aussi fréquente que possible de tels événements d'échange en personne, en plus des moyens d'implication à distance décrits ci-dessus, contribue grandement à l'élaboration d'une vision, d'une implication, d'un élan et d'une responsabilité partagés.

---

127. Voir [Section 1](#).



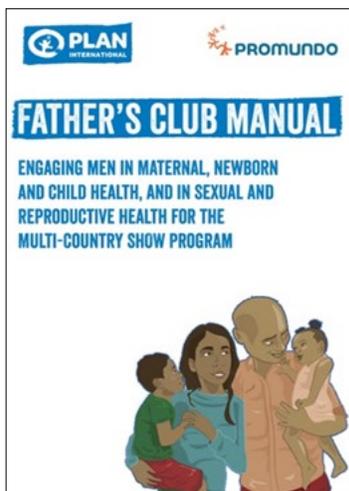


## SECTION 5 : DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE DU PROJET SHOW

La présente section fournit une liste de documents techniques créés au cours de la mise en œuvre du projet SHOW et pouvant être exploités et utilisés par d'autres organismes pour renforcer la mise en œuvre de leurs programmes transformateurs en matière de genre de SMNI/SDSR. Ci-après se trouve une brève présentation de chaque document technique, ainsi que de son objectif dans le cadre du projet SHOW, à qui le document est destiné, et comment la ressource et/ou l'outil peut être utilisé dans le cadre d'un projet ou d'un programme de SMNI/SDSR.

## MANUEL DES CLUBS DE PÈRES DU PROJET SHOW

Plan International, en collaboration avec Promundo, a élaboré un manuel spécifique pour les Clubs de pères du projet SHOW. Inspiré du [Programme P](#) de Promundo, le manuel des Clubs de pères du projet SHOW se compose de 20 sessions liées à l'égalité de genre et à la SMNI/SDSR, conçues pour inciter les hommes à réfléchir aux normes liées à la masculinité et à la paternité, soit seuls, soit avec leur Club de pères, soit avec leurs partenaires. Ces réflexions incitent les hommes à prendre conscience des inégalités de genre et de la manière dont elles les affectent, eux, leurs partenaires et leurs enfants. Ces sessions amènent les hommes à établir de nouvelles définitions de la masculinité et à adopter des comportements liés au genre plus équitables dans leurs ménages et leurs communautés. Tout au long du manuel, un accent particulier est mis sur la compréhension des inégalités de genre en se concentrant spécifiquement sur la SMNI/SDSR.



Ce manuel suit une approche transformatrice en matière de genre en incitant les participants aux Clubs de pères à « s'interroger activement sur ce que cela signifie d'être un homme ou une femme dans la société, et à remettre en question les normes inégalitaires liées au genre et les déséquilibres de pouvoir ». <sup>128</sup> Les sessions utilisent une variété d'activités, de réflexions et de discussions de groupe, ainsi que des devoirs à faire à domicile pour permettre des changements à long terme dans les relations et les dynamiques de pouvoir liées au genre visant à améliorer les relations que les hommes entretiennent avec eux-mêmes, leurs partenaires féminines et leurs enfants. Les sessions encouragent les hommes (et les femmes, lorsque cela est possible) à développer leurs propres solutions aux défis communs relatifs à l'implication des hommes dans la SMNI/SDSR, fondées sur l'équité, l'égalité, la non-violence et le respect.

Lien pour [le Manuel des clubs de pères du projet SHOW](#)

128. *Manuel des Clubs de pères du projet SHOW*

## CLUB DE PÈRES DU PROJET SHOW : VERSION POUR LES PERSONNES PEU ALPHABÉTISÉES ET À MOINDRE COÛT

Plan International et Promundo ont développé une deuxième version du manuel des Clubs de Pères pour répondre spécifiquement aux contextes de faible alphabétisation et de faibles ressources où les Clubs des Pères pouvaient être mis en œuvre. Cette version consolide les messages, les activités et les sessions du manuel original et les présente sous un modèle plus illustré et plus facile à lire. Elle est conçue pour répondre au niveau d'alphabétisation d'une variété d'animateurs et participants des Clubs de pères.

### QUI PEUT UTILISER CETTE RESSOURCE?

Les deux versions du manuel des Clubs de pères du projet SHOW sont destinées à être principalement utilisées par les animateurs des Clubs de pères et/ou des groupes d'engagement des hommes. Les personnes impliquées dans la conception et la mise en œuvre des projets et programmes peuvent également utiliser les manuels pour développer une approche ou une stratégie relative aux groupes d'engagement des hommes, et pour concevoir et dispenser des formations pour les animateurs. Les deux versions du manuel fournissent des conseils sur les techniques d'animation appropriées aux sessions des Clubs de pères.



## GUIDES RELATIFS À LA PRESTATION DE SERVICES DE SMNI/SSR SENSIBLES AU GENRE ET ADAPTÉS AUX BESOINS DES ADOLESCENT(E)S

Dans le cadre du projet SHOW, trois notes d'orientation relatives à la prestation de services SABA de SMNI/SSR ont été élaborées :

1. Prestation de services de SMNI/SSR sensibles au genre
2. Prestation de services de SMNI/SSR adaptés aux besoins des adolescent(e)s
3. Promouvoir l'égalité de genre dans l'éducation sur la SMNI/SSR communautaire : guide du renforcement des capacités des agent(e)s de santé communautaire

Ces trois notes d'orientation ont été élaborées pour renforcer les capacités des prestataires de santé, ainsi que des responsables de la planification et des décideurs(euses) en matière de santé, en ce qui concerne :

- les liens entre l'inégalité de genre et les déterminants sociaux de la santé, les liens entre l'âge des adolescent(e)s et les déterminants sociaux de la santé, et les impacts de ces liens sur les résultats de santé; et
- les mesures et pratiques à adopter pour pouvoir fournir des services de SMNI/SSR sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s.

Chacune des notes d'orientation est structurée en fonction du domaine clé qu'elle vise à renforcer : les notes d'orientation fournissent d'abord les connaissances fondamentales et théoriques sur l'égalité de genre et les questions relatives aux besoins des adolescent(e)s, ainsi que sur la manière dont elles interagissent avec la SMNI/SSR, puis offrent des conseils pratiques sur la manière dont les prestataires de santé peuvent fournir des services adaptés au genre et aux besoins des adolescent(e)s. Les guides sur la prestation de services sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s comprennent également des listes de contrôle que les prestataires de santé ou les superviseur(se)s peuvent utiliser pour déterminer dans quelle mesure leurs services répondent à ces critères.

## QUI PEUT UTILISER CETTE RESSOURCE ?

Ces notes d'orientation sont destinées à être utilisées par les organisations mettant en œuvre des projets de SMNI/SSR. Elles peuvent également être utilisées comme des outils pour :

- mener des actions de plaidoyer en faveur de la prestation de services SABA auprès des ministères de la Santé et des Affaires relatives aux femmes nationaux ou locaux;
- concevoir et dispenser des formations pour les prestataires de santé et les ASC sur la prestation de services SABA;
- concevoir et dispenser une formation pour les superviseur(se)s et les gestionnaires des prestataires de santé;
- orienter et/ou former les membres des CSC; et
- renforcer les capacités des organisations et/ou des parties prenantes relatives aux services SABA de SMNI/SSR.



## GUIDES RELATIFS AUX PROGRAMMES D'ENGAGEMENT DES HOMMES DU PROJET SHOW

En collaboration avec Promundo, quatre guides de projet ont été élaborés pour soutenir la mise en œuvre du deuxième pilier de la stratégie d'égalité de genre, relatif à l'implication des hommes dans la SMNI/SSSR. Le tableau ci-dessous présente les quatre guides et explique leur but et leur utilisation..

## QUI PEUT UTILISER CETTE RESSOURCE ?

Ces guides sont destinés au personnel et aux partenaires du projet qui intègrent l'engagement des hommes dans les programmes de SMNI/SSSR. Ils peuvent servir d'outils de mise en œuvre directe ou de documents d'orientation pour aider au développement des activités et des stratégies, et sont conçus pour être utilisés conjointement.

Guide relatif à l'engagement des hommes	Utilisation prévue du guide	
<p>Note d'orientation relative à l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive</p>	<p>Ce guide est destiné à aider le personnel du projet à élaborer et à mettre en œuvre des activités d'engagement des hommes directement avec ceux-ci, telles que les Clubs de pères. Le guide résume la justification de l'engagement des hommes, ainsi qu'une approche générale recommandée et les meilleures pratiques. Ce guide a été conçu pour accompagner le manuel des Clubs de pères du projet SHOW.</p>	
<p>Note d'orientation relative au plaidoyer en faveur de la SMNI/SSSR : engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive</p>	<p>Ce guide est destiné à aider le personnel du projet et des organisations à mener des actions de plaidoyer en faveur de l'engagement des hommes dans la SMNI/SSSR. Le guide explique les processus de plaidoyer auprès des institutions, fournit les étapes de création d'un plan de plaidoyer ciblé et présente les leçons apprises par les partenaires nationaux du programme <a href="#">MenCare</a>.</p>	
<p>Note d'orientation relative aux communications et à la CCC : engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive</p>	<p>Ce guide est destiné à aider le personnel du projet et des organisations à élaborer et à mettre en œuvre des campagnes et des activités de CCC intégrant des messages sur l'engagement des hommes. Le guide fournit une approche détaillée pour le développement de supports de CCC relatifs à l'engagement des hommes dans la SMNI/SSSR. Il comprend également les meilleures pratiques en matière de développement de supports de CCC axés sur l'engagement des hommes.</p>	
<p>Note d'orientation : travailler avec les chefs traditionnels et religieux pour promouvoir l'engagement des hommes dans la santé maternelle, néonatale et infantile et la santé sexuelle et reproductive</p>	<p>Ce guide est destiné à aider le personnel du projet et des organisations à élaborer et à mettre en œuvre des activités et des stratégies visant à inciter les chefs traditionnels et religieux à favoriser l'engagement des hommes dans la SMNI/SSSR. Le guide fournit une approche détaillée de l'implication des chefs, accompagnée d'outils, pouvant être facilement suivie par le personnel du projet. Le guide comprend également des exemples d'autres projets et programmes pour lesquels cette approche a été utilisée.</p>	

## NOTE D'ORIENTATION RELATIVE À L'ÉG POUR LES PROGRAMMES DE SMNI/SSR INTÉGRANT LES AVEC POUR AMÉLIORER LES RÉSULTATS DE SMNI/SSR

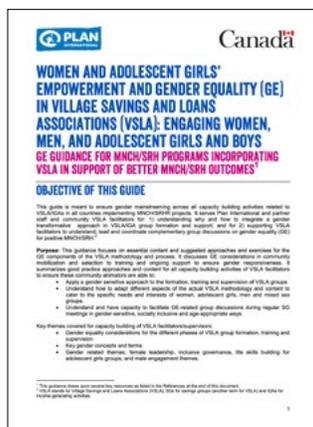
Plan International a développé une note d'orientation spécifique à la mise en œuvre de la stratégie relative aux AVEC, et pour s'assurer que la dimension de genre est bien intégrée à toutes les activités en la matière. Le guide fournit des informations et des conseils clés sur :

- les raisons et la manière d'utiliser une approche transformatrice en matière de genre pour mettre en place des AVEC et les soutenir; et
- la manière d'aider les animateurs(trices) d'AVEC à mener et à coordonner les discussions sur l'égalité de genre et la SMNI/SSR.

Le guide décrit la manière d'intégrer une approche transformatrice en matière de genre dans chaque étape du processus d'AVEC à l'aide d'approches suggérées et d'exercices utiles. Le guide fournit également des considérations de genre importantes pour chaque étape du processus d'AVEC et des exemples des meilleures pratiques d'intégration de l'égalité de genre dans les AVEC. Le guide propose également des activités pouvant être menées avec les animateurs(trices) d'AVEC et visant à renforcer leurs capacités à animer des groupes d'AVEC transformatrices en matière de genre et des sessions sur les questions d'égalité de genre et de SMNI/SSR.

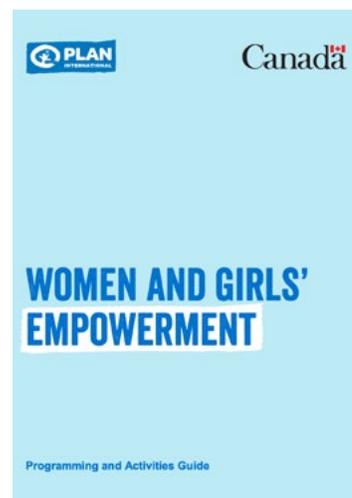
### QUI PEUT UTILISER CETTE RESSOURCE ?

Le guide est destiné au personnel du projet et des organisations afin de concevoir et de mettre en œuvre des stratégies et des activités relatives aux AVEC, de développer des supports de formation sur les AVEC transformatrices en matière de genre destinés aux animateurs(trices) et/ou au personnel, et de fournir un soutien aux animateurs(trices) d'AVEC travaillant dans les communautés.



## AUTONOMISATION DES FEMMES ET DES FILLES : GUIDE DES PROGRAMMES ET DES ACTIVITÉS

Ce guide a été élaboré par Plan International dans le but de fournir un programme complémentaire au manuel des Clubs de Pères du projet SHOW, destiné à être utilisé spécifiquement avec des groupes de femmes et d'adolescentes. Le guide est destiné à être utilisé lors de la conception et de la mise en œuvre des interventions axées sur l'autonomisation des femmes et des filles, notamment dans le cadre de projets de SMNI/SSR. Il fournit quelques définitions et concepts clés ainsi que des conseils sur la mise en œuvre des activités. La troisième section du guide propose un programme d'activités à dispenser au cours des groupes de soutien de femmes et de filles, conçues de manière similaire aux activités du manuel des Clubs de pères.



### QUI PEUT UTILISER CETTE RESSOURCE ?

Ce guide est destiné à être utilisé par les personnes impliquées dans la conception et mise en œuvre de projets et de programmes pour mettre en place ou en œuvre des activités qui favorisent l'autonomisation des femmes et des filles. Il peut également être utilisé directement par les animatrices des groupes de soutien de femmes et de filles.

## PERSPECTIVES ISLAMIQUES SUR LES QUESTIONS LIÉES À LA SMNI

Le guide « Perspectives islamiques sur les questions liées à la SMNI » a été élaboré pour soutenir le personnel du projet et les chefs religieux engagés dans le cadre du projet SHOW au Nigeria. Le guide a été développé comme un outil de plaidoyer visant à impliquer les chefs traditionnels et religieux, et aussi comme un outil de promotion de l'égalité de genre et de l'engagement des hommes dans la SMNI/SSR pouvant être utilisé par ces chefs religieux. Le guide fournit des preuves de la compatibilité de l'égalité de genre avec l'Islam en mettant en évidence certains passages du Coran mentionnant l'égalité entre les hommes et les femmes.



Huit sujets sont traités dans le manuel :

1. les perspectives islamiques sur les questions relatives à la santé maternelle et infantile;
2. le mari courageux est celui qui garantit tous les droits de son épouse;
3. s'occuper d'une femme dans le cadre du continuum de soins de la SMNI;
4. le statut de la femme avant l'Islam;
5. la position islamique sur la consultation des femmes dans la prise de décision au sein de la famille;
6. l'interdiction des mesures sévères privant une femme de ses droits;
7. les médicaments appropriés; et
8. l'espacement des naissances.

### QUI PEUT UTILISER CETTE RESSOURCE ?

Ce guide peut être utilisé par le personnel du projet ou des organisations travaillant sur l'égalité de genre et/ou sur des programmes de SMNI/SDSR dans les pays, régions ou communautés où l'Islam est pratiqué. Ce document peut être utilisé par le personnel comme un outil de plaidoyer ou d'implication pour travailler avec les chefs traditionnels et religieux. Il peut également être partagé avec les chefs traditionnels et religieux pour les aider à mener leurs propres activités de plaidoyer et d'implication en faveur de l'égalité de genre et de la SMNI/SDSR.

## GESTION DES CONNAISSANCES ET DOCUMENTS D'APPRENTISSAGE

Plusieurs documents d'apprentissage ont été élaborés à la clôture du projet SHOW. Ils répertorient les enseignements tirés du projet ainsi que les expériences acquises de programmes antérieurs, relatifs à des domaines similaires et mis en œuvre par Plan International et Promundo.

Les domaines d'intervention spécifiques liés à la stratégie d'égalité de genre ont permis de tirer des enseignements précieux pouvant être appliqués plus largement aux programmes futurs et de contribuer à l'évolution des meilleures pratiques dans le secteur. Ceux-ci ont été sélectionnés soigneusement et sont décrits dans le tableau suivant.

### Mesurer l'impact de l'engagement des hommes

#### PROMOUVOIR LES MASCULINITÉS POSITIVES :

Résultats d'une étude qualitative sur les interventions en santé reproductive au Bangladesh, au Ghana, en Haïti et au Nigeria.

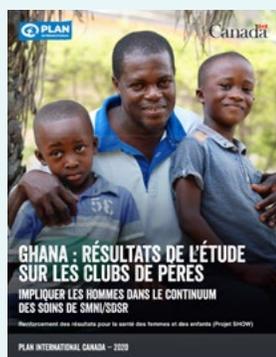
Dans le cadre du projet SHOW, Plan International, en collaboration avec des partenaires locaux de mise en œuvre, a créé 1 201 clubs de pères dans les cinq pays et a engagé 7 535 pères<sup>129</sup> dans vingt sessions de réflexion afin d'élargir leur compréhension de l'égalité des sexes pour leur permettre de s'interroger sur ce que signifie être un homme et un père et de promouvoir leur participation équitable au sein du ménage.

Les résultats de l'étude ont révélé des changements positifs chez les participants des Clubs des pères.

Vous trouverez ci-dessous quatre rapports nationaux sur l'impact de l'intervention des Clubs des pères au Bangladesh, au Ghana, en Haïti et au Nigeria.



**Bangladesh :** Résultats de l'étude sur les clubs de pères. Engager les hommes dans les programmes de SMNI/SDSR.



**Ghana :** Résultats de l'étude sur les clubs de pères. Engager les hommes dans les programmes de SMNI/SDSR.



**Haïti :** Résultats de l'étude sur les clubs de pères. Engager les hommes dans les programmes de SMNI/SDSR.



**Nigeria :** Résultats de l'étude sur les clubs de pères. Engager les hommes dans les programmes de SMNI/SDSR.

129. Ce nombre est basé sur les données au Nigeria, Bangladesh et Haïti.

Titre	Description	
<p>Rôle de l'animation dans les programmes transformateurs en matière de genre impliquant les hommes et les garçons</p>	<p>Documente et souligne l'importance d'une animation de grande qualité pour atteindre les objectifs du projet et initier un changement transformateur.</p>	
<p>Recrutement et fidélisation des participants masculins dans les programmes transformateurs en matière de genre</p>	<p>Analyse et documente les défis et les stratégies efficaces en ce qui concerne le recrutement et la fidélisation des participants masculins, sur la base de l'expérience du projet SHOW et d'autres projets d'engagement des hommes.</p>	
<p>Impliquer les populations exclues dans les programmes transformateurs en matière de genre</p>	<p>Analyse et décrit les leçons apprises sur la manière et les raisons pour lesquelles certaines populations peuvent être exclues des programmes transformateurs en matière de genre.</p>	
<p>Implication des chefs religieux dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, et dans l'égalité de genre : expériences sur le terrain tirées du projet SHOW dans l'État de Sokoto, au Nigeria</p>	<p>Décrit les avantages, les défis et les résultats des programmes travaillant avec les chefs religieux dans l'État de Sokoto, au Nigeria, et vise à informer les efforts futurs d'implication des communautés religieuses quant aux initiatives liées à l'égalité de genre.</p>	
<p>Comités de santé communautaires : qu'est-ce qui leur permet de s'épanouir et de soutenir des services de santé sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s ?</p>	<p>Souligne l'expérience de Plan International dans la mise en place de services de santé sensibles au genre et adaptés aux besoins des adolescent(e)s par le renforcement de la composition, de la formation, du leadership et de la supervision des CSC.</p>	



# Canada

Pour en savoir plus, visitez [plancanada.ca/fr](https://plancanada.ca/fr)



## Plan International Canada Inc.

### Bureau national

245, avenue Eglinton Est  
Bureau 300  
Toronto (Ontario)  
M4P 0B3 Canada

416 920-1654  
1 800 387-1418  
[info@plancanada.ca](mailto:info@plancanada.ca)  
[plancanada.ca](https://plancanada.ca)



\* Numéro d'enregistrement d'organisme de bienfaisance de l'ARC : 11892 8993 RR0001

© 2022 Plan International Canada Inc. Plan International Canada et le nom Parce que je suis une fille, les marques de commerce liées et les logos sont des marques de commerce de Plan International Canada Inc.

\*La marque de confiance du Programme de normes est une marque d'Imagine Canada utilisée sous licence par Plan International Canada.