



STRATÉGIE SUR LE GENRE

JUILLET 2022



Santé Diabète



TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	2
PARTIE I – ÉTAT DES LIEUX	3
Définitions générales : sexe et genre	3
Genre, santé et recherche biomédicale & relations médecin-patient	4
Genre et santé globale	5
Violences basées sur le genre et santé	5
Approche organisationnelle	6
Genre, travail, facteurs socio-économiques & gestion des ressources humaines	6
Les questions de genre dans nos pays d'intervention	7
Diabète et problématiques de genre	9
Prise en charge des comorbidités & genre	12
PARTIE 2 : LA STRATÉGIE GENRE DE SANTÉ DIABÈTE	14
Acquis et objectifs de l'intégration de la problématique genre dans notre structure	14
Mise en œuvre	15
BIBLIOGRAPHIE ET RESSOURCES	18

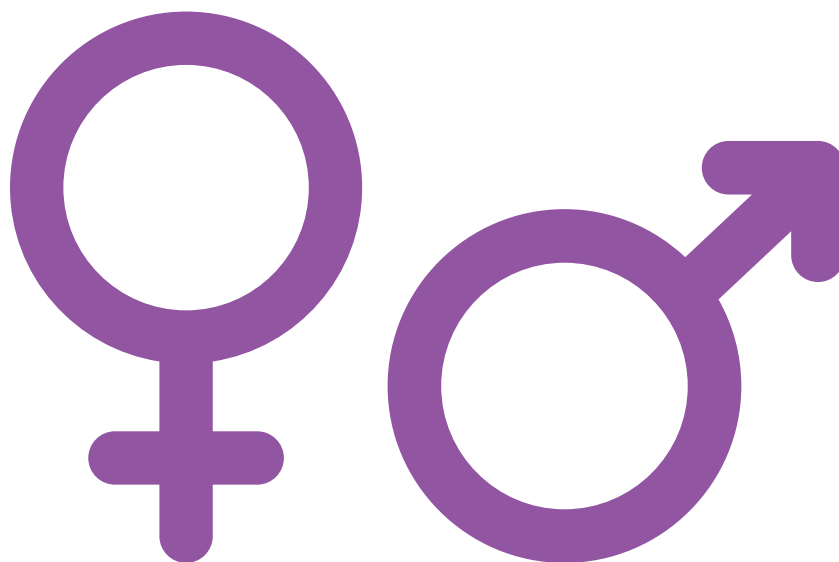
INTRODUCTION

La stratégie genre de Santé Diabète vise à une meilleure prise en compte des enjeux liés au genre, à la fois pour Santé Diabète comme organisation et à la fois pour les activités de terrain. Cette stratégie se concrétise à travers la mise en place d'un environnement propice au genre et également à une meilleure prise en compte de cette problématique dans nos programmes et dans la structuration de notre réponse.

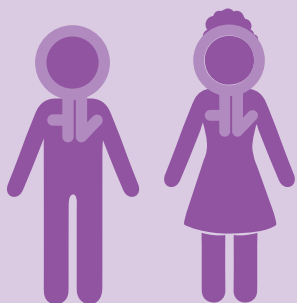
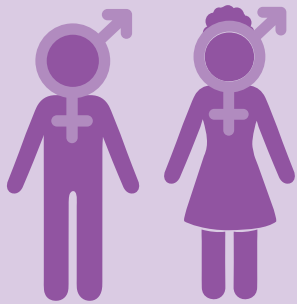
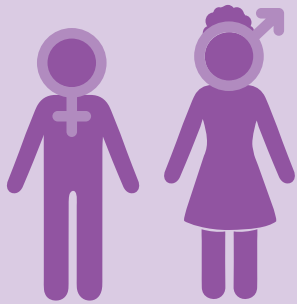
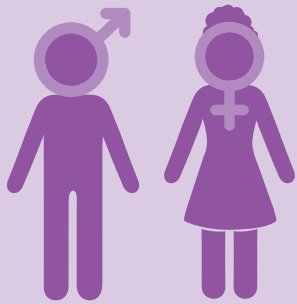
Notre stratégie sur le genre s'appuie sur les différentes « directives de référence »¹ en matière de genre et de santé, de problématiques de genre en contexte humanitaire, notamment les violences, mais aussi de genre et travail, et bien sûr, de genre et diabète en incluant les différents facteurs socio-économiques liés au genre qui ont un impact sur la prévention et la prise en charge du diabète. Sont également prises en compte certaines des comorbidités du diabète, comme le VIH/sida et la tuberculose.

Ce document stratégique effectue également un rappel de la prise en compte du genre dans les documents officiels de nos différents pays d'intervention, et propose une bibliographie de ce qui nous semble particulièrement pertinent dans ce champ et dans l'élaboration de la stratégie de notre organisation.

Ce document s'adresse à nos équipes, à nos partenaires, à nos bénéficiaires, et à toutes les personnes désireuses de mieux comprendre l'approche de Santé Diabète en matière de genre, et la mise en œuvre de cette stratégie en interne et dans nos programmes.



1. Voir par exemple, les directives suivantes (bibliographie disponible en fin de document) :
Organisation mondiale de la santé (OMS) : genre et santé, mai 2021 : <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>
Union européenne, «La stratégie de l'Union en matière d'égalité entre les femmes et les hommes», janvier 2021 : https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_FR.html



DÉFINITIONS GÉNÉRALES : SEXE ET GENRE

En tout premier lieu, il convient de définir ce que recouvre le concept de genre et de le différencier du « sexe ».

Le sexe désigne les caractéristiques biologiques (chromosomes, organes génitaux, hormones, fonctions reproductives) qui différencient les mâles et les femelles, notamment dans l'espèce humaine.

Le genre correspond aux différences non biologiques qui distinguent les individus : c'est un concept qui désigne les processus de construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et des rapports sociaux entre les sexes.

Le sexe et le genre ne sont pas des variables séparées : elles se rejoignent dans un processus d'interaction entre la biologie et l'environnement social qui se développent dès la naissance, voire avant.

Les enjeux qui touchent les personnes HSH², LGBTQI+³, en particulier les transgenres, transsexuels, et les personnes intersexes (ces dernières représentent 1,7% des naissances), montrent à quel point la classification binaire entre deux sexes peut montrer des limites. Ces limites sont d'autant plus frappantes en matière d'accès à la santé pour des groupes et populations spécifiques, à la fois en termes de prévention et de services de santé. Car si certaines différences qui existent entre les femmes et les hommes, reposent avant tout sur une construction sociale, de réelles spécificités biologiques existent, et une approche genrée peut permettre une meilleure prise en charge des personnes, plus adaptée à leurs spécificités et leurs besoins.

C'est pourquoi, appliquée à la recherche biomédicale et aux politiques publiques, l'analyse et la perspective de genre ont pour objectif d'intégrer et de promouvoir une meilleure prise en compte des différences et hiérarchisations socialement construites, qui produisent des inégalités, et ainsi de les réduire⁴ pour améliorer le bien-être et la santé de tous les individus.

Le ministère des affaires étrangères français estimait dans un document⁵ que l'approche genre part « du constat que les inégalités entre les femmes et les hommes sont construites par les sociétés. Ces inégalités résultent des rôles masculins et féminins assignés sur la base de différences biologiques. L'approche genre remet en cause les processus de hiérarchisation des individus en fonction de leur sexe et les discriminations qui en découlent. L'approche genre a pour objectif final l'égalité des droits entre les femmes et les hommes ainsi qu'un partage équitable des ressources et des responsabilités entre les femmes et les hommes. ».

Le document précise en outre et quant à la méthodologie de l'approche genre, que celle-ci produit une analyse comparée des situations des femmes et des hommes et favorise une meilleure prise en compte des inégalités dans tous les secteurs du développement. L'approche genre défend l'universalité des droits et l'égal accès à la justice. L'approche genre et développement vise l'autonomisation des femmes. C'est un processus « d'acquisition de pouvoirs » aux niveaux individuel et collectif. Il donne la capacité d'agir de façon autonome, la capacité à faire des choix et à prendre des décisions pour sa vie et sa société.

2. Hommes ayant des relations avec des hommes (HSH) mais ne se retrouvant pas nécessairement dans la catégorie LGBTQI+

3. Acronyme désignant les personnes : Lesbienne, Gay, Bisexuel-le, Transsexuelles et transgenres, Queer, Intersexe et Asexuel-le ou Aromantique

4. « Définitions de l'approche de genre et genre & développement », janvier 2017 : <http://www.adequations.org/spip.php?article1515>

5. Voir le document d'orientation stratégique (DOS) 2013-2017



GENRE, SANTÉ ET RECHERCHE BIOMÉDICALE & RELATIONS MÉDECIN-PATIENT

En 2020, la Haute autorité en santé (HAS) rappelait que si la biologie joue un rôle capital en santé, le sexe peine à être pris en considération dans les stratégies de santé publique : *« Le genre est aussi souvent négligé. Souvent les politiques publiques sont trop restrictives dans les cibles qu'elles visent au risque de creuser voire de créer des inégalités de santé. Sexe et genre sont souvent indissociables, et agissent en complément d'autres facteurs clés pour notre santé. Comprendre leur influence nécessite une analyse fine et la mobilisation d'approches nouvelles en santé. »*

Concernant la recherche médicale internationale, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) estime quant à lui que depuis une vingtaine d'années, la recherche médicale internationale évolue pour intégrer la question du genre dans les pratiques et les thématiques de recherche. *« L'objectif est de prendre en compte la façon dont les rôles sociaux et le contexte culturel influencent la santé des femmes et des hommes sur le plan physiologique et pathologique. Intégrer le genre dans la médecine et la recherche répond à un questionnement à la fois scientifique et éthique. Il s'agit de lutter contre les inégalités et les discriminations qui touchent les hommes et les femmes dans les domaines de la santé. »* L'INSERM rappelle également qu'en matière de santé, femmes et hommes ne sont pas logés à la même enseigne. Mais les différences biologiques sont loin d'être seules en cause : les représentations sociales liées au genre féminin ou masculin jouent sur l'attitude des patients, du corps médical et des chercheurs. S'intéresser aux relations entre genre et santé permet de mener une réflexion éthique sur la contribution des facteurs sociaux et culturels aux inégalités de santé entre les sexes. Cette approche vise à enrichir les connaissances sur les origines des différences entre

les femmes et les hommes dans la santé, pour de meilleures pratiques cliniques et dans la recherche biomédicale.

« L'interaction entre sexe et genre est indissociable : l'état de santé d'une personne peut être influencé par la nature de son activité professionnelle, de son niveau d'étude ou de son hygiène de vie. Ces déterminants sont souvent distincts chez les hommes et chez les femmes, parce qu'ils s'inscrivent dans un contexte social et culturel différent. Par exemple, dans leur majorité, les hommes tardent plus souvent à consulter que les femmes. La relation médecin-patient peut être également influencée (bien souvent inconsciemment), par les représentations sociales liées au genre. Les recherches en sciences sociales, qui apportent un complément précieux à cette problématique, montrent combien les codes sociaux de la féminité (fragilité, sensibilité, expression verbale) et de la masculinité (virilité, résistance au mal, prise de risque) jouent un rôle dans l'expression des symptômes, le rapport au corps et le recours aux soins. Elles ont aussi montré que ces stéréotypes influencent la façon dont les professionnels de santé dépistent et prennent en charge certaines maladies. Prendre en compte l'articulation entre sexe et genre permet de s'interroger sur la façon dont se développent les différences en matière de santé, afin leur apporter une réponse adaptée. »

Fournissant de nombreux exemples allant dans ce sens, la virologue italienne Antonella Viola, analyse quant à elle⁶ que la dépression est mieux prise en charge chez les femmes, et moins bien chez les hommes, et que les maladies cardiovasculaires le sont mieux pour les hommes que pour les femmes. Ces constats sont aussi liés à la façon dont la recherche biomédicale fonctionne et à ses orientations, qui reposent également sur des constructions sociales.

6 « Il sesso è (quasi) tutto », Antonella Viola (La Feltrinelli, mars 2022)

GENRE ET SANTÉ GLOBALE

Selon l'organisation Global Health 50/50⁷, les acteurs mondiaux de la santé agissent encore trop peu pour répondre aux questions liées genre notamment en lien avec pouvoir et la politique, les normes, l'accès, la vulnérabilité et la violence, sur la santé des personnes : « *Les conséquences de l'inaction sont graves : par exemple, une petite fille née en 2017 peut espérer vivre 4 ans de plus qu'un petit garçon né le même jour et dans certains pays, cet écart d'espérance de vie est de 11,7 ans ou plus. L'espérance de vie plus courte des hommes s'explique en partie par leurs taux plus élevés de consommation de tabac et d'alcool, leur probabilité de décès dû à la violence (y compris en temps de paix), de décès par accidents de la route et de décès par suicide. À l'inverse, les filles et les femmes peuvent vivre plus longtemps, mais elles souffrent plus longtemps de maladies chroniques. Les complications de la grossesse et les avortements à risque restent une cause importante de décès dans*

7. « Gender & global health » : <https://globalhealth5050.org/gender-and-global-health/>

de nombreux contextes, un tiers des filles étant mariées avant l'âge de 18 ans. En outre, les femmes mariées dans 27 pays ont toujours besoin du consentement de leur mari avant de pouvoir accéder aux contraceptifs. Au sein des organisations mondiales de la santé, les inégalités entre les sexes continuent de définir et de guider les parcours et les opportunités de carrière. Les fortes disparités au niveau de la direction des organisations mondiales de santé sont particulièrement gênantes étant donné que les femmes représentent jusqu'à 75% du personnel de santé dans de nombreux pays. (...). Dans le même temps, des progrès ont été réalisés au cours de la dernière décennie, avec de nombreux exemples de bonnes pratiques qui doivent être intensifiés de toute urgence. En tant que secteur déjà propulsé par les femmes, des premières lignes au siège social, et composé de personnes engagées pour la justice sociale, la santé mondiale et ses principaux acteurs peuvent montrer la voie en donnant la priorité au genre à la fois dans la pratique organisationnelle et dans les résultats qu'ils produisent pour les personnes de tous les genres et identités de genre dans le monde. ».

VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE ET SANTÉ

Selon l'OMS, en 2021, dans le monde, 1 femme sur 3 subissait des violences physiques ou sexuelles. Répondre à ces violences fait donc partie des enjeux majeurs en matière d'accès à la santé.

Le rapport de l'IASC⁸ de 2015 détaillait des éléments essentiels en matière de gestion des violences basées sur le genre dans un cadre humanitaire. Ce rapport souligne notamment l'importance de la formation des professionnels de santé à ces questions, pour pouvoir repérer les violences lorsque des personnes qui en sont victimes se présentent en milieu de soin. Les milieux de soins sont souvent la seule porte d'entrée par laquelle les personnes cherchent de l'aide, c'est pourquoi, une formation spécifique et adaptée des professionnels de santé est essentielle pour permettre d'identifier ces violences, d'interagir de la façon la plus adaptée et d'apporter une réponse satisfaisante à la situation. **Dans ses actions, SD veille à ce que cette dimension spécifique, bien que n'étant pas au cœur de l'action de notre ONG, soit considérée comme un élément important.**

Mutilations générales féminines

Il en est de même pour la question des mutilations générales féminines, qui sont une composante des violences physiques liées au genre. Il est estimé que « *chaque année, près de 4 millions de filles dans le monde, pour la plupart âgées de moins de 15 ans, risquent d'être victimes d'une mutilation génitale féminine.* ». L'UNICEF les définit comme : « *des interventions visant à modifier ou à endommager les parties génitales*

d'une femme ou d'une fille, sans raison médicale. Il s'agit le plus souvent d'une ablation totale ou partielle des organes génitaux externes. Les mutilations génitales féminines constituent une violation des droits fondamentaux des filles et des femmes. »⁹. Dans les pays d'intervention de Santé Diabète, ces pratiques sont réalisées régulièrement, et sont liées à des croyances qui sont parfois difficiles de déconstruire dans une approche de santé publique. Ainsi, l'UNICEF précise-t-elle la dimension anthropologique de cette pratique : « *Les motifs de cette pratique sont multiples. Dans certains cas, il s'agit d'un rite de passage vers la féminité, dans d'autres, d'une tentative pour réprimer la sexualité féminine. De nombreuses communautés pratiquent les mutilations génitales féminines parce qu'elles sont convaincues que celles-ci permettront aux filles de faire un bon mariage ou de préserver l'honneur de la famille. Certaines l'associent à des croyances religieuses, même si aucun texte sacré ne prône une telle pratique.* ».

L'ensemble des menaces de violences ou d'inégalités qui pèsent sur les femmes à travers le monde et dans nos pays d'intervention implique une prise en compte spécifique de la part de SD de ces questions, car celles-ci peuvent remettre en cause les droits humains fondamentaux, l'accès à la santé et l'approche holistique du soin. La prise en charge du diabète peut être une porte d'entrée dans le système de santé pour des personnes ayant besoin d'un soutien ou de soins spécifiques liés au genre. **Il en va de la responsabilité de SD d'orienter au mieux les personnes dans la mesure du possible vers des structures spécialisées pouvant leur apporter un soutien vital.**

8. Rapport de l'IASC (Comité permanent inter-agences) sur les « Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire, Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement »

9. Voir le site de l'UNICEF (Fonds des Nations unies pour l'enfance) : <https://www.unicef.org/fr/recits/mutilations-genitales-feminines#:~:text=Les%20mutilations%20g%C3%A9nitales%20f%C3%A9minines%20sont,partielle%20des%20organes%20g%C3%A9nitales%20externes.>



APPROCHE ORGANISATIONNELLE

Santé Diabète en tant qu'organisation non-gouvernementale (ONG) intervient dans des contextes culturels qui n'échappent pas à l'ensemble des problématiques de genre. Ainsi, il est essentiel pour notre organisation d'en prendre acte et d'en tirer les leçons, à la fois dans son approche intellectuelle, opérationnelle et organisationnelle.

70% des personnes dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour sont des femmes

Les femmes ont **2 fois moins** de chance d'avoir un travail rémunéré à temps plein que les hommes

Leur salaire est environ **un tiers** inférieur à celui des hommes pour un même travail

GENRE, TRAVAIL, FACTEURS SOCIO-ÉCONOMIQUES & GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Par définition transversale, l'approche genre promeut l'égalité formelle et réels des droits, un partage équitable des ressources et responsabilités entre les femmes et les hommes ainsi qu'un développement humain plus complet et durable pour tous et toutes. Pourtant, à travers le monde : **70% des personnes dont le revenu est inférieur à 1 dollar par jour sont des femmes ; les femmes ont 2 fois moins de chance d'avoir un travail rémunéré à temps plein que les hommes. Leur salaire est environ un tiers inférieur à celui des hommes pour un même travail ; 62 millions de jeunes filles sont déscolarisées. Seulement 23% des pays à faible revenu ont atteint la parité en termes d'éducation primaire (éducation secondaire : 15%) ; dans les pays en développement, les femmes sont à l'origine de 60 à 80% de la production alimentaire et possèdent 10 à 20% des terres** – chiffre encore plus bas en Afrique ; les femmes représentent seulement 22% des parlementaires.

C'est pourquoi, l'égalité entre hommes et femmes passe par la mise en place d'une stratégie de genre au sein même des ONG dans leur gestion des ressources humaines, en donnant les mêmes opportunités à tous peu importe le sexe ou le genre, en s'appuyant notamment sur les travaux de l'OIT¹⁰.

L'OIT définit en effet que : *« l'égalité entre hommes et femmes conditionne les changements sociaux et institutionnels propices à un développement durable assorti d'égalité et de croissance. L'égalité entre hommes et femmes repose sur l'égalité des droits, des responsabilités et des opportunités dont chacun devrait jouir, indépendamment de son sexe. »*. L'OIT liste également les différentes façons dont cette égalité entre hommes et femmes se décline dans le monde du travail : égalité des chances et du traitement, égalité de rémunération pour un travail de valeur égale, égalité d'accès aux emplois sûrs et non dangereux pour la santé, ainsi qu'à une couverture sociale, égalité d'association et de négociation collective, égalité de perspectives de carrière, un équilibre entre travail et vie privée, équitable tant pour les hommes que pour les femmes, et égalité de participation à la prise de décisions à tous les niveaux. Selon l'OIT : *« Étant donné qu'au travail les femmes sont souvent désavantagées par rapport aux hommes, la promotion de l'égalité entre hommes et femmes nécessite d'accorder une attention particulière aux besoins et aux aspirations des femmes. En outre, l'inégalité des attentes et des relations de pouvoir influence négativement les hommes et les garçons à cause d'idées reçues sur la condition masculine. Or les femmes comme les hommes, et les filles comme les garçons, devraient être libres de s'épanouir et de prendre des décisions suivant leurs propres aptitudes et intérêts, sans limitations imposées par des rôles rigides attribués à l'un ou l'autre des sexes. »*.

¹⁰. Genre et développement, Organisation internationale du travail (OIT) : <http://ilo.org/global/topics/economic-and-social-development/gender-and-development/lang--fr/index.htm>



LES QUESTIONS DE GENRE DANS NOS PAYS D'INTERVENTION



EN UNION DES COMORES

Aux Comores, le document officiel¹¹, portant sur la politique nationale d'équité et d'égalité de genre datant de septembre 2007 pose un constat sans appel : *« Les disparités existantes en matière de genre au niveau de la santé se pose aux Comores en termes d'accès aux soins. Les soins particuliers qui devraient être accordés exclusivement aux femmes comme la santé maternelle, ajouté aux règles sociales dominantes, « placent ces dernières dans une situation de déficit permanent pour l'accès aux soins. »*

Le document précise le constat :

« Les dysfonctionnements du système de santé restent nombreux tant sur le plan structurel, organisationnel et réglementaire du système de santé actuel, ainsi que ses faibles performances. Il faut souligner que la qualité de l'offre de santé, freine l'accès des femmes aux structures de santé. [...] L'inégalité des rapports entre hommes et femmes en santé demeure encore plus criante face à la maladie et la qualité de l'offre de soins. Bien que la répartition des établissements sanitaires réponde aux normes internationales de couverture géographique, une grande partie de la population féminine n'y a pas accès pour des raisons financières du fait que c'est le mari qui a souvent la décision de se rendre ou non à l'hôpital et qui paye les prestations. La cherté des frais de soins (consultations et médicaments) empêche le malade de se faire soigner dans ces établissements de soins. Ces personnes privées de soins sont le plus souvent les femmes qui dépendent financièrement de leurs maris mais qui faute de moyens financiers suffisants, se tournent souvent vers d'autres recours. Le premier recours est souvent l'automédication avant la consultation des devins féticheurs ou le fait de se rendre dans une structure sanitaire publique/privé. [...] La Malnutrition des mères reste un problème majeur de santé publique. Parmi les groupes les plus touchés, outre les enfants de moins de cinq ans, on trouve une majorité de femmes parmi lesquelles les

femmes, enceintes et/ou abandonnées par le mari, les jeunes filles enceintes exclues de la famille, les femmes allaitantes, les veuves et les divorcées chefs de famille monoparentales. La malnutrition apparaît comme la première conséquence de l'insécurité alimentaire. Les disponibilités énergétiques alimentaires des produits locaux sont passées de 1549 kcal en 1998 à 1116 kcal en 2000, soit une baisse de l'ordre de 15,1% par an. Parmi les facteurs concourant au développement de la malnutrition des mères, on peut citer la persistance des mauvaises habitudes alimentaires au sein d'une grande partie des ménages comoriens, soit par ignorance des règles diététiques les plus élémentaires, soit par manque ou absence de moyens nécessaires à une alimentation riche et équilibrée. Les études menées montrent que le succès dans la lutte contre la malnutrition est en grande partie liée à l'amélioration du contexte économique et social général. »

Dans la demande de financement au Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP) datant de 2018¹², la direction de lutte contre le sida (DLS) estimait dans la partie dédiée à « promouvoir les droits humains et l'égalité de genre », que des changements n'étaient pas nécessaires pour intensifier ou modifier les efforts, que le pays possède déjà les instruments légaux pour répondre à ces questions et que la subvention actuelle du FMSTP répondait déjà à ces questions, avec notamment un travail pour augmenter la sensibilisation sur les lois VIH/sida, mettre en place des counseling, une communication et des centre-d'écoute sur le VIH, et améliorer la prise en charge psychosociale des personnes vivant avec le VIH (PVIH). Des programmes de sensibilisation de leaders religieux, de pairs-éducateurs et de professionnels de santé sont notamment parmi les activités stratégiques mises en place.

11. Politique nationale d'équité et d'égalité de genre (PNEEG), 2007 : http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=96299&p_country=COM

12. Voir les demandes de financements de l'Union des Comores au FMSTP : <https://data.theglobalfund.org/location/COM/documents>



AU BURKINA FASO

Au Burkina Faso, le document de la politique nationale genre datant d'octobre 2009¹³ stipule que : *« Ces inégalités et disparités de genre se caractérisent par une sous-utilisation des services de santé (34%) due essentiellement à la distance, à la pauvreté et au faible pouvoir d'achat des populations en général, et celui des femmes en particulier. A cela s'ajoute le manque de pouvoir de décision des femmes : en effet, en cas de maladie, ce sont les rapports de genre qui déterminent la décision d'aller consulter ou non dans une formation sanitaire. »* puis, l'impact du VIH sur les genres montre que les femmes sont plus vulnérables que les hommes à l'infection par le VIH. Les inégalités entre les hommes et les femmes, et notamment la difficulté à négocier des rapports sexuels protégés, participent à la propagation de la pandémie : par exemple, au Burkina Faso, le taux d'infection chez les filles âgées de 13 à 24 ans, est 5 à 8 fois supérieur à celui des jeunes garçons de la même tranche d'âge (Commission économique pour l'Afrique, CEA, 2004). La vulnérabilité des femmes mais aussi celle des hommes au VIH/SIDA, est renforcée par les pratiques culturelles tels que les mutilations génitales, la polygamie, le mariage forcé et/ou précoce, les viols, et l'homosexualité, etc.

Dans le formulaire de demande de financement du FMSTP du Burkina Faso, volet VIH et tuberculose¹⁴, les autorités sanitaires du pays reconnaissent la nécessité d'intensifier les efforts en matière d'égalité de genre et indiquent notamment que : *« Malgré des avancées significatives dans le domaine, il persiste des obstacles liés aux droits humains et au genre qui entravent l'accès aux services de lutte contre le VIH (rejet social, discrimination, stigmatisation) particulièrement prononcés au niveau des PWVIH et des populations clés. Cette intervention basée sur une meilleure analyse de la situation sur le genre, sera réalisée sous le leadership des PWVIH et des populations clés et vise à améliorer l'environnement pour un meilleur accès des populations aux services VIH et TB. Elle permettra : - Une discrimination positive en faveur des femmes par le recrutement de médiatrices pour soutenir le leadership communautaire ; - L'organisation de plaidoyers nationaux et régionaux à l'endroit des autorités politiques, universitaires, religieuses et coutumières sur la création d'un environnement favorable à l'offre de service de santé aux populations clés, au respect des droits humains et égalité des genres mais aussi pour l'intégration de modules spécifiques sur les droits des populations clés/vulnérables dans les curricula de formation. - L'organisation de plaidoyer auprès des gérants et propriétaires de débits de boisson, bars - La mise en place d'un observatoire communautaire national sur les violences basées sur le genre et les orientations sexuelles, à travers les outils adaptés dont l'outil REAct. Il sera également prévu des séances de renforcement de capacité du personnel de santé sur le respect des droits humains et l'égalité des genres et des sessions de formation sur l'estime de soi au profit des populations clés et des PWVIH. ».*



AU MALI

Au Mali, le document *« Politique nationale genre du Mali »* de 2011¹⁵ indique que *« La division sociale du travail aidant, les rôles des femmes sont essentiellement reconnus au niveau de la reproduction sociale et de l'établissement de relations sociales et ceux des hommes dans les domaines d'activités productives. Ces inégalités et disparités dans la division sexuelle du travail engendrent plus de charge de travail à la femme par rapport à l'homme, à la fille par rapport au garçon avec des impacts négatifs sur leur santé, leur productivité et leur condition d'existence. Aussi, les facteurs socioculturels pèsent lourdement sur le statut de la femme dans la famille et dans la société, limitent ses capacités à prendre des décisions et à participer à la vie de sa communauté avec les mêmes chances que les hommes. [...] et que, en 2007, 70% des femmes actives occupées ont un revenu inférieur au SMIG contre 30% pour les hommes. En milieu rural, 74% de femmes ont un revenu de 29 000 FCFA contre 60% dans les autres villes et 52% à Bamako. Selon la même source, 1,7% de femmes ne gagnent rien en termes de revenu à Bamako, 11,6% dans les autres villes et 10% en milieu rural, contre respectivement 2,1%, 10,9% et 8,8% chez les hommes. Selon le Bureau des Soldes du Ministère de la fonction publique, en 2006, le salaire brut annuel des hommes dans la fonction publique est supérieur à celui des femmes : 86.838.466.452 FCFA contre 18.852.752.820 FCFA soit un écart de 78%. Cet écart est principalement dû à la faible présence des femmes dans la fonction publique où plus de 70% des effectifs étaient des hommes contre environ 26% de femmes. ».*

Dans le formulaire de demande de financement du FMSTP du Mali¹⁶, volet VIH et tuberculose, les autorités sanitaires indiquent que pour le VIH, la promotion de l'égalité des droits et de genre n'a pas encore été mis en œuvre à cause d'un lancement tardif (janvier 2017) de la composante communautaire de la subvention TB/VIH. Les activités qui ont été identifiées pour dépasser les barrières de l'accès aux anti-rétroviraux, les droits humains et l'égalité de genre sont notamment : renforcer le plaidoyer pour promouvoir les droits humains et protéger les personnes des violences liées au genre, ainsi que la prévention, l'assistance psychosociale et juridique pour les femmes, les filles et les populations clés dont les droits humains ne sont pas respectés.

En ce qui concerne la tuberculose, les droits humains et l'égalité de genre, les principaux aspects sont les suivants : la difficulté pour les femmes en milieu rural d'accéder aux services de santé et aux sensibilisations dans les centres de santé, en particulier dans les unités de diabétologie.

13. Voir les demandes de financements du Burkina Faso au FMSTP : <https://data.theglobalfund.org/location/BFA/documents>

14. Ibid.

15. Politique nationale genre du Mali (2011) : http://www.passip.org/passip_intranet/pdf-intranet/Politique/9-41%20Politique%20Nationale%20Genre_2011.pdf

16. Voir les demandes de financements du Mali au FMSTP <https://data.theglobalfund.org/location/MLI/documents>



DIABÈTE ET PROBLÉMATIQUES DE GENRE

FACTEURS DE RISQUE DE DIABÈTE DE TYPE 2 ET GENRE

Le Diabète touche aujourd'hui 1 adulte sur 10 dans le monde. Et parmi les personnes atteintes de diabète, 4 sur 5 vivent dans des pays à revenus faibles et intermédiaires. En 2040, la prévalence du diabète dépassera 5% de la population générale en Afrique.

Dans les pays occidentaux, la prévalence du diabète est supérieure chez les hommes de 40-60 ans. Cela peut s'expliquer par une plus forte obésité de type androïde dans la population masculine. Cette différence est rattrapée par les femmes en post-ménopause. Avant cela, il existe une relative protection des hormones féminines qui orientent vers une obésité gynoïde (hanches et cuisses) qui n'est pas un facteur de risque de diabète de type 2.

Cette différence tend à s'inverser sur le continent africain. En effet, même si aujourd'hui la probabilité de décès dû à une maladie non transmissible (pathologie cardio-vasculaire, cancer, diabète, pathologie respiratoire chronique) entre 30 et 69 ans est supérieure chez les hommes dans nos pays d'intervention, la prévalence du surpoids, et de l'hypertension est plus importante chez les femmes. Effets secondaires de la transition nutritionnelle encore en cours et d'une valorisation du surpoids et de l'obésité chez les femmes, les femmes seraient donc plus touchées par le DT2, elles sont en tout cas plus nombreuses à être prises en charge que les hommes. Les consommations de tabac et d'alcool sont plus importantes chez les hommes. Ils semblent aussi être plus nombreux à avoir une alimentation déséquilibrée liée à une plus grande consommation hors domicile qui est très souvent en Afrique riche en gras et en sucres. Malgré cette sur-prévalence et cette plus grande exposition à certains facteurs de risque, les hommes se présentent plus tardivement et moins souvent dans les structures de soins.

Les complications du diabète sont plus fréquentes chez les hommes dans les pays occidentaux, en lien avec une moins bonne hygiène de vie et moins de consultations chez les médecins de la même manière que dans nos pays d'intervention. A cela s'ajoute des métiers plus à risque : bâtiment, agriculture, etc. Cependant, en Afrique subsaharienne, et en particulier dans nos pays d'intervention, les femmes y semblent autant exposées, voire plus, notamment par leur travail dans l'agriculture avec des conséquences sur le pied diabétique.

DIABÈTE PENDANT LA GROSSESSE ET DIABÈTE GESTATIONNEL

Les femmes atteintes de diabète qui vivent une grossesse sont confrontées pendant leur grossesse à des risques de diabète gestationnel.

Le suivi des grossesses des femmes doit prendre en compte les risques liés à ce type de diabète pour prévenir la survenue de complications.

Le diabète gestationnel survient chez les femmes enceintes vers la fin du deuxième trimestre de la grossesse. Il peut durer le temps de la grossesse ou être révélateur d'un diabète antérieur. Selon la définition de l'OMS, le diabète gestationnel est « un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse. ». Sous le terme de diabète gestationnel, on regroupe deux populations différentes : les femmes qui ont un diabète méconnu et que la grossesse vient révéler et les femmes qui développent un diabète uniquement à l'occasion de la grossesse, trouble qui disparaît le plus souvent après la grossesse. Comme pour le DT1 et DT2, le diabète gestationnel entraîne un excès de sucre dans le sang ou hyperglycémie chronique.

S'il y a un risque accru de diabète pendant la grossesse, c'est que cette dernière est par nature diabéto-gène car il existe physiologiquement pendant cette période un état d'insulinorésistance qui s'aggrave progressivement au cours de la période de gestation. Dans tous les cas, le diabète gestationnel doit être surveillé et traité car il comporte un risque pour la mère comme pour l'enfant.

Le diabète gestationnel peut passer inaperçu, être asymptomatique ou présenter des symptômes similaires à ceux des autres types de diabète : soit intense, mictions (urines) fréquentes et abondantes, fatigue importante. Les risques pour la mère et pour l'enfant se situent essentiellement dans la période périnatale. Cela peut conduire à un accouchement difficile : la dystocie des épaules peut engager le pronostic vital de l'enfant. D'autres complications pour l'enfant sont possibles comme la détresse respiratoire, l'hypoglycémie néonatale et le risque de développer plus tard un diabète de type 2.

Pour la mère, la complication la plus grave est la survenue d'une pré-éclampsie (ou toxémie gravidique) pouvant associer prise de poids, œdèmes et hypertension artérielle et pouvant aller jusqu'au décès. A cela s'ajoute un sur-risque de complication de la délivrance nécessitant une césarienne programmée ou en urgence, pas toujours accessible.

DIABÈTE DE TYPE 1 ET GENRE

Le diabète de type 1 peut lui aussi être vecteur de discriminations de genre chez l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte. Un diabète de type 1 mal équilibré peut entraîner un retard pubertaire chez les filles comme chez les garçons. Les mutilations génitales féminines et masculines sont d'autant plus à risque d'infection pouvant aller jusqu'au décès chez ces patients immunodéprimés.

Les mariages précoces et l'injonction à la maternité sont fortement à risque chez les jeunes filles/femmes atteintes de diabète de type 1 quand il est mal équilibré. Elles nécessitent un suivi de grossesse et du post-partum très rapproché pour prévenir les complications fœtales et maternelles.

Par ailleurs, les questionnements de genre peuvent apparaître chez les adolescents atteints de DT1 comme chez les autres. L'accompagnement psychologique est primordial et d'autant plus chez de jeunes patients atteints de pathologies chroniques dans ce passage difficile de l'adolescence.

DIABÈTE ET SEXUALITÉ

Les liens entre diabète et sexualité sont nombreux et doivent être pris en compte. Certaines complications du diabète (des nerfs, des artères, les infections), les pathologies associées et leurs traitements (hypertension, cholestérol...), et d'autres pathologies hormonales (ovaires, testicules ou thyroïde) ont des répercussions directes sur la vie sexuelle et peuvent influencer certains aspects de la sexualité des hommes et des femmes.

En premier lieu, un rapport sexuel est une activité physique, qui peut entraîner une possibilité « d'hypoglycémie ».

Certaines femmes souffrant de diabète rencontrent des problèmes de sécheresse vaginale. Par ailleurs, un taux de sucre excessif dans le sang peut favoriser le développement de champignons et de bactéries dans l'organisme avec pour conséquence des femmes atteintes de diabète pouvant souffrir plus facilement de mycoses vaginales.

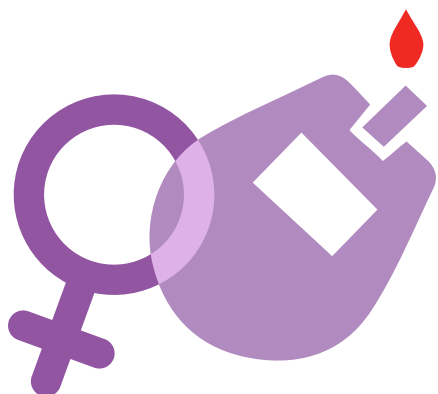
Enfin, chez l'homme, le diabète peut provoquer des troubles de l'érection, en raison notamment des problèmes de circulation associés à la maladie. En effet, sur les 10 à 15% d'hommes (chiffres augmentant avec l'âge) qui présentent une dysfonction érectile, 30 à 50% sont atteints de diabète. De plus, le diabète, comme d'autres maladies chroniques, entraîne des phases de dépréciation de soi pouvant aller jusqu'à la dépression avec des effets variables chez les deux sexes : blocage psychologique (inhibition), baisse du désir (libido)...



DIABÈTE, MÉDICAMENTS ET RECHERCHE BIOMÉDICALE

Différents exemples montrent que les spécificités biologiques des femmes ne sont pas toujours prises pleinement en considération dans le cadre de la recherche biomédicale, ce qui induit le développement de produits de santé moins adaptés à leurs spécificités. Il est ainsi essentiel de veiller à ce que les femmes soient suffisamment représentées dans les essais cliniques menés sur de nouveaux médicaments qui seraient utilisés dans la lutte contre le diabète, et que des spécificités biologiques qui leur sont propres soient prises en considération dès l'élaboration des protocoles de recherches cliniques. On peut par exemple penser à des besoins spécifiques liées à la morphologie, ou à l'étude d'interactions médicamenteuses.

A titre d'exemple, l'endométriose, qui toucherait en France 10% des femmes en âge de procréer selon le ministère de la Santé et de la prévention¹⁷, fait l'objet de peu de recherches biomédicales. Pourtant, il semble évident qu'un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge de cette maladie permettraient également d'améliorer la qualité de vie de femmes par ailleurs atteintes de diabète de type 1.



17. « Endométriose, Prendre en charge l'endométriose : le ministère s'engage » : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/endometriose#:~:text=L'endom%C3%A9triose%20touche%20en%20France,2%2C5%20millions%20de%20femmes>



DIABÈTE, GENRE ET ACCÈS AUX SOINS

Diabète et aspects économiques et sociaux

Dans les pays d'intervention de Santé Diabète, l'accès des femmes et des enfants aux soins est soumis à la décision de l'homme (le père, le mari ou tout autre ayant autorité), détenteur des ressources économiques du foyer.

Bien que les femmes soient davantage prises en charge que les hommes, et concernées en premier lieu par le diabète gestationnel, l'accès aux soins de qualité, aux médicaments et aux diagnostics, ainsi qu'à une alimentation équilibrée, peut être facilitée chez les hommes pour des raisons économiques. Par ailleurs, le prestige des masculinités et de certains comportements associés entraîne chez les garçons et les hommes un retard dans le recours aux soins et la prise en charge en particulier du diabète qu'il soit de type 1 ou de type 2.

Le poids du coût de la prise en charge pèse davantage sur les femmes dont les ressources sont plus limitées de façon générale que celles des hommes. Ce paramètre a des répercussions sur la prise en charge des femmes et sur leur qualité de vie. **Il arrive que les doses d'insuline soient rationnées chez les femmes et les enfants afin de réaliser des économies. Ainsi, face à une prise en charge du diabète qui est onéreuse et un accès à une alimentation de qualité qui l'est également, les femmes se trouvent souvent défavorisées.**

Par ailleurs, dans un foyer, le diabète ajoute un poids supplémentaire sur les femmes et jeunes filles qui peuvent perdre leur scolarité et des opportunités de carrière quand elles doivent s'occuper de membres de leur familles atteints de diabète.

Dans certaines situations, des femmes ont été quittées par leur mari en raison du coût de la prise en charge du diabète. Ces situations ne sont pas isolées.

Diabète et violences de genre

Selon UNWomen, chaque jour, 137 femmes sont tuées par un membre de leur famille. Un autre chiffre est par ailleurs à souligner : en 2019, une femme sur cinq ayant entre 20 et 24 ans s'était mariée avant l'âge de 18 ans. Ces chiffres illustrent les situations de vulnérabilité et de dépendance dans lesquelles se trouvent de nombreuses femmes à travers le monde.

Les violences liées au genre peuvent également avoir des répercussions sur la prise en charge du diabète des femmes. La dépendance au niveau socio-économique de leur famille ou de leur mari peut dans certains contextes être un obstacle majeur à leur prise en charge.



PRISE EN CHARGE DES COMORBIDITÉS & GENRE

Les femmes et personnes LGBTQI+ atteintes de diabète et également touchées par des comorbidités (VIH, tuberculose...) cumulent différents risques spécifiques liés au genre.

Les états des lieux réalisés sur les inégalités de genre dans les documents officiels internationaux (notamment du FMSTP¹⁸, de l'OMS¹⁹ et du PNUD²⁰) et dans les normes nationales de l'Union des Comores²¹, du Burkina Faso²² et du Mali²³ soulignent les enjeux spécifiques sur le genre en matière de lutte contre la tuberculose et le VIH, et impliquent d'intégrer les problématiques de genre dans les différentes composantes du projet. D'une manière générale, il est constaté que les femmes ont moins accès que les hommes aux ressources économiques et à l'alimentation, et aux services de santé. Les femmes souffrent donc d'une façon générale d'un manque d'accès aux soins et lorsqu'elles y ont accès à des soins de moindre qualité. Si des cadres légaux et des recommandations existent au niveau national et international, la mise en œuvre est plus complexe, cette dimension liée au genre dépassant largement le simple cadre du soin, et mobilisant des facteurs culturels, économiques et sociaux. Néanmoins, les actions menées dans le cadre du soin, et notamment de services de santé sur la tuberculose, le VIH/sida et le diabète doivent prendre en compte ces éléments et apporter une réponse adaptée.

TUBERCULOSE ET GENRE

Bien que la tuberculose affecte davantage les hommes que les femmes (64% d'hommes à l'échelle mondiale), les femmes « risquent de pâtir d'un accès plus restreint que les hommes aux traitements et aux services de prévention de la tuberculose, en raison des normes culturelles et des inégalités. » selon les notes du Fonds Mondial sur le genre et la tuberculose.

Cet accès plus restreint et plus tardif pour les femmes et les filles aux services concerne notamment les retards de diagnostic et « la faible efficacité des services peuvent être dus à une plus forte stigmatisation liée à l'infection à la tuberculose et à la non-intégration des services de lutte contre la tuberculose dans les autres services de santé procréative, maternelle et infantile. Les femmes peuvent éprouver des difficultés à accéder aux services de lutte contre la tuberculose, pour différentes raisons. [...] De manière générale, les femmes attendent plus longtemps que les hommes d'être diagnostiquées et recevoir un traitement. Par ailleurs, le manque de confidentialité ou de services de gardes d'enfants dans les établissements de santé peuvent dissuader les femmes de solliciter les services de prise en charge. Dans certains contextes, les femmes sont moins susceptibles de se soumettre à l'examen d'un frottis d'expectoration du fait des normes culturelles, des idées sur la féminité et des dynamiques de genre au sein des services de prise en charge de la tuberculose. ».

18. FMSTP (2019) : « Note d'information technique Tuberculose, genre et droits humains » : https://www.theglobalfund.org/media/6523/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf

FMSTP (2019) : « Note d'information technique VIH, droits humains et égalité de genre » : https://www.theglobalfund.org/media/6575/core_hivhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf

19. Organisation Mondiale de la santé (2020) : « Rapport sur la tuberculose dans le monde » : <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>

Organisation Mondiale de la santé (2002) : « Gender & tuberculosis » : <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/a85584/eng>

20. Programme des Nations Unies pour le développement (2015). « Gender and tuberculosis ».

21. Union des Comores, Politique nationale d'équité et d'égalité de genre, septembre 2007

22. Burkina Faso, Ministère de la promotion de la femme, document de la politique nationale genre du Burkina Faso, octobre 2009

23. Mali, Politique nationale genre du Mali, 2011



L'analyse effectuée par Fonds Mondial sur la tuberculose est très intéressante et il est essentiel de s'en inspirer : « à l'échelle mondiale, les hommes et les garçons représentent 64% des cas de tuberculose. Cela signifie qu'environ deux hommes contracteront une infection à la tuberculose pour chaque femme ou fille infectée. La tuberculose est aussi moins susceptible d'être dépistée et signalée chez les hommes que chez les femmes et 63% des décès liés à la tuberculose chez les personnes séronégatives concerne des hommes. Néanmoins, les risques et obstacles liés au genre qui menacent les services de lutte contre la tuberculose revêtent plusieurs formes et affectent tous les genres. Un nombre croissant d'études montre dans quelle mesure les notions de masculinité peuvent avoir des répercussions négatives sur le comportement des hommes en matière de santé et donner lieu à un retard ou une absence de dépistage

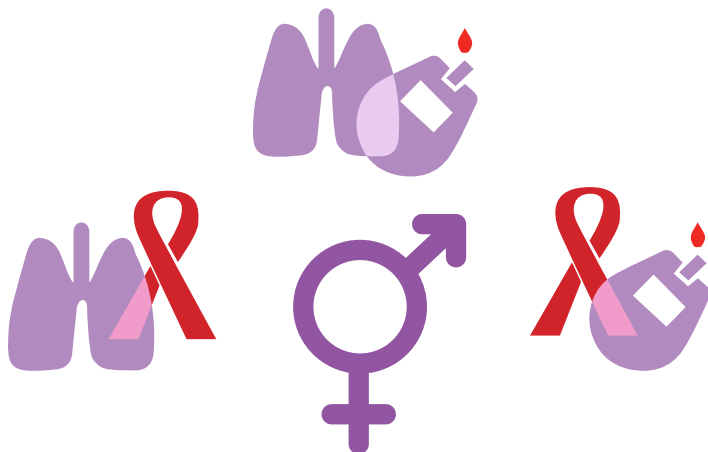
de la tuberculose, ainsi qu'à de faibles taux d'accès aux traitements antituberculeux et d'achèvement des traitements. En de nombreux endroits, les hommes sont plus susceptibles d'occuper un emploi entraînant un risque accru de contracter la tuberculose, à l'instar des activités d'extraction minière ou de dynamitage. En outre, les hommes adoptent plus facilement des comportements augmentant le risque de contracter la tuberculose, tels que le tabagisme et la consommation d'alcool ou de drogues. ».

Ainsi, il ne s'agit pas uniquement de concevoir la dimension genre en terme d'égalité entre les hommes et les femmes, mais également de voir en quoi les hommes peuvent également pâtir de problématiques spécifiques de genre liées à des questions culturelles, sociales et économiques.

VIH/SIDA ET GENRE

Concernant le VIH/sida, « la subordination économique, politique et sociale des femmes est profondément ancrée dans les normes, attitudes, croyances et pratiques culturelles néfastes, ainsi que dans certaines lois rétrogrades. Suivant le contexte, ces facteurs de vulnérabilité spécifiques au genre auxquels les femmes et les filles sont exposées peuvent inclure un manque d'autonomie, un accès inégal aux possibilités éducatives et économiques, le mariage forcé ou précoce, l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers qui limite l'accès aux soins de santé et diverses formes de violence dans les espaces privés ou publics, notamment des lois et des politiques qui tolèrent diverses formes de violence fondée sur le genre et de pratiques culturelles néfastes. Dans nombre de communautés, les femmes redoutent de révéler leur statut sérologique VIH ou de solliciter un traitement par crainte d'être rejetées ou tenues pour responsables, de perdre leurs droits de propriété et de garde ou de subir des violences. Beaucoup de femmes et de filles ne sont pas en position de négocier des rapports sexuels plus sûrs avec leurs partenaires intimes ni de prendre des décisions concernant l'utilisation de contraceptifs. Souvent, les femmes n'ont pas accès aux services de santé sexuelle, notamment à une gamme complète de services de planification familiale et de contraception. En outre, le mariage précoce ou forcé constitue une grave violation des droits humains qui expose au risque d'infection à VIH et pose de sérieux problèmes de santé génésique. ».

La stratégie du Fonds mondial inclut un objectif visant à « promouvoir et protéger les droits humains et l'égalité des genres » qui reconnaît le besoin urgent d'éliminer les disparités en matière de santé entre les hommes, les femmes, les adolescentes et adolescents, et les personnes transgenres. S'agissant de la tuberculose, cet objectif illustre la nécessité : d'intensifier la mise en œuvre de programmes en faveur des femmes et des filles, notamment de programmes visant à améliorer les droits et la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation ; de réaliser des investissements pour réduire les inégalités sur le plan de la santé, notamment les inégalités liées au genre et à l'âge ; de mettre en place et intensifier les programmes visant à éliminer les obstacles en rapport avec les droits humains qui empêchent d'accéder aux services. S'agissant du VIH, l'inégalité et la discrimination fondées sur le sexe, le genre, l'identité de genre et l'expression de genre sont des causes de vulnérabilité majeure à l'infection à VIH et rendent l'existence des personnes vivant avec le VIH encore plus difficile. Les formes et les effets de l'inégalité et de l'iniquité entre les genres sont différents pour les hommes et les femmes, les garçons et les filles et les communautés de personnes dont le genre n'est pas conforme aux normes établies. Les systèmes de santé et les systèmes communautaires qui répondent aux besoins spécifiques au genre des individus (concernant le lieu et le mode de prestation de services) sont plus efficaces. En outre, les programmes de santé devraient promouvoir l'égalité de genre et l'équité de genre, de sorte que les différents besoins et vulnérabilités des femmes, des filles, des hommes, des garçons, des femmes transgenres et des personnes dont le genre n'est pas conforme aux normes établies soient identifiés et pris en compte.



PARTIE 2 : LA STRATÉGIE GENRE DE SANTÉ DIABÈTE



ACQUIS ET OBJECTIFS DE L'INTÉGRATION DE LA PROBLÉMATIQUE GENRE DANS NOTRE STRUCTURE

Santé Diabète prend en compte les problématiques liées au genre dans ses différents programmes et au sein de la structure. L'objectif de la présente stratégie est de la formaliser pour permettre sa pleine intégration dans la structure et dans nos programmes.

Mettre en œuvre une stratégie liée au genre est avant tout une question de responsabilité. Aucune organisation n'est neutre en matière de genre, de reproduire, voire de renforcer, les rôles et interactions sociales. Compte tenu de leur objet social, mais aussi d'un point de vue légal, nous devons donc nous assurer que les droits de tous et toutes soient respectés et mettre en place des politiques et des actions de lutte contre les discriminations liées au genre, mais aussi à l'origine, à la classe, aux situations de handicap, à l'âge, etc.

Il s'agit d'une question de cohérence entre les valeurs éthiques que notre organisation prône et son action en interne.

EN INTERNE

Bien qu'il y ait aujourd'hui plus de salariés de sexe masculin au sein de l'ONG, et particulièrement dans les pays d'intervention, Santé Diabète tend vers la parité parmi les salariés comme au sein du conseil d'administration (CA), et recrute ses salariés sans discrimination de genre. Cette parité est acquise aux sein de postes de coordination. SD pratique l'égalité salariale entre hommes et femmes et s'attache à proposer à tous ses salariés une évolution professionnelle adaptée.

Par le biais de la mise en place d'actions concrètes détaillées ci-après, Santé Diabète souhaite parvenir à :

- **Rendre effective l'égalité entre les hommes et les femmes au sein de notre organisation**, permettre un égal accès aux compétences nécessaires pour le portage du projet associatif, favoriser la contribution pour la réalisation des projets, faire évoluer les postes en lien avec la stratégie et les valeurs de l'ONG, et respecter les obligations légales, notamment en matière de : recrutement, rémunération, égalité professionnelle, égalité salariale, prévention contre le harcèlement sexuel ;
- **Mieux intégrer l'aspect « genre » dans les processus de recrutement**, en considérant la « sensibilité au genre » comme une compétence supplémentaire de la part des candidats ;
- **Changer le regard des professionnels de chaque pays** sur les questions de genre ;
- **Prévenir la discrimination liée au genre et les situations de harcèlement** ;
- **Mettre en œuvre une analyse** des pratiques régulière sur la question de genre.

DANS NOS ACTIVITÉS ET AVEC NOS PARTENAIRES

De la même manière qu'en interne, avec ses partenaires et pour la mise en place de ses activités, Santé Diabète s'attache à respecter autant que possible une parité parmi les pairs éducateurs et les formateurs qu'elle recrute. Elle leur donne droit à l'égalité de rémunération et de formation. Elle leur permet à hauteur des projets, une évolution personnelle sans discrimination de genre.

SD met en place des activités à destination du grand public et des professionnels de santé visant à offrir un accès aux soins (prévention, éducation, traitement) à tous et en particulier aux populations vulnérables éloignées du soin, quelle qu'en soit la cause.

Dans le cadre de sa stratégie genre, Santé Diabète s'engage à mettre l'accent dans ses programmes sur :

- **La sensibilisation et le plaidoyer auprès du public et des partenaires** pour plus d'égalité entre hommes et femmes en terme d'accès au soin et au travail ;
- **Le dépistage et l'orientation des victimes de discriminations liées au genre ;**
- **L'accès aux dépistages et aux soins de tous les bénéficiaires, sans distinction de genre,** et le développement d'aller-vers adapté comme c'est déjà le cas avec le développement de la prévention du diabète gestationnel dans les consultations prénatales par exemple ;
- **La parité dans la représentation externe de l'ONG** et dans les supports de communication.

MISE EN ŒUVRE

Pour parvenir à ces objectifs, Santé Diabète s'engage à mettre en place plusieurs dispositifs et à une pleine intégration de l'approche genre dans son développement interne mais aussi dans ses activités.

EN INTERNE

- **Mise en place d'un groupe de travail**, composé de membres du conseil d'administration, des équipes dirigeantes, des équipes de coordination et des équipes de terrain, pour réinterroger nos politiques de ressources humaines et les pratiques internes, dont les missions sont de :
 - Mener une auto-évaluation des pratiques actuelles en utilisant le questionnaire d'autoévaluation développé par Coordination Sud,
 - Faire remonter les analyses et les besoins identifiés par les équipes de façon transversale sur la dimension liée au genre ;
 - Croiser les regards et identifier les besoins spécifiques liés au genre ;
 - Interroger et analyser les pratiques, les projets en cours au regard de la dimension genre, et travailler à une meilleure intégration des problématiques de genre dans nos projets actuels et futurs.

Un anthropologue et ou un sociologue pourront venir soutenir cette démarche pour renforcer la réflexion interne.

- **Organisation d'un module spécifique sur le genre** dans le cadre d'une formation interne spécifique à tout le personnel de Santé Diabète : les notions essentielles, ainsi qu'un volet de formation au plaidoyer. Ce module sera assuré par un intervenant extérieur spécialiste du genre.

- **Publication d'une charte éthique comprenant les questions de genre** signée par l'ensemble des personnels de Santé Diabète et les membres de son Conseil d'Administration (CA).



Charte éthique



Santé Diabète

2022

Innover ensemble
pour lutter contre le diabète en Afrique

PRINCIPES GÉNÉRAUX

En tant qu'organisation non gouvernementale (ONG), Santé Diabète (SD) s'appuie sur les principes fondamentaux qui doivent guider l'action humanitaire, c'est-à-dire, les principes d'humanité, de neutralité, d'impartialité et d'indépendance. Le principe d'humanité signifie notamment qu'une solution doit être trouvée aux souffrances humaines partout où elles se manifestent, en prêtant une attention particulière aux populations les plus vulnérables.

SD vise à l'application du droit fondamental à la santé que l'on retrouve dans la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), et dans l'Objectif de développement durable 3 des Nations-Unies (« SDG 3 ») : « bonne santé et bien-être ». Selon l'OMS, la santé se caractérise par « un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. ». Ainsi SD vise, dans ses pays d'intervention, à promouvoir l'accès à la santé pour les personnes atteintes de diabète (de type 1, de type 2, gestationnel), et à prévenir le développement de celui-ci et de ses facteurs de risques dans la population générale. Pour atteindre cet objectif, l'approche de SD est centrée sur le renforcement des systèmes de santé en travaillant sur les 6 axes d'intervention de l'OMS (Building blocks) :

1. Prestation de services
2. Personnels de santé
3. Information sanitaire
4. Techniques et produits médicaux essentiels
5. Financement de la santé
6. Leadership et gouvernance

PRINCIPES HUMANITAIRES

Dans certaines circonstances, SD intervient dans des situations d'urgence auprès de populations en détresse, victimes de catastrophes d'origine naturelle ou humaine, de situation de belligérance. SD promeut une approche de non-ingérence politique, et de non-discrimination de race, religion, philosophie ou politique.

SD s'engage à respecter les principes déontologiques et à maintenir une totale indépendance à l'égard de tout pouvoir, ainsi que de toute force politique, économique ou religieuse.

Ne favorisant aucun camp en cas de conflit, oeuvrant dans la neutralité et en toute impartialité, nous revenons à l'éthique médicale universelle dans l'accès aux soins.

LE « SOIN »

Alors que le soin n'est parfois appréhendé que sous un angle biomédical, nous considérons qu'il doit obligatoirement revêtir une approche globale et holistique incluant les soins cliniques mais aussi l'éducation thérapeutique, l'accompagnement psycho social, la mise en place d'actions préventives de façon à construire une politique publique forte et résiliente. Ainsi, les valeurs de SD s'articulent autour de ce « soin » global et holistique visant, comme le rappelle l'OMS, à atteindre, pour les populations « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».



Promouvoir la pleine implication des patients

SD promeut des actions d'éducation thérapeutique, visant à améliorer l'observance et la qualité de vie des patients. Cette approche permet au patient de devenir acteur de sa maladie afin de renforcer son bien-être et sa qualité de vie mais aussi de lui permettre de devenir acteur de la gouvernance du système de santé.



Renforcer les systèmes de santé et l'approche partenariale

L'approche holistique du soin que SD défend se traduit par l'appui à la mise en œuvre de politiques publiques fortes et résilientes permettant de renforcer durablement les systèmes de santé. Plutôt qu'une approche trop verticale et cloisonnée entre maladies, SD défend l'approche par les 6 axes d'intervention de l'OMS (Building blocks) permettant aussi de promouvoir un travail d'intégration avec une approche par comorbidités comme par exemple la prévention et la prise en charge des comorbidités diabète / VIH et diabète / TB. Elle promeut l'appui à la mise en place de systèmes d'assurance maladie permettant aux populations d'accéder à un panier large de soins, répondant à des besoins essentiels. Construire et améliorer les capacités dans les pays du sud, notamment à travers le renforcement des systèmes de santé et la formation des professionnels de santé. L'assistance technique auprès des autorités sanitaires ainsi que le travail de formation des professionnels de santé et sur les circuits d'approvisionnement en produits de santé se fait toujours en promouvant une approche sud-sud, nord-sud mais aussi sud-nord, permettant de bâtir au sud sur la base des expériences menées dans d'autres pays aux profils économiques et sociaux similaires. Cette approche permet également la création de réseaux d'acteurs assurant un encadrement fort des actions et des partenariats. Enfin, pour assurer une pérennité de ces actions, SD applique le principe de non-substitution aux systèmes de santé et aux acteurs locaux.



Déontologie médicale

L'approche menée par SD est respectueuse du principe de déontologie médicale, qui impose de prodiguer des soins avec le principe de neutralité, sans nuire (ni à un individu ni à un groupe) et d'assister toute personne qui bénéficie des actions de SD avec humanité, impartialité et en respectant le secret médical.



Indépendance et refus des liens d'intérêts

SD fonde ses actions de terrain ainsi que ses actions de plaidoyer sur les faits, la science et s'interdit tout conflit d'intérêt pouvant conduire à une forme de partialité. Pour garantir cela, SD refuse les liens d'intérêts notamment avec les industriels de l'agro-alimentaire ou des produits de santé qui par leur activité peuvent interférer négativement dans les champs d'action de Santé Diabète. Cette approche permet le développement des actions les plus respectueuses et efficaces possibles pour répondre aux besoins des populations tout en permettant de porter sans entrave les actions de plaidoyer visant à améliorer les politiques publiques.



La science et l'exigence, au cœur de nos interventions

Pour élaborer ses actions et bâtir ses arguments de plaidoyer, SD défend une approche alliant recherche et action opérationnelle. Cette approche utilisant la recherche translationnelle médicale ou qualitative permet de mieux comprendre les terrains d'intervention pour des réponses plus adaptées mais aussi d'évaluer les actions réalisées et de faire valider ces résultats par des mécanismes internationaux de peer review. Cette approche permet aussi d'éviter toute « infox » et ainsi de veiller à la justesse et à l'exigence sémantique de l'ensemble des publications et des informations qu'elle publie.



Opposition à toute forme d'exploitation des enfants

SD s'oppose fermement à toute forme de travail rémunéré ou non chez les enfants en âge d'être scolarisés.



Évaluer les politiques publiques

SD applique une approche de neutralité et d'impartialité politique, et ainsi n'intervient jamais en cas de conflits politiques. En revanche, de par ses thématiques de travail et sa mission, SD appuie les politiques publiques menées, et le fait de façon la plus neutre, objective, pragmatique, non-partisane et apolitique, possible. Il paraît en effet essentiel de souligner la pertinence des actions menées lorsque celles-ci sont constructives et vont dans le sens de co-construire l'accès à la santé par tous et toutes mais aussi pour tous et toutes.



Non-discrimination

SD fait appliquer en interne à ses équipes la même neutralité, le même principe de non-discrimination et de professionnalisme, et considère la diversité comme une richesse. SD rejette toute discrimination de race, d'ethnie, de sexe, de genre, d'orientation sexuelle, de religion, de nationalité, d'opinion ou de classe.



Environnement

Dans la mesure du possible, SD mène des actions soucieuses et respectueuses de l'environnement.



Transparence financière et auto-évaluation

SD est consciente de la responsabilité qui est la sienne, en recevant des fonds pour mener des actions essentielles, et pour cela veille systématiquement à la bonne utilisation des fonds qui lui sont confiés. Elle défend ainsi une approche de transparence financière absolue de ses comptes, avec une publication systématique de ceux-ci. SD évalue en permanence la réussite de ses programmes et leur mise en œuvre, par des actions de suivi-évaluation et des évaluations externes.

DANS NOS ACTIVITÉS

- **Utiliser la notation genre de IASC²⁴** au moment de l'élaboration des projets de Santé Diabète.
- **Sensibiliser le public à la notion d'égalité dans l'accès aux soins** pour éviter que les femmes et les jeunes filles ne pâtissent de retard au dépistage, de retard à l'accès aux soins notamment pour des raisons économiques. Un autre aspect de la stratégie de genre spécifique au diabète implique de mettre en place des actions qui permettront de cibler et d'atteindre au mieux les jeunes garçons et les hommes.
- **Déconstruire les normes sociales liées au prestige du poids et de l'obésité mais aussi aux masculinités**, par le biais de la formation des professionnels de santé et de la sensibilisation du grand public, pour atteindre toutes les populations cibles dans le cadre du projet.
- **Poursuivre les consultations prénatales spécifiques pour le diabète gestationnel** et le diabète pendant la grossesse et améliorer les outils développés.
- **Former les professionnels de santé à prendre en compte la sexualité des patients** et à dépister les violences liées au genre, orienter et accompagner les victimes.
- **Former les pairs éducateurs et les associations pour sensibiliser le public** et toucher les populations trouvant souvent dans des angles morts de la prévention et de l'accès aux soins en raison de questions de genre, et en particulier d'inégalités pour les femmes et les jeunes filles.
- **Partager la charte éthique de l'ONG et notre stratégie genre**, avec les partenaires hospitaliers et associatifs, les formateurs et les pairs éducateurs.

AVEC NOS PARTENAIRES

- **Partager la charte éthique de l'ONG et notre stratégie genre.**
- **Mettre en œuvre la parité dans les visuels**, notamment sur nos supports de communication.
- **Mettre en œuvre un plaidoyer spécifique sur les questions de genre**
- **Accompagner et soutenir les professionnels de santé et de la prévention**, associations, salariés et partenaires, dans chaque pays, qui rencontreraient des discriminations de genre.

24. Voir : https://www.globalprotectioncluster.org/_assets/files/partners/Gender_Marker_FAQ_FR.pdf

Bien que non-exhaustive, la présente bibliographie propose différentes références sur la thématique du genre, de la santé, ainsi que sur les sous-thématiques mentionnées tout au long de ce document.

Organisations internationales

- **Organisation mondiale de la santé (OMS)** Genre et santé, mai 2021 <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>
- **Union européenne** « La stratégie de l'Union en matière d'égalité entre les femmes et les hommes », janvier 2021 https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2021-0025_FR.html
- **Organisation Mondiale de la santé (OMS)** « Rapport sur la tuberculose dans le monde », 2020 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>
- **Organisation Mondiale de la santé (2002)** « Gender & tuberculosis », 2002 <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/a85584/eng>
- **Programme des Nations Unies pour le développement (2015).** « Gender and tuberculosis ».
- **Organisation internationale du travail (ILO/OIT) :** « Gender & development » <http://ilo.org/global/topics/economic-and-social-development/gender-and-development/lang--fr/index.htm> Politique nationale d'équité et d'égalité de genre (PNEEG), 2007 http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=96299&p_country=COM
- **Groupe des Nations Unies pour le développement** « Manuel de référence pour l'intégration du genre dans la programmation conjointe de l'ONU au niveau de pays », 2018 <https://unsdg.un.org/sites/default/files/Manuel-reference-integration-genre-programmation-conjointe-ONU.pdf>
- **Comité permanent inter-agences (IASC)** « Directives pour l'intégration d'interventions ciblant la violence basée sur le genre dans l'action humanitaire, Réduction des risques, promotion de la résilience et aide au relèvement », 2015
- **Voir le site de l'UNICEF** <https://www.unicef.org/fr/recits/mutilations-genitales-feminines#:~:text=Les%20mutilations%20g%C3%A9nitales%20f%C3%A9minines%20sont,partielle%20des%20organes%20g%C3%A9nitales%20externes.>

Fonds Mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme (FMSTP)

- **Demandes de financements de l'Union des Comores au FMSTP** <https://data.theglobalfund.org/location/COM/documents>
- **Demandes de financements du Burkina Faso au FMSTP** <https://data.theglobalfund.org/location/BFA/documents>
- **Demandes de financements du Mali au FMSTP** <https://data.theglobalfund.org/location/MLI/documents>
- « **Note d'information technique Tuberculose, genre et droits humains** » https://www.theglobalfund.org/media/6523/core_tbhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf
- « **Note d'information technique VIH, droits humains et égalité de genre** » https://www.theglobalfund.org/media/6575/core_hivhumanrightsgenderequality_technicalbrief_fr.pdf

AFRIQUE

- **Commission économique pour l'Afrique (CEA)** Rapport sur les femmes en Afrique, 2009 « La Commission économique pour l'Afrique (CEA) a élaboré l'Indice de développement et des inégalités entre les sexes en Afrique (IDISA), afin de faciliter la surveillance des progrès de l'Afrique dans l'application des engagements mondiaux, régionaux et sous-régionaux en faveur des femmes. » <https://archive.uneca.org/fr/publications/rapport-sur-les-femmes-en-afrique-2009>
- **Centre africain pour le genre (CAG)** <https://archive.uneca.org/fr/gender/pages/genre>
- **Politique nationale d'équité et d'égalité de genre (PNEEG), 2007** http://www.ilo.org/dyn/natlex/natlex4.detail?p_lang=fr&p_isn=96299&p_country=COM

MALI

- **République du Mali** Politique nationale genre du Mali, 2011 http://www.passip.org/passip_intranet/pdf-intranet/Politique/9-41%20Politique%20Nationale%20Genre_2011.pdf

COMORES

- **Union des Comores** « Politique nationale d'équité et d'égalité de genre », septembre 2007

BURKINA FASO

- **Burkina Faso** « Ministère de la promotion de la femme, document de la politique nationale genre du Burkina Faso », octobre 2009

FRANCE

- **Haute autorité de santé (HAS), 2020** « Sexe, genre et santé » https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-12/rapport_analyse_prospective_2020.pdf
- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)** « Genre et santé » <https://www.inserm.fr/dossier/genre-et-sante/>
- **Expertise France** « Agir pour l'égalité femmes-hommes dans les projets de développement » <https://www.expertisefrance.fr/documents/20182/426622/Expertise+France+-+Genre/d1d37b1c-30f2-4224-91a3-05be9bb7d6a0>

Société civile et ONG

- **Action contre la faim (ACF)** Politiques sur le genre, 2014 https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/ACF_Gender_Policy_2014_FR_1.pdf
- **CARE international** Politique sur l'égalité de genre de CARE international, juin 2018 https://www.care-international.org/files/files/publications/Politique_sur_l%C3%A9galit%C3%A9_de_genre_CARE_Juin_2018_frenchversion.pdf
- **Catholic relief services (CRS)** Stratégie de genre globale de CRS, 2014 <https://www.crs.org/sites/default/files/tools-research/global-gender-strategy-french-web.pdf>
- **Adequations** « Définitions de l'approche de genre et genre & développement », 2017 <http://www.adequations.org/spip.php?article1515>
- **Nicolien Wassenaar** « Inclusion de la dimension genre dans votre ONG », mai 2009 <https://networklearning.org/library/incorporating-gender-into-your-ngo/120-inclusion-de-la-dimension-genre-dans-votre-ong-pdf/file>
- **Antonella Viola**, "Il sesso è (quasi) tutto, (La Feltrinelli, mars 2022)
- « **Gender & global health** » <https://globalhealth5050.org/gender-and-global-health/>

Document stratégique préparé par Stéphane Besançon, Pauline Londeix et Pauline Trébuchet.
Relecture technique par le conseil d'administration de Santé Diabète et validation par
l'Assemblée générale le 28 mai 2022.

Conception graphique et mise en page : © www.sandraderichs.com
Photographies : © Sébastien Rieussec / © Olivier Hébrard



contact@santediabete.org

www.santediabete.org