

54^e CONSEIL DIRECTEUR

67^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL DE L'OMS POUR LES AMÉRIQUES

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2015

Point 7.2 de l'ordre du jour provisoire

CD54/INF/2
10 juillet 2015
Original : anglais

ÉVALUATION DU PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES ET DOMAINES STRATÉGIQUES PROPOSÉES

Contexte

1. Les États Membres ont approuvé la Politique en matière d'égalité des sexes (1) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) lors du 46^e Conseil directeur (Résolution CD46.R16 [2005]), et ont demandé à la Directrice « dans la mesure des moyens financiers disponibles, comme définis par les divers processus de renforcement institutionnel, de formuler un plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité entre les sexes, comprenant un système de suivi de la performance et de la responsabilisation » (1).
2. Le Plan d'action demandé, approuvé par les États Membres en 2009 (Résolution CD49.R12) (2), fournit une feuille de route pour la mise en œuvre de la Politique en matière d'égalité des sexes comportant des indicateurs spécifiques servant à suivre les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Plan d'action. Ils visent à assurer le leadership et l'adhésion aux considérations relatives à l'égalité des sexes au sein et à l'échelle du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) (le Bureau) et de la Région des Amériques (la Région), dans le cadre du mandat plus large de l'OPS de parvenir à l'équité et à la « Santé pour Tous ».
3. Le Plan exige que la Directrice fasse rapport des progrès réalisés pour sa mise en œuvre dans la Région. Un rapport de mi-parcours décrivant les accomplissements et les problèmes a été présenté au Conseil directeur en 2012. La Directrice a désigné l'Unité de la Diversité des genres et de la diversité culturelle du Bureau pour rédiger ce rapport d'évaluation¹ pour la période complète (2009-2014) et l'a chargée de coordonner la

¹ Cet exercice d'évaluation ne répond pas aux critères normalisés des évaluations externes. Par conséquent, dans le présent document, on emploie le terme « évaluation » pour désigner une mesure des « progrès évolutifs » vers la réalisation des objectifs du plan d'action, dans le contexte des engagements changeants

collecte et l'analyse de l'information, en bénéficiant de la pleine participation des autres domaines du Bureau, ainsi que des pays et des territoires de l'OPS.

4. L'information a été recueillie en octobre et en novembre 2014 dans les questionnaires à remplir par tous les pays et territoires à qui ils ont été fournis ; 32 des 48 y ont répondu. Malheureusement, à l'époque, certains pays des Caraïbes orientales et territoires d'outre-mer du Royaume-Uni, en plus d'Haïti, de Porto Rico et de Trinité-et-Tobago, n'ont pas pu présenter de rapport. Pour faciliter la collecte des données, les ministères de la Santé, avec le soutien de l'OPS, ont consulté divers partenaires, dont des représentants de la société civile et des organismes des Nations Unies. De l'information a aussi été recueillie auprès des quatre services techniques du Bureau (Systèmes et services de santé [HSS], Maladies non transmissibles et santé mentale [NMH], Maladies transmissibles et analyses sur la santé [CHA] et, pour terminer, Famille, genre et parcours de vie [FGL]), auprès du Programme spécial sur le Développement durable et l'équité en matière de santé [SDE] et auprès de deux Départements supplémentaires assurant des fonctions connexes (Gestion des ressources humaines et Planification et budget). Les États Membres et le Bureau ont employé comme source de données les questionnaires remplis et présentés. Ce rapport global sera largement diffusé afin d'intégrer davantage l'égalité des sexes dans les futures actions sanitaires entreprises dans la Région.

5. Le Plan part du principe que l'égalité des sexes dans le domaine de la santé est un produit de l'intégration des questions d'égalité entre les sexes dans le secteur de la santé lorsqu'elle se concrétise conjointement avec d'autres facteurs favorables au sein d'un cadre de développement dans lequel l'égalité en matière de santé est fondamentale. L'évaluation présentée dans le présent rapport décrit les gains et les défis constatés dans la Région. Les accomplissements particuliers y sont notés et les difficultés persistantes y sont soulignées. Compte tenu de la portée de l'évaluation et de son approche méthodologique, les résultats présentés ici ne sont pas destinés représenter l'impact des efforts visant à atteindre des égalités entre les hommes et les femmes en matière de santé dans le cadre du Plan d'action mais elles sont néanmoins une mesure concrète de la façon dont les données, les politiques et les programmes transforment les pratiques sanitaires d'une manière qui devrait éventuellement mener à des impacts durables (3). Le Plan s'articule autour de quatre domaines stratégiques (ventilation des données, renforcement des capacités, participation de la société civile et contrôle et évaluation), qui comportent tous des indicateurs spécifiques servant à suivre les progrès accomplis.

Mise à jour sur les progrès accomplis

6. **Intégration de l'égalité des sexes dans le secteur de la santé** : près de 80 % des pays et des territoires ont indiqué que les plans et les politiques relatifs à l'égalité des sexes fournissent un cadre approprié à l'intégration des questions d'égalité entre les sexes dans le secteur de la santé. De nombreux pays ont indiqué que plusieurs de leurs programmes de santé ont défini des stratégies d'égalité des sexes et qu'ils en sont donc

des États Membres et du Bureau, tout en étant très conscient des limites de la méthode d'auto-évaluation suivie pour recueillir les données.

beaucoup plus loin que les mentions initiales relatives à la santé sexuelle et génésique ou à la violence familiale. Six des 32 États Membres (20 %) ont indiqué des processus nationaux servant à évaluer et régler la question des soins de santé non rémunérés à domicile (principalement fournis par les femmes) et 22 (69 %) ont indiqué qu'ils employaient une approche d'égalité des sexes dans les programmes concernant les maladies non transmissibles et la maladie mentale (tableau 1 de l'annexe). Au total, 10 pays et territoires (Barbade, Bolivie, Canada, Chili, États-Unis d'Amérique, Mexique, Nicaragua, Paraguay, Îles Turques et Caïques et Uruguay) étaient dotés d'une politique de parité des membres du personnel en 2014, par rapport à un seul pays (Cuba) en 2011 (4). C'est un accomplissement substantiel compte tenu de l'impact important du niveau d'équité entre les sexes au sein de la culture organisationnelle interne sur le niveau d'équité entre les sexes dans les politiques et les programmes.

7. **Ventilation des données :** la ventilation des données par sexe et autres variables des déterminants sociaux est une composante fondamentale de l'intégration des questions d'égalité entre les sexes parce qu'elle rend visible les inégalités entre les sexes et qu'elle permet aux chercheurs de développer une base de connaissances étayant des interventions qui contribuent à réduire les inégalités en matière de santé dans les populations touchées. Les États Membres et le Bureau ont relaté avoir réalisé des progrès importants dans la désagrégation des données sur la santé (tableau 2). Des avancées manifestes dans l'analyse des données désagrégées et leur utilisation dans la planification et la programmation systématique tenant compte de la spécificité des sexes ont aussi été réalisées, principalement aux niveaux nationaux (figure 1), mais il faut continuer de progresser dans ce domaine. Durant la période d'évaluation (2009-2014), le Bureau a mis au point de nombreux outils de formation, à l'intention de ceux qui sont à l'origine de l'information sur la santé et de ceux qui l'utilisent, portant sur l'intégration des optiques d'égalité des sexes et interculturelles dans les systèmes d'information sur la santé. Le recueil biennal des indicateurs régionaux concernant le genre et la santé qui est publié par le Bureau s'est avéré être particulièrement utile pour faciliter les efforts des États Membres et il constitue un outil de référence utile qui complète les données de base bien connues en matière de santé de l'OPS.

8. **Renforcement des capacités en matière d'égalité des sexes et de santé :** presque tous les États Membres mènent des activités de renforcement des capacités en matière d'égalité des sexes et de santé mais pas de façon systématique (18 parmi les 32 ont indiqué être dotés de modules de formation ou d'autres ressources en matière de renforcement des capacités). Les activités menées par les États Membres et le Bureau comprenaient des cours virtuels et des cours magistraux, ainsi que des initiatives de formation spécialisée sur l'égalité des sexes et la santé. Des versions adaptées de ces cours ont été utilisées en Argentine, au Chili, en El Salvador et au Mexique, ainsi que dans 13 pays et territoires anglophones des Caraïbes (Anguilla, Antigua-et-Barbuda, Bahamas, Barbade, Belize, Îles Vierges britanniques, Dominique, Grenade, Guyana, Jamaïque, Sainte-Lucie, Suriname et Trinité-et-Tobago) (5). Les États Membres ont réclamé un soutien technique permanent dans ce domaine, ainsi que l'expansion à des

domaines thématiques émergents tels que les identités de genre (sexuelles), y compris les LGBT et les masculinités², entre autres, et l'amélioration de mécanismes plus spécifiques liés à l'intégration des questions d'égalité entre les sexes tels que l'analyse des données, le contrôle et l'évaluation et le plaidoyer politique. Au sein du Bureau, le renforcement des capacités en matière d'égalité des sexes et de santé a été moins cohérent depuis le rapport de mi-parcours, bien que des progrès importants aient été rapportés par des Départements tels que NMH et SDE en matière de formation du personnel.

9. **Participation de la société civile :** les États Membres font de plus en plus participer la société civile et d'autres partenaires à l'élaboration des plans et programmes nationaux de la santé. De nombreux États Membres ont fait état d'initiatives entreprises avec ces groupes, au sein de multiples programmes. Par exemple, 59 % ont indiqué présider des observatoires nationaux ou locaux de l'égalité des sexes ou y participer. Le Bureau participe à ces observatoires et il continue de travailler avec de nombreux partenaires de la Région, dont le réseau de santé féminine de l'Amérique latine et des Caraïbes (*Latin American and Caribbean Network for Women's Health* ou LACWHN), des associations indigènes et de descendance africaine, des mécanismes inter-organisations du système de l'ONU et le monde universitaire. Les États Membres ont toutefois signalé qu'il est difficile d'entretenir ces relations et de maintenir les programmes communs. Au niveau du Bureau, il est prévu que le Groupe consultatif technique sur l'égalité des sexes et la santé fasse un examen pour soutenir la formulation des futures orientations stratégiques, fondées en partie sur les constatations de l'évaluation présentée ici et sur les engagements prévus qui ont été autorisés dans le programme de développement d'après 2015.

10. **Suivi de l'égalité des sexes en matière de santé :** les constatations figurant dans les rapports des États Membres sur les mécanismes institutionnels destinés intégrer les questions d'égalité des sexes dans le domaine de la santé étaient ambiguës. Bien que ceux chargés d'assumer des responsabilités afférentes à l'égalité des sexes dans le secteur de la santé aient indiqué disposer de ressources insuffisantes en termes de personnel et de budget, des progrès significatifs ont été observés relativement aux politiques, aux plans et à l'utilisation des données. La proportion d'États Membres dotés de politiques et de plans d'égalité des sexes est passée de 47 % en 2011 à 59 % en 2014, et la proportion d'États Membres disposant de budgets assignés à l'égalité des sexes et à la santé est passée de 39 % à 44 % pendant la même période (figure 2). Le financement des activités d'intégration des questions d'égalité entre les sexes dépendait fortement de subventions et d'autres budgets extraordinaires. On ne peut trop insister sur la nécessité de la dotation en personnel, de politiques et de plans institutionnalisés, ainsi que de budgets durables et réguliers, particulièrement dans le contexte de situations macroéconomiques changeantes et de réformes de la santé. De plus, seulement 20 % des États Membres qui ont répondu ont indiqué surveiller activement leurs engagements dans le secteur de la santé en matière d'intégration des questions d'égalité des sexes.

² Le terme « masculinités » (au pluriel) désigne les identités de genre (sexuelles) multiples et les différentes expressions contextuelles de la masculinité reconnues par l'ONU et, de plus en plus, dans le secteur de la santé comme à l'extérieur.

11. **Autres nouvelles possibilités de faire progresser l'équité des sexes dans le secteur de la santé** : les mécanismes intergouvernementaux infrarégionaux sont de plus en plus importants pour faire progresser l'intégration des questions d'égalité des sexes dans le domaine de la santé. Les États Membres, le Bureau et leurs partenaires ont donné une plus grande impulsion aux programmes nationaux et régionaux de santé qui font progresser les cibles politiques et techniques en matière d'égalité des sexes : *a)* en créant des commissions intergouvernementales et des déclarations en haut lieu³ et *b)* en facilitant la collaboration technique en matière d'égalité des sexes et de santé dans les sous-régions. Le niveau et la durabilité des progrès accomplis dans le processus et les résultats en matière d'intégration des questions d'égalité des sexes sont toutefois inégaux entre les États Membres, les sous-régions et le Bureau. Cela semble être directement attribuable à la présence ou à l'absence continue de structures institutionnelles complètes et bien placées disposant de ressources suffisantes, axées sur la promotion et le soutien de l'intégration des questions d'égalité des sexes. L'inégalité des efforts d'intégration des questions d'égalité des sexes peut aussi provenir de changements de climats politiques qui ne favorisent pas ou qui n'habilitent pas l'intégration des questions d'égalité des sexes. La confirmation de ces corrélations nécessiterait toutefois d'effectuer des travaux de recherche et d'analyse qui sortent du cadre du présent rapport.

12. Dans le Plan stratégique de 2014-2019 de l'OPS (*Défense de la santé : développement durable et équité*) (document officiel 345) (6), l'égalité des sexes est identifiée comme l'une des quatre thématiques transversales soutenant son exécution. Il s'agit d'un mandat ferme pour les États Membres et le Bureau de renouveler les efforts de mise en œuvre et de suivi des progrès accomplis vers la réalisation des objectifs de la Politique en matière d'égalité des sexes. Dans les Plans de travail biennaux de 2014-2015 des entités du Bureau, 62 % des 4030 produits et services ont établi des liens avec l'égalité des sexes et les trois autres thématiques transversales. Il y a possibilité, au cours de l'année 2015 et au-delà, de les harmoniser davantage avec le cadre d'égalité des genres de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le Plan d'action à l'échelle du système des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, ou « ONU-SWAP » (7).

³ En voici des exemples :

- la déclaration de Panama « A Promise Renewed for the Americas: Reducing Inequities in Reproductive, Maternal, and Child Health. » A Promise Renewed for the Americas Conference; 10 au 12 septembre 2013, ville de Panama (Panama). Accessible en anglais à l'adresse : <http://www.apromiserenewedamericas.org/apr/wp-content/uploads/2013/09/Panama-Declaration-final.pdf>
- la déclaration du Honduras : « Alliance to Prevent Adolescent Pregnancy. » Tegucigalpa (Honduras), 2014. Disponible en espagnol sur demande.
- la résolution de la Communauté andine sur la production et la déclaration des indicateurs liés au sexe en matière de santé. Communauté andine. Gazette officielle, Résolution 1468. Manuel de production et de déclaration des indicateurs de la santé liés au sexe. Cartagena; 2012. Accessible en espagnol à l'adresse : <http://intranet.comunidadandina.org/Documentos/Gacetitas/Gace2049.pdf>

13. **Conclusion :** les progrès déclarés par les États Membres suscitent un optimisme prudent. Davantage de données sur la santé ventilées par sexe sont produites et d'analyses en fonction du genre sont effectuées pour soutenir une planification sanitaire équitable. Les États Membres continuent de : *a)* renforcer les capacités en matière d'égalité des sexes et de santé et *b)* produire des données probantes au niveau national sur les inégalités liées au sexe dans le domaine de la santé (qui se reflètent dans les documents de politique). Le secteur de la santé adopte de plus en plus des processus intersectoriels et inter-programmatiques qui soutiennent le développement d'engagements sanitaires liés aux sexes pour divers thèmes. Avec l'aide du Bureau, les États Membres ont documenté 18 pratiques exemplaires (enseignements tirés de l'intégration des questions d'égalité entre les sexes dans le secteur de la santé, choisies parmi plus de 75 entrées). Les progrès sont toutefois inégaux et, bien que l'augmentation du budget consacré aux activités d'égalité des sexes et de santé soit un indicateur apprécié et tangible des progrès réalisés vers l'institutionnalisation, le financement continue de poser des difficultés; de même, de nombreux obstacles systémiques, cachés et récurrents à l'intégration mûre et durable des questions d'égalité entre les sexes subsistent tant dans le secteur de la santé qu'au Bureau.

14. Les États Membres préconisent fermement une collaboration permanente et plus étoffée du Bureau sur les questions d'égalité des sexes et de santé, tant à titre d'intervention thématique spécifique que dans le cadre de priorités de coopération technique plus larges dans tous les domaines de travail. Il est nécessaire de porter une attention nouvelle à l'intégration des questions d'égalité entre les sexes aux processus locaux de planification, au contrôle et à l'évaluation, aux données probantes appuyant le plaidoyer politique et à l'engagement dans des domaines thématiques émergents liés à l'égalité des sexes, par exemple, la parité des sexes entre les membres du personnel (figure 3).

Action nécessaire à l'amélioration de la situation

15. **Recommandations :** la Directrice a bon espoir et restera vigilante concernant les efforts déployés par les États Membres et le Bureau pour éliminer les obstacles qui nuisent à l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle dans la Région (8). Ni le Bureau ni les États Membres ne sont insensibles aux inégalités contextuelles omniprésentes dans la Région, qui peuvent être exacerbées dans le secteur de la santé lorsque le sexe, l'ethnicité et les droits de la personne ne sont pas pris en compte. Bien que les gains présentés soient particulièrement bienvenus, on ne peut pas faire abstraction des progrès inégaux. Les États Membres ont identifié en 2012 la nécessité d'une politique et d'un engagement technique renouvelés au sein des ministères de la Santé et des gouvernements afin d'institutionnaliser les interventions liées à la Politique en matière d'égalité des sexes.

16. Compte tenu de ce besoin, le Bureau recommande ce qui suit :
- a) la réaffirmation de la Politique en matière d'égalité des sexes ;
 - b) le redoublement des efforts visant à sa mise en œuvre en se servant des domaines stratégiques existants ;
 - c) la création de nouveaux rôles de leadership pour travailler dans le sens des priorités en matière d'égalité des sexes dans le secteur de la santé ;
 - d) qu'une attention accrue soit accordée afin d'équiper les bureaux et le personnel chargés des questions relatives à l'égalité des sexes dans les ministères de la santé pour atteindre ces objectifs et
 - e) la présentation de mises à jour sur les progrès accomplis par les réseaux existants dans les États Membres et les Organes directeurs.

17. **Domaines stratégiques 2015-2019** : l'évaluation du Plan d'action sur la mise en œuvre de la politique en matière d'égalité des sexes fournit une occasion unique d'évaluer et d'analyser les besoins perçus dans la Région et de valider les priorités de collaboration future pour l'intégration des questions d'égalité entre les sexes dans le secteur de la santé. Le Bureau approuve sans réserve le besoin, identifié par les États Membres, d'accélérer les efforts de mise en œuvre de la Politique en matière d'égalité des sexes dans ses domaines de travail stratégiques existants. L'égalité des sexes s'inscrit dans les secteurs de programmes prioritaires du Bureau, et est accompagnée du budget central correspondant. De plus, le Bureau propose des domaines d'action stratégique élargies dans ce même cadre pour consolider davantage les engagements collectifs et le soutien aux pays, pour répondre aux contextes mondiaux et régionaux en constante évolution, et pour nourrir de nouveaux mécanismes de déclaration introduits par le Plan stratégique de l'OPS 2014-2019, avec le plein accord des États Membres :

- a) **Effectuer de la recherche et appliquer des méthodes novatrices** pour s'attaquer aux inégalités entre les sexes dans le cadre de la Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle, qui est explicite dans son approche équitable axée sur les personnes pour fournir des services intégrés afin de répondre aux besoins différenciés en fonction des sexes.
- b) **Produire des données probantes propres au secteur et une analyse selon les sexes pour la défense d'intérêts politiques** dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation verticales, horizontales et intersectorielles des politiques et des programmes.
- c) **Élargir le cadre conceptuel et les modalités** pour promouvoir et répondre aux identités de genre, y compris les LGBT et les masculinités (entre autres) et leurs liens avec l'ethnicité et d'autres déterminants sociaux de la santé.

18. L'entière participation de la majorité des États Membres à l'évaluation est de bon augure pour la Région. L'OPS peut être fière de la Politique en matière d'égalité des sexes et du Plan d'action 2009-2014 pour sa mise en œuvre, qui a été essentielle à

l'avancement du programme d'équité dans le secteur de la santé et qui peut être considérée comme un apport colossal tant dans la Région que dans le système de l'ONU.

Mesure à prendre par le Conseil directeur

19. Le Conseil directeur est prié de prendre note du présent rapport et de faire des recommandations sur les lignes d'action stratégiques supplémentaires proposées pour la période de 2015 à 2019.

Annexe

Références

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Projet de politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes [Internet]. 46^e Conseil directeur de l'OPS, 57^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 26 au 30 septembre 2005 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2005 (Résolution CD46.R16) [consulté le 23 février 2015]. Disponible sur : <http://www1.paho.org/french/gov/cd/CD46.r16-f.pdf>
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la mise en oeuvre de la politique sur l'égalité des sexes [Internet]. 49^e Conseil directeur de l'OPS, 61^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 28 septembre au 2 octobre 2009 ; Washington, (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2009 (Résolution CD49.R12) [consulté le 23 février 2015]. Disponible sur : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Fr.).pdf)
3. World Health Organization. WHO evaluation practice handbook [Internet]. Geneva: WHO; 2013. [consulté le 23 février 2015]. Disponible en anglais à l'adresse : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/96311/1/9789241548687_eng.pdf
4. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la mise en place d'une politique en matière d'égalité entre les sexes, évaluation de mi-parcours [Internet]. 28^e Conférence sanitaire panaméricaine, 64^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 17 au 21 septembre 2012 ; Washington, (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2012 (Document CSP28/INF/3) [consulté le 19 mars 2015]. Disponible sur : http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7022%3A2012-28th-pan-american-sanitary-conference-17-21-september-2012&catid=4548%3A28th-pan-american-sanitary-conference&Itemid=39541&lang=fr

5. Pan American Health Organization. Virtual course on gender and health: awareness, analysis and action [Internet]. Washington (DC): PAHO [consulté le 19 mars 2015]. Disponible en anglais à l'adresse :
<http://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=115>
6. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan stratégique de l'Organisation panaméricaine de la Santé 2014-2019 [Internet]. 52^e Conseil directeur de l'OPS, 65^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 30 septembre au 4 octobre 2013 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2013 (Document officiel 345) [consulté le 23 février 2015]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8833&Itemid=40033&lang=fr
7. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women. Advancing gender equality and women's empowerment: an assessment of gender mainstreaming in UN operational activities for development [Internet]. New York: UN WOMEN; 2012 [consulté le 19 mars 2015]. Disponible en anglais à l'adresse :
http://www.un.org/esa/coordination/pdf/qcpr_final_report_6-15.pdf
8. Organisation panaméricaine de la Santé. Stratégie pour l'accès universel à la santé et à la couverture sanitaire universelle [Internet]. 53^e Conseil directeur de l'OPS, 66^e Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; du 29 septembre au 3 octobre 2014 ; Washington (DC), États-Unis. Washington (DC) : OPS ; 2014 (Résolution CD53.R14) [consulté le 19 mars 2015]. Disponible sur :
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774:53rd-directing-council&Itemid=41062&lang=fr

Annexe

Tableau 1. Programmes nationaux sélectionnés des États Membres de l'OPS qui ont intégré des approches tenant compte de la spécificité des sexes, 2014

État Membre	Violence sexiste	Maladies non transmissibles	Santé sexuelle et génésique	VIH	Santé mentale	
1. Anguilla	Non	Non	Non	Non	Non	
2. Argentine	Oui	Non	Oui	Oui	Non	
3. Bahamas	Non	Non	Non	Oui	Non	
4. Barbade	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
5. Belize	Oui	Non	Oui	Non	Non	
6. Bolivie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
7. Brésil	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
8. Canada	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	
9. Chili	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	
10. Colombie	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	
11. Costa Rica	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
12. Cuba	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
13. El Salvador	Oui	Non	Oui	Oui	Non	
14. Équateur	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
15. États-Unis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
16. Guatemala	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
17. Guyana	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
18. Honduras	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
19. Îles Turques et Caïques	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
20. Jamaïque	Oui	Non	Non	Oui	Non	
21. Mexique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
22. Nicaragua	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
23. Panama	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
24. Paraguay	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	
25. Pérou	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
26. République dominicaine	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
27. Sainte-Lucie	Non	Non	Oui	Non	Non	
28. Saint-Kitts-et-Nevis	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
29. Saint-Vincent-et-les-Grenadines	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
30. Suriname	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
31. Uruguay	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
32. Venezuela	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
TOTAL	OUI	29 (91 %)	22 (69 %)	28 (88 %)	29 (91 %)	22 (69 %)
	NON	3 (9 %)	10 (31 %)	4 (12 %)	3 (9 %)	10 (31 %)

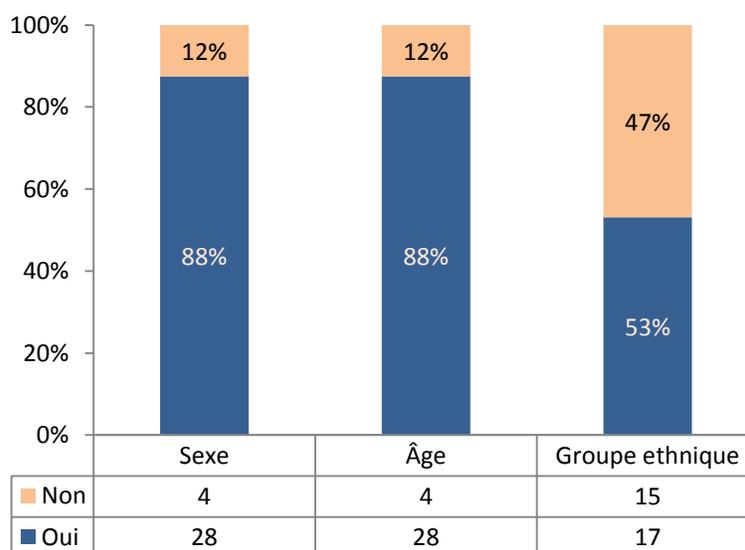
Tableau 2. Départements techniques de l'OPS : nombre et pourcentage de directives comportant des données ventilées par sexe, âge et groupe ethnique, 2009-2014

Département technique/ programme ^a	Nombre total de directives	Ventilé par					
		Sexe		Âge		Groupe ethnique	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
CHA	16	14	88	14	88	9	56
FGL	18	11	61	10	56	8	44
HSS	26	14	54	12	46	7	27
NMH	24	21	88	21	88	21	88
SDE	1	1	100	1	100	0	0
Total	85	61	72	58	68	45	53

^a Les noms complets se trouvent au paragraphe 4.

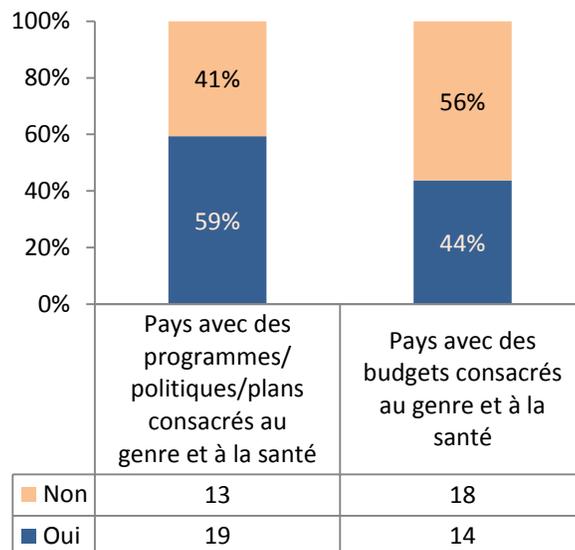
Source : tableau préparé par l'Unité de la Diversité des genres et de la diversité culturelle fondé sur les résultats du questionnaire rempli par les départements techniques.

Remarque : malgré les données probantes indiquant que la ventilation des données par ethnicité est à la hausse, les modifications de la structure du Bureau n'ont pas permis de comparer le rapport de mi-parcours au rapport final.

Figure 1. Nombre et pourcentage d'États Membres qui ont indiqué être dotés de directives comportant des données ventilées par sexe, âge et groupe ethnique, 2009-2014

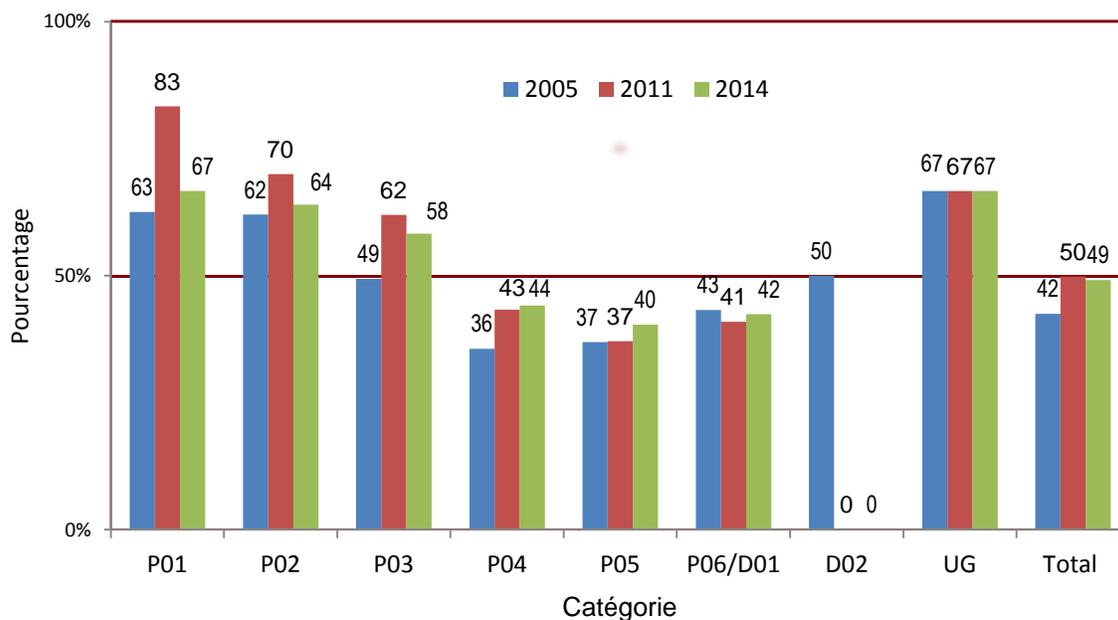
Source :: la figure a été préparée par l'unité de la Diversité des genres et de la diversité culturelle et elle est fondée sur les résultats du questionnaire rempli par les États Membres.

Figure 2. Nombre et pourcentage d'États Membres dotés de plans, de politiques ou de programmes d'égalité des sexes et de santé, et nombre et pourcentage d'États Membres dotés de budgets consacrés à l'égalité des sexes et à la santé, 2014



Source : la figure a été préparée par l'unité de la Diversité des genres et de la diversité culturelle et elle est fondée sur les résultats du questionnaire rempli par les États Membres.

Figure 3. Pourcentage de femmes de l'effectif total (siège du BSP et bureaux dans les pays), par classe, 2005, 2011 et 2014



Source : base de données de la Gestion des ressources humaines du BSP.

- - -