

## **B. PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN PLACE D'UNE POLITIQUE EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES**

### **Contexte**

1. Les États Membres ont approuvé la politique de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) en matière d'égalité des sexes au cours du 46<sup>e</sup> Conseil directeur (résolution CD46.R16, [2005]). La résolution demandait à la Directrice « ... dans la mesure des moyens financiers disponibles, comme définis par les divers processus de renforcement institutionnel, de formuler un plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité entre les sexes, comprenant un système de suivi de la performance et de la responsabilisation » (1).

2. Le plan d'action demandé a été approuvé par les États Membres en 2009 (résolution CD49.R12) (2). Il fournit une feuille de route avec des indicateurs de suivi pour que le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) et les États Membres mettent en œuvre la politique en matière d'égalité des sexes. Le plan demande à la Directrice de faire rapport sur les progrès de sa mise en œuvre. C'est le premier de ces rapports qui est présenté ici aux Organes directeurs.

### **Méthodologie**

3. Le Bureau du genre, de la diversité et des droits de l'homme (GDR) du BSP a élaboré un cadre de suivi (trois questionnaires) pour demander des informations sur les progrès des domaines techniques du BSP aux bureaux des représentants de l'OPS/OMS (PWR), aux États Membres et à GDR lui-même. Au cours de 2011, le cadre de suivi a été présenté lors de trois réunions infrarégionales d'administrateurs du BSP, ainsi qu'au Groupe consultatif technique sur le genre, l'égalité et la santé (GCT/GEH), au réseau de points focaux du genre et à d'autres partenaires. Les quatre domaines stratégiques examinés dans le cadre sont *a*) désagrégation, analyse et usage des données, *b*) renforcement de la capacité à intégrer le genre dans la santé, *c*) participation de la société civile aux plans d'égalité des sexes et *d*) suivi des progrès dans l'égalité des sexes.

### **Mise à jour**

4. Les informations ont été auto-rapportées par quatre domaines techniques du BSP, GDR et 36 pays et territoires, dont la Barbade, neuf pays des Caraïbes orientales et le bureau de l'OPS/OMS à la frontière des États-Unis et du Mexique, situé à El Paso, au Texas. Les États-Unis d'Amérique, Haïti, la Jamaïque et Porto Rico n'ont pas fourni de résultats. Certaines des consultations comprenaient la participation de tous les partenaires, y compris la société civile, d'autres n'incluaient que le ministère de la santé et les collègues du BSP, et d'autres encore comprenaient d'autres ministères et des

partenaires des Nations Unies. Deux rapports seulement ont été fournis sans consultations.

## Résultats de la désagrégation de l'information en santé

### *Bureau du genre, de la diversité et des droits de l'homme du BSP*

5. GDR a mis au point des outils pour former les producteurs et les utilisateurs de l'information en santé sur la façon d'intégrer une perspective de genre et interculturelle dans l'usage de l'information en santé et dans les systèmes d'information en santé. Afin de renforcer la capacité des pays à produire, analyser et utiliser l'information en santé qui inclut des indicateurs de genre, GDR a élaboré (avec les partenaires des Nations Unies) la troisième brochure statistique biennale « Genre, santé et développement dans les Amériques : indicateurs de base 2009, » « Santé des femmes et des hommes dans les Amériques : Profil 2009, » et d'autres documents.<sup>1</sup>

**Tableau 1. Domaines techniques : Nombre et pourcentage de directives avec données désagrégées par sexe, âge et ethnicité, 2005-2010**

| Projet <sup>2</sup> | Total directives | Désagrégées par : |           |           |           |           |           |
|---------------------|------------------|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|                     |                  | Sexe              |           | Âge       |           | Ethnicité |           |
|                     |                  | Nombre            | %         | Nombre    | %         | Nombre    | %         |
| SDE                 | 9                | 9                 | 100       | 8         | 89        | 3         | 33        |
| FCH                 | 20               | 14                | 70        | 16        | 80        | 6         | 30        |
| HSD                 | 13               | 11                | 85        | 10        | 77        | 9         | 69        |
| HSS                 | 8                | 5                 | 63        | 6         | 75        | 4         | 50        |
| <b>TOTAL</b>        | <b>50</b>        | <b>39</b>         | <b>78</b> | <b>40</b> | <b>80</b> | <b>22</b> | <b>44</b> |

Source : Tableau compilé par GDR en fonction des résultats auto-administrés du questionnaire des unités techniques

6. Comme le montre le tableau ci-dessus, entre 63% et 100%, des directives et des publications produites par les domaines techniques ont désagrégé l'information par sexe, mais beaucoup moins l'ont fait par ethnicité. La désagrégation est une étape nécessaire pour identifier les inégalités en santé, mais elle ne suffit pas à elle seule pour comprendre pourquoi les inégalités existent. Une analyse du genre et de l'équité peut être un

<sup>1</sup> Toutes les publications, y compris le rapport de suivi complet sont disponibles sur : <http://www.paho.org/gdr/publications>.

<sup>2</sup> Les acronymes de cette colonne se rapportent aux domaines suivants du BSP : Développement durable et santé (SDE), Santé familiale et communautaire (FCH), Surveillance de la santé, prévention et lutte contre les maladies (HSD) et Systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires (HSS).

complément à l'information désagrégée en indiquant la façon d'aborder les inégalités en santé.

***Pays disposant de directives/publications avec données désagrégées par sexe et âge, 2005-2010***

7. Les pays ont indiqué qu'ils avaient entre une et 19 directives pour intégrer le genre dans l'information, les politiques et les programmes en santé (la Bolivie en indiquant le plus grand nombre), et entre une et 20 publications (le Pérou et l'Uruguay en indiquant le plus grand nombre). Les thèmes les plus souvent mentionnés étaient la violence contre les femmes, le VIH, la santé sexuelle et génésique, la santé mentale et les maladies non transmissibles. Les pays qui ont désagrégé l'information par sexe ont indiqué en grande majorité qu'ils avaient inclus une analyse de genre et utilisé l'information pour la prise de décisions, le plaidoyer, le suivi et la formation. Les pays qui ont publié des profils de genre et de santé étaient la Bolivie, le Costa Rica, le Honduras, le Mexique, le Panama, le Pérou et l'Uruguay. La Colombie, le Nicaragua, et Trinité-et-Tobago ont indiqué qu'une analyse de genre était comprise dans leurs rapports de situation de la santé dans leur pays.

8. La politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS préconise la reconnaissance de l'importance des soins de santé à domicile qui sont essentiellement prodigués par les femmes et qui ne sont pas rémunérés. Avec l'appui du BSP, la Colombie, le Costa Rica, l'Équateur, le Pérou et l'Uruguay ont introduit ces soins dans les enquêtes d'utilisation du temps. Le Costa Rica publie l'analyse des soins non rémunérés. La Colombie, l'Équateur et le Mexique développent des comptes satellites de la santé qui quantifient cette contribution dans le cadre des comptes nationaux. De plus, le Chili, le Costa Rica, le Mexique et le Pérou ont indiqué qu'ils disposaient de politiques et/ou de publications sur les soins de santé non rémunérés et le genre.

**Résultats dans le renforcement de la capacité concernant le genre et la santé**

***Formation du personnel du BSP sur le genre et la santé***

9. Le Conseiller principal de GDR fait partie de l'équipe de direction du BSP qui détermine les opportunités de formation du personnel. En 2008 et 2009, GDR a formé les points focaux du genre des PWR, les ministères de la santé et les partenaires d'agences féminines nationales et des organisations de la société civile au cours d'ateliers infrarégionaux d'une durée de quatre jours. En résultat, plus de 100 personnes au niveau des pays et 30 membres du BSP au siège ont été formés. Depuis lors, GDR a élaboré un cours virtuel sur le thème « genre et santé dans une perspective de droits de l'homme et de diversité culturelle » pour former des équipes de pays intersectorielles. En 2011, 42 personnes de cinq pays prioritaires et 16 du BSP ont été formées.

### ***Formation sur le genre et la santé dans les États Membres***

10. Plus de la moitié des États Membres ont informé qu'ils avaient reçu une formation sur le genre pour mettre en œuvre leurs plans nationaux sur le genre et la santé. Il a été généralement noté que cette formation devrait être plus cohérente et axée sur des problèmes de santé spécifiques. La formation était souvent offerte par le ministère de la santé du pays, comme dans le cas exemplaire du Mexique, dont les formateurs sur le genre du Secrétariat à la Santé fournissent un appui constant au renforcement de la capacité et offrent un cours avec diplôme en genre et santé aux agents de santé.

### **Résultats des plans de genre et santé et participation de la société civile**

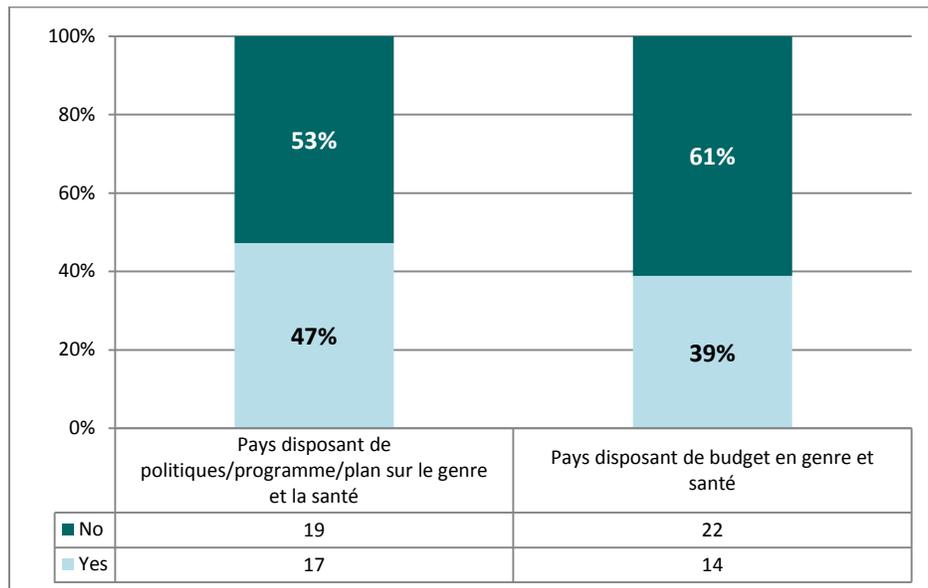
#### ***Groupe consultatif technique sur le genre et la santé (GCT/GEH)***

11. Le GCT/GEH de la Directrice du BSP est composé d'experts du genre et de représentants des agences sœurs des Nations Unies, de gouvernements (dirigeants du ministère de la santé ou bureaux du genre) et d'organisations régionales de la société civile, qui encouragent l'égalité des sexes en santé. Le GCT/GEH s'est réuni trois fois de 2008 à 2011 pour assister la Directrice et le BSP à l'aide de recommandations concrètes en vue du développement, de la consultation, de l'exécution et du suivi du plan d'action pour la mise en œuvre de la politique d'égalité des sexes.

#### ***Politiques d'égalité des sexes et budgets***

12. De nombreux États Membres ont promulgué des lois nationales sur l'égalité des sexes ou l'égalité des chances qui s'appliquent également au secteur de la santé. Dix-sept pays ont informé qu'ils disposaient de politiques spécifiques en matière de santé et de genre, comme l'indique le tableau 2 ci-dessous. Quatorze pays ont informé que pour ces activités, ils disposaient de budgets prévus par la loi. De nombreux pays ont noté que par pratique, leurs activités de genre étaient essentiellement financées par des donateurs.

**Tableau 2. Pourcentage de pays disposant de politiques/programmes/plans et budgets (2011)**



Source : Tableau compilé par GDR en fonction des résultats auto-administrés du questionnaire des pays.

### **Résultats sur l'égalité des sexes dans les mécanismes de suivi de la santé**

13. Le BSP a élaboré et mis en œuvre des outils et des listes de contrôle en matière de genre pour examiner les plans de travail biennal, les stratégies de coopération des pays et les documents et résolutions des Organes directeurs. Ces outils, qui mesurent également l'intégration des droits de l'homme et de la diversité culturelle, ont été incorporés dans les manuels d'opération, de planification et de formation du BSP.

### ***Participation intersectorielle dans le ministère des groupes consultatifs en santé***

14. La participation de nombreuses parties prenantes différentes à l'intégration du genre dans la santé est vitale parce que les partenaires formés peuvent appuyer les efforts du ministère de la santé en ce qui concerne le genre.

### **Actions destinées à améliorer la situation**

#### ***Conclusion***

15. Les domaines techniques de l'OPS, les PWR et les États Membres conviennent généralement qu'une compréhension des causes des disparités en santé pour les femmes et les hommes requiert une perspective d'équité et de déterminants sociaux. L'exercice de

suivi fait apparaître que l'insuffisance de l'appui politique constitue le plus grand défi à l'intégration du genre dans la santé. Mais même avec des défis, les résultats montrent également des progrès dans la mise en œuvre du plan d'action pour la politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS.

### ***Recommandations***

16. Les ministères de la santé devront clairement positionner l'intégration du genre dans leurs plans nationaux de la santé. Ceci requiert une politique et un plan d'action spécifiques au genre, qui comporte des indicateurs, un budget affecté à cette activité et un personnel formé. De nombreux pays recommandent que les ministères de la santé créent une unité de coordination à haut niveau pour mener à bien cette responsabilité.

17. La politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS devra inclure d'autres composantes importantes relatives à l'égalité des sexes et la santé, y compris les problèmes de santé concernant les hommes, les soins de santé non rémunérés dans le ménage et une compensation égale des agents de santé, la participation des femmes aux postes de responsabilité et les politiques de harcèlement sexuel.

18. Lors de la 150<sup>e</sup> Session du Comité exécutif de l'OPS, les États Membres ont validé le besoin d'égalité entre les sexes en matière d'efforts de la santé qui soient intégrés et intersectoriels, témoignant des synergies avec le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017, d'une approche des déterminants sociaux de la santé et d'une attention constante aux meilleures pratiques. Le Comité exécutif a recommandé que des présentations soient faites sur la version intégrale du rapport de suivi en matière d'égalité des sexes de l'OPS dans tous les pays.

### **Références**

1. Organisation panaméricaine de la Santé. Politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes [Internet]. 46<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 57<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques, 26-30 sept. 2005 ; Washington (DC), É-U. Washington (DC): OPS ; 2005 (résolution CD46.R16) [cité le 15 mars 2012]. Disponible à : <http://www.paho.org/french/gov/cd/CD46.r16-f.pdf>.
2. Organisation panaméricaine de la Santé. Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes [Internet]. 49<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS, 61<sup>e</sup> Session du Comité régional de l'OMS pour les Amériques ; sept. 28-2 oct. 2009 ; Washington (DC), É-U. Washington (DC): OPS ; 2009 (résolution CD49.R12) [cité le 15 mars 2012]. Disponible à : [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Fr.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Fr.).pdf)