



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 26<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE 54<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., E-U A, 23-27 septembre 2002

*Point 4.11 de l'ordre du jour provisoire*

CSP26/16 (Fr.)

19 juillet 2002

ORIGINAL : ANGLAIS

### LA FEMME, LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT

Ce rapport présente une brève vue d'ensemble de ce que sont les inéquités de genre en santé et la façon dont elles influent sur les différences entre les hommes et les femmes dans leur état de santé et sur l'accès, les soins et le financement des soins de santé. L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) définit les inéquités de genre comme des inégalités entre les hommes et les femmes qui sont inutiles, évitables et par conséquent injustes. Dans ce contexte, le document examine le défi auquel l'OPS et ses États membres se heurtent en évaluant l'impact de ces inéquités dans la santé, en raison de la rareté généralisée des informations ventilées par sexe dans la Région. Mais des progrès ont été accomplis pour combler le décalage en matière d'équité hommes-femmes dans le domaine de la santé, résultat essentiel des conventions et des mandats internationaux qui ont été appuyés et ratifiés par la plupart des pays des Amériques.

Le rapport identifie les actions pour les États membres prescrites par ces mandats internationaux et les résolutions de l'OPS, et décrit comment le Programme sur la femme, la santé et le développement (HDW) de l'OPS peut les aider à combler le décalage en matière d'équité hommes-femmes dans le domaine de la santé. Le HDW a défini en conséquence cinq domaines stratégiques de collaboration :

- a) Incorporer une perspective de genre dans l'analyse de situations de santé afin de mieux cibler politiques et programmes ;
- b) Formuler et suivre de près des politiques afin de réduire les inéquités de genre en matière de santé ;
- c) Renforcer le modèle employé pour combattre la violence à l'égard des femmes au niveau des politiques, au niveau sectoriel et au niveau communautaire et se servir de ce type de modèle afin d'impliquer les hommes dans la prise de décisions portant sur la santé reproductive et afin de s'attaquer aux inéquités qui existent dans le domaine de la santé mentale ;
- d) Propager des stratégies et des matériaux d'information, d'éducation et de communication destinés à la défense et à la formation, en particulier par l'intermédiaire de « canaux virtuels » ; et
- e) Collaborer avec les programmes et les États membres de l'OPS afin d'incorporer une perspective de genre dans la recherche, les politiques et les programmes.

La 26<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à considérer la résolution CE130.R14, recommandée par le Comité exécutif à sa 130<sup>e</sup> session, qui comporte des actions à entreprendre par l'OPS et ses États membres pour réduire les inéquités de genre en santé.

## TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
1. Ce que veut dire l'équité hommes-femmes en matière de santé .....	3
2. Le défi : évaluer et combler les décalages entre hommes et femmes en matière de santé .....	4
2.1 L'impact des inéquités de genre sur la santé .....	4
2.2 Le manque d'information ventilée par sexe à des fins de planification et d'évaluation .....	9
3. Les progrès accomplis pour ce qui est de combler le décalage entre hommes et femmes .....	10
4. Comment les pays peuvent-ils combler le décalage entre hommes et femmes en matière de santé ? .....	11
5. Comment l'OPS peut-elle aider ses États membres à faire face au défi ?.....	12
5.1 Domaines stratégiques de collaboration technique .....	13
6. Conclusion .....	23
7. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine .....	24
Annexe : résolution CE130.R14	

## **Comblent le décalage entre hommes et femmes qui existe dans les Amériques en matière de santé**

Ce rapport présente les défis de la réduction des inéquités de genre en matière de santé, la façon dont ils ont été abordés et comment ils peuvent être abordés et le rôle des États membres et du Programme sur la femme, la santé et le développement (HDW) de l'OPS pour combler le décalage. La dernière section décrit les stratégies et les réalisations du HDW pour ce qui est de combler le décalage entre hommes et femmes en matière de santé.

### **1. Ce que veut dire l'équité hommes-femmes en matière de santé**

*La notion de « genre » dépasse celle de « sexe ».* Ce dernier fait référence aux différences biologiques entre les hommes et les femmes, alors que « genre » a rapport à la construction de l'esprit sur les plans social, politique et juridique de ces différences. « Genre » ne s'attarde pas aux hommes et femmes en soi, mais aux relations sociales inégales qui existent entre hommes et femmes et à leur impact sur la société dans son ensemble.

*Équité n'est pas synonyme d'égalité.* L'équité est un concept éthique fondé sur des notions d'impartialité et de justice sociale qui prend en considération le besoin, plutôt que l'avantage social dans les décisions concernant la répartition des ressources<sup>1</sup>. Toutes les inégalités ne sont pas des inéquités. Les inéquités sont les inégalités que l'on considère comme inutiles, évitables et injustes<sup>2</sup>. Ainsi, l'équité hommes-femmes en matière de santé ne veut pas nécessairement dire qu'hommes et femmes ont les mêmes taux de morbidité et de mortalité, ou ont part à la distribution des services de manière égale. Ce concept prévoit plutôt l'accès à ces chances égales qui leur permettent de jouir d'une bonne santé et de ne pas tomber malade, devenir invalide ou mourir prématurément de causes évitables. Ce concept veut dire que les ressources en matière de santé sont réparties selon les besoins différents des hommes et des femmes, étant donné leurs facteurs de risque biologiques et leurs rôles sociétaux différents afin d'assurer qu'ils atteignent le niveau de santé le plus élevé possible. De plus, il implique que les services de santé sont reçus selon ces besoins différents, indépendamment de la capacité à payer de la personne. Il implique également que les contributions au financement des soins de santé se fassent selon la capacité économique à payer et ne soient pas basées sur le risque de reproduction des femmes.

---

<sup>1</sup> Braveman, P. *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low- and Middle-Income Countries*. Genève, Organisation Mondiale de la Santé, WHO/CHS/HSS/98.1, 1998.

<sup>2</sup> Définition de l'OMS adoptée par l'OPS. Pour une discussion détaillée, voir : Whitehead, M., *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Document EUR/ICP/RPD/414., Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague, 1990.

## **2. Le défi : évaluer et combler les décalages entre hommes et femmes en matière de santé**

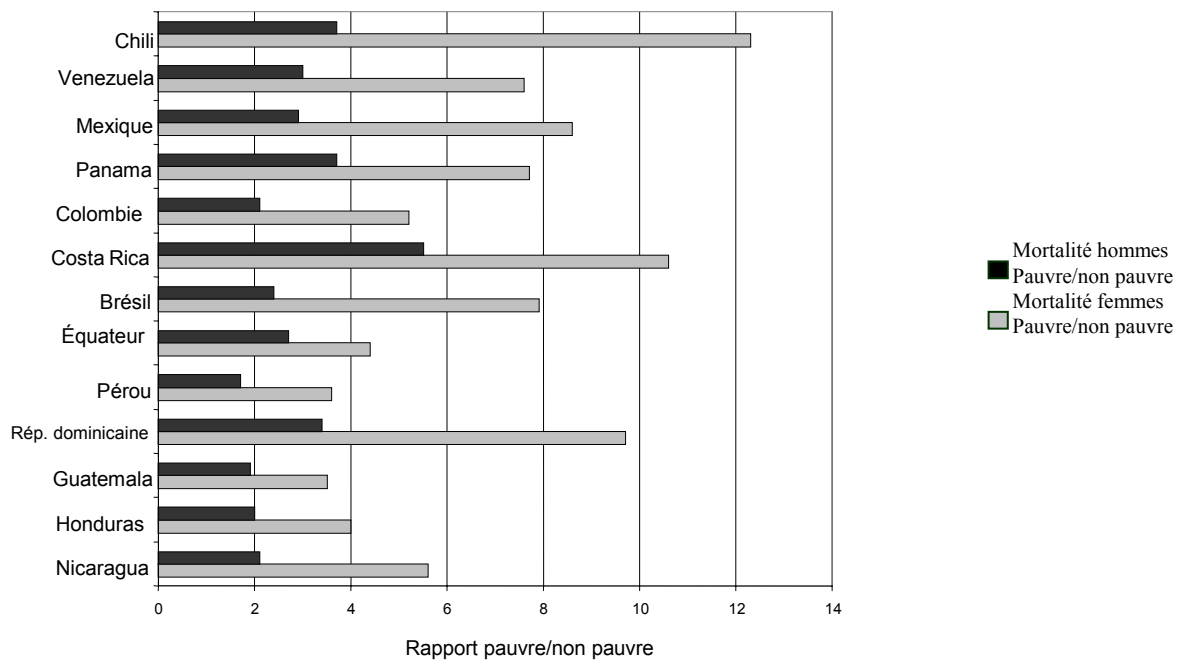
### **2.1 *L'impact des inéquités de genre sur la santé***

Les disparités homme-femme existant quant à l'accès aux ressources et au contrôle exercé sur celles-ci influent sur l'état de santé des hommes et des femmes, de même que sur le financement des soins de santé, sur l'accès à ceux-ci et sur la participation à la prestation des soins. Ces disparités interagissent avec, et sont aggravées par, d'autres facteurs tels que la pauvreté, le niveau d'instruction et l'appartenance ethnique.

#### *2.1.1 Les inéquités de genre influent sur l'état de santé*

Dans la plupart des pays du monde, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Cependant, la pauvreté a un effet plus préjudiciable sur la survie des femmes que sur celle des hommes. Comme l'indique la Figure 1, le rapport pauvre/non pauvre de la probabilité de mourir prématurément est beaucoup plus élevé pour les femmes que pour les hommes. Ainsi, alors que la pauvreté augmente de deux à cinq fois la probabilité de décès prématuré pour les hommes, elle augmente cette même probabilité de trois à douze fois pour les femmes.

**Figure 1. Rapport pauvre/non pauvre quant à la probabilité de décès entre 15 et 59 ans, par sexe, dans 13 pays d'Amérique latine et des Caraïbes**

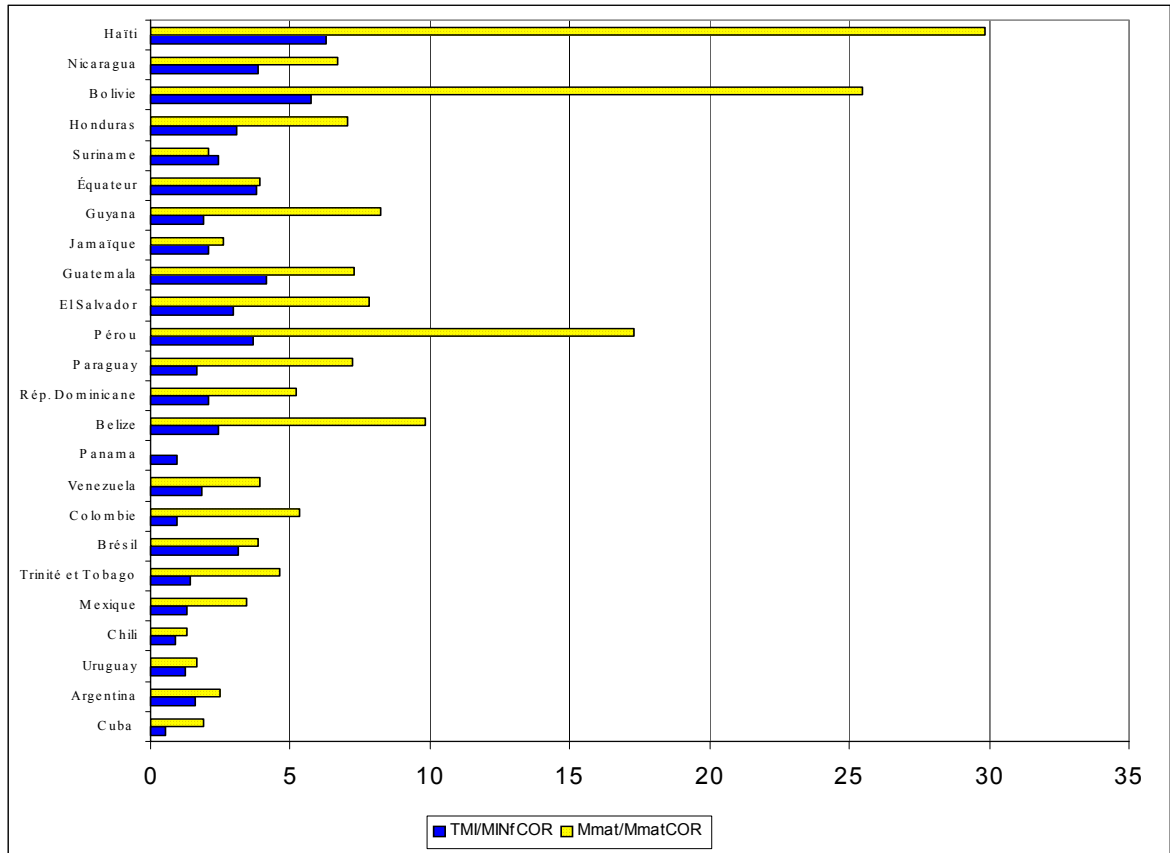


Adapté de : Organisation mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde 1999, annexe statistique

Les causes et, par conséquent, la prévention des maladies et des décès sont différentes pour les hommes et pour les femmes. Comme attesté par les taux de mortalité maternelle dans la Région, élevés au point d'en être inacceptables, les complications de la grossesse et de l'accouchement restent parmi les principales causes de décès chez les femmes en âge d'avoir des enfants. Pour les hommes du même groupe d'âge, la mortalité est fortement liée aux comportements qui présentent des risques : blessures, violence, cancer du poumon, abus de substances toxiques et VIH/SIDA.

La Figure 2 indique que les différences entre les taux de mortalité maternelle demeurent plus grandes que les différences entre les taux de mortalité infantile. Par exemple, alors que le taux de mortalité infantile est six fois plus élevé en Haïti qu'au Costa Rica, le taux de mortalité maternelle en Haïti est de 30 fois plus élevé.

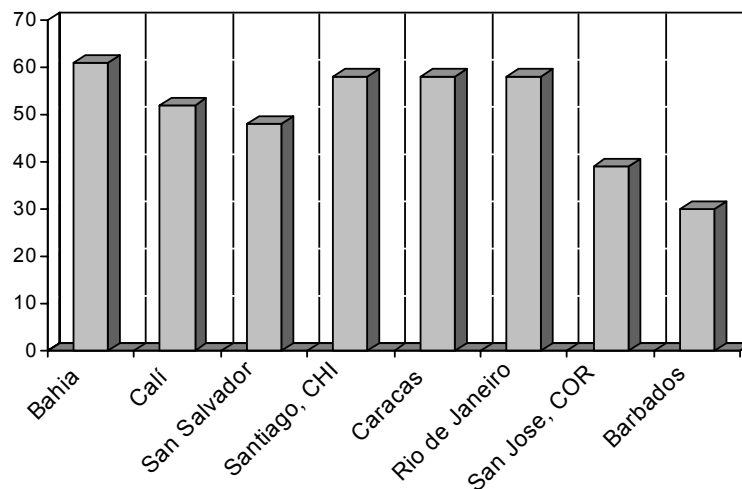
**Figure 2. Importance relative de la mortalité maternelle et infantile comme indicateurs du développement social : rapports entre taux de mortalité maternelle et taux de mortalité infantile du Costa Rica et d'autres pays choisis des Amériques**



Pays en ordre ascendant de leur PIB par habitant en 1998. Il n'y a pas de données de PIB pour Cuba.  
Source : Basé sur l'analyse des Indicateurs de base de l'OPS 2000.

La manifestation la plus troublante d'inéquité hommes-femmes est la violence à l'égard des femmes, qui touche entre 30 % et 60 % des femmes partout dans la Région et est surtout causée par leurs partenaires intimes (figure 3).

**Figure 3 : Pourcentage de femmes qui ont subi des actes de violence de la part de leur partenaire dans les années quatre-vingt-dix : huit sites d'Amérique latine et des Caraïbes**

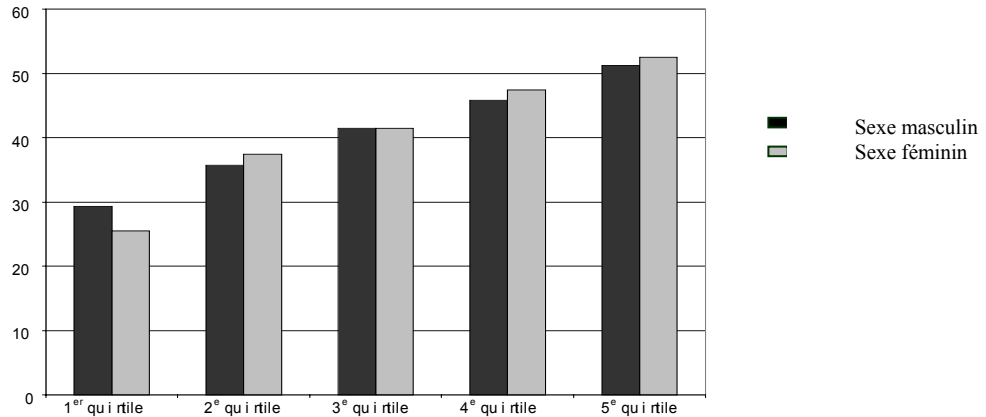


Source: Adapté de Lori Heise. Coercion and Abuse : "Implications for Health Programs." (Nov. 2001)

### 2.1.2 *Les inéquités de genre influent sur l'accès aux soins de santé*

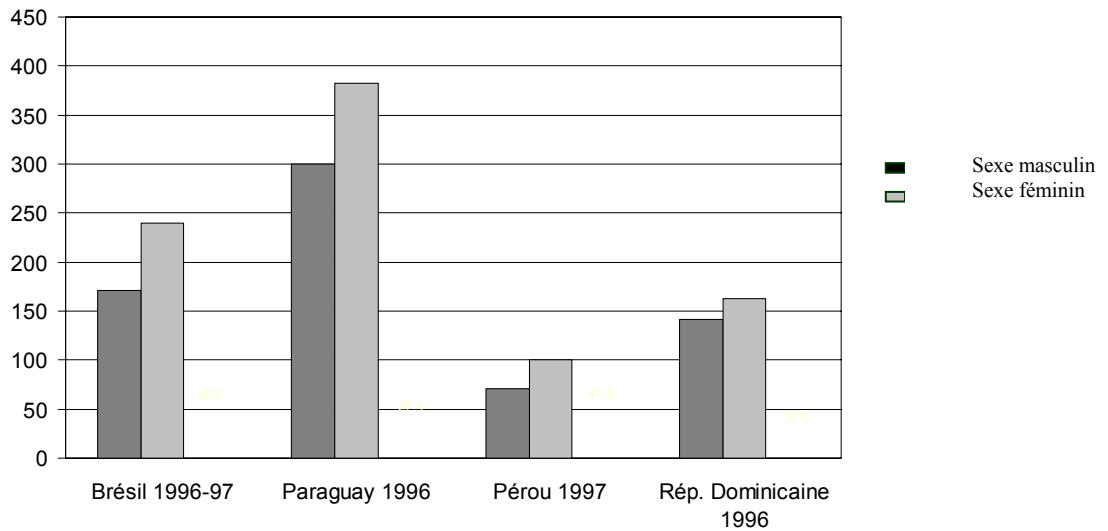
Dans l'ensemble, les femmes ont tendance à avoir recours aux services de santé plus souvent que les hommes, parce que leurs besoins sont plus grands : cela est dû à leur rôle reproducteur, au fait qu'elles sont plus souvent malades et à leur espérance de vie plus longue. Cependant, comme l'indique la figure 4, quand on tient compte des besoins, les femmes pauvres n'ont pas toujours recours aux services de santé plus souvent que les hommes. Certains systèmes de financement des soins de santé exercent une discrimination contre les femmes à cause de leur rôle reproducteur ; en conséquence, les femmes paient des primes d'assurance plus élevées que les hommes. En outre, parce que leurs besoins en matière de soins sont plus grands, les femmes dépensent de leur poche plus que les hommes afin de maintenir leur état de santé (figure 5)

**Figure 4. Pourcentage des personnes souffrant de problèmes de santé qui ont demandé des soins de santé, par sexe et par niveau de dépenses du ménage, dans cinq pays d'Amérique latine, 1994-1996**



Source : LSMS Étude : Bolivie, Colombie, Équateur, Nicaragua, Venezuela, 1994.

**Figure 5. Dépenses de santé faites de leur poche par les hommes et les femmes dans quatre pays d'Amérique latine (dollars des États-Unis)**



Source: Études OPS/LSMS pour le Brésil, le Paraguay, et le Pérou. Étude DHS pour la République dominicaine.



2.1.3 *Les inéquités de genre influent sur la distribution de la puissance et des récompenses pour ce qui est du travail dans le domaine de la santé*

Bien que les femmes représentent approximativement 80 % de la main-d'œuvre rémunérée dans le secteur de la santé, elles demeurent sous-représentées dans les rangs où se prennent les décisions et prédominent aux niveaux de revenu et de statut les plus bas. De plus, les femmes sont les principaux fournisseurs de soins de santé et les principaux agents de promotion de la santé au sein de la famille et de la communauté, où plus de 80 % des soins de santé se donnent à l'extérieur des services de santé officiels et sont principalement le fruit du travail non reconnu et non rémunéré des femmes.

2.2 *Le manque d'information ventilée par sexe à des fins de planification et d'évaluation*

Dans la plupart des pays de la Région, il n'y a pas d'information ventilée par sexe, par âge, par situation socioéconomique et autres indicateurs pertinents. La mise au point de statistiques ventilées par sexe en est encore à ses débuts et n'a pas été assumée par les services nationaux de statistique<sup>3</sup>. En dépit des progrès accomplis au cours des 25 dernières années, il existe toujours une résistance, dans de nombreux secteurs, pour ce qui est de considérer la perspective de genre comme une question pertinente, et le secteur de la santé ne fait pas exception.

Dans la plupart des pays, la ventilation par sexe dans la collecte, le traitement et la publication des données soit n'est pas une priorité, soit n'est pas appliquée. La ventilation ne constitue toutefois qu'un premier pas pour incorporer une perspective de genre dans le travail statistique. Un processus efficace comporte un plaidoyer auprès des décideurs pour leur inclusion, la participation des parties concernées à la définition des indicateurs pertinents, la formation des usagers et des fournisseurs de l'information et une analyse axée sur les inégalités de genre, ainsi que de ressources techniques et financières pour appuyer ce processus.

Au-delà des données épidémiologiques portant sur la santé et ses facteurs, l'information en santé devrait également inclure la contribution des femmes et des hommes au développement de la santé, y compris leur travail dans le domaine de la santé en dehors du secteur formel de la santé, par exemple, les soins à domicile prodigués aux malades, aux invalides et aux personnes âgées. Cette information donnerait de la visibilité à la contribution économique des femmes aux soins de santé, ainsi qu'à la distribution inégale du travail rémunéré et non rémunéré entre les femmes et les hommes<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Quatrième Conférence mondiale sur la Plate-forme d'Action des Femmes (Annexe).

<sup>4</sup> Quatrième Conférence mondiale sur les Femmes (Beijing, 1995).

### **3. Les progrès accomplis pour ce qui est de combler le décalage entre hommes et femmes**

En dépit de la persistance indéniable d'obstacles que l'on doit reconnaître et surmonter, il y a également des éléments très positifs qui facilitent les efforts visant à atteindre l'équité hommes-femmes en matière de santé. Quelques facteurs décisifs sous ce rapport ont été jusqu'ici :

- Les engagements pris par les États membres lors de conférences des Nations Unies au cours de la dernière décennie : la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (Assemblée générale, New York, 1993), la Conférence internationale sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et la Quatrième conférence mondiale sur les femmes (Beijing, 1995). Au niveau interaméricain, un catalyseur important a été la Convention relative à la prévention, aux sanctions et à l'éradication de la violence à l'égard des femmes (Belém do Pará, 1995).
- L'influence croissante du mouvement de santé des femmes, lequel a alimenté le débat tant au niveau national qu'au niveau international. Ce mouvement a joué un rôle déterminant en plaidant pour la protection de la santé, y compris la santé reproductive, en tant que droit de la personne, et pour les transformations sociales fondées sur la solidarité et la justice sociale.
- La reconnaissance, relativement récente, de la violence contre les femmes en tant que problème de santé publique qui exige une réponse coordonnée. Le mouvement des femmes et les conférences internationales ont été des moteurs de cette reconnaissance. L'OPS et ses États membres jouent un rôle de premier plan pour ce qui est d'aborder le problème depuis le début des années 1990.
- L'émergence de ministères et de bureaux consacrés aux femmes dans la plupart des pays de la Région et la rédaction de plans visant à l'égalité hommes-femmes dans un nombre grandissant d'États membres.
- Le soutien naissant accordé par des agences gouvernementales dans certains pays à la mise au point de systèmes d'information statistique qui tiennent compte du sexe.

- L'appui solide offert au HDW par ses organisations sœurs des Nations Unies et par d'autres organismes de coopération internationale qui souscrivent aux buts d'équité hommes-femmes.
4. **Comment les pays peuvent-ils combler le décalage entre hommes et femmes en matière de santé ?**

Bien qu'il existe une reconnaissance générale du fait que les facteurs sociaux, aussi bien que les facteurs biologiques, influent sur la santé, la perspective de genre continue d'être abordée après coup par la plupart des analystes et des décideurs. Les inéquités en matière de santé vont persister à moins que l'on ne s'engage à inclure le sexe dans la collecte et l'analyse des données portant sur la santé, dans la formulation et le suivi des politiques, dans la conception de programmes innovateurs et intégrés et dans la formation des fournisseurs de soins de santé.

Presque tous les États membres ont ratifié les conventions mondiales et régionales pertinentes. Afin de mobiliser la réponse du secteur de la santé à la violence à l'égard des femmes, les États membres ont appuyé le plan d'action du Symposium 2001 : Violence à l'égard des femmes, santé et droits dans les Amériques. En tant que représentants du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif, les pays ont rédigé un certain nombre de recommandations qui visent à promouvoir l'équité hommes-femmes en matière de santé dans les États membres. Sur la base de ces engagements, le HDW énonce les recommandations spécifiques qui suivent, pour que les États membres puissent combler le décalage qui existe entre les hommes et les femmes dans les Amériques en matière de santé :

- Améliorer la collecte de données portant sur la pleine contribution des femmes et des hommes à l'économie, y compris leur participation sous forme de travail non rémunéré qui se situe à l'extérieur de la comptabilité nationale, comme prendre soin des malades, des invalides et des personnes âgées (Beijing) ;
- Concevoir et mettre en place, en coopération avec les femmes et avec les organismes communautaires, des programmes de santé qui tiennent compte du genre et qui abordent les besoins de santé qu'ont les femmes tout au long de leur vie et prennent en considération leurs rôles et responsabilités multiples, les exigences de leur emploi du temps et la diversité des besoins des femmes (Beijing) ;
- Former du personnel et attribuer des ressources afin de produire et de diffuser l'information sur genre et santé qui est nécessaire afin de guider les politiques qui traitent de la santé, et suivre de près le respect des engagements pris au niveau national et international concernant l'équité hommes-femmes en matière de santé

- (19<sup>e</sup> session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif) ;
- Veiller à ce que les personnes qui utilisent et qui produisent les statistiques au sein du gouvernement et de la société civile participent à la définition de contenus et de méthodes concernant la production, la diffusion, l'analyse et le suivi de l'information portant sur genre et santé (19<sup>e</sup> session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif) ;
  - Créer et mettre en œuvre des politiques, des programmes ainsi qu'une formation afin de détecter, de combattre et de prévenir la violence à l'égard des femmes dans le secteur de la santé ainsi que dans d'autres secteurs (Beijing, Le Caire et Belém do Pará) ;
  - Veiller à ce que la perspective de genre soit un élément explicite du cadre dans lequel l'OPS aborde la santé mentale (19<sup>e</sup> session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif) ; que les services en santé mentale soient intégrés aux systèmes de soins de santé primaires pour répondre aux différents besoins des hommes et des femmes ; et que la violence à l'égard des femmes soit incorporée dans les soins et les politiques de santé mentale (Beijing) ;
  - Encourager les hommes à assumer la responsabilité de leur comportement sexuel et reproductif et de leurs rôles sociaux et familiaux et leur donner les moyens de le faire, et accroître leur participation et leur partage des responsabilités quant à la pratique de la planification familiale (Le Caire) ;
  - Promouvoir et renforcer la participation sociale des femmes dans les structures communautaires en ce qui concerne la prise de décisions en matière de santé, sans accroître leur charge de travail (18<sup>e</sup> session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif) ;
  - Veiller à ce que les programmes de formation médicale et autres en matière de soins de santé comprennent des cours sur la santé des femmes qui tiennent compte du sexe et qui soient complets et obligatoires (Beijing).

##### **5. Comment l'OPS peut-elle aider ses États membres à faire face au défi ?**

Le HDW a été mis sur pied afin d'aider ses États membres à parvenir à l'équité hommes-femmes dans leurs politiques et leurs programmes en matière de santé. L'OPS et les organes directeurs ont adopté plusieurs résolutions (la résolution CSP22.R12 de la 22<sup>e</sup> Conférence sanitaire panaméricaine et les résolutions CD32.R9, CD33.R.6 et

CD34.R5 des 32<sup>e</sup>, 33<sup>e</sup> et 34<sup>e</sup> Conseils directeurs, respectivement) qui définissent le mandat et les activités du HDW. Un but central est d'intégrer la perspective de genre au sein des programmes et des politiques de l'OPS, des bureaux de représentation et des États membres, afin de réduire les inéquités de genre en matière de santé dans le contexte des principes d'équité et de panaméricanisme de l'OPS.

Les organes directeurs ont également mis sur pied le Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif, qui se réunit tous les deux ans afin de définir des questions pertinentes portant sur genre et santé et pour faire des recommandations au Comité exécutif et au Directeur de l'OPS pour ce qui est d'aborder celles-ci.

Le mandat du HDW prévoit la redistribution des responsabilités et du pouvoir entre hommes et femmes afin d'améliorer le bien-être physique, psychologique et social de la population. Dans ce cadre, le HDW cherche à déterminer et à réduire les inéquités en matière d'état de santé, à améliorer l'accès à des soins de santé appropriés et à promouvoir une participation plus équitable au travail de soins de santé. Le Programme adhère aux engagements suivants, lesquels couvrent plusieurs domaines :

- Autonomisation et participation des femmes et des communautés afin qu'elles exercent un contrôle sur leur santé ;
- Renforcement des capacités des parties concernées au niveau local, à celui du secteur de la santé et à celui de la prise de décisions afin d'améliorer la défense de la santé, les soins de santé et la promotion de la santé ;
- Une collaboration intersectorielle entre le secteur public, la société civile, les organisations de femmes et les donateurs et organismes internationaux.

### **5.1 Domaines stratégiques de collaboration technique**

En se fondant sur les engagements et les besoins des États membres, le HDW a défini cinq domaines stratégiques comme constituant la façon la plus efficace de réduire les inéquités de genre :

- Incorporer une perspective de genre dans l'analyse des questions de santé afin de cibler plus efficacement politiques et programmes ;
- Formuler et suivre de près des politiques afin de réduire les inéquités de genre en matière de santé ;

- Créer et mettre en place des modèles qui s'attaquent aux inéquités de genre en matière de santé de manière intégrée ;
- Soutenir des activités de propagation à l'aide de stratégies et de matériaux d'information, d'éducation et de communication destinés à la défense et à la formation ;
- Intégrer une perspective de genre à la recherche, aux politiques et aux programmes de l'OPS et des États membres.

Ces domaines stratégiques ont été abondamment discutés avec le réseau de points focaux nationaux et d'organisations régionales de femmes du Programme et fournissent la base du plan biennal du HDW pour 2002-2003. Les sections suivantes offrent les points saillants des progrès accomplis par le Programme dans ces domaines ainsi que les plans du travail en cours.

#### 5.1.1 *Incorporer une perspective de genre dans l'analyse des questions de santé afin de cibler plus efficacement politiques et programmes*

Le HDW et les groupes de femmes auxquels il a affaire ont clairement identifié l'importance de produire de l'information sur les inéquités de genre qui existent en matière de santé. Bien que les organisations de femmes et les organismes internationaux aient fait des pressions, avec succès, pour obtenir des conventions internationales et des lois, des politiques et des programmes nationaux afin de réduire ces inéquités, il n'y a actuellement que peu de pays qui ventilent par sexe leurs données en matière de santé et qui se servent d'une perspective de genre dans leur analyse. Un grand nombre des conventions — et des personnes qui les soutiennent — sont d'accord qu'une telle information est essentielle afin de viser les inéquités et de suivre de près l'effet de la réforme du secteur de la santé et des autres changements de politique.

Le HDW a défini la production de cette information comme une priorité capitale. Par conséquent, il préconise que les États membres incluent une analyse qui tienne compte du genre dans leur prise de décisions. Le programme a mis au point des indicateurs et des outils d'analyse portant sur genre et santé, a fourni une formation destinée à ses homologues dans les différents pays et fournit une collaboration de nature technique en vue de produire cette information. Dans un avenir proche, le HDW a également l'intention de créer une brochure statistique biennale et une publication détaillée portant sur la situation régionale en matière d'équité hommes-femmes et de santé.

Dans les trois années à venir, le Programme mettra en œuvre sa stratégie d'information en santé dans six pays – quatre pays d'Amérique centrale, le Chili et le Pérou. Cette stratégie vise à renforcer la capacité des décideurs, des usagers et des producteurs d'information pour faire un plaidoyer pour la production, déterminer les indicateurs de genre et de santé pertinents, produire et disséminer l'information et l'utiliser pour formuler et suivre des politiques.

*Plaidoyer pour l'amélioration de l'analyse de la situation concernant genre et santé.* Améliorer l'analyse de la situation concernant genre et santé était le thème de la 19<sup>e</sup> session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif (mars 2001). Le Sous-Comité a présenté un certain nombre de recommandations au Comité exécutif, dont les suivantes :

- Que les statistiques soient compilées, traitées, analysées et ventilées selon le sexe et l'âge afin de refléter et de suivre de près les inéquités de genre, et que ces statistiques incluent la contribution non rémunérée des femmes aux soins de santé ;
- Que l'on mette sur pied des systèmes d'information afin de guider les politiques en matière de santé et de suivre de près le respect des engagements pris au niveau national et international en ce qui a trait à l'équité hommes-femmes en matière de santé ;
- Que les personnes qui utilisent et qui produisent les statistiques au sein du gouvernement et de la société civile participent à la définition de contenus et de méthodes concernant la production, la diffusion, l'analyse et le suivi de l'information portant sur genre et santé ;
- Que l'on donne la priorité à la formation, afin de mettre en œuvre des analyses et des interventions quantitatives et qualitatives qui comprennent une perspective de genre.

*Renforcer la capacité des pays de réaliser une analyse portant sur genre et santé.* Conformément à l'engagement que l'OPS a pris de mettre en œuvre les recommandations du Sous-Comité, le Programme collabore avec ses homologues nationaux afin de renforcer leur capacité de mener une analyse en fonction du genre. En 2001, il a facilité la participation de représentants des ministères de la Santé et des bureaux nationaux de statistique de quatre pays d'Amérique centrale à un cours portant sur genre et statistiques donné par l'Institut national de la statistique du Mexique (INEGI), le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM) et l'OPS. Comme prochaine étape, le HDW vise à renforcer les capacités d'équipes multisectorielles d'utilisateurs et de producteurs d'information venant de différents secteurs du gouvernement et de la

société civile au Chili et au Pérou, de même qu'à étendre la formation donnée à des équipes d'Amérique centrale.

Le HDW est membre du Groupe de travail sur les outils et les indicateurs destinés à l'analyse, au suivi et à l'évaluation de l'impact en fonction du genre, coordonné par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Le groupe de travail met au point des indicateurs destinés à suivre de près l'application par les Nations Unies des conventions de Beijing et du Caire. Dans le cadre de cet effort, l'OPS, l'UNIFEM et la CEPALC ont tenu une réunion régionale en 2001 en Bolivie afin de définir des indicateurs de violence à l'égard des femmes. Le Programme a parrainé des participants venant de sept pays qui ont mis en place des systèmes de surveillance de la violence à l'égard des femmes, et collaborera avec ces participants pour renforcer l'information sur la violence à l'égard des femmes et les systèmes d'aiguillage dans les projets des pays d'Amérique centrale et andins.

*Promouvoir la recherche visant à informer les décideurs.* Le HDW facilite la relation avec les chercheurs et les décideurs en vue de concevoir et d'appliquer des recherches destinées à améliorer les politiques en matière de genre et santé. Récemment, le Programme a coordonné une initiative de recherche intitulée « Gender Equity in Access to Health Care » (Équité hommes-femmes dans l'accès aux soins de santé) dans six pays : la Barbade, le Brésil, le Chili, la Colombie, l'Équateur et le Pérou. Bien que les résultats aient varié d'un pays à l'autre, les données de l'étude portant sur les ménages ont confirmé que, dans l'ensemble, les femmes ont un plus grand besoin de services, y ont davantage recours et dépensent plus de leur poche pour la santé. Cependant, les données provenant de l'Équateur et du Pérou ont indiqué que bien que leurs besoins soient plus grands, les femmes pauvres n'ont pas toujours recours aux services plus souvent que les hommes. Les données ont également indiqué que les paiements d'assurance maladie basés sur le risque, comme ceux dont les services privés font la promotion, tendent à marginaliser les personnes qui sont davantage dans le besoin, comme les femmes en âge d'avoir des enfants, les pauvres, les personnes âgées et les malades chroniques.

#### 5.1.2 *Formuler et suivre de près les politiques pour la réduction des inéquités de genre en matière de santé*

Un but capital de l'analyse portant sur genre et santé est d'améliorer les politiques qui méconnaissent, qui créent ou qui aggravent les inéquités entre hommes et femmes en matière de santé. Cela est particulièrement pertinent en ce qui concerne les processus de réforme du secteur de la santé que de nombreux pays sont en train de mettre en œuvre. Il existe des preuves selon lesquelles certains des modèles de financement des soins de santé dont ces processus font la promotion marginaliseraient peut-être davantage les pauvres, les personnes âgées, certains groupes ethniques et, en particulier, les femmes au sein de toutes



ces catégories. De plus, dans la plupart des pays, les organisations de femmes et les autres parties concernées importantes sont exclues du travail consistant à définir les politiques en matière de réforme du secteur de la santé et à en suivre de près les résultats.

*Mettre au point une stratégie afin de réduire les inéquités de genre dans la réforme du secteur de la santé.* Le HDW, en collaboration avec d'autres programmes de l'OPS et avec ses homologues nationaux, a mis au point une stratégie afin de déterminer ces inéquités et de concentrer l'attention sur celles-ci, tout en impliquant les parties concernées, en particulier les groupes de femmes, pour ce qui est de s'attaquer à ces inéquités à toutes les étapes du processus. Cette stratégie comprend ce qui suit :

- Mettre au point de l'information portant sur les inéquités de genre et à la santé et à leur rapport avec les politiques en matière de santé ;
- Diffuser de l'information de manière stratégique parmi les parties concernées qui sont à l'œuvre dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs, de même qu'au sein de la société civile, en particulier parmi les groupes qui défendent la santé des femmes ;
- Institutionnaliser l'implication de ces parties concernées informées pour ce qui est de formuler de meilleures politiques et de suivre de près leur mise en œuvre ainsi que leur effet sur les femmes et sur les hommes.

Le HDW a mis au point cette stratégie en consultation avec des experts venant de groupes de femmes régionaux (en particulier le « Women's Health Network for the Caribbean and Latin America » (Réseau de santé des femmes pour les Caraïbes et l'Amérique latine)), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'universités situées dans plusieurs pays, lors d'une réunion régionale d'experts dans le domaine du genre et de la réforme du secteur de la santé (1998). Au cours de consultations subséquentes, le HDW, conjointement avec d'autres programmes de l'OPS, l'OMS, le gouvernement du Chili, l'UNIFEM, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) et la CEPALC, a organisé le premier atelier international portant sur l'inclusion des indicateurs de sexe au sein de la comptabilité nationale en matière de santé (Chili, 2001). La question de l'équité hommes-femmes dans la réforme du secteur de la santé était le thème de la 18<sup>e</sup> session du Sous-Comité sur la femme, la santé et le développement du Comité exécutif (1999), qui a recommandé que l'OPS appuie, et que ses États membres incluent, des critères d'équité hommes-femmes ainsi que la participation des parties concernées dans leurs processus actuels de réforme du secteur de la santé.

*Mettre en œuvre des stratégies afin de réduire les inéquités de genre dans la réforme du secteur de la santé.* Afin de mettre en œuvre et de mettre à l'épreuve sa

stratégie en matière de genre et de réforme du secteur de la santé, le Programme coordonne un projet de trois ans avec l'appui de la Fondation Ford et de la Rockefeller Foundation. Le projet inclut un élément régional qui vise à mettre au point des outils conceptuels et méthodologiques, ainsi qu'une collaboration entre organismes et un élément national qui a pour but d'intégrer l'équité hommes-femmes à la réforme du secteur de la santé au Chili et au Pérou.

Le HDW a mis au point plusieurs documents et outils conceptuels visant à accroître la connaissance et la participation sociale afin de promouvoir l'équité hommes-femmes dans la réforme du secteur de la santé. Le document intitulé « Gender Equity and Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean » (Équité hommes-femmes et réforme du secteur de la santé en Amérique latine et dans les Caraïbes) a été mis au point pour la 8<sup>e</sup> Conférence régionale des Nations Unies sur les femmes en Amérique latine et dans les Caraïbes (CEPALC, 2000, Lima) et a été largement diffusé en tant que ressource importante sur cette question. Ces documents, de même que la collaboration de nature technique accordée par l'OPS, apporteront une contribution au séminaire régional 2002 de la Banque mondiale qui a pour titre « Adapting to Change : Health Sector Reform and Sexual and Reproductive Rights » (S'adapter au changement : la réforme du secteur de la santé et les droits sexuels et reproductifs) et à d'autres ateliers de formation nationaux et régionaux portant sur cette question.

Le HDW a mis au point deux outils intitulés « Indicator Guide for Analyzing and Monitoring Gender Equity in Health » (Guide des indicateurs pour l'analyse et le suivi de l'équité hommes-femmes en matière de santé) et « A Guide for Evaluating Gender Equity in Health Sector Reform » (Guide pour l'évaluation de l'équité hommes-femmes dans la réforme du secteur de la santé) et a incorporé des indicateurs de sexe dans les instruments de l'OPS/United States Agency for International Development (USAID) servant à évaluer le suivi des résultats de la réforme du secteur de la santé. Au cours des deux prochaines années, ces outils seront mis à l'épreuve et seront ultérieurement diffusés partout dans la Région.

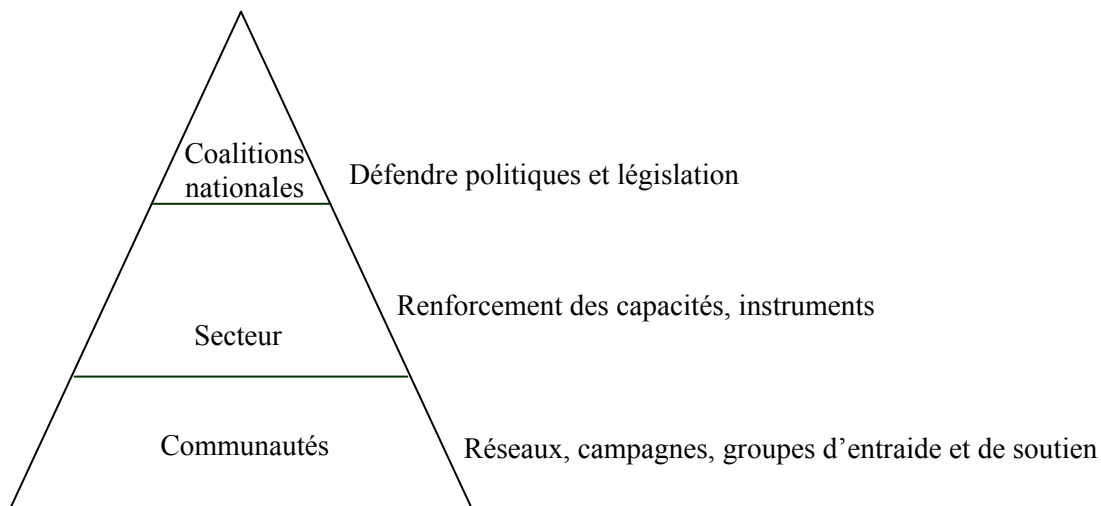
L'élément national du projet portant sur l'équité hommes-femmes dans la réforme du secteur de la santé mis en œuvre au Chili (2001) et au Pérou (2002) fournira à d'autres pays les leçons qui en auront été tirées. Comme élément du projet de trois ans nouvellement négocié concernant l'Amérique centrale, projet appuyé par les gouvernements de la Norvège et de la Suède, la stratégie sera appliquée à El Salvador, au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua (2003).

Au Chili, le projet a facilité la participation des parties concernées au niveau national et provincial afin de débattre les politiques nouvellement formulées en matière de réforme du secteur de la santé. Une équipe de projet de l'OPS a joué un rôle clé pour ce qui est de soutenir le comité consultatif sur le genre convoqué par la Ministre de la Santé, afin d'assurer que l'on considère la perspective de genre tout au long du processus de réforme.

Ce comité a mis au point un document de stratégie, que la ministre de la Santé a présenté à la commission nationale de réforme du secteur de la santé et qui, sous sa direction, a été débattu avec une participation de la société civile au niveau central et dans deux provinces. À toutes ces occasions, l'équipe de projet a fourni une formation afin d'impliquer les organisations, en tant que parties concernées, dans le débat sur la réforme du secteur de la santé, lequel a inclus la ministre de la Santé, la ministre responsable des questions féminines (SERNAM) ainsi que des législateurs.

### 5.1.3 *Mettre au point et mettre en place des modèles qui s'attaquent aux inéquités de genre en matière de santé de façon intégrée*

Depuis le début des années 1990, le HDW, en partenariat avec le secteur de la santé et d'autres secteurs, travaille aux niveaux politiques régional et national, ainsi qu'au niveau communautaire, afin d'effectuer un travail de défense et de renforcement des capacités et d'impliquer les communautés pour ce qui est de formuler de meilleures politiques de santé et d'améliorer la prévention et le traitement de la violence à l'égard des femmes. En conséquence, le HDW et ses multiples homologues ont mis au point un modèle intégré pour s'attaquer aux inéquités de genre.



*Combattre la violence à l'égard des femmes.* Depuis 1995, le HDW a mis en place ce modèle afin de combattre la violence à l'égard des femmes dans 10 pays (sept pays d'Amérique centrale, de même que la Bolivie, l'Équateur et le Pérou), avec l'appui des gouvernements de la Norvège, des Pays-Bas et de la Suède. Ce modèle, reconnu mondialement comme une méthode pour combattre la violence à l'égard des femmes, a été adapté par la Banque interaméricaine de développement dans six autres pays et l'OMS en fait la promotion dans d'autres régions.

Une évaluation récente souligne les succès obtenus par le modèle en Amérique centrale, en particulier au niveau des politiques et au niveau communautaire, tout en résumant les leçons qui ont été apprises en vue des défis à venir. L'évaluation comprenait une étude approfondie de la documentation existante, des entrevues, de même que des groupes de discussion menés avec plus de 300 décideurs, fournisseurs de services et clientes. Ses résultats ont été présentés aux parties concernées par le projet ainsi qu'à des parties concernées d'autres pays afin d'améliorer les réponses à la violence à l'égard des femmes. Les leçons qui ont été apprises fourniront la base d'une publication marquant le centième anniversaire de l'OPS et qui portera sur le modèle intégré de lutte contre la violence à l'égard des femmes. Le projet a eu pour résultat les réalisations suivantes :

### ***Réalisations au niveau régional***

- Organisation du *Symposium 2001 : Violence à l'égard des femmes, santé et droits dans les Amériques* avec cinq agences des Nations Unies et deux ONG partenaires. Son « appel à l'action » a mobilisé le secteur de la santé et d'autres secteurs pour renforcer les politiques et la capacité de détecter la violence, de la prévenir la violence et de fournir soins et soutien aux femmes et aux familles affectées par la violence.
- Facilitation de la coopération entre cinq pays des Caraïbes et trois pays d'Amérique centrale avec pour but d'échanger des expériences et d'adapter le modèle intégré dans les cinq pays des Caraïbes.
- Promotion de projets d'échange technique entre six pays qui ont eu pour résultat la production de matériaux de formation et de cours améliorés, un nombre accru de groupes de soutien appuyés par les femmes de la communauté et des formulaires uniformisés pour la préparation des rapports
- Inclusion de la prévention de la violence à l'égard des femmes dans des forums décisionnaires régionaux et sous-régionaux : la Réunion du secteur santé d'Amérique centrale et République dominicaine (RESSCAD), le Parlement latino-américain (Parlatino), des réunions des Premières dames et des sommets régionaux.

### ***Réalisations au niveau des politiques nationales***

- Des coalitions multisectorielles ont été constituées dans 10 pays ayant pour effet des lois adoptées dans 10 pays, des organismes de suivi créés dans six pays d'Amérique centrale, et l'incorporation du modèle intégré de lutte contre la violence à l'égard des femmes dans les processus de réforme du secteur de la santé de cinq pays.
- Des études ont été publiées pour informer et influencer les décideurs et améliorer les services : les résultats de l'étude de 10 pays « The Critical Route that Women Follow when Affected by Intra-Family Violence » (Le chemin critique que suivent les femmes touchées par la violence intra-familiale), une étude de prévalence portant sur la violence qui touche les femmes et sur le rôle des hommes en Bolivie, et une étude portant sur les connaissances, les attitudes et la pratique au Pérou.
- Des outils (normes et protocoles dans 10 pays, systèmes de surveillance dans cinq pays et modules de formation dans 10 pays) ont été mis au point et mis en place, et plus de 15 000 représentants du secteur de la santé et d'autres secteurs ont été formés chaque année.
- Des campagnes de prévention de la violence à l'égard des femmes ont été réalisées dans 10 pays pour promouvoir des modes de vie non violents.
- L'étude de la violence a été incluse dans les programmes d'études des écoles primaires au Belize et au Pérou et dans les programmes d'études universitaires dans trois pays.

### ***Réalisations au niveau communautaire***

- Cent réseaux communautaires ont été constitués qui soutiennent, orientent et donnent des soins aux femmes et aux familles vivant dans des situations de violence ; leurs membres comprennent les secteurs de la santé et de l'éducation et le secteur judiciaire, la police, des églises, des responsables communautaires et des organisations de femmes.
- Des groupes de soutien communautaires ont reçu une formation et sont en activité dans huit pays, des groupes de soutien pour hommes et femmes sont en activité dans cinq pays.

*Impliquer les hommes dans les programmes de santé reproductive.* En Amérique centrale, avec l'appui du gouvernement de l'Allemagne, le HDW et le Programme pour la santé de la famille et de la population (HPF) mettent actuellement au point des modèles visant à impliquer les hommes dans la santé reproductive. Le projet a été lancé en 2001 à El Salvador, au Guatemala, au Honduras et au Nicaragua, en commençant avec des études participatives portant sur les connaissances, les attitudes et les pratiques des hommes en ce qui a trait à leur santé reproductive et à celle de leur famille. En fonction des résultats, le HDW et le Programme pour la santé de la famille et de la population travailleront en coordination avec les ministères de la santé, les groupes d'hommes et d'autres partenaires pour mettre au point les modèles dans des centres de santé ou des centres de loisirs et de sports.

#### 5.1.4. *Propager des stratégies et des matériaux d'information, d'éducation et de communication destinés à la défense et à la formation*

L'un des objectifs clés du HDW est de fournir de l'information actuelle, des matériaux de formation et d'éducation à son réseau de points focaux, d'homologues, de parties concernées, de professionnels dans le domaine de la santé et du genre et de défenseurs de cette cause partout dans la Région.

*Fournir un accès à de l'information destinée à la défense et à la formation par l'intermédiaire du site Web de l'OPS.* Grâce à son nouveau site Web interactif nommé GENSALUD ([www.paho.org/genderandhealth](http://www.paho.org/genderandhealth)), le HDW mettra à disposition ses publications, une base de données sur le genre et des cours et des experts en formation, des fiches d'informations mensuelles et des trousseaux de promotion. Le serveur de liste de GENSALUD ([gensalud@paho.org](mailto:gensalud@paho.org)) fournit actuellement à plus de 500 abonnés des renseignements ayant trait à des sites Web, à des publications, à des conférences ainsi que d'autres renseignements pertinents, de même que les fiches d'informations mensuelles.

*Constituer un centre d'information virtuel sur les femmes, le genre, la santé et le développement.* La bibliothèque virtuelle GENSALUD est en train d'être transformée en un centre d'information virtuel régional portant sur les femmes, le genre, la santé et le développement, comme élément de la bibliothèque virtuelle de la santé de l'OPS/BIREME. Le système actuel donne accès à une base de données bibliographique (<http://www.metabase.net/miembros/vermiembros.phtml/GENSALUD-OPS>).

*Fournir un accès à des programmes d'études virtuels sur genre et santé.* Au cours des deux prochaines années, le HDW travaillera avec le Programme sur le développement des ressources humaines de l'OPS et avec d'autres agences des Nations Unies afin de mettre au point le prototype d'un programme d'études virtuel sur la santé et le genre pour le campus de santé virtuel. Ce programme d'études sera mis à la disposition

des institutions qui procurent une formation dans le domaine du genre et de la santé, de même que des universités, partout dans la Région. Ses premiers modules porteront sur la violence à l'égard des femmes et sur la santé reproductive.

#### 5.1.5 *Intégrer la perspective de genre dans les politiques et les programmes de l'OPS et des États membres*

Le HDW collabore avec la plupart des divisions de l'OPS pour ce qui est de remplir son mandat visant à incorporer l'équité hommes-femmes dans toutes les opérations de collaboration technique, toutes les activités et toutes les politiques de l'OPS. Il a mis au point un manuel de formation sur le sujet du genre et de la santé (« Training Manual on Gender and Health ») qui est largement utilisé partout dans la Région. Au cours des deux prochaines années, le Programme coordonnera une participation inter-programmes à l'adaptation et à la mise en œuvre de la politique récemment approuvée (mars 2002) de l'OMS portant sur le genre.

Au cours des deux dernières années, le HDW a préconisé l'inclusion d'indicateurs ventilés par sexe dans la base de données principale de l'OPS, gérée par le Programme spécial d'analyse de la santé (SHA), et a incorporé des indicateurs de sexe au sein des outils de suivi de l'OPS concernant la réforme du secteur de la santé (Division du développement des systèmes et services de santé), de même que dans les systèmes de surveillance de la violence (Division des maladies non transmissibles). Avec la Division de la santé et de l'environnement, le Programme a intégré le genre à la formation, aux activités et aux politiques d'un projet d'Amérique centrale, PLAGSALUD et dans le développement de normes en matière de santé pour les personnes travaillant dans les industries d'exportation. Le HDW collabore avec le Programme de santé mentale pour renforcer les approches communautaires de l'équité des genres et de la santé mentale.

Au cours des deux prochaines années, le HDW travaillera avec la Division de la prévention et du contrôle des maladies pour renforcer ses activités consistant à atteindre les groupes de femmes, afin de les aider et de promouvoir un comportement sain en vue de prévenir le VIH/SIDA et les maladies chroniques telles que le cancer du col de l'utérus.

## **6. Conclusion**

La célébration du Centenaire de l'OPS fournit au HDW, à l'OPS et à ses États membres une excellente occasion de renouveler leur engagement à combler le décalage qui existe dans les Amériques en matière d'équité hommes-femmes. Le Programme femmes, santé et développement de l'OPS s'engage à cet objectif, en améliorant l'information afin de cibler et de suivre de près des politiques et des programmes qui visent à réduire ces inéquités, de mettre au point et renforcer des modèles et des

approches intégrées en fournissant de l'information destinée au plaidoyer et à la formation et d'intégrer la perspective de genre aux programmes de l'OPS.

**7. Mesures à prendre par la Conférence sanitaire panaméricaine**

La Conférence sanitaire panaméricaine est invitée à considérer la résolution CE130.R14, en annexe, recommandée par le Comité exécutif.

Annexe





ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ  
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



## 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., E-U A, 24-28 juin 2002

---

Annexe

### **RÉSOLUTION**

#### **CE130.R14**

#### **FEMMES, SANTÉ ET DÉVELOPPEMENT**

##### **LA 130<sup>e</sup> SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,**

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les femmes, la santé et le développement (document CE130/18),

##### **DÉCIDE :**

De recommander à la Conférence sanitaire panaméricaine l'adoption d'une résolution rédigée selon les termes suivants :

##### **LA 26<sup>e</sup> CONFÉRENCE SANITAIRE PANAMÉRICAINNE,**

Ayant examiné le rapport du Directeur sur les femmes, la santé et le développement (document CSP26/16);

Tenant en compte les lacunes des systèmes actuels d'information et de surveillance pour exposer la situation sanitaire et les tendances de la santé de la femme et les inégalités entre les hommes et les femmes dans ce domaine;

Consciente que pour formuler et évaluer des politiques destinées à réduire les inégalités entre les hommes et les femmes, il faut disposer d'information; et

Ayant présent à l'esprit les initiatives en cours d'autres organismes du système des Nations Unies,

***DÉCIDE :***

1. De prier instamment les États membres :
  - a) d'accorder une priorité élevée à l'établissement et au financement de systèmes d'information sur les différences de santé et de développement déterminées par le sexe; et à la collecte, au traitement et à la présentation d'une information de la santé désagrégée par sexe;
  - b) de promouvoir la participation des usagers et des producteurs, tant du gouvernement que de la société civile, aux questions de genre et de santé.
  
2. De demander au Directeur :
  - a) de stimuler et appuyer la production, la dissémination et l'analyse de données sanitaires désagrégées par sexe;
  - b) d'appuyer la production périodique de bulletins statistiques et de profils de santé relatifs au genre, à la santé et au développement;
  - c) de stimuler et appuyer la coopération technique entre pays en vue du développement, de l'analyse et de l'utilisation de l'information sur le genre et la santé;
  - d) de poursuivre les efforts pour intégrer la perspective du genre dans le travail de l'Organisation, en particulier dans le processus de la planification stratégique et de son suivi.