



Conseil économique
et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.6/1999/4
9 décembre 1998
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

Commission de la condition de la femme
Quarante-troisième session
1er-12 mars 1999
Point 3 c) de l'ordre du jour provisoire*

SUIVI DE LA QUATRIÈME CONFÉRENCE MONDIALE SUR LES FEMMES :
RÉALISATION DES OBJECTIFS STRATÉGIQUES ET MESURES À PRENDRE
DANS LES DOMAINES CRITIQUES

Thèmes dont la Commission de la condition de la femme doit débattre

Rapport du Secrétaire général

* E/CN.6/1999/1.



TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphes</u>	<u>Page</u>
I. INTRODUCTION	1 - 43	3
II. LES FEMMES ET LA SANTÉ	5 - 42	4
A. La santé et les droits de la femme	7 - 11	4
B. Activités de suivi de la conférence mondiale sur les femmes	12 - 15	6
C. Questions de santé propres aux femmes : stratégies et recommandations	16 - 42	7
III. DISPOSITIFS NATIONAUX	43 - 78	15
A. La situation des dispositifs nationaux	47 - 60	16
B. Stratégies visant à renforcer les mécanismes nationaux	61 - 78	20

I. INTRODUCTION

1. Conformément à son programme pluriannuel de suivi de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (voir résolution 1996/6 du 22 juillet 1996 du Conseil économique et social), lors de sa quarante-troisième session, la Commission de la condition de la femme examinera des rapports analytiques sur deux questions critiques du Programme d'action de Beijing : «Les femmes et la santé» et «Les mécanismes institutionnels chargés de favoriser la promotion de la femme». Ces rapports sont fondés sur les résultats de deux réunions de groupes d'experts convoquées en 1998 par la Division de la promotion de la femme du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'ONU. Ces réunions se sont concentrées soit sur des questions qui n'avaient pas déjà retenu l'attention de la Commission, soit sur des questions qui, de l'avis du Secrétariat, nécessitaient un examen plus approfondi sur la base du Programme d'action.
2. En ce qui concerne la question critique «Les femmes et la santé», le groupe d'experts s'est penché sur la notion d'intégration d'une perspective sexospécifique dans le secteur de la santé. Le groupe a également examiné la question de la santé génésique et un certain nombre de problèmes de santé propres aux femmes, ainsi que le problème des maladies infectieuses. Il a adopté certaines résolutions concernant ces questions et problèmes de santé spécifiquement féminins et a élaboré un cadre pour une politique de santé tenant compte des sexospécificités, utile à l'intégration de la problématique hommes-femmes.
3. S'agissant du domaine critique des «Mécanismes institutionnels chargés de favoriser la promotion de la femme», le groupe a examiné le rôle des dispositifs nationaux d'intégration d'une perspective sexospécifique dans tous les programmes et politiques à l'échelon national. Il s'est également intéressé aux rapports entre ces dispositifs nationaux et la société civile et à la responsabilité des gouvernements à l'égard de cette intégration, et a donné son aval à un projet pilote de renforcement des dispositifs nationaux, qui doit être exécuté par la Division de la promotion de la femme. Le groupe a demandé au Secrétariat de résumer les «pratiques optimales» décrites dans les documents des experts, afin d'offrir des exemples pratiques aux gouvernements et aux dispositifs nationaux.
4. Le présent rapport a pour objet de définir des mesures à prendre par les pouvoirs publics pour accélérer la réalisation de l'égalité entre hommes et femmes, éliminer la discrimination à l'égard des femmes et contribuer à l'émancipation des femmes dans le contexte du Programme d'action. Les rapports des groupes d'experts sont soumis à la Commission comme document de référence dans une seule des langues officielles de l'ONU. Il convient de noter que les progrès réalisés dans l'exécution du Programme d'action et l'élimination des derniers obstacles seront présentés dans le cadre de l'examen de haut niveau de l'exécution du Programme d'action de Beijing et de l'application des Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme à l'horizon 2000. L'examen et l'évaluation, cinq ans après, en 1999, du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement permettra d'analyser les principaux succès et problèmes, ainsi que les enseignements à tirer, de l'élaboration de stratégies, d'actions, de politiques et de programmes efficaces, ainsi que de l'affectation de ressources, qui sont également valables

pour l'examen et l'évaluation de l'exécution du Programme d'action. Le présent rapport propose des stratégies pour accélérer la formulation de conclusions en vue de la réalisation de deux objectifs critiques de la Commission.

II. LES FEMMES ET LA SANTÉ

5. Le Programme d'action a identifié les femmes et la santé comme l'un des domaines critiques et défini cinq objectifs stratégiques : accroître l'accès des femmes, tout au long de leur cycle de vie, à des soins de santé, une information et des services connexes appropriés, abordables et de qualité; renforcer les programmes de médecine préventive propres à assurer une meilleure santé aux femmes; lancer des initiatives tenant compte des sexospécificités pour faire face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux problèmes de santé génésique; promouvoir la recherche et diffuser l'information sur la santé des femmes; et accroître les ressources et veiller au suivi de la santé des femmes 1/. Ce faisant, il a également souligné l'importance d'une approche holistique et fondée sur le cycle de vie. Il a rappelé les accords conclus lors de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, en particulier pour ce qui est de la santé génésique et des droits des femmes, et il a ajouté de nouveaux accords, qui traitent du droit des femmes d'avoir un certain contrôle sur tous les aspects de leur santé et sur la relation entre hommes et femmes dans les rapports sexuels.

6. La question des femmes et de la santé est l'une des rares questions critiques du Programme d'action pour lesquelles un certain nombre d'objectifs clairement définis ont été établis pour être réalisés par les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales et les associations d'employeurs et de travailleurs et avec l'appui d'institutions internationales. Parmi ces objectifs figurent notamment l'accès de toutes les femmes et de toutes les filles à des services de santé de qualité; la réduction de la mortalité maternelle, infantile et post-infantile (par. 106 l)); la réduction à l'échelle mondiale des cas graves et modérés de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans, l'accent étant mis particulièrement sur la différence de traitement en matière de nutrition selon le sexe, et la réduction de l'anémie ferriprive chez les petites filles et les femmes (par. 106 w)) 2/. Pour toutes les autres questions, le Programme fait des recommandations sans fixer d'objectifs comme, par exemple, lorsqu'il recommande d'accroître le nombre de femmes à des postes de responsabilité dans les professions de santé, notamment parmi les chercheurs et les scientifiques, de manière que l'objectif de l'égalité soit atteint le plus tôt possible (par. 109 c)).

A. La santé et les droits de la femme

7. Le Programme d'action fait valoir que les femmes ont le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Établissant un lien entre la vie personnelle et la santé des femmes et le rôle qu'elles jouent dans la collectivité, il souligne que la jouissance de ce droit est d'une importance cruciale pour leur vie et leur bien-être, et pour leur aptitude à participer à toutes les activités publiques et privées (par. 89). La Conférence internationale sur la population et le développement a reconnu que les droits en matière de procréation correspondent à certains droits fondamentaux déjà consacrés dans les législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans d'autres textes des Nations Unies adoptés

par consensus 3/. Parmi ces textes figurent la Déclaration universelle des droits de l'homme et ses deux premiers textes d'application, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966), dont l'article 12 se réfère au droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966), qui évoque un certain nombre de droits de l'homme ayant trait à la santé, tels que le droit à la vie, le droit à la liberté et à la sécurité de la personne et le droit à la vie privée.

8. S'inspirant de la Conférence internationale sur la population et le développement et de son Programme, le Programme d'action proclame que les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine (par. 96). La Déclaration de Beijing 4/ dispose en outre que la reconnaissance et la réaffirmation expresses du droit de toutes les femmes à la maîtrise de tous les aspects de leur santé, en particulier leur fécondité, sont un élément essentiel du renforcement de leur pouvoir d'action (par. 17). Par ailleurs, le Programme d'action souligne que l'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences (par. 96). En ce qui concerne l'avortement, le Programme d'action reprend le paragraphe 8.25 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, qui dispose que l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Ce programme demande également aux gouvernements d'envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal (par. 106 k)).

9. Les efforts se sont accentués en vue d'intégrer la santé dans le cadre des droits de l'homme. Lorsque la santé est considérée comme un droit fondamental, et non pas simplement comme un bien collectif, il faut définir les droits et responsabilités en conséquence. Le lien entre les droits fondamentaux de la femme et la santé ont été défendus pour la première fois à travers la collaboration des champions des premiers et de la seconde. Le manque d'attention et l'indifférence à l'égard des problèmes de santé des femmes, en particulier de la santé génésique, tels qu'ils ressortent des cadres législatifs et réglementaires des pays, sont reconnus comme un signe de discrimination systématique à l'égard des femmes. Les questions liées à la santé et aux droits fondamentaux des femmes vont au-delà de la santé génésique et sont devenues apparentes lorsque l'on a commencé à accorder plus d'attention à l'ampleur du problème de la violence à l'égard des femmes dans toutes ses manifestations, et notamment dans son incidence sur la santé et les droits de la femme. Le lien entre la vulnérabilité des femmes à l'infection par le VIH, d'une part, et la condition des femmes dans la société et la discrimination à leur égard, d'autre part, a été également reconnu. De surcroît, les groupes de défense de la santé et des droits fondamentaux de la femme se sont penchés sur la question de la discrimination fondée sur le sexe dans certains domaines tels que ceux des maladies évitables, de l'invalidité, de l'interdépendance entre les droits de divers groupes de population et de la discrimination dans les soins de santé et l'établissement de la politique de santé 5/.

10. Le droit des femmes à la santé est traité dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, dont l'article 12 porte sur les droits à l'accès aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille et les services appropriés pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement. La Convention traite également de la santé de la femme dans un certain nombre d'autres articles 6/. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes prépare actuellement un projet de recommandation générale sur la santé, en s'appuyant sur les résultats de son examen des rapports périodiques des États parties et sur ses compétences en la matière. Nombre d'autres dispositions de la Convention traitent implicitement ou indirectement des droits de la femme en ce qui concerne la santé et reprennent certaines recommandations générales préalables du Comité 7/.

11. La dimension des droits fondamentaux relative à la santé des femmes n'intéresse pas seulement le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, mais tous les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme. Le droit à la santé étant reconnu dans un certain nombre d'instruments internationaux, il fait l'objet d'une surveillance de la part des organes compétents 8/. Le Comité des droits de l'homme a fait d'importantes déclarations à cet égard. La table ronde du FNUAP sur «l'approche adoptée par les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme à l'égard de la santé féminine», tenue à Glen Cove (État de New York) du 9 au 11 décembre 1996, a adopté un certain nombre de recommandations à l'intention de ces organes (les organes conventionnels), du système des Nations Unies et des ONG, qui ont été entérinées lors de la huitième réunion des personnes présidant les organes conventionnels, tenue à Genève du 15 au 19 septembre 1997 9/.

B. Activités de suivi de la conférence mondiale sur les femmes

12. De nombreux gouvernements et organismes internationaux ont donné suite aux recommandations formulées par les conférences mondiales des Nations Unies sur les femmes et la santé, notamment à celles de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (1995) et de la Conférence internationale sur la population et le développement (1994). Dans un premier temps, nombre d'entre eux ont élaboré des stratégies nationales d'application ou des plans d'action qui contiennent notamment des propositions concrètes orientées vers l'action pour le secteur de la santé. Dans 90 des 105 plans nationaux d'action reçus à ce jour 10/, la santé est une question prioritaire. Toutefois, bien que le Programme d'action ait clairement établi des objectifs assortis d'échéances précises concernant les femmes et la santé, seul un nombre limité de gouvernements font référence aux objectifs concrets figurant dans ce programme. Ainsi, alors que certains plans nationaux d'action émanant de toutes les régions visent à réduire la mortalité maternelle, tous ne définissent pas des objectifs précis, pas plus qu'ils ne suivent les objectifs énoncés dans le Programme d'action.

13. À l'échelle internationale, un certain nombre d'initiatives ont été prises concernant la santé dans le cadre du suivi intégré de la conférence. La santé a été inscrite à l'ordre du jour de l'Équipe spéciale du CAC sur les services sociaux de base pour tous 11/. Cette équipe spéciale a créé des groupes de travail, notamment sur les soins de santé primaires, les soins de santé génésique et le renforcement des capacités nationales de suivi de la mortalité

maternelle et infantile. Ces groupes de travail ont établi des directives pour ces thèmes particuliers qui donnent des définitions, décrivent des sources de données, certains problèmes d'évaluation et certaines méthodes d'estimation, et prodiguent des conseils sur les moyens d'aider les pays à suivre la mortalité maternelle et infantile. Ils ont également suggéré plusieurs actions essentielles pour permettre au réseau de coordonnateurs résidents d'améliorer la santé génésique 12/.

14. Depuis l'adoption du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, on fait une plus large place à l'utilisation d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs pour mesurer le degré d'application des programmes, notamment en ce qui concerne la santé génésique. Alors qu'à l'échelon national ou local, les pays peuvent choisir les indicateurs qui conviennent le mieux à leurs besoins et à leur capacité de collecte de données, les données nécessaires à des comparaisons et à un suivi à l'échelle mondiale doivent être recueillies selon une liste d'indicateurs agréés. Il existe plusieurs exemple de listes de ce type, tels que l'ensemble minimal de données sociales nationales 13/, dont huit des 15 ensembles de données sont liés directement à la santé : l'espérance de vie à la naissance, la mortalité infantile et juvénile, la mortalité maternelle, le taux d'utilisation de contraceptifs, l'accès à une eau salubre et à l'assainissement et la valeur monétaire du panier d'aliments nécessaire pour répondre aux besoins nutritionnels minimums. Le Groupe de travail sur la santé de la reproduction de l'Équipe spéciale du CAC sur les services sociaux de base pour tous a approuvé 15 indicateurs mondiaux pour la santé génésique. L'OMS a également publié une liste d'indicateurs à utiliser à l'échelon local. Comme certains de ces indicateurs, tels que la mortalité maternelle, sont difficiles à mesurer, l'OMS a également établi des indicateurs d'activité, qui devraient permettre une meilleure collecte de données à l'avenir 14/. L'OMS a également mis au point la méthode de sondage direct et indirect, selon laquelle les personnes interrogées répondent à des questions simples sur la santé et la grossesse de leur soeur 15/. Le FNUAP a choisi un ensemble complet et détaillé d'indicateurs pour les programmes de population, destinés à être utilisés au premier chef par les responsables des programmes de pays 16/.

15. C'est dans ce contexte que la Division de la promotion de la femme, conjointement avec l'OMS et le FNUAP et de concert avec le Secrétariat du Commonwealth, a organisé une réunion de groupe d'expert sur les femmes et la santé – intégration d'une perspective sexospécifique dans la secteur de la santé – qui s'est tenue à Tunis du 28 septembre au 2 octobre 1998 sous les auspices du ministère tunisien de la femme et des affaires familiales. Les thèmes et recommandations présentés ci-après découlent de la réunion de ce groupe d'experts.

C. Questions de santé propres aux femmes : stratégies et recommandations

16. Le Programme d'action met l'accent sur l'hygiène sexuelle et la santé génésique de la femme, qui sont au centre des préoccupations concernant la santé des femmes et des filles et influent sur la santé des femmes au-delà de leurs années de procréation. Cela dit, d'autres problèmes de santé mentionnés dans ce programme méritent aussi de retenir l'attention. Il s'agit notamment de la vulnérabilité des femmes au VIH/sida et à la violence et aux mauvais traitements, des problèmes de santé des femmes âgées, compte tenu du nombre

/...

croissant de ces femmes, et du rapport entre le vieillissement et l'invalidité chez les femmes. Un certain nombre de problèmes spécifiques de santé sont traités de façon peu détaillée, principalement sous le titre «accès» ou «recherche» (par. 109 d)). La santé mentale est citée comme but ou comme condition liée à d'autres questions de santé, notamment à la violence à l'égard des femmes ou à l'avortement (par. 99, 106 q) et 109 i)). Il est fait état du cancer à propos de la prévention et de la recherche (par. 107 m) et 109 d) et e)). La médecine du travail est évoquée à propos de l'accès et de la recherche, au même titre que les questions d'invalidité (par. 106 o) et p) et 109 d)). Aucune recommandation ne traite de la nécessité de combattre la tuberculose, aujourd'hui reconnue par l'OMS comme la principale cause de décès de femmes dans les pays en développement.

1. Hygiène sexuelle et santé génésique

17. En prévision de l'examen et de l'évaluation du déroulement, cinq ans après son lancement, du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, un certain nombre de problèmes ont été identifiés, notamment l'intégration de la planification familiale dans un ensemble complet de services de santé génésique traitant des besoins des adolescents dans ce domaine, de la prestation de services d'urgence en matière de santé génésique pour les réfugiés et les personnes déplacées et de l'élimination de la violence à l'égard des femmes.

18. La mortalité maternelle reste le premier de la liste des indicateurs de l'égalité entre les sexes et du développement de la femme. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de la Conférence de Beijing sur les femmes visent à réduire la mortalité maternelle selon un échéancier donné : de 50 % par rapport aux niveaux de 1990 d'ici à l'an 2000, puis de nouveau de 50 % d'ici à 2015. La volonté politique, une action communautaire et une aide internationale sont nécessaires pour atteindre cet objectif. L'Initiative de l'OMS pour la maternité sans risque reste l'une des grandes initiatives lancées pour permettre à la femme de jouir pleinement de son droit à la vie. Si chaque grossesse comporte des risques, il faut prendre des mesures afin d'identifier le risque encouru par chaque femme enceinte et pour protéger sa santé génésique. Les questions concernant la collecte de données fiables sur la maternité nécessitent une plus grande attention si l'on veut obtenir plus précision dans les chiffres, qui ne sont bien souvent que des estimations. L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité reste un grave problème de santé publique, cause de décès de la mère ou de nombreux cas de préjudice occasionné à sa santé physique ou mentale. Les femmes à faible revenu, les femmes des zones rurales, les jeunes femmes et les adolescentes sont particulièrement vulnérables aux risques liés à la santé génésique.

19. Il appartient aux gouvernements et aux organisations internationales :

- a) De donner la priorité aux domaines suivants de la recherche :
- i) Élaboration de méthodes sous contrôle des femmes, notamment de microbicides, de contraception post-coïtale ou d'urgence et de méthode à double effet, protégeant à la fois contre les maladies

sexuellement transmissibles et le VIH et contre les grossesses indésirées; et de méthodes contraceptives pour l'homme;

ii) Encouragement à la recherche sociale et anthropologique, afin d'évaluer les besoins réels des femmes, les facteurs qui influent sur leur comportement et leur degré de satisfaction à l'égard des services fournis;

b) D'assurer l'application du Programme d'action de Beijing, en ce qui concerne le problème de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité.

20. Il incombe aux gouvernements :

a) De faire face à la réalité et aux conséquences de l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité et de modifier les lois qui perpétuent le préjudice porté à la santé des femmes, le risque de décès et la violation du droit à l'égalité entre les sexes dans le domaine des soins de santé;

b) D'intégrer, le cas échéant, les services d'hygiène sexuelle et de santé génésique, y compris le dépistage des cancers de l'appareil génital et le traitement de la ménopause, pour répondre aux besoins généraux en matière de santé;

c) De formuler des politiques et d'élaborer des outils juridiques à l'appui d'activités visant à éliminer la pratique de la mutilation génitale des femmes et autres pratiques nuisibles et à empêcher qu'elles ne soient acceptées comme pratique médicale.

2. Programmes de lutte contre la tuberculose, le paludisme et d'autres maladies, y compris le VIH/sida

21. L'énorme impact de l'inégalité entre les sexes se manifeste à travers les millions de femmes rendues séropositives par leurs partenaires. Le nombre d'infections à VIH augmente beaucoup plus vite chez les femmes que chez les hommes. La tuberculose, souvent liée au VIH/sida, a pris les proportions d'un problème mondial et est perçue aujourd'hui comme un problème de développement aux coûts économiques et sociaux élevés, car l'immense majorité des victimes appartiennent à la tranche d'âge économiquement la plus active (de 15 à 49 ans) 17/. Les maladies transmissibles, telles que la tuberculose, le paludisme et, de plus en plus, le VIH et le sida, sont des maladies de pauvres. Les femmes pauvres y sont particulièrement exposées, en raison de leur état nutritionnel précaire, de leur accès limité à l'éducation et à des emplois rémunérateurs, et de leur lourde charge de travail. La tare que représentent de nombreuses maladies transmissibles, en particulier celles qui provoquent l'enlaidissement, incitent le malade à cacher sa maladie, ce qui réduit ses chances de mener une vie normale, notamment de se marier.

22. Lorsqu'elles sont infectées, les femmes sont plus enclines à se soigner elles-mêmes et à différer toute consultation de personnel de santé, en raison de contraintes fondées sur le sexe, notamment de leurs responsabilités familiales, des soins qu'elles doivent prodiguer à d'autres et du coût des déplacements et

du traitement. Lorsqu'elles sollicitent des soins, elles doivent céder la priorité aux éléments classés plus haut dans la hiérarchie sociale. Les services de santé laissent ainsi échapper une occasion importante de donner aux femmes, qui sont la principale source de soins au sein de la famille, l'information dont elles ont besoin pour pouvoir dispenser plus efficacement des soins de santé au moment voulu.

23. Peu de travaux de recherche ont été consacrés à la façon dont les maladies transmissibles touchent différemment les hommes et les femmes, et les services de planification ne tiennent pas compte du peu que l'on sait à cet égard. Malgré l'ampleur de l'épidémie de tuberculose, sa dimension sexospécifique a été négligée. L'OMS ne s'est fixé que récemment un programme pour la recherche sur les différences biologiques, épidémiologiques, sociales et culturelles entre les cas de tuberculose observés chez les hommes et les femmes, concentrant son attention sur la santé génésique, le diagnostic et l'éducation des patients. En ce qui concerne l'infection par le VIH/sida, il faut veiller à assurer aux femmes une protection indépendante plus efficace, plus abordable et plus accessible (par exemple, sous la forme de préservatifs féminins). Des travaux de recherche récents sur la transmission de la mère à l'enfant et sur les médicaments s'annoncent prometteurs pour les populations où les femmes enceintes peuvent choisir de se soumettre à un test de séropositivité et avoir accès à un traitement.

24. Il incombe aux gouvernements et aux organisations internationales de promouvoir la recherche sur la façon dont les maladies transmissibles et, en particulier, le paludisme, la tuberculose et le VIH/sida, agissent différemment sur les hommes et les femmes, et de tenir compte de ces différences dans la planification et la prestation de leurs services.

25. Il appartient aux gouvernements :

a) De veiller à ce que la stigmatisation (liée à la lèpre, à la filariose, au VIH et aux maladies sexuellement transmissibles) n'aboutisse pas à une sous-détection et à l'absence de traitement, spécialement chez les femmes;

b) D'éviter toute forme de test obligatoire de séropositivité sur les femmes, y compris les tests liés à la prévention de la transmission du virus de la mère à l'enfant;

c) D'améliorer les services d'hygiène sexuelle et de santé génésique offerts aux femmes infectées par le VIH/sida;

d) D'améliorer l'accès à des soins prénatals de qualité pour toutes les femmes, y compris à des services de conseil prénatals et postnatals en rapport avec les tests de séropositivité, et d'éviter toutes formes de discrimination à l'égard des femmes dans les services de santé, lors de l'application de programmes de prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

26. Il incombe aux agents et aux professionnels de la santé :

a) D'encourager leurs patients à informer leurs partenaires en cas d'infection par le VIH, de manière à protéger ceux-ci de l'infection, et de leur donner des conseils sur les moyens de se protéger;

b) D'encourager les familles à veiller à ce que toutes les filles et tous les garçons soient pleinement vaccinés, suivis et traités contre les maladies infantiles.

3. Santé mentale

27. Bien que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale soit universellement reconnu, la santé mentale et sa dimension sexospécifique restent largement négligées. Dans un premier temps, il y a lieu de prendre acte de l'existence des troubles et traumatismes psychiatriques auxquels sont exposées les femmes, et de leurs causes, qui vont de la pauvreté à la violence. La pauvreté, les conflits armés, l'isolement, l'impuissance (résultant de l'analphabétisme, du faible niveau d'instruction, de la dépendance économique et de l'oppression patriarcale) sont autant de causes du haut niveau de morbidité psychiatrique chez les femmes, sans parler de la violence sexuelle et physique. Les sévices familiaux et sociaux, de même que la violence sous toutes ses formes à l'égard des femmes, pèsent lourdement sur leur santé physique et mentale. Il convient d'intégrer des services de santé mentale de bonne qualité aux autres services, en particulier aux services juridiques, éducatifs et autres services sociaux, ainsi qu'aux services de police, afin de combattre les maladies mentales causées ou aggravées par la violence et les autres formes d'exactions subies par les femmes. Les médications impropres au traitement des troubles affectifs et des maladies psychologiques sont à éviter, car elles risquent d'inciter les femmes et les hommes au silence plutôt qu'à traiter les causes profondes de leurs problèmes. Par ailleurs, on ne peut supposer qu'une personne atteinte d'une maladie mentale puisse se voir dispenser à domicile, par les membres féminins de sa famille, la totalité des soins de santé mentale dont elle a besoin.

28. Il incombe aux gouvernements :

a) D'investir dans l'éducation des collectivités sur l'efficacité des interventions dans le domaine de la santé mentale et de mettre à leur disposition des services adaptés aux différents besoins des hommes et des femmes (par exemple, traitement des traumatismes et préjudices d'origine civile ou domestique, des maladies psychiatriques et de l'abus des drogues). Le traitement des maladies mentales dans le cadre des soins de santé primaires est à envisager en priorité;

b) De favoriser une action systématique en vue d'améliorer quantitativement et qualitativement la formation du personnel de santé à tous les niveaux, de l'étudiant en médecine au médecin, du personnel infirmier aux agents de santé communautaires dans le domaine de la santé mentale;

c) De promouvoir les efforts consacrés à documenter l'utilisation de substances psychotropes par les hommes et les femmes, ainsi que les différentes causes et les différents effets de cette utilisation. Cette action devrait déboucher sur l'adoption de mesures parallèles d'élaboration d'approches efficaces en vue de prévenir et de traiter cette utilisation.

4. Santé et sécurité au travail et hygiène de l'environnement

29. Avec l'arrivée de femmes de plus en plus nombreuses sur le marché du travail, on ne peut plus négliger la dimension sexospécifique de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, en particulier les effets à long terme de divers risques pour la santé auxquels sont exposés les hommes et les femmes sur les lieux de travail. Les femmes risquent davantage de souffrir des tensions et des troubles ostéo-musculaires liés au travail du fait qu'elles sont employées comme travailleurs non qualifiés ou semi-qualifiés dans l'agriculture et le secteur non structuré. Le stress s'explique souvent par la multiplicité de leurs rôles (de maîtresse de maison, de mère et de travailleuse à l'extérieur), par la monotonie et le caractère répétitif de leur travail, par le harcèlement sexuel dont elles sont parfois victimes sur leur lieu de travail et par le travail par équipes. Les troubles ostéo-musculaires dont souffrent les femmes sont causés tout à la fois par le travail manuel, par les travaux ménagers et par la mauvaise conception de leurs outils et de leurs postes de travail. L'exposition à des substances chimiques, par exemple, à des solvants dans les petites entreprises industrielles et aux pesticides dans l'agriculture, est connue pour avoir des effets nuisibles sur la procréation, tant chez les hommes que chez les femmes. Les risques durables que fait peser sur la santé des hommes et des femmes la présence persistante de certains produits chimiques dans l'environnement ont été constatés. L'exposition du fœtus à des composés tels que le dichlorodiphényl-trichloréthane (DDT) et les diphényles polychlorés (PCB) peut causer des troubles endocriniens, qui se manifestent ultérieurement par des maladies.

30. Les risques environnementaux et autres que font peser sur la santé des femmes pauvres des pays en développement leurs activités professionnelles en milieu urbain ou rural, accentués par les effets synergiques de la lourde charge de leurs besognes ménagères, de la malnutrition, de grossesses multiples et de conditions climatiques défavorables, nécessitent davantage de travaux de recherche. Il y aurait lieu également de revoir dans un esprit ergonomique la conception de leurs outils, de leurs équipements et de leurs postes de travail, afin de réduire la morbidité professionnelle des femmes.

31. Les gouvernements et les institutions internationales de développement doivent :

a) Renforcer leur appui à la recherche, en particulier dans les pays en développement, sur les risques professionnels et environnementaux, à court et à long terme, pesant sur la santé des hommes et des femmes. Il s'agit notamment des risques ménagers et des risques résultant de l'utilisation de substances chimiques dans l'environnement et des interventions appropriées, y compris l'adoption de textes législatifs, afin de réduire les dangers écologiques et les dangers professionnels pesant sur la santé en milieu urbain et rural;

b) Entreprendre une analyse par sexe des diverses politiques sectorielles afin de définir, pour les femmes comme pour les hommes, des profils du risque pour la santé et du risque écologique.

32. Il conviendrait que les gouvernements étendent leurs politiques en matière d'environnement et de prévention des maladies professionnelles aux travailleurs du secteur non structuré et de l'agriculture, qui sont principalement des femmes

et qui, souvent, ne sont pas couverts par les lois relatives à la protection sociale, la législation du travail ou les règlements en matière de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

5. Intégration de la perspective sexospécifique dans les soins de santé, l'enseignement de la médecine et la recherche médicale

33. Pour appliquer pleinement une perspective sexospécifique, il faudrait décomposer les statistiques de santé par sexe et construire un profil de santé détaillé pour les femmes. Il faudrait également effectuer une analyse de la santé par sexe, qui révèle les causes biologiques, fournisse les explications sociales des différences de niveau de santé entre hommes et femmes et montre que ces différences sont souvent dues à des rapports d'inégalité sociale et non pas seulement à des facteurs biologiques. Or, l'enseignement traditionnel de la médecine, qui impute principalement les problèmes de santé et de maladie des femmes à des causes biologiques, a toujours cours. Cette conception s'est ancrée dans la médecine scientifique et les formes nouvelles de la santé publique dès les premières décennies du 20^e siècle. Les traités de médecine considèrent toujours l'homme comme la norme ou la référence et la femme comme un cas particulier.

34. Le cas échéant, les gouvernements, les associations professionnelles et autres institutions doivent veiller à ce que :

a) La formation des professionnels de la santé, de ceux qui planifient et réforment à ceux qui fournissent les services, comporte une sensibilisation aux questions liées aux spécificités de chaque sexe, afin de les préparer à formuler des politiques de santé qui soient équitables et reposent sur le principe de l'égalité entre les sexes;

b) Les professionnels de la santé soient sensibilisés aux considérations de droits de l'homme dans les cours de déontologie qui font partie de leurs études, afin qu'ils traitent ensuite leurs clients avec respect et dignité et avec le souci de protéger leur vie privée et leur droit à la confidentialité;

c) Les membres du personnel de santé possédant les aptitudes requises soient vivement encouragés à opter pour la spécialisation de leur choix, indépendamment de leur sexe, même si cela exige une aide sous la forme de garderie d'enfants ou de bourses d'études.

35. Les gouvernements, les responsables médicaux et autres professionnels de la santé doivent veiller à ce que :

a) Les femmes soient tenues informées des choix qui leur sont offerts, par exemple, en ce qui concerne l'allaitement au sein ou l'usage des contraceptifs et les risques et les avantages qu'ils comportent, et le droit de décider de la voie à suivre;

b) Les femmes ne soient pas privées de leur droit aux services de santé en vertu de clauses de conscience invoquées par le personnel de santé, et que les services de santé mettent en oeuvre sans tarder des systèmes d'orientation pour les femmes ayant besoin de services que certains professionnels de la santé

se refusent à leur fournir, tels que la contraception (y compris la contraception chirurgicale volontaire et l'avortement, dans tous les cas où il est autorisé par la loi).

6. Réforme et financement de la santé

36. Une analyse sexospécifique de la réforme et du financement de la santé révèle les effets nocifs de la pauvreté sur la santé des femmes, qui se manifestent aussi à travers les services de santé mis à leur disposition selon différents systèmes de financement des soins de santé. Les services financés à titre individuel, qui reposent sur le paiement par les particuliers, et les services fondés sur l'assurance, selon lesquels la couverture médicale est payée par les particuliers et leurs employeurs, laissent sans couverture de vastes groupes de population (notamment les femmes, qui appartiennent aux catégories les plus pauvres et les plus dépourvues). Les familles dont le chef est une femme et les femmes âgées sont généralement pauvres et tributaires de la famille et de l'État pour les soins de santé. Les services de santé financés par l'État paient tous les soins de santé, et les systèmes d'assurance sociale, au titre desquels un ensemble de soins essentiels sont fournis à toute la population, tandis que certains services supplémentaires sont dispensés dans le cadre d'autres régimes, posent également des problèmes d'inégalité entre les sexes en creusant l'écart entre riches et pauvres pour ce qui est de l'état de santé et de l'accès à des soins de qualité. Une répartition équitable de la couverture entre les secteurs public et privé est nécessaire pour éviter que tous les services à but non lucratif soient automatiquement dispensés par le secteur public.

37. Actuellement, on propose la décentralisation de la gestion pour rapprocher les services de santé des collectivités et pour donner à celles-ci plus de responsabilité dans l'utilisation de leurs ressources. Cette mesure devrait s'accompagner de l'affectation de volumes adéquats de ressources à l'échelon local pour la prestation de services de santé de base. Autrement, les prestataires de soins de santé, dont la plupart sont des femmes, devraient assumer une charge de travail plus lourde, au même titre que les femmes qui sont tenues de dispenser des soins à domicile.

38. Les gouvernements doivent :

a) Mobiliser des fonds pour protéger la santé des groupes de population les plus vulnérables, en particulier des femmes, tout au long de leur vie. Il conviendrait d'établir un pacte social entre l'État et tous les intéressés pour garantir un minimum de services de santé à ces groupes;

b) Veiller à ce que la réforme de la santé repose sur le droit fondamental à la santé et non pas seulement sur des critères économiques.

7. Partenariat pour la santé

39. Un certain nombre d'acteurs et de parties prenantes ont un rôle important à jouer dans l'intégration de la dimension hommes-femmes dans le secteur de la santé. Bien que ce secteur relève généralement du Ministère de la santé, d'autres ministères peuvent également avoir un impact sur les soins de santé. L'influence des parlementaires est décisive dans l'établissement de politiques

de santé et dans l'adoption de textes de loi tenant compte des sexospécificités. Les autorités de district et les responsables locaux ont leur importance dans la prestation des services de santé, surtout lorsque ces services sont décentralisés. L'Initiative «Villes saines» lancée par l'OMS témoigne du rôle de premier plan que peuvent jouer les pouvoirs locaux dans l'amélioration de l'accès à ces services et dans la qualité des soins dispensés. Les ONG contribuent efficacement à promouvoir une approche sexospécifique des soins de santé en se faisant les champions d'une telle approche et en offrant une formation dans ce domaine. Les organisations professionnelles et le secteur privé doivent prendre conscience de leur influence et s'engager activement dans tous les aspects de l'intégration de la dimension hommes-femmes dans le secteur de la santé.

40. Il incombe aux gouvernements et aux institutions internationales de développement de veiller à assurer une participation active des collectivités et de participer à la conception, à la mise en oeuvre et au suivi des programmes de lutte contre la maladie et des services de santé.

41. Le secteur privé, y compris les sociétés de produits pharmaceutiques et les services cliniques privés, doivent s'employer à assurer la qualité des soins et l'accès aux services, notamment pour les femmes pauvres.

8. Cadre pour la conception de politiques nationales de santé intégrant une perspective sexospécifique

42. Le Programme d'action traite de la nécessité d'intégrer la problématique hommes-femmes dans les politiques de santé (par. 105). Ces dernières années, un ensemble de mesures ont été prises pour élaborer un cadre pour une politique de santé qui tienne compte de la dimension hommes-femmes. Le Secrétariat du Commonwealth a été le premier à mettre en place des systèmes de gestion de la problématique hommes-femmes, tant au niveau des gouvernements nationaux qu'à celui du secteur de la santé dans les États membres. Adaptés aux conditions et aux exigences de chaque pays, ces systèmes sont un moyen efficace d'intégrer la problématique hommes-femmes dans les politiques et les programmes, à condition qu'ils tiennent compte de la nécessité d'une sensibilisation et d'une formation des interlocuteurs à tous les niveaux du secteur de la santé, du gouvernement et de l'administration publique. Il faut un engagement politique aux plus hauts niveaux, notamment de la part du Ministre de la santé et d'autres membres éminents du cabinet. Les interlocuteurs extérieurs, tels que les organisations internationales, et les partenaires locaux, tels que les ONG, peuvent contribuer à assurer cet engagement politique en jouant un rôle de catalyseur. La réunion du Groupe d'experts sur les femmes et la santé a élaboré un cadre pour la conception de politiques nationales de santé intégrant la problématique hommes-femmes, qui offre un moyen précieux aux responsables politiques, aux praticiens et aux décideurs d'appliquer la dimension hommes-femmes au secteur de la santé. Ce cadre figure à l'annexe au présent document.

III. DISPOSITIFS NATIONAUX

43. Les mécanismes nationaux destinés à favoriser la promotion de la femme sont l'un des 12 éléments critiques du Programme d'action de Beijing (chap. IV.H). Onze de ces éléments portent sur le fond, et le douzième traite

expressément des mécanismes institutionnels à mettre en place pour assurer la mise en oeuvre des onze premiers.

44. La communauté internationale a joué un rôle crucial dans l'établissement des dispositifs nationaux. Le débat sur le rôle de ces dispositifs avait précédé la Conférence mondiale de l'Année internationale de la femme, tenue à Mexico en 1975. Cette Conférence avait recommandé que tous les gouvernements établissent un mécanisme propre à promouvoir la condition de la femme. Depuis lors, la communauté internationale a accordé de plus en plus d'attention au rôle et à la structure de ces dispositifs. Le débat a porté sur la contribution des dispositifs nationaux à la promotion des questions concernant la condition de la femme.

45. Le Programme d'action de Beijing ajoute une nouvelle dimension au rôle de ces dispositifs comme moyen de promotion de la femme : la mission d'aider à intégrer la problématique hommes-femmes dans toutes les politiques et tous les programmes gouvernementaux. Il stipule que :

«Tout État devrait avoir un mécanisme chargé de la promotion de la femme, qui soit la principale entité de coordination des politiques nationales. De tels mécanismes ont pour tâche essentielle d'appuyer l'intégration de la problématique hommes-femmes dans tous les secteurs et dans toutes les entités de l'État» (par. 201) et que :

«Lors de l'examen des mécanismes chargés de favoriser la promotion de la femme, les gouvernements et les autres acteurs devraient encourager l'adoption de mesures énergiques et visibles destinées à assurer la prise en compte de la problématique hommes-femmes dans toutes les politiques et tous les programmes afin d'en analyser les conséquences sexospécifiques, avant toute décision.» (par. 202)

46. Le Programme d'action souligne que, pour être efficaces, les mécanismes nationaux doivent se situer au niveau le plus élevé de l'État, assurer la participation des organisations non gouvernementales et des collectivités, disposer de ressources financières et humaines suffisantes et pouvoir influencer sur l'élaboration de toutes les politiques du gouvernement (par. 201). Si le Programme d'action confère un mandat très large et détaillé pour l'intégration de la problématique hommes-femmes, le rôle et les responsabilités des dispositifs nationaux chargés de passer de cette approche conceptuelle à la pratique sont moins connus et diffèrent d'un pays à un autre.

A. La situation des dispositifs nationaux

47. Le dispositif national est l'organe reconnu par le gouvernement comme l'institution chargée d'appuyer l'intégration de la problématique hommes-femmes et la promotion de la femme. Ces dispositifs sont d'une importance cruciale pour la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing à l'échelon national.

48. Le rôle des dispositifs nationaux à l'échelle inter-nationale prend de plus en plus d'importance. Nombre de ces dispositifs assurent la représentation de leur pays lors des débats internationaux, tels que les conférences mondiales des Nations Unies ou les réunions de la Commission de la condition de la femme. Par ailleurs, ces dispositifs établissent des réseaux aux échelons régional et

international, qui leur permettent de tirer les leçons de leurs expériences respectives. Malgré leur présence sur la scène internationale, les travaux de recherche consacrés à évaluer le rôle de plus en plus important qu'ils jouent aux échelons régional et international sont peu nombreux.

49. Aujourd'hui, la plupart des pays ont mis en place un dispositif national sous une forme ou une autre. Le Répertoire de 1998 des centres de liaison nationaux qui s'occupent de la promotion de la femme 18/ recense 129 pays dotés d'un tel dispositif. Dans certains pays, il arrive que ce dispositif comprenne des organes extragouvernementaux, par exemple, un bureau de l'ombudsman ou une Commission pour l'égalité, chargés de veiller au respect des textes de loi relatifs à la parité hommes-femmes. Il peut également comprendre des établissements de recherche autonomes appuyant l'intégration de la problématique hommes-femmes par la collecte et l'analyse de données.

50. Les dispositifs nationaux sont très divers, et sont fonction du contexte culturel et politique du pays. Il n'existe pas de modèle agréé pour un tel dispositif. Toutefois, certains éléments sont indispensables à leur fonctionnement dans toutes les régions : a) ils doivent se situer à un niveau de décision ou d'autorité élevé pour pouvoir influencer sur la politique gouvernementale; b) leur mandat et leurs fonctions doivent être clairement définis; c) ils doivent avoir des liens solides avec les divers éléments de la société civile; et d) ils doivent disposer de ressources humaines et financières suffisantes.

51. Les pays se sont dotés de différents mécanismes pour promouvoir l'égalité entre les sexes. En 1996, la Division de la promotion de la femme a effectué une enquête sur les dispositifs nationaux des divers États membres. Les résultats, fondés sur 100 réponses, montrent que les deux tiers de ces dispositifs sont situés au sein de l'appareil de l'État, tandis qu'un tiers est constitué soit d'organisations non gouvernementales, soit d'organes mixtes. Au sein des gouvernements, plus de la moitié de ces dispositifs relèvent d'un ministère et un tiers, des bureaux au service du Chef de l'État, le reste étant constitué de ministères à part entière (d'après 88 réponses reçues). Parmi les dispositifs relevant d'un ministère, près de la moitié sont rattachés au Ministère des affaires sociales et environ un tiers, au Ministère du travail (d'après 88 réponses reçues).

52. Dans quantité de pays, le succès du dispositif national dépend de sa situation à un niveau élevé au sein du gouvernement. Ainsi, en Namibie, le dispositif national a réussi à intégrer la problématique hommes-femmes dans tous les secteurs du Plan national de développement du gouvernement. L'Ouganda a mis en place un réseau de chargés de liaison et un système de planification inter-ministériel. Chaque ministère est chargé de désigner un haut fonctionnaire comme chargé de liaison; tous ces hauts fonctionnaires ont reçu une bonne formation et sont encouragés à entreprendre des examens de politique générale sur les progrès réalisés dans le domaine de l'égalité entre les sexes. En outre, une politique nationale a été formulée dans ce domaine, pour donner aux dirigeants des directives sur la façon d'intégrer une perspective sexospécifique dans leurs travaux. En outre, les budgets et programmes à l'échelon national et au niveau des districts doivent montrer comment les hommes et les femmes bénéficient de cette intégration. Toutefois, dans certains pays, les dispositifs nationaux gagnent à fonctionner en dehors de l'appareil de l'État. En Inde, par exemple,

/...

ce dispositif est un organe consultatif sur les questions intéressant les femmes, qui a pour objet de traduire des idées en actes politiques.

53. Le Programme d'action recommande que les dispositifs nationaux aient le pouvoir d'influer sur la conception et la mise en oeuvre des toutes les politiques gouvernementales et jouissent d'un pouvoir de formulation et de révision des textes de loi (par. 204 et 205). D'après l'enquête de la Division de la promotion de la femme, la plupart des dispositifs nationaux n'ont pas le pouvoir de réviser les textes de loi en vigueur (constatation fondée sur 94 réponses). Cependant, près des quatre cinquièmes de ces dispositifs ont le pouvoir de présenter un projet de loi (constatation fondée sur 96 réponses) ou de revoir un texte de loi avant son adoption (constatation fondée sur 95 réponses).

54. Certains dispositifs nationaux se limitent exclusivement à leur rôle de conseillers ou de catalyseurs pour l'intégration de la problématique hommes-femmes, laissant le soin de l'exécution des programmes à d'autres entités. Par exemple, en Suède, chaque ministre est chargé de veiller à cette intégration dans son domaine de responsabilité. Cette situation repose sur la conviction qu'une politique d'égalité ne peut voir le jour indépendamment des autres choix de politique. Cela dit, la plupart des dispositifs nationaux font principalement porter leur effort de promotion de la femme sur des programmes donnés. D'après l'enquête de la Division de la promotion de la femme, la planification de tels programmes et le suivi de leur exécution ont obtenu les meilleurs résultats lorsque les dispositifs nationaux avaient leur propre sphère d'activité (constatation fondée sur 133 réponses).

55. Pour être efficaces, les dispositifs nationaux ont besoin d'établir des liens solides avec certains éléments de la société civile. Ils disposent de divers moyens pour établir ces liens et les maintenir. Ainsi, au Chili, les organisations non gouvernementales se sont alliées au gouvernement pour concevoir un plan destiné à permettre l'instauration de l'égalité entre les sexes. Le gouvernement s'est engagé publiquement à veiller à l'exécution de ce plan. En Équateur, les organisations non gouvernementales ont également apporté une contribution importante à la conception de la politique nationale d'égalité entre les sexes. Un processus particulier permet aux associations féminines de s'assurer que leurs préoccupations sont prises en compte lors de la formulation de la politique nationale.

56. Le dispositif libanais et un groupe d'organisations non gouvernementales ont élaboré conjointement une stratégie visant à améliorer la condition de la femme au Liban, et ont assumé ensemble la responsabilité de son application. En République de Corée, le dispositif national fournit des fonds aux groupements féminins de la société civile et les invite à participer à ses projets. Par ailleurs, les deux parties tiennent régulièrement des réunions consultatives. Le gouvernement suédois fournit des crédits aux organisations non gouvernementales féminines et fait figurer celles-ci dans les délégations officielles aux rencontres internationales.

57. Aux Philippines, les organisations non gouvernementales jouent un rôle crucial dans la promotion de l'égalité entre les sexes au sein du gouvernement. Les organisations non gouvernementales féminines ont contribué à l'élaboration

du cadre national de développement et ont créé un forum pour les groupes de la société civile sur l'application du Programme d'action de Beijing.

58. L'accès aux techniques d'information modernes est indispensable aux dispositifs nationaux, auxquels il permet de se constituer en réseau et de se tenir informés des réalisations à l'échelle internationale. L'enquête de la Division de la promotion de la femme a toutefois révélé qu'un quart seulement des dispositifs nationaux ont pleinement accès à l'Internet (constatation fondée sur 95 réponses).

59. Malgré leur diversité, nombre de dispositifs nationaux se heurtent aux mêmes difficultés :

- a) Ils sont marginalisés au sein de l'appareil politique et ont peu d'influence sur le processus général de prise de décisions;
- b) Leur mandat n'est pas clairement défini;
- c) Ils sont coupés de la société civile;
- d) Ils souffrent de leur manque de rapports avec les ministères d'exécution dans la structure fortement verticale des institutions de l'État;
- e) Ils n'ont pas l'appui de l'administration et du Parlement pour l'intégration de la problématique hommes-femmes, et ils se heurtent à l'idée que cette question est sans objet dans certains domaines tels que l'économie, la défense ou la politique énergétique;
- f) Ils ont des difficultés à concilier leurs fonctions consultatives et l'exécution proprement dite des programmes et des projets;
- g) Ils manquent de connaissances et de formation sur les questions d'inégalité entre les sexes;
- h) Ils manquent de ressources financières.

60. C'est dans ce contexte que la Division de la promotion de la femme, de concert avec la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), a organisé une Réunion d'un Groupe d'experts sur les dispositifs nationaux de promotion de l'égalité entre les sexes, qui s'est tenue à Santiago (Chili) du 31 août au 4 septembre 1998. Ce groupe a formulé des recommandations afin de renforcer le rôle des dispositifs nationaux à l'égard de l'exécution du Programme d'action. Les experts ont suggéré des mesures en vue de promouvoir l'intégration de la problématique hommes-femmes dans la formulation de politiques et de renforcer le lien entre les dispositifs nationaux et la société civile, et ils ont suggéré que certains de ces dispositifs tiennent les gouvernements responsables de cette intégration.

B. Stratégies visant à renforcer les mécanismes nationaux

1. Renforcement des mécanismes nationaux en tant que catalyseurs de l'intégration de la problématique hommes-femmes

61. Pour être viables, les dispositifs nationaux doivent être ancrés dans le contexte national. Ils doivent tenir compte des normes culturelles locales, tout en s'efforçant de promouvoir l'intégration de la dimension hommes-femmes et l'égalité entre les sexes. La réunion du Groupe d'experts a permis d'identifier certains éléments d'une importance cruciale pour le fonctionnement de ces dispositifs nationaux comme catalyseurs dans ce processus d'intégration : leur structure et leur implantation, les ressources humaines et financières dont ils disposent, leur mandat et leurs fonctions, et la coopération et le soutien dont ils bénéficient auprès de la communauté internationale.

a) Structure et implantation

62. Dans nombre de pays, le dispositif national est un organe situé hors du cadre étatique. Toutefois, certains experts recommandent qu'il comporte un service gouvernemental officiellement chargé de coordonner, faciliter et suivre le processus d'intégration dans tous les ministères et institutions d'État. Il appartiendrait donc aux gouvernements :

- i) D'implanter l'organe de coordination de l'intégration de la dimension hommes-femmes au plus haut niveau, de manière qu'il relève du Président, du Premier Ministre ou d'un Ministre du Cabinet. Cela conférerait au dispositif national l'autorité politique nécessaire à l'exécution de son mandat de coordination de ce processus d'intégration dans tous les ministères;
- ii) De veiller à ce que les hauts responsables de chaque ministère assument la responsabilité de l'intégration de la dimension hommes-femmes à toutes les politiques. À cette fin, les ministres devraient s'assurer que les hauts responsables reçoivent l'assistance nécessaire d'experts des questions de parité hommes-femmes ou des chargés de liaison pour ces questions;
- iii) De créer des structures distinctes pour promouvoir l'égalité entre les sexes dans la politique de personnel, afin d'éviter toute confusion avec les fonctions d'intégration de la dimension hommes-femmes du dispositif national.

b) Ressources humaines et financières

63. Pour pouvoir fonctionner efficacement, les organes des dispositifs nationaux, qu'ils soient intégrés ou non à l'État, ont besoin de ressources humaines et financières adéquates. Il incombe aux gouvernements :

- i) De financer durablement les dispositifs nationaux à travers le budget national;
- ii) De veiller à la nomination de personnes d'un niveau suffisant, possédant l'expérience appropriée, les qualifications requises et

/...

des compétences spécialisées dans le domaine de la problématique hommes-femmes;

- iii) De prévoir des crédits budgétaires pour permettre au personnel des dispositifs nationaux de recevoir, s'il y a lieu, un complément de formation.

c) Mandat et fonctions

64. Pour pouvoir fonctionner efficacement, les dispositifs nationaux ont besoin que leur mandat soit clairement défini. À l'échelon gouvernemental, ces dispositifs sont un catalyseur de l'intégration de la dimension hommes-femmes, et non pas un organe chargé de la mise en oeuvre d'une politique. Cela dit, ils peuvent décider de s'intéresser à certains projets particuliers. Leur mandat doit donc comprendre :

- i) L'élaboration de politiques (en collaboration avec les ministères compétents);
- ii) La coordination et la promotion de ces politiques;
- iii) Le suivi de l'impact de ces politiques sur la problématique hommes-femmes, en particulier, le suivi des textes soumis au cabinet;
- iv) L'examen des projets de loi et des propositions de politiques émanant de tous les ministères, afin de veiller à ce qu'ils tiennent compte de la perspective sexospécifique;
- v) L'amorce de réformes tendant à créer des systèmes juridiques plus sensibles aux questions d'égalité entre les sexes;
- vi) La coordination d'audits de la mise en oeuvre des politiques axés sur la dimension hommes-femmes;
- vii) Les moyens de s'assurer que les débats sur la Constitution ou d'autres cadres tiennent compte de la perspective hommes-femmes.

65. Les dispositifs nationaux doivent exercer les fonctions suivantes :

- i) Assurer aux hauts responsables de la gestion gouvernementale une formation appropriée dans le domaine de l'égalité entre les sexes, et promouvoir une formation dans ce domaine à tous les niveaux de l'administration;
- ii) Mettre au point des méthodes et des outils pour l'intégration de la perspective sexospécifique, tels que l'évaluation de l'impact des nouvelles politiques sur la problématique hommes-femmes et des directives pour la formation dans le domaine de l'égalité entre les sexes, et pour l'audit de toutes les activités gouvernementales du point de vue de leur dimension hommes-femmes;
- iii) Recueillir et diffuser des données sur les modèles de pratiques optimales de l'intégration de la dimension hommes-femmes;

- iv) Coordonner l'élaboration et l'actualisation périodique de plans nationaux d'action pour la mise en oeuvre du Programme d'action de Beijing, et rendre compte de leur application au Parlement et aux instances internationales;
- v) Coopérer avec les médias, afin de sensibiliser l'opinion publique aux questions d'égalité entre les sexes.
- d) Coopération et soutien de la communauté internationale

66. Les organisations internationales et, en particulier, l'Organisation des Nations Unies, ont joué un rôle déterminant dans l'établissement d'un consensus international sur l'importance des dispositifs nationaux. Ces organisations devraient :

- i) Apporter une assistance complémentaire aux dispositifs nationaux, par exemple, en dressant une liste des pratiques optimales et en les présentant dans un recueil; et en créant des réseaux électroniques, par exemple, en établissant des liens entre les sites Web des divers dispositifs nationaux;
- ii) De concert avec les gouvernements nationaux, offrir une assistance pour l'établissement des dispositifs nationaux en réseaux régionaux, afin de faciliter l'échange de données d'expérience et la diffusion des pratiques optimales et de stratégies pour l'intégration de la problématique hommes-femmes.

2. Liens entre les dispositifs nationaux et la société civile

67. Les éléments de la société civile jouent souvent un rôle de premier plan dans l'établissement des dispositifs nationaux. L'appui de la société civile renforce également la position de ces dispositifs vis-à-vis des autres sphères gouvernementales.

68. Les dispositifs nationaux ont besoin d'établir des liens étroits avec les organisations non gouvernementales. Chaque fois qu'ils en ont la possibilité, ils devraient institutionnaliser ces liens avec ces organisations. Ils peuvent également servir de trait d'union entre la société civile et les diverses instances gouvernementales. Pour renforcer leurs liens avec les ONG, les dispositifs nationaux intra-étatiques devraient :

- a) Consulter les principales ONG sur les questions de politique nationale et internationale concernant les femmes et l'égalité entre les sexes;
- b) Faire participer les ONG représentant divers groupements féminins à la rédaction des rapports des États parties au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et à l'établissement de plans d'action nationaux pour l'application du Programme d'action de Beijing, ainsi qu'aux délégations aux réunions internationales telles que celles de la Commission de la condition de la femme;

c) Renforcer l'audience des groupes de défense des droits de la femme en leur apportant des ressources financières ou en reconnaissant publiquement l'importance de leurs travaux;

d) Établir des voies de communication officielles fonctionnant dans les deux sens, et favoriser notamment la participation régulière du dispositif national aux conférences des ONG et la nomination de représentants d'ONG au conseil et autres organes de ce dispositif.

69. Pour renforcer l'appui de la société civile à leur mandat, les dispositifs nationaux devraient :

a) Coopérer avec les médias, afin de sensibiliser le public à l'égalité entre les sexes et au rôle que jouent ces dispositifs afin de promouvoir une telle égalité;

b) Développer et utiliser les médias électroniques, afin de diffuser l'information sur la situation des femmes, et constituer un réseau avec les organismes de la société civile, avec d'autres instances gouvernementales traitant de la problématique hommes-femmes et avec les dispositifs nationaux d'autres pays;

c) Informer la société civile des accords internationaux concernant les femmes et l'égalité entre les sexes et des résultats des grandes conférences des Nations Unies;

d) Organiser des conférences réunissant des chercheurs, des décideurs et des groupes de défense des droits de la femme, afin de faciliter l'échange de données d'expérience et l'établissement de réseaux.

70. Le système des Nations Unies devrait aider à renforcer les liens entre les dispositifs nationaux et les ONG :

a) En encourageant les gouvernements et ces dispositifs à rendre compte des opinions de la société civile dans les rapports qu'ils présentent sur les questions concernant les femmes et l'égalité entre les sexes aux organismes internationaux tels que le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et la Commission de la condition de la femme. Cela pourrait prendre la forme d'un rapport conjoint du gouvernement et des ONG ou d'un rapport présenté à titre indépendant par l'ONG;

b) En apportant un appui consultatif et logistique aux dispositifs nationaux et aux groupes de défense des droits de la femme pour l'application du Programme d'action de Beijing. Sur ce plan, les bureaux des coordonnateurs résidents des Nations Unies, en particulier de ceux qui s'occupent du rôle des femmes dans le développement et des questions d'égalité entre les sexes, devraient jouer un rôle déterminant. L'ONU, en collaboration avec les ONG internationales, pourrait également aider à diffuser l'information aux échelons régional et national.

3. Mécanismes destinés à permettre de tenir les gouvernements responsables de l'intégration de la problématique hommes-femmes

71. Les participants à la réunion sont convenus de reconnaître la nécessité de disposer de mécanismes spéciaux pour tenir les gouvernements responsables de l'intégration de la problématique hommes-femmes. Le Programme d'action stipule que les gouvernements devraient rendre compte périodiquement aux organes législatifs des progrès de l'action entreprise en vue d'intégrer la problématique hommes-femmes (par. 203 e)).

72. Pour que les mécanismes utilisés à cet effet soient efficaces, il conviendrait de tenir compte de certains éléments, tels que les statistiques ventilées selon divers critères, les indicateurs de performance, les examens d'experts, la transparence et la présentation de rapports réguliers. Les statistiques devraient être ventilées non seulement par sexe, mais aussi par rapport à certaines variables telles que l'habitat urbain ou rural, l'âge, l'ethnicité, la race, l'invalidité et d'autres variables socio-économiques. Il conviendrait de revoir périodiquement les indicateurs de performance, tant qualitative que quantitative, pour s'assurer qu'ils restent révélateurs du progrès sur le plan de l'égalité entre les sexes.

73. Les dispositifs nationaux jouent un rôle clé du point de vue du processus de responsabilisation. Il leur appartient :

a) D'aider les ministères et autres organismes gouvernementaux à inclure une perspective sexospécifique dans les rapports budgétaires et autres qu'ils présentent au Parlement et à préparer des rapports d'activité sur l'intégration de la problématique hommes-femmes;

b) D'aider les organismes gouvernementaux à établir clairement des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, afin de mesurer leur performance du point de vue de l'intégration de la problématique hommes-femmes;

c) De mettre au point, de concert avec le service national des statistiques, des indicateurs de la performance globale du gouvernement;

d) De coordonner la rédaction de rapports périodiques indiquant les progrès d'ensemble réalisés par le gouvernement dans l'instauration de l'égalité entre les sexes et la réalisation des engagements du Programme d'action de Beijing.

74. L'établissement d'audits et de budgets ventilés par sexe constitue un moyen particulier de mesurer les progrès réalisés dans le domaine de l'égalité entre les sexes. Les gouvernements doivent :

a) Veiller à ce que l'audit de la problématique hommes-femmes figure dans toutes les fonctions d'audit;

b) Envisager d'adopter un budget ventilé par sexe, qui exige des ministères et autres organismes qu'ils décomposent toutes leurs dépenses du point de vue de leurs avantages pour les hommes et les femmes dans leurs documents budgétaires. Ce processus permet de faire ressortir les différences dans l'allocation de ressources entre les hommes et les femmes.

75. Les Parlements ont également un rôle à jouer dans la responsabilisation des gouvernements. Ils devraient constituer une commission permanente chargée de suivre les progrès réalisés sur la voie de l'intégration de la problématique hommes-femmes et d'analyser les aspects liés à cette problématique dans tous les rapports du gouvernement. Les ministères sont censés utiliser les indicateurs de performance de l'intégration de la dimension hommes-femmes, établis de concert avec le dispositif national, dans la présentation de leurs rapports au Parlement. Cette commission permanente serait dotée d'un secrétariat possédant des compétences techniques en matière d'analyse des questions d'égalité entre les sexes pour examiner cet aspect des rapports.

76. Les dispositifs nationaux devraient se fonder sur les accords internationaux pour s'assurer que les gouvernements s'acquittent de leurs responsabilités. Il leur incombe :

a) De presser leur pays de faire rapport en temps voulu au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, et de revoir périodiquement toutes réserves à l'égard de la Convention sur l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, en vue de leur éventuel retrait. Les pays qui n'ont pas encore ratifié cette Convention devraient réexaminer leur position;

b) D'inviter leur pays à ratifier les protocoles facultatifs aux traités internationaux, qui comportent un mécanisme de plainte.

77. Pour garantir le bon fonctionnement des dispositifs nationaux, il faut que les relations qui existent entre ces mécanismes et la société civile soient solides. La société civile joue également un rôle important de suivi et de sensibilisation à la responsabilité du gouvernement vis-à-vis de l'intégration de la dimension hommes-femmes. Il appartient aux organismes de la société civile :

a) De faire usage des systèmes juridiques nationaux, régionaux et internationaux pour contester les lois qui violent le principe de l'égalité entre les sexes;

b) De remettre en cause un texte de loi ou d'appuyer une telle contestation en se fondant sur l'intérêt public et d'examiner certaines questions concernant la condition des femmes;

c) De mobiliser l'opinion publique à l'appui du respect d'engagements internationaux ou nationaux en faveur de l'égalité entre les sexes;

d) D'établir leurs propres rapports à titre de complément aux rapports périodiques présentés par les pays aux organes créés en vertu de traités internationaux et à la Commission de la condition de la femme.

78. Pour que les dispositifs nationaux continuent de bénéficier de l'appui des organes de la société civile, il faut qu'ils puissent répondre de l'exécution de leur mandat. Les experts ont recommandé que des représentants des ONG participent, dans la mesure du possible, à des examens de ces dispositifs en fonction d'indicateurs de performance, et que les voies institutionnelles recommandées précédemment soient utilisées.

Notes

1/ Voir Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.13) chap. I, résolution 1, annexe II, par. 89-111.

2/ La Conférence internationale sur la population et le développement (1994) fixait les objectifs mondiaux de façon plus détaillée, recommandant que les pays qui ont des taux de mortalité maternelle intermédiaires s'efforcent de les ramener à moins de 100 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2005 et à moins de 60 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2015. Ceux où le taux est le plus élevé devraient s'efforcer de les ramener à moins de 125 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2005 et à moins de 75 pour 100 000 naissances vivantes d'ici à 2015. Toutefois, tous les pays devraient ramener les taux de morbidité et de mortalité maternelles à des niveaux où ils ne constituent plus un problème de santé publique. Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, 5-13 septembre 1994 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.95.XIII.18, par. 8.21).

3/ Ibid., par 7.3. Le même texte figure dans le Programme d'action (voir Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, annexe II, par. 95).

4/ Voir Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, annexe I.

5/ Jonathan Mann et Sofia Gruskin, «Women's health and Human Rights: Genesis of the Health and Human Rights Movement», Health and Human Rights, vol. 1, No 4 (1995), pp. 309-314.

6/ Le droit de décider du nombre et de l'espacement des naissances (article 16, par. 1 e)); le droit d'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille (article 10 h)); le droit des femmes des zones rurales d'avoir accès à des services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille (article 14, par. 2 b)); et le droit à la protection de la santé et à la sécurité des conditions de travail (article 11, par. 1 f)).

7/ Voir en particulier la recommandation générale No 12 (1989) sur la violence à l'égard des femmes; la recommandation générale No 14 (1990) sur l'excision; et la recommandation générale No 15 (1990) sur la non-discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales de prévention du syndrome d'immunodéficience acquise.

8/ Le Comité des droits de l'homme, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité contre la torture et le Comité des droits de l'enfant. Voir en particulier ORGA, cinquante-deuxième session, Supplément No 40 (A/52/40), par. 160, 167, 287 et 300.

9/ A/52/507, annexe.

10/ Au 19 novembre 1998, un total de 104 États Membres et un observateur avaient officiellement soumis leurs plans nationaux d'action et leurs stratégies d'application au Secrétariat. Voir également E/CN.6/1998/6.

11/ Les membres de l'Équipe spéciale du CAC sur les services sociaux de base pour tous étaient le FNUAP (Présidence), le Secrétariat de l'ONU, les Commissions régionales des Nations Unies, la FAO, l'OIT, le FMI, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), le Centre des Nations Unies pour les établissements humains (HABITAT), l'UNICEF, le Fonds de développement des Nations Unies pour la femme (UNIFEM), le PNUD, l'UNESCO, le PNUE, l'ONUDI, le Programme des Nations Unies pour le contrôle international des drogues (PNUCID), l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), la Banque mondiale, le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'OMS.

12/ Basic social services for all guidelines on a common approach to national capacity building in tracking child and maternal mortality (1997); guidelines on primary health care (1997); guidelines on reproductive health (1997).

13/ L'ensemble minimal de données sociales nationales a été entériné par la Commission de statistique, lors de sa vingt-neuvième session (Voir ORECOSOC, 1997, Supplément No 4 (E/1997/24), par. 67 a)).

14/ Organisation mondiale de la santé, Monitoring reproductive health : selecting a short list of national and global indicators (Genève, 1998); Selecting reproductive health indicators : a guide for district managers, Version pour essais sur le terrain (1997); Reproductive Health Indicators for Global Monitoring, Rapport d'une réunion inter-institutions, 9-11 avril 1997.

15/ Organisation mondiale de la santé, The Sisterhood for Estimating Maternal Mortality : Guidance Notes for Potential Users (1997).

16/ Fonds des Nations Unies pour la population, Indicators for Population and Reproductive Health Programmes (à paraître).

17/ Voir Nations Unies, La situation économique et sociale dans le monde, 1997 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.97.II.C1).

18/ Le Répertoire s'appuie sur les réponses des gouvernements et est régulièrement mis à jour par la Division de la promotion de la femme.

2. Annexe

CADRE POUR LA CONCEPTION DE POLITIQUES NATIONALES DE SANTÉ DANS
UNE PERSPECTIVE SEXOSPÉCIFIQUE INTÉGRÉE

TABLE DES MATIÈRES

	<u>Paragraphe</u> s	<u>Page</u>
I. INTRODUCTION	1 - 2	30
II. SEXE «BIOLOGIQUE», SEXE «SOCIAL» ET SANTÉ : QUELQUES PRÉCISIONS SUR CES CONCEPTS	3 - 22	30
A. Influences biologiques sur la santé et la maladie .	5 - 6	31
B. Les cloisonnements par sexe imposés par la société	7 - 12	31
C. L'incidence des inégalités entre les sexes sur la santé des femmes	13 - 18	32
D. L'incidence des inégalités entre les sexes sur la santé des hommes	19 - 22	34
III. PRÉJUGÉS SEXISTES DANS LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ	23 - 29	34
A. Parti pris sexiste dans le domaine de la recherche	23 - 26	34
B. Parti pris sexiste dans la prestation des soins de santé	27 - 29	35
IV. INTÉGRATION DE LA PROBLÉMATIQUE HOMMES-FEMMES DANS LA RECHERCHE MÉDICALE	30 - 42	36
A. Évaluation de la santé des femmes	31 - 34	36
B. Intégration des femmes dans la recherche biomédicale	35	37
C. Élargissement du champ de la recherche médicale . .	36 - 37	38
D. Vision d'ensemble	38 - 42	38
V. INTÉGRATION DE LA PROBLÉMATIQUE HOMMES-FEMMES DANS LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ	43 - 63	39
A. Susciter la volonté politique	46 - 48	40
B. Recourir à une évaluation des besoins qui tienne compte des différences entre les sexes	49 - 50	41

TABLE DES MATIÈRES (suite)

	<u>Paragraphes</u>	<u>Page</u>
C. Intégrer la question de la différence entre les sexes dans le processus de planification	51 - 56	41
D. Établir un cadre pour une planification sexospécifique	57 - 58	42
E. Renforcer les capacités pour la prestation de services tenant compte des différences entre les sexes	59 - 61	43
F. Transparence, suivi et évaluation	62 - 63	43
III. PROMOUVOIR LA SANTÉ ET L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES PAR UNE COLLABORATION INTERSECTORIELLE	64 - 71	44

I. INTRODUCTION

1. Au cours des deux dernières décennies, les questions relatives aux femmes ont pris rapidement une importance croissante dans le choix des orientations des gouvernements nationaux et des organisations internationales. Durant les années 80, il s'est produit un fort accroissement des politiques visant à éviter aux femmes de se retrouver en marge des grands courants de la vie économique, politique et sociale. Si ces politiques ont effectivement permis une amélioration sensible des conditions de vie des femmes, la situation générale de celles-ci dans la société est restée essentiellement la même. C'est pour lutter contre cette discrimination persistante que l'intérêt porté aux femmes suscite aujourd'hui une préoccupation plus générale à l'égard des relations entre les hommes et les femmes. Dans le domaine des soins de santé et dans d'autres domaines d'intérêt général, l'accent est mis désormais sur l'identification et la suppression des inégalités entre les sexes qui empêchent les femmes, et parfois les hommes, de réaliser tout leur potentiel.

2. Cette évolution vers une perspective sexospécifique représente un progrès important. Cependant, elle n'a pas encore donné les résultats attendus, et ce, notamment pour deux raisons principales. Premièrement, les termes utilisés engendrent une grande confusion. Qu'entend-on en anglais par «gender» et quelle est la différence avec le mot «sex»?* Et en quoi l'approche sexospécifique s'écarte-t-elle de celle qui ne porte que sur les femmes? Ce sont là des questions importantes que tous ceux qui s'occupent de la mise en oeuvre de politiques de santé qui tiennent compte du rôle spécifique des femmes doivent bien comprendre. Deuxièmement, il s'est produit un décalage dans l'élaboration et la diffusion de techniques appropriées pour l'incorporation de la problématique hommes-femmes dans le processus d'élaboration des grandes orientations. Pour que l'égalité entre les sexes devienne l'un des principaux objectifs de l'amélioration d'un service de santé, il importe que les responsables soient convenablement informés du moyen le plus efficace de parvenir à cet objectif.

II. Sexe «biologique», sexe «social» et santé : quelques précisions sur ces concepts

3. Malgré son utilisation croissante, l'expression «sexe social», qui est utilisée comme traduction du terme anglais «gender» continue de susciter une grande confusion. Cette expression n'est pas simplement une appellation plus moderne du «sexe». Il s'agit plutôt d'une formule utilisée pour distinguer les particularités des hommes et des femmes qui sont d'ordre social de celles qui sont purement biologiques. Ainsi, les femmes se distinguent des hommes par leurs particularités sociales, d'une part, et par leurs caractéristiques biologiques, d'autre part. Cela veut dire que la problématique hommes-femmes n'est pas seulement une préoccupation pour les femmes. Les divisions entre les sexes ont également une incidence à la fois positive et négative sur la santé des hommes. Ces différences entre la «condition féminine» et la «condition masculine» se

* Note du Traducteur : En français, les deux termes se traduisent par sexe, mais on traduit parfois le mot anglais «sex» par «sexe biologique» et le mot «gender» par «sexe social».

répercutent dans les profils de santé et de maladie des hommes et des femmes à travers le monde.

4. Il existe des différences sensibles entre les taux de prévalence de certains problèmes de santé chez les hommes et les femmes. Tout essai d'explication de ces différences doit tenir compte de l'impact des influences tant biologiques que sociales sur le bien-être. La recherche montre que certaines maladies ne frappent pas les hommes aux mêmes âges que les femmes. Par exemple, les maladies cardio-vasculaires sont diagnostiquées plus tard chez les femmes que chez les hommes; certaines maladies, telles que l'anémie et les troubles de l'alimentation et de l'appareil locomoteur, sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, tandis que d'autres maladies et troubles, tels que ceux qui sont liés à la grossesse, ne frappent que les femmes.

A. Influences biologiques sur la santé et la maladie

5. La recherche biomédicale et sociale sur les différences entre hommes et femmes s'est traditionnellement limitée à la biologie fondamentale de la reproduction. Cette approche est sans aucun doute importante, car la structure et le fonctionnement de leurs appareils reproducteurs sont à l'origine de problèmes de santé propres aux uns et aux autres. Par exemple, seul l'homme doit se préoccuper du cancer de la prostate, tandis que les femmes sont les seules à être exposées au cancer du col de l'utérus. Cela dit, du fait de son aptitude à concevoir et à accoucher, qu'elle soit en bonne santé ou malade, la femme a plus de besoins en matière de santé génésique que l'homme. Elle a besoin de maîtriser sa fécondité et d'accoucher en toute sécurité, de sorte que l'accès à une hygiène sexuelle et à des soins de santé génésique de qualité tout au long de sa vie est essentiel à son bien-être.

6. Cette constatation se trouve encore confirmée si l'on examine les profils d'espérance de vie des hommes et des femmes. La longévité supérieure des femmes est généralement acceptée comme étant d'origine biologique. Ce potentiel biologique pour une vie plus longue peut se trouver sensiblement réduit et la qualité de vie diminuée si les femmes sont soumises à des pratiques discriminatoires, telles que l'incapacité de la société de leur assurer des services de santé efficaces et appropriés. C'est donc là que le biologique se heurte au social et que des changements pourraient être apportés à ces différences de statut social.

B. Les cloisonnements par sexe imposés par la société

7. Le complexe édifice des sexospécificités agit sur les différences biologiques et génétiques pour créer des conditions de santé, des situations et des problèmes qui sont différents pour les femmes et pour les hommes en tant qu'individus et en tant que groupes. Il importe que les personnes chargées de dispenser les soins de santé et celles qui ont pour mission de définir la politique de santé comprennent bien cette interaction et son influence selon l'âge, l'appartenance ethnique et le niveau de revenu.

8. Toutes les sociétés sont divisées selon l'axe hommes/femmes, les individus de chaque sexe étant perçus comme présentant des différences fondamentales par rapport à ceux du sexe opposé. La constatation la plus évidente, c'est que les femmes se voient généralement confier la responsabilité de la famille et des

tâches ménagères, tandis que les hommes s'adonnent à des activités tournées davantage vers le monde extérieur : travaux rémunérés et activités liées aux droits et aux devoirs du citoyen.

9. Dans la plupart des sociétés, il ne s'agit pas seulement de différences mais d'inégalités. On attache généralement plus de valeur à l'homme qu'à la femme, et la rétribution des uns et des autres se fait en conséquence. Par exemple, le travail que les femmes font à la maison n'est pas rémunéré et généralement considéré comme sans grande valeur, comparé au travail salarié. C'est ainsi que, face à une même situation sociale, la plupart des femmes ont accès à moins de ressources que les hommes.

10. L'appartenance à un sexe plutôt qu'à l'autre façonne également le développement de l'individu. Dans différents contextes, les normes sociales qui définissent un comportement jugé acceptable pour un homme ou une femme influent sur la formation de l'identité subjective de l'individu. La recherche a montré comment les attentes et le fonctionnement cognitif, affectif et social des filles et des garçons sont différenciés selon l'appartenance à un sexe ou à l'autre et comment ils débouchent sur les différences observées dans les conceptions et le comportement des hommes et des femmes face à un contexte social donné. Ces normes placent presque toujours les femmes en position de subordination par rapport aux hommes, imposant des limites à leurs espoirs et à leurs aspirations.

11. L'importance de la distinction entre les hommes et les femmes se remarque aussi bien au niveau des institutions qu'à ceux de l'individu et des ménages. Les structures sociales, qu'il s'agisse des soins de santé, des lois, de l'économie ou des pratiques religieuses, sont empreintes d'un ensemble complexe de valeurs et de normes, qui renforcent la discrimination à l'égard des femmes et détermine les perspectives, les ressources et les options offertes à chaque homme et à chaque femme.

12. L'état de santé des hommes et des femmes est conditionné par leurs spécificités biologiques, mais aussi par l'influence du cloisonnement sexuel sur leur situation sociale, culturelle et économique. Pour les femmes, les effets de ce cloisonnement sont essentiellement négatifs. L'incidence sur les hommes est plus difficile à déterminer, car la situation de l'homme est fonction d'un ensemble plus complexe de risques et d'avantages.

C. L'incidence des inégalités entre les sexes sur la santé des femmes

13. Dans nombre de pays, du fait de l'existence d'inégalités sociales et économiques, les femmes ont du mal à obtenir le minimum nécessaire à une vie saine. Certes, le degré d'insatisfaction varie selon la communauté, mais la «féminisation» de la pauvreté reste une constante. La «dévalorisation culturelle» a aussi son importance, mais elle est difficile à mesurer ou même à définir. Comme elles appartiennent à un groupe qui est perçu par la société comme étant d'une moins grande valeur, nombreuses sont les femmes qui ont de la difficulté à développer une attitude mentale positive. Ce processus commence dès l'enfance où, dans de nombreuses cultures, les filles sont moins appréciées que les garçons, et se poursuit dans la vie adulte, où les tâches consistant à s'occuper de la famille sont considérées comme d'une moins grande valeur et sont moins rétribuées. Ces inégalités entre les sexes sont encore accentuées par le

manque de pouvoir des femmes et par les obstacles auxquels elles se heurtent dans les efforts qu'elles font pour changer la société.

14. On note une tendance actuelle à considérer comme pathologiques des processus normaux de la santé physique et mentale des femmes. Par exemple, dans la plupart des cas, la grossesse et l'accouchement sont des processus physiologiques normaux. Contrairement aux maladies qui frappent les hommes, ils ne sont pas à mettre au rang des maladies ou des interventions chirurgicales. Or, dans nombre de sociétés, la grossesse et l'accouchement sont traités comme des processus pathologiques plutôt que comme des processus naturels et sains. Les inégalités entre les sexes, qui leur interdisent l'accès à des services de santé de qualité, défavorisent doublement les femmes, que leur fonction de procréation expose déjà à des risques.

15. Par leur nature, les tâches qui incombent aux femmes peuvent également influencer sur leur santé. Les travaux ménagers et les soins aux enfants peuvent être des tâches épuisantes et débilitantes, surtout si elles sont accomplies avec des moyens insuffisants et s'ajoutent, comme c'est souvent le cas, à une grossesse et à la pratique d'une agriculture de subsistance. Elles peuvent également agir sur la santé mentale, si elles ne sont guère reconnues ou si la femme est maintenue dans l'isolement. Le temps qu'elles consacrent à s'occuper des autres incitent les femmes à négliger leur propre santé. De plus, la vie et les travaux domestiques les exposent souvent à la menace de violence, car le foyer est le lieu où elles risquent le plus de subir des sévices. Compte tenu de l'importance de leur rôle au sein de la famille, les conséquences sont plus lourdes pour elles que pour les hommes lorsqu'un membre de leur famille s'adonne à l'abus des drogues ou qu'elles souffrent elles-mêmes de toxicomanie. Par ailleurs, même dans le contexte des travaux rémunérés, les emplois «féminins» comportent souvent des dangers particuliers qui ne retiennent guère l'attention.

16. Pour quantité de femmes, la violence sexiste est un danger. Non seulement elle constitue une violation de leurs droits fondamentaux, mais elle est lourde de conséquences pour leur santé physique et mentale et pour le système de santé. Les femmes sont victimes d'agressions du fait des inégalités qui existent dans la société, et sont particulièrement vulnérables aux sévices infligés par leur partenaire ou par de proches parents.

17. La subordination sexuelle des filles et des femmes accentue leur vulnérabilité aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH et au sida, alourdissant la charge de morbidité qui pèse sur elles et réduisant sensiblement leur espérance de vie et leur qualité de vie. De surcroît, les fillettes et les femmes séropositives ou atteintes du sida sont le plus souvent mises à l'index et exposés à de mauvais traitements.

18. Dans de nombreuses subdivisions du secteur de la santé, les femmes sont sous-représentées parmi les responsables du choix des grandes orientations, les décideurs et les éducateurs. Cela est dû notamment au fait qu'elles n'ont l'égalité d'accès à la formation et à l'éducation, ce qui se traduit par des ressources plus limitées et par le manque d'attention porté à leurs besoins et à leurs priorités.

D. L'incidence des inégalités entre les sexes sur la santé des hommes

19. Jusqu'ici, ce sont les femmes et leurs défenseurs qui ont accordé le plus d'attention aux différences de traitement entre les hommes et les femmes dans le secteur de la santé. Toutefois, on se pose à présent de nouvelles questions quant aux dangers encourus par les hommes dans le domaine de la santé, dangers auxquels il conviendrait peut-être de prêter attention dans l'élaboration de politiques tenant compte des sexes.

20. À priori, la «masculinité» ne peut être qu'un avantage pour la santé, car elle a toute les chances de conférer à l'homme plus de pouvoir, de moyens et de privilèges qu'à la femme se trouvant dans une situation sociale équivalente. Cependant, on a également remarqué qu'elle présentait certains inconvénients. Par exemple, dans le contexte d'un travail rémunéré, dans de nombreuses sociétés, en tant que soutien de famille, l'homme se sent obligé d'accepter les travaux les plus dangereux. C'est ainsi que les taux d'accident du travail et de maladie professionnelle, de même que le nombre de décès pour raisons professionnelles, sont traditionnellement plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

21. Dans la plupart des sociétés, les hommes sont plus enclins que les femmes à s'adonner à tout un ensemble d'habitudes malsaines, telles que l'usage licite ou illicite de substances psychotropes et la pratique de sports dangereux. Dans la plupart des cultures, ces activités sont liées à une conception de la masculinité qui incite les jeunes gens, notamment, à se livrer à des activités comportant des risques pour montrer qu'ils sont «vraiment des hommes». Des notions de ce genre sont utilisées pour expliquer les taux élevés d'actes de violence perpétrés par des hommes sur d'autres hommes dans beaucoup de régions du monde. Dans le domaine de la santé mentale également, certains hommes font valoir à présent que les stéréotypes sexuels limitent le champ des émotions qu'ils sont autorisés à exprimer, de sorte qu'il leur est difficile d'admettre une certaine faiblesse, par exemple, ou d'autres sentiments considérés comme féminins.

22. L'inégalité entre les sexes influe sur le comportement des hommes et peut nuire aux relations entre hommes et femmes. Elle empêche les hommes de prendre conscience de leur responsabilité dans les actes de violence observés dans ces relations.

III. PRÉJUGÉS SEXISTES DANS LES PRATIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ

A. Parti pris sexiste dans le domaine de la recherche

23. La plupart des travaux de recherche dans le domaine de la santé continuent d'être menés selon la tradition biomédicale. Bien que l'on commence à attacher plus d'importance aux facteurs sociaux, le gros des ressources reste largement affecté aux projets relevant du domaine biomédical. Cela vaut non seulement pour la recherche clinique et épidémiologique, mais aussi pour la collecte courante de statistiques sur la morbidité et la mortalité, qui continuent de relever des disciplines médicales traditionnelles. On note une insuffisance de recherche qualitative. De ce fait, les informations recueillies et les conclusions tirées sont souvent insuffisantes pour la mise en oeuvre de politiques tenant compte des disparités entre les sexes.

24. En conséquence, il importe de mettre au point des systèmes d'information plus adéquats sur la santé, pour étayer les décisions sur les politiques et les programmes de santé. Il faudrait notamment des systèmes qui permettent de recueillir sur place des données (tant qualitatives que quantitatives) qui soient plus sensibles que la notion d'années de vie corrigés du facteur invalidité (AVCI) aux conditions socio-économiques et à la problématique hommes-femmes. Ces données pourraient alors servir à fixer des priorités par le biais d'un processus comprenant une analyse systématique par sexe.

25. La majeure partie de la recherche médicale continue de se fonder sur l'hypothèse tacite selon laquelle hommes et femmes sont physiologiquement semblables à tous égards, hormis pour ce qui est de leurs appareils reproducteurs. Elle ne tient pas compte des autres différences biologiques, pas plus que des différences sociales qui ont un tel impact sur la santé. Cette approche a pour conséquence d'avoir engendré une connaissance faussée. Dans les activités courantes de collecte de données, on ne fractionne pas toujours les statistiques par sexe et par âge, de sorte qu'il est difficile d'établir des plans en fonction des besoins spécifiques des hommes et des femmes. De même, de nombreuses études cliniques font tout simplement abstraction des femmes ou omettent de traiter le sexe biologique ou le sexe social comme des variables importantes de leur analyse.

26. Ainsi, les femmes sont souvent traitées comme les hommes dans l'application des stratégies préventives et curatives. Cela suscite une inquiétude particulière à propos des maladies coronariennes, ainsi qu'à propos du VIH et du sida. De même, il semble de plus en plus que les différences tant biologiques que sociales entre hommes et femmes soient importantes du point de vue de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires, telles que la tuberculose et le paludisme. Les différences biologiques liées au sexe pourraient avoir des conséquences du point de vue de la sensibilité et de l'immunité, tandis que les différences d'ordre social, concernant les modes de comportement et l'accès à des ressources, peuvent influencer sur le degré de risque d'infection et ses conséquences. Néanmoins, sans des informations plus précises, il est difficile de passer de ces observations à un choix d'orientations ou à des pratiques cliniques plus efficaces.

B. Parti pris sexiste dans la prestation des soins de santé

27. Des préoccupations du même ordre ont été exprimées au sujet du parti pris sexiste manifesté en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et la qualité des soins dispensés. Il est amplement démontré que les femmes, et plus particulièrement les femmes les plus pauvres, se heurtent à des difficultés d'accès aux services de santé. Parmi les obstacles qu'il leur faut surmonter figurent l'absence de soins adaptés à leur contexte culturel, l'insuffisance de ressources, le manque de moyens de transport, la honte et parfois, le refus de leur mari ou d'autres membres de leur famille de leur permettre d'accéder à ces soins. Les hommes aussi bien que les femmes se ressentent du volume limité des dépenses publiques consacrées aux soins de santé, mais lorsque la famille doit faire un choix, ce sont souvent les femmes dont les besoins sont considérés en dernier.

28. Lorsqu'elles peuvent avoir accès à des soins de santé, il a été constaté également que les soins qu'elles reçoivent sont de moins bonne qualité que ceux

qui sont dispensés aux hommes. Trop de femmes se plaignent que ces soins sont pénibles et humiliants. Le préjugé sexiste et l'attitude condescendante du personnel médical et des autres professionnels de la santé des deux sexes sont souvent intimidants pour les femmes et ne leur laissent aucune possibilité de se prononcer dans des décisions qui concernent leur corps et leur santé.

29. Lorsque les femmes sont exclues du processus de décision, le parti pris sexiste dans les déploiements, les promotions, les affectations et les perspectives de carrière du personnel de santé les découragent de solliciter des soins.

IV. INTÉGRATION DE LA PROBLÉMATIQUE HOMMES-FEMMES DANS LA RECHERCHE MÉDICALE

30. Dans la société en général, l'inégalité entre les sexes se ressent dans la façon dont est menée la recherche médicale. Pour que cela change, il faut que la recherche accorde plus de place à la santé des femmes. Si l'on veut que leurs intérêts soient véritablement pris en compte, un ensemble formel de mesures s'impose.

A. Évaluation de la santé des femmes

31. Le manque d'informations sur la situation des femmes est l'un des problèmes fondamentaux auxquels se heurtent de nombreux dirigeants. Les femmes n'étant pas séparées des hommes dans les statistiques nationales et régionales, il est difficile de pourvoir efficacement aux besoins particuliers des uns ou des autres. Il est donc essentiel que, dans la collecte de statistiques sur l'état de santé des hommes et des femmes, des données sur les différences observées entre les deux sexes soient recueillies à la fois du point de vue biologique et du point de vue social, et que les résultats soient présentés clairement pour être facilement utilisables. Le cadre conceptuel devant servir à la collecte de ces données doit être adapté au contexte dans lequel il est utilisé, et il doit également tenir compte de la diversité des expériences qui sont celles de la femme tout au long de sa vie. Par exemple, les femmes âgées n'ont pas nécessairement les mêmes problèmes de santé que les jeunes filles, de sorte qu'il est essentiel de suivre régulièrement l'évolution de certains facteurs, tels que leur état nutritionnel ou leurs possibilités d'accès à des soins de santé. Pour ce faire, il faudra mettre au point des indicateurs qui permettent de mesurer divers aspects de leur santé et de leur qualité de vie. Parmi les autres groupes de femmes dont la vulnérabilité réclame une attention particulière, il y a les femmes des zones rurales, les ouvrières des entreprises industrielles, les professionnelles du sexe, les réfugiées et les migrantes, les femmes qui élèvent seules leurs enfants et les femmes aux prises avec une maladie chronique ou une incapacité prolongée. C'est ainsi que la recherche a montré que les femmes qui souffrent d'une maladie qui les met à l'index de la société ou les défigure, comme la tuberculose ou la lèpre, sont plus isolées que les hommes pour toutes sortes d'activités et sont traitées en parias, y compris par leur famille.

32. Dans de nombreux pays en développement, le manque de données sur la santé des femmes s'explique en partie par le caractère très limité de l'état civil, tant pour les hommes que pour les femmes. Toutefois, cette situation se trouve souvent encore aggravée par l'incapacité des autorités compétentes à reconnaître

l'importance de la problématique hommes-femmes et leur incompréhension des pressions sociales complexes qui peuvent occulter les problèmes de santé de la femme. Les statistiques de santé sont fondées sur les fiches cliniques qui sont plus riches en données sur les hommes et où les femmes sont sous-représentées. De même, dans le cas de la mortalité maternelle, tout un ensemble de facteurs religieux, culturels et sociaux tendent à minimiser la situation. Des indicateurs de bon déroulement ont à présent été identifiés, et devront désormais être utilisés régulièrement par les responsables du suivi de la santé communautaire.

33. On observe des problèmes analogues en ce qui concerne l'identification et l'évaluation des viols, de la violence dans la famille et des sévices sexuels. Ces actes constituent un énorme problème de santé publique qui n'est pas encore suffisamment documenté. Pour pallier ce manque d'informations, il importe que les pays entreprennent d'élaborer des méthodes moralement et culturellement acceptables pour la collecte de données pertinentes dans leur propre contexte. Cette tâche peut leur être facilitée par une coopération avec certaines organisations internationales, telles que l'OMS, qui disposent déjà de tout un ensemble de moyens dans ce domaine.

34. Les lacunes dans les informations sur les conditions de vie des femmes commencent à présent à disparaître, grâce à de nouvelles sources de données. Par exemple, l'élaboration récente, par le Programme des Nations Unies pour le développement, d'un certain nombre d'indicateurs sexospécifiques met à la disposition des pays des outils importants avec lesquels ils peuvent mesurer les degrés d'égalité entre les sexes dans leur société. Pour la santé génésique, les indicateurs ont été établis par l'OMS et le FNUAP. En outre, à l'OMS, plusieurs programmes spécialisés traitent à présent des différences biologiques et sociales entre les sexes, en ce qui concerne l'incidence de certaines maladies telles que le paludisme, la lèpre, l'onchocercose et la tuberculose. Cependant, il incombe encore aux gouvernements et aux organisations internationales de travailler ensemble à l'établissement de moyens plus spécifiques de mesurer la santé en combinant les données biomédicales et socio-économiques afin de suivre le profil épidémiologique des hommes et des femmes, notamment par rapport à certaines nouvelles épidémies, telles que la tuberculose, le VIH et le tabagisme, et à certains domaines négligés tels que les risques professionnels pour la santé, la santé mentale et la toxicomanie.

B. Intégration des femmes dans la recherche biomédicale

35. Peu de femmes sont associées à ce qui a toujours été un secteur dominé par les hommes : celui de la recherche médicale, que ce soit en qualité de chercheurs ou de sujets. Cependant, des stratégies de changement commencent à se faire jour. Dans plusieurs pays, les préoccupations inspirées par le penchant sexiste de la recherche médicale ont débouché sur des tentatives d'intégration des femmes, chaque fois que cela s'impose, dans les échantillons étudiés. Cela dit, il est essentiel que ces tentatives soient assorties des précautions morales pertinentes, et fassent notamment l'objet de protocoles d'accord établis en connaissance de cause. Des études de longue haleine ont également été entreprises pour enquêter sur les problèmes particuliers qui se posent aux femmes, à mesure qu'elles progressent dans leur cycle de vie, et davantage d'études de ce type devront être consacrées à différents contextes socio-économiques et culturels. Parmi les efforts en vue de faire participer les

femmes au choix des priorités de la recherche, on peut citer le dialogue formel entre les chercheurs et les défenseurs de la santé des femmes, en particulier dans le services de santé génésique.

C. Élargissement du champ de la recherche médicale

36. La réforme de la recherche biomédicale ne peut contribuer que partiellement à une meilleure compréhension des inégalités de traitement d'ordre biologique et social entre hommes et femmes observées dans le domaine de la santé et face à la maladie. Si l'on veut bien comprendre toute l'ampleur des influences qui s'exercent sur la santé humaine, il faut également leur consacrer des travaux de recherche dans le domaine des sciences sociales. En particulier, les gouvernements devraient encourager la recherche pluridisciplinaire en faisant travailler côte à côte des spécialistes des sciences sociales, de l'environnement et de la recherche biomédicale, et utiliser les résultats de leurs travaux pour élaborer des politiques de promotion de la santé qui soient plus exhaustives.

37. Les études statistiques les plus utiles sont souvent celles qui s'appuient à la fois sur des méthodes quantitatives et qualitatives, où les données sont enrichies des informations détaillées tirées de l'expérience personnelle des individus étudiés. On trouve aujourd'hui de bons exemples de ce type de travaux dans les domaines de l'hygiène sexuelle et de la santé génésique, des maladies tropicales, de la santé mentale, de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et de l'hygiène du milieu, où de nouvelles techniques ont été mises au point pour étudier certaines préoccupations intimes des hommes et des femmes qui resteraient autrement secrètes. C'est ainsi que la recherche sur l'onchocercose et la filariose lymphatique a révélé que les femmes se soucient de l'incidence de la maladie sur leur apparence physique, tandis que les hommes sont plus préoccupés par ses effets sur leur vie sexuelle et leur virilité.

D. Vision d'ensemble

38. Il est essentiel que les stratégies d'amélioration de la santé des hommes et des femmes s'appuient sur une analyse rigoureuse de l'ensemble des activités procréatrices et productives menées tout au long du cycle de vie. Pour les femmes, cela pose un problème car nombre de leurs activités sont invisibles. La féminité ne peut être assimilée à la maternité, et la recherche médicale doit se réorienter en conséquence. Les planificateurs ont donc besoin de beaucoup plus d'informations sur les risques auxquels les femmes sont confrontées, que ce soit au foyer ou au lieu de travail.

39. Récemment encore, peu de chercheurs s'étaient penchés sur les risques professionnels et écologiques que comportent les travaux domestiques. Cela commence à changer, et de nouvelles techniques sont mises au point pour étudier ce qui se passe au sein de la famille. Un certain nombre de dangers sont apparus, qui menacent particulièrement les femmes les plus pauvres. Par exemple, il ressort de l'analyse du rapport entre les formes de consommation d'énergie et le volume de travaux domestiques que certaines responsabilités qui incombent aux femmes causent un préjudice durable à leur santé. On a également recensé tout un ensemble de risques écologiques, parmi lesquels les troubles pulmonaires causés

par la pollution engendrée par les réchauds de cuisine et par toutes les substances non contrôlées mais toxiques utilisées à la maison.

40. Il importe également que les chercheurs et les dirigeants accordent beaucoup plus d'attention au travail des femmes à l'extérieur de leur domicile. S'il est vrai que les carnets de santé montrent que les hommes sont plus à même que les femmes de mourir de causes liées à leur travail, les cas de maladie ou d'invalidité causée aux femmes par leur travail augmentent rapidement dans de nombreuses régions du monde. On s'aperçoit à présent que certaines activités traditionnellement «féminines», telles que les soins infirmiers et les petits travaux de bureau, peuvent comporter un risque physique et psychologique. Par ailleurs, les millions de femmes qui font aujourd'hui un travail traditionnellement «masculin» s'exposent également à des risques sérieux, surtout si elles sont contraintes de concilier un fort travail physique avec les travaux domestiques et leur activité procréatrice.

41. Les spécialistes de la recherche sur l'hygiène et la sécurité du travail doivent également faire preuve de plus de sensibilité dans leurs méthodes de recherche et d'une plus grande compréhension des différences entre hommes et femmes. Il leur faut tenir compte, dans leurs conclusions, à la fois des différences entre les activités menées par les hommes et les femmes et des différences biologiques et sociales qui expliquent l'incidence d'un travail rémunéré sur la santé et le bien-être, pour que les organismes chargés de la réglementation aient à leur disposition des informations précises sur lesquelles fonder des politiques de santé et de sécurité du travail qui soient également bénéfiques pour les hommes et les femmes.

42. Il convient d'adopter des stratégies qui confèrent à la recherche sur la santé et sur les services de santé une plus grande sensibilité aux différences entre les sexes et lui permettent de mieux s'adapter à son rôle en ce qui concerne la formulation de politiques nationales et internationales. Or, on dispose déjà d'une masse d'informations sur la problématique hommes-femmes, et il est essentiel que les responsables de la planification et de la formulation des politiques de santé utilisent les ressources les plus récentes et les plus sensibles aux différences entre les sexes comme base de leurs travaux.

V. INTÉGRATION DE LA PROBLÉMATIQUE HOMMES-FEMMES DANS LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ

43. L'intégration de la dimension hommes-femmes est capitale aux stades de la formulation, de la planification, de l'exécution et de l'application des politiques et jusqu'aux stades de leur suivi et de leur évaluation. Le manque de sensibilité ou l'indifférence aux sexes spécifiques de la part des responsables de la formulation et de la planification des politiques conduit souvent à afficher un parti pris sexiste et à donner la priorité aux intérêts des hommes dans le processus de décision. Pour éviter cet écueil, il importe que les intéressés aient non seulement une bonne compréhension des questions qui se posent, mais aussi la volonté politique de réduire les inégalités entre hommes et femmes.

44. L'établissement de solides partenariats avec des groupements d'hommes et de femmes est d'une importance critique pour l'intégration de la problématique hommes-femmes dans le secteur de la santé. Si la prestation des services de

santé incombe généralement au Ministère de la santé, il y a lieu d'encourager l'intervention de certains autres ministères, tels que ceux des finances, de l'éducation, de la condition féminine et des affaires sociales, de l'environnement et de la jeunesse. Des alliances devraient également être scellées entre ces ministères, la population visée, les autorités locales, le secteur privé, les organisations internationales et les bailleurs de fonds. Le secteur privé et, en particulier, les employeurs d'hommes et de femmes pouvant présenter des problèmes de santé liés à leur activité professionnelle devraient être d'importants partenaires dans la prestation des soins de santé.

45. Les deux sexes ne sauraient être traités exactement de la même manière. Malgré leurs points communs, les femmes ont des besoins particuliers qui diffèrent de ceux des hommes, et vice versa. Il importe donc d'adhérer au principe de l'égalité, pour faire en sorte de répondre à ces besoins. Cela ne veut pas dire que tous les hommes et toutes les femmes doivent être traités de la même manière. La situation de chaque sexe appelle, là encore, un ensemble de stratégies, pour que l'égalité entre hommes et femmes soit assurée.

A. Susciter la volonté politique

46. Pour atteindre ces objectifs, il faut un sérieux engagement de la part des plus hautes sphères gouvernementales. L'expérience montre que l'on ne peut s'attendre à de profonds changements tant que la volonté politique nécessaire fait défaut, que la responsabilité d'instaurer une plus grande égalité entre les sexes, dans le secteur de la santé et ailleurs, n'est pas clairement attribuée et que cet objectif lui-même n'est pas traité comme hautement prioritaire. Il importe que les Ministères de la santé, des finances, de l'éducation et de l'environnement affectent spécialement des ressources à l'intégration de la dimension hommes-femmes dans la prestation des services de santé, par exemple, en nommant des chargés de liaison et en les appuyant, et en prévoyant les crédits budgétaires nécessaires.

47. La volonté politique peut s'engendrer de diverses façons. On peut envisager comme stratégie d'utiliser des exemples qui prouvent la rentabilité des interventions face au problème de l'inégalité entre les sexes, afin d'étayer l'argumentation fondée sur l'égalité et sur les considérations de droits individuels. On peut aussi faire appel aux médias, notamment en faisant connaître certains cas particuliers. De plus, on peut établir des réseaux stratégiques pour faire campagne pour le changement.

48. Il incombe aux particuliers et aux groupes formés au sein de la société civile de réclamer des réformes dans le secteur public et la mise en place de mécanismes de promotion d'une bonne gestion des affaires publiques, susceptibles d'engendrer plus de transparence et plus de données à utiliser pour présenter les arguments nécessaires aux responsables politiques sur les priorités pour une action en faveur de l'égalité entre les sexes. Les organisations internationales ont également un rôle à jouer, en encourageant les gouvernements à honorer leurs engagements à cet égard.

B. Recourir à une évaluation des besoins qui tienne compte des différences entre les sexes

49. Si l'on veut réussir à élaborer des politiques qui tiennent compte des différences entre les sexes, il faut intégrer explicitement cette volonté dans l'objectif initial du programme d'une manière qui permette de l'utiliser par la suite aux fins d'évaluation. Cela implique une analyse préliminaire du contexte dans lequel fonctionneront ces politiques, et une bonne compréhension des questions en cause concernant les différences entre les sexes. Il faut pouvoir comparer le nombre des hommes et des femmes composant la population visée, et évaluer la proportion des individus de chaque sexe ayant actuellement recours aux services offerts.

50. Pour ce faire, il convient notamment de répondre aux questions suivantes :

a) Les différences entre les sexes exposent-elles les hommes et les femmes à différents types de risques pour la santé dans la vie quotidienne?

b) Comment s'expliquent les différences observées selon le sexe dans l'utilisation des services?

c) Observe-t-on des différences dans la qualité des soins que reçoivent actuellement les hommes et les femmes?

d) En quoi le personnel des services de santé est-il lui-même cloisonné selon le sexe? Les rapports entre hommes et femmes au sein des services de santé ont-ils des répercussions sur les services dispensés aux usagers?

e) De qui dépend actuellement l'accès aux ressources allouées à la santé, et les critères d'allocation tiennent-ils compte des différences de besoins entre hommes et femmes?

f) Les réformes du secteur de la santé ont-elles des chances d'avoir un impact différent sur les hommes et les femmes, et quelle sera leur incidence sur l'égalité entre les sexes et l'égalité d'accès aux soins?

C. Intégrer la question des différences entre les sexes dans le processus de planification

51. Pour rendre le processus de planification plus sensible aux différences entre les sexes, il convient de prendre les mesures suivantes :

a) Il faut associer plus étroitement les femmes elles-mêmes et les défenseurs du droit aux services de santé, y compris les ONG, à la conception, la mise en oeuvre et l'évaluation de tous les services, ainsi qu'à la définition de stratégies concernant la santé de la femme;

b) Il convient de définir une forme de consultation appropriée, que ce soit à travers des organismes ou des groupes communautaires représentatifs ou directement avec les personnes sollicitant les services;

c) Il y a lieu de mettre au point des outils, des méthodes et des matériels didactiques pour aider à l'exécution d'une analyse sexospécifique des

/...

politiques et des programmes et d'une évaluation de leur incidence sur les hommes et les femmes.

52. Jusqu'ici, les réformes du secteur de la santé n'ont pas réussi à prendre en compte les questions relatives aux différences entre les sexes qui sont d'une importance critique si l'on veut éviter leur effet négatif, en particulier sur les femmes. Les paiements par les usagers ont souvent des effets négatifs sur les femmes pauvres, qui sont souvent plus vulnérables que les hommes pour des raisons de dépendance économique ou par suite de l'accès limité qu'elles ont à un travail rémunéré.

53. Les changements institutionnels apportés aux systèmes nationaux de santé pour pallier les inefficacités et relever les niveaux de couverture des services, indépendamment des risques et des besoins sexospécifiques en matière de santé, ont souvent pour effet de maintenir sinon de renforcer les rôles dévolus aux hommes et aux femmes et leurs relations qui ont des effets négatifs sur la santé.

54. La réforme du secteur de la santé a une incidence directe sur la composition du personnel, et si elle n'est pas menée d'une façon qui tienne compte des différences entre les hommes et les femmes, elle pourrait accentuer la ségrégation entre les personnels masculin et féminin. La discrimination à l'égard des femmes se traduit par une ségrégation professionnelle entre les personnels masculin et féminin, les femmes étant reléguées à des lieux d'affectation marginaux et se voyant rarement confier des postes de responsabilité.

55. Pour parvenir à un équilibre entre les sexes tout au long du processus de réforme du secteur de la santé, il ne faut pas chercher à limiter les améliorations aux aptitudes à la gestion et aux compétences administratives. Un certain nombre de situations souvent méconnues nuisent à la contribution des femmes prestataires de soins de santé. Tel est particulièrement le cas des règlements de la fonction publique, des réseaux exclusivement réservés aux hommes, des structures hiérarchiques rigides et de l'absence d'incitations à un comportement respectueux des différences entre les sexes.

56. La décentralisation est perçue comme une option et comme un moyen de transférer des ressources, des fonctions et des pouvoirs vers la périphérie. Toutefois, du fait des inégalités observées entre les différentes régions dans les pays en développement, les districts plus pauvres s'avèrent impuissants à mobiliser des fonds pour protéger les groupes de population les plus vulnérables, tels que les orphelins, les veuves, les personnes âgées livrées à elles-mêmes et les familles sans terre ou dont le chef est une femme.

D. Établir un cadre pour une planification sexospécifique

57. Pour pouvoir intégrer la dimension hommes-femmes dans les services de santé, il faudra créer un cadre de politiques nationales et régionales dans lequel puissent s'inscrire le processus de planification proprement dit et la prestation des services. Il n'existe pas de modèle unique pour ce cadre, mais un ensemble de formules ont déjà été mises en place dans des pays aux structures politiques et juridiques diverses.

58. La question de la définition des objectifs pour la prestation des services de santé doit être examinée soigneusement, cas par cas, surtout lorsqu'il existe déjà un système d'incitations pour les prestataires. Les exemples sont nombreux où les droits fondamentaux des femmes ont été violés, les inégalités perpétuées et les priorités faussées par l'application de programmes axés sur des incitations, notamment dans les domaines de l'hygiène sexuelle et de la santé génésique et dans celui du dépistage de masse.

E. Renforcer les capacités pour la prestation de services tenant compte des différences entre les sexes

59. Pour pouvoir fonctionner efficacement, les services de santé ont besoin d'une stratégie qui permette d'apprendre à leurs agents à comprendre pleinement la signification de la question des différences entre les sexes dans le domaine de la santé. Des programmes distincts de renforcement des capacités doivent être conçus pour les agents masculins et féminins. Ces programmes doivent porter non seulement sur les questions féminines, mais sur les thèmes plus généraux de la problématique hommes-femmes, des droits fondamentaux et de l'identité sexuelle des prestataires hommes et femmes. Ils peuvent également comprendre des cours de portée plus générale de sensibilisation aux différences entre les sexes et suivre une approche participative à tous les niveaux.

60. Il importe que ces programmes soient culturellement adaptés au cadre dans lequel ils sont appelés à être utilisés. Cependant, il existe déjà plusieurs modèles qui peuvent servir de base à leur conception. Les cours ainsi conçus, donnés par des spécialistes compétents et des défenseurs de l'égalité entre les sexes, devraient être officiellement intégrés aux programmes d'études de tous ceux qui se consacrent à l'enseignement et à la formation dans le domaine des soins de santé. En particulier, les programmes d'études de médecine et de soins infirmiers doivent être soigneusement façonnés de manière à bien intégrer les problèmes liés à l'inégalité entre les sexes dans la planification et la prestation des services.

61. Le comportement de nombreux médecins et membres du personnel infirmier empêche souvent les femmes de prendre en toute connaissance de cause des décisions concernant leur santé. C'est pourquoi l'un des buts les plus importants du renforcement des capacités devrait être d'inculquer à tout le personnel des services de santé le respect de la dignité et des droits fondamentaux de tous les usagers de ces services, y compris le droit formel à une information complète sur leur état de santé et sur les traitements existants. Cela devrait être exprimé de façon explicite dans une charte des droits des patients.

F. Transparence, suivi et évaluation

62. Conformément aux principes de bonne gestion, la dimension hommes-femmes, qui se retrouve dans tous les aspects des services de santé, devrait être soumise aux règles de la transparence. L'accès à l'éducation et à l'information suffit rarement à lui seul à assurer un traitement adéquat et éthique. Il faut donc tout un ensemble de mécanismes pour ouvrir des services de plaidoyer aux femmes. Il faut également que leur soit offerte la possibilité de se faire entendre et d'obtenir réparation auprès d'un organe indépendant.

63. Il est essentiel que toutes les politiques tiennent compte de la dimension hommes-femmes dans leur suivi et leur évaluation. Ainsi, les prestataires de services, aussi bien en tant qu'usagers qu'en tant que prestataires, peuvent mesurer la différence d'impact de la politique en question sur les hommes et les femmes. Les résultats de ce suivi et de cette évaluation peuvent alors servir de base à l'élaboration des changements nécessaires pour promouvoir une plus grande égalité entre les sexes et une plus grande équité dans le domaine de la santé. Les enseignements de cette expérience peuvent ensuite être diffusés plus largement afin d'aider ceux qui se trouvent encore à un stade moins avancé de leur processus d'innovation. Ces stratégies de suivi et d'évaluation doivent faire cas des facteurs culturels et être conçues de manière à tenir compte des rapports entre les sexes et à pouvoir les modifier. Quoi qu'il en soit, on dispose à présent d'un assortiment de moyens pratiques mis en oeuvre dans divers pays pour entreprendre cette tâche.

VI. PROMOUVOIR LA SANTÉ ET L'ÉGALITÉ ENTRE LES SEXES PAR UNE COLLABORATION INTERSECTORIELLE

64. Si la coordination intersectorielle est importante, en raison de l'inégalité entre les sexes qui caractérise le processus de décision au sein d'un même secteur et d'un secteur à un autre et dans l'allocation des ressources financières, elle ne peut à elle seule résoudre les problèmes de santé des femmes. De bons principes de gestion sont indispensables pour assurer la participation des femmes aux décisions dans le domaine de la santé. Le premier principe est que la santé est un droit fondamental, y compris pour la femme. Le second principe est celui d'une démocratie soucieuse d'égalité entre les sexes, garantissant une participation égalitaire des hommes et des femmes à la vie politique. La responsabilisation et la transparence sont également essentielles.

65. Le cadre à établir pour assurer la coordination intersectorielle devrait être fondé sur les dispositions du Programme d'action de Beijing, qui définit 12 grands domaines de préoccupation. Ce document, combiné à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et à d'autres instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme, présente des stratégies et des recommandations visant à améliorer la situation politique, économique, sociale et culturelle de la femme. Cependant, ces principes ont besoin d'être intégrés de façon plus systématique et d'être appliqués à travers différents secteurs à la santé de la femme.

66. Les soins de santé ne sont que l'un des facteurs qui influent sur la santé proprement dite. Autrement dit, pour pouvoir surmonter les inégalités entre les sexes dans le domaine de la santé, la stratégie doit également s'appuyer sur tout un ensemble d'autres règles dans des domaines aussi divers que l'éducation, l'ordre public, l'agriculture, l'industrie, les transports, la sécurité sociale et les lois. Dans chacun de ces domaines, l'égalité entre les sexes doit être un objectif spécifique, et il faut prévoir des interventions ciblées pour contrer les tendances traditionnelles à la discrimination à l'égard des femmes. Ce n'est qu'à ce prix que les causes profondes des inégalités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé pourront être sérieusement remises en cause.

67. Ainsi, lors de l'élaboration de politiques macro-économiques, il tenir compte du secteur non structuré, du travail non rémunéré et des considérations

économiques en matière de soins pour que les conséquences de toute décision concernant les femmes reçoivent l'attention qu'elles méritent. De même, il faut des lois pour que les conditions soient réunies afin qu'hommes et femmes soient traités sur un pied d'égalité et pour faire échec à la discrimination à l'égard des femmes dans la distribution des ressources économiques et sociales. S'agissant de domaines plus particuliers de la politique gouvernementale, parmi les interventions ciblées susceptibles de réduire les inégalités entre les sexes dans le domaine de la santé, on peut citer l'établissement d'une politique intégrée qui réponde aux besoins pratiques des femmes en matière d'énergie, les programmes d'alphabétisation des femmes, les subventions spéciales destinées à répondre aux besoins des femmes des zones rurales en matière de transport, les stratégies visant à renforcer la gestion par les femmes des ressources agrochimiques et de l'eau et l'octroi de crédit aux femmes, en particulier dans le secteur agricole.

68. Il est capital que tous les responsables des grandes orientations se rendent compte que les inégalités entre les sexes touchent tous les déterminants de la santé, tels que la classe sociale, l'appartenance ethnique et la situation socio-économique. Les politiques visant à améliorer la santé des hommes et des femmes doivent également tenir compte de ces facteurs.

69. Par ailleurs, la coordination intersectorielle doit être orchestrée à tous les niveaux, de l'échelon local à l'échelle mondiale, par tout un ensemble d'acteurs.

70. Compte tenu des différences d'infrastructure, de capacité et de tradition de planification intersectorielle observées d'un pays à un autre, l'important devrait être de veiller à intégrer la dimension hommes-femmes à l'ensemble des politiques et des programmes.

71. Les exemples ci-après illustrent les problèmes qui se posent et certaines des meilleures pratiques de coordination intersectorielle reflétant une perspective sexospécifique :

a) La violence à l'égard des femmes, le trafic de femmes et la prostitution d'enfants. L'Organisation panaméricaine de la santé coordonne un programme de prévention de la violence à l'égard des femmes dans sept pays d'Amérique centrale et trois pays andins, programme auquel sont associés la justice pénale, les forces de l'ordre, les services de santé, les services de l'emploi et un large groupe d'acteurs, parmi lesquels des ONG féminines;

b) Hygiène du milieu. La Suède a adopté le programme Action 21 et l'a appliqué aux échelons national et municipal, chargeant des ombudsmans de veiller à l'intégration de la dimension hommes-femmes dans les programmes de protection de l'environnement. En Asie, on trouve des exemples d'intervention dans des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement où la participation des femmes combinée à une bonne coordination intersectorielle a été déterminante;

c) Prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, et accès des travailleuses aux services de santé. Dans les années 70, les associations syndicales féminines de Hong-kong ont amélioré la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les

zones franches industrielles en enseignant la législation du travail aux femmes. Ces améliorations comprenaient une prolongation des congés de maternité et une amélioration des conditions de sécurité et d'environnement. Au Botswana, à Cuba et aux Pays-Bas, des politiques nationales visant l'accès de tous aux soins de santé ont permis d'assurer l'accès aux services de santé aux femmes effectuant chez elles un travail non rémunéré et aux femmes opérant dans le secteur non structuré;

d) Promotion et prévention. Au Zimbabwe, le programme de lutte contre le VIH et le sida utilise une large approche intersectorielle à laquelle sont associées les ONG féminines, les médias, les écoles et divers organes gouvernementaux. Certains programmes de lutte contre le tabagisme aux États-Unis, y compris les programmes qui s'adressent aux jeunes femmes, ont réussi, grâce à une coopération intersectorielle, à réduire l'usage du tabac;

e) Santé communautaire. À São Paulo, dans le cadre du programme Women's Total Health Care, les femmes et leurs organisations ont joué un rôle clé dans la mise en place de systèmes de soins de santé communautaires fortement axés sur l'égalité entre les sexes. En collaboration avec le service de santé féminine de la municipalité et ses dispensaires locaux, les femmes ont participé à la conception et à l'exécution d'enquêtes épidémiologiques fondées sur leurs besoins, qui leur ont permis de définir leurs priorités et de veiller à ce qu'elles soient appliquées. Ce programme leur a donné notamment libre accès à la planification familiale, à l'avortement et à des services de conseil pour celles d'entre elles qui se trouvent dans des situations particulières, et a permis la création de comités de prévention de la mortalité maternelle et d'enquête;

f) Hygiène sexuelle et santé génésique. L'initiative visant à éliminer la pratique de la mutilation génitale des femmes dans la communauté Sabini en Ouganda donne la preuve de l'efficacité de la collaboration horizontale à l'échelon local. Participent à ces efforts les agents de santé, les ONG, les organisations communautaires et les chefs coutumiers, qui fournissent des services d'information, éducation et communication sur les dangers de cette pratique. Ces actions sont appuyées par les femmes parlementaires, les éducateurs, les médias et les défenseurs du droit aux soins de santé, qui militent activement au niveau de l'établissement des politiques de santé;

g) Maladies tropicales. Le partenariat avec le Programme africain de lutte contre l'onchocercose, dans le cadre duquel une société de produits pharmaceutiques fournit gratuitement les médicaments (Ivermectine) pour la prévention de cette maladie à de nombreux pays d'Afrique et d'Amérique, témoigne du rôle positif que peut jouer le secteur privé et de l'engagement des femmes dans la défense des intérêts de la communauté.
