

13 mars 2009
Français
Original : anglais

Commission de la condition de la femme

Cinquante-troisième session

2-13 mars 2009

Point 5 de l'ordre du jour

Suite donnée aux résolutions et aux décisions du Conseil économique et social

L'égalité des sexes face à la santé publique dans le monde : la mise en œuvre des objectifs convenus au plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement

Résumé des débats établi par l'animateur

1. Le 12 mars 2009, la Commission de la condition de la femme a organisé une table ronde interactive sur le thème suivant : « L'égalité des sexes face à la santé publique dans le monde : la mise en œuvre des objectifs convenus au plan international, y compris les objectifs du Millénaire pour le développement », animée par Olivier Belle, Président de la Commission de la condition de la femme. Sylvie Lucas, Présidente du Conseil économique et social et Représentante permanente du Luxembourg auprès de l'Organisation des Nations Unies, a prononcé un discours d'ouverture. Parmi les experts invités à la table ronde figuraient Anjana Bhushan, du bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la région du Pacifique Ouest, le docteur Hernan Montenegro, de l'Organisation panaméricaine de la santé (OMS) et la docteur Lynn Collins, du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP).

2. Les participants ont constaté qu'au niveau mondial, l'inégalité sexuelle dont les femmes étaient les victimes les privait souvent de soins de santé de qualité. L'existence de systèmes sanitaires performants était une condition essentielle pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé, en particulier pour les femmes. Les participants ont signalé que l'accès à la santé variait considérablement en fonction du sexe et que, faute de politiques de santé intégrant les particularités des deux sexes, les femmes n'avaient pas toujours un accès plein et égal aux soins. Bien souvent, l'information et la recherche en matière de santé correspondaient à une approche soit sexiste soit indifférente à la question des sexes, et ne tenaient pas compte des besoins et des préoccupations sanitaires des femmes. Les comportements sanitaires variaient selon le sexe, parce que les rôles,



les possibilités et les attentes n'étaient pas les mêmes chez les femmes et chez les hommes. L'expérience indiquait que les systèmes sanitaires intégrant les spécificités de chaque sexe donnaient des résultats positifs pour les femmes et pour les hommes; il était donc essentiel de répondre aux besoins des femmes et d'accélérer la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement dans le domaine de la santé.

3. On avait considérablement progressé vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et la réduction globale des inégalités sur le plan de la santé mais il restait beaucoup à faire pour combler le fossé et venir à bout des injustices. Dans le cadre des actions menées pour renforcer les systèmes sanitaires, on plaçait davantage l'accent sur le rôle que les soins de santé primaires pouvaient jouer à cet égard; il fallait qu'ils soient au cœur des actions visant à donner à chacun l'accès à la santé. Les réformes entreprises dans le domaine des soins de santé primaires visaient à améliorer la situation sanitaire et à la rendre plus équitable, à doter le système d'une plus grande efficacité, à améliorer les services, à en diminuer le coût et à mieux satisfaire les utilisateurs.

4. Les participants ont souligné l'importance de la couverture universelle des soins de santé primaires, afin d'améliorer la santé des femmes et des hommes. C'étaient les catégories les plus défavorisées et, en particulier, les femmes pauvres appartenant aux groupes vulnérables tels que les minorités ou les femmes rurales, qui faisaient les frais de l'absence de couverture universelle. L'expérience indiquait que les dépenses de santé à la charge des femmes étaient généralement plus élevées que celles assumées par les hommes; la contribution des femmes aux systèmes de sécurité sociale et les prestations auxquelles elles avaient droit étaient inférieures et les ensembles de services et de prestations ne couvraient pas toujours leurs besoins sanitaires particuliers. Pour venir à bout de l'inégalité dont les femmes étaient les victimes face à la santé, il était essentiel de parvenir à une couverture sanitaire universelle et à une approche tenant compte des besoins de chaque sexe.

5. Réformer les services de soins de santé primaires auraient des conséquences heureuses sur le droit de la femme à la santé. Il fallait intégrer une approche tenant compte de la culture et du sexe, répondant aux différences de comportement face à la santé. La participation des femmes aux décisions concernant leur santé était essentielle et devait donc être encouragée.

6. Les participants à la table ronde ont constaté qu'il fallait renforcer les compétences et les capacités des agents sanitaires en les sensibilisant aux sexospécificités. Ces agents étaient majoritairement des femmes et c'étaient également les femmes qui fournissaient la plupart des soins non rétribués, dans la famille ou dans la collectivité. Il fallait donc des services conçus pour renforcer l'accès aux soins primaires pour les femmes et réduire la part non rétribuée des soins qu'elles donnaient. Il fallait également s'attacher, dans le respect des différences entre les sexes, à obtenir la participation effective des collectivités, à attirer l'attention sur le droit des personnes à la santé, et à encourager la participation des groupes vulnérables. Il fallait appliquer une approche fondée sur les droits, mettant en évidence les obligations des prestataires de soins et les droits des utilisateurs, et donner aux professionnels de la santé une formation axée sur l'élimination de toute discrimination ou réprobation face aux patients.

7. Les participants ont souligné le rôle de l'État dans l'éducation à la santé et à la prophylaxie, et noté que l'éducation sanitaire devait faire partie des programmes de

soins de santé primaires. On a souligné que pour améliorer la santé des femmes, il fallait que cette éducation englobe la santé sexuelle et de la reproduction, et adapte les messages aux besoins et aux priorités des femmes et des filles, tout en tenant compte du public visé. Il fallait réfléchir au moyen à choisir pour faire passer les messages et tenir compte du fait que les femmes n'avaient pas toujours accès aux moyens de communication tels que la presse écrite et la radio; on ne pouvait donc pas négliger l'expérience positive que constituait la communication interpersonnelle. Il était essentiel de bien calculer la fréquence et le moment de ces occasions de communiquer, afin que les femmes puissent en tirer le meilleur parti.

8. Les participants ont plaidé en faveur de systèmes de santé tenant compte des problèmes particuliers des femmes et fournissant des services de santé sexuelle et de reproduction à toutes, femmes et filles. C'est dans le domaine de l'objectif 5 du Millénaire pour le développement (amélioration de la santé maternelle) que les progrès ont été les plus minces. Au niveau mondial, la mortalité maternelle a baissé de moins de 1 % par an de 1990 à 2005, soit beaucoup moins que l'amélioration annuelle de 5,5 % nécessaire pour parvenir à l'objectif fixé. La mortalité maternelle représentait l'une des plus graves inégalités en matière de santé; elle indiquait que les femmes et les filles n'avaient pas l'accès nécessaire aux soins de santé sexuelle et reproductive et illustrait l'échec du système sanitaire face aux besoins particuliers de la femme. Les conséquences d'une telle situation étaient nombreuses : taux trop élevés de morbidité et de mortalité maternelles, stérilité, grossesses non désirées, fistules, infections transmises sexuellement et cancers du sein et du col de l'utérus. Un certain nombre de stratégies efficaces étaient disponibles pour améliorer la santé sexuelle et reproductive des femmes et accélérer la progression vers l'objectif 5 du Millénaire pour le développement : par exemple, l'amélioration de l'accès à du personnel qualifié pour les accouchements ou encore l'accès à la planification de la famille et aux soins obstétricaux d'urgence. Comme les jeunes femmes étaient particulièrement vulnérables en matière de santé sexuelle et de reproduction, aux grossesses précoces, à la contrainte et la violence sexuelle, il fallait s'attaquer de façon prioritaire aux inégalités auxquelles elles faisaient face concernant l'accès à des services de qualité.

9. Le lien entre la violence contre les femmes et leur fragilité physique, mentale et reproductive a été souligné. Les participants ont noté que la violence contre les femmes exigeait une réaction multisectorielle intégrant une perspective de santé publique. Il fallait que le secteur de la santé fournisse des soins médicaux, des conseils, de l'orientation, de la contraception d'urgence et des traitements prophylactiques du VIH. Plus largement, il fallait aussi des mesures juridiques, un changement d'attitudes et des services aux victimes.

10. Les participants ont souligné que la prévention et la réaction à la pandémie de VIH/sida devaient intégrer une approche sexospécifique. Le système sanitaire public devait faire face à la vulnérabilité accrue des femmes au VIH/sida et agir en conséquence. Les femmes et les filles ne jouissaient pas de conditions d'égalité en matière de prévention, de traitement et de soins du VIH/sida. Elles faisaient en outre face à des obstacles culturels particuliers pour accéder aux services, tels que la réprobation et d'autres répercussions négatives lorsque leur séropositivité était découverte. On a constaté que l'intégration des services de prévention ou de traitement dans les soins médicaux sexuels et de reproduction était un bon moyen d'améliorer l'accès aux services de soins publics, notamment pour l'accès aux

conseils et au dépistage du VIH, ou au préservatif, et pour la lutte contre la transmission du VIH de la mère à l'enfant.

11. Les participants ont souligné la situation particulière des migrantes et dit que le système sanitaire public devait tenir compte de leurs besoins particuliers. Les migrantes étaient plus vulnérables à l'exploitation et à la violence, et craignaient souvent d'être déportées en raison de leur situation irrégulière. Elles n'avaient donc pas toujours accès aux services sanitaires primaires tels que les consultations médicales périodiques ou les soins prénataux. Il était clair que les migrantes ne pouvaient se voir interdire les soins de santé essentiels en raison de leur situation irrégulière.

12. Les participants ont noté qu'il convenait de collecter des données de santé publique ventilées par sexe, appartenance ethnique, situation socioéconomique, analyser ces données dans une perspective sexospécifique et utiliser pleinement leurs résultats dans les décisions concernant la santé et les soins de santé primaires afin que la réponse apportée soit soucieuse des particularités de chaque sexe. Les participants ont aussi appelé l'attention sur le fait que le secteur public devait disposer de matériel et de documents pédagogiques sur ces questions.

13. Ils ont constaté qu'il importait que la position économique et financière des femmes soit renforcée pour que leur santé s'améliore, et souligné le rôle du système éducatif à cet égard. Les participants ont appelé l'attention sur les liens entre les objectifs du Millénaire pour le développement (les actions menées pour éliminer la pauvreté dans le cadre de l'objectif 1 contribuaient aussi à la réalisation des objectifs 4 et 5, et à l'objectif 3 sur l'égalité des sexes) et l'autonomisation des femmes.

14. On a fait remarquer qu'il fallait augmenter les budgets de la santé et y accroître le souci d'égalité des sexes, compte tenu des besoins spécifiques des femmes. Les femmes assumant une part plus importante du fardeau de la maladie, il fallait adapter en conséquence les ressources qui leur étaient destinées. Il fallait également examiner la portée des systèmes d'assurance santé et de protection sociale; en effet, en général, ces systèmes ne couvraient pas le secteur non officiel, où les femmes étaient majoritaires. Enfin, on a préconisé d'établir des budgets tenant compte des besoins des femmes car c'était un moyen efficace d'établir des priorités dans le financement des dépenses de santé. Cette approche était particulièrement importante en temps de crise financière et économique.

15. Les participants ont débattu de l'effet de la crise financière actuelle sur la santé publique et, notamment, sur la situation des femmes et des filles. L'expérience indiquait que la crise financière en cours risquait d'appauvrir les ménages et de provoquer des difficultés particulières pour les femmes. Les coupes qui risquaient d'être faites dans les dépenses publiques, y compris dans les secteurs sociaux, et dans les dépenses privées de santé ne manquaient pas de préoccuper. Elles risquaient de provoquer une augmentation de la demande de services de santé publics et, donc, de surcharger ce secteur. L'aide des donateurs risquait, elle aussi, de diminuer, ce qui toucherait particulièrement les pays dont le service de santé dépendait de l'aide extérieure. Leurs revenus diminuant, les femmes risquaient de repousser le moment de se soigner ou d'y renoncer. Les conséquences négatives des coupes dans les dépenses sociales et de santé risquaient d'aggraver la malnutrition et les problèmes de santé mentale, d'augmenter les taux de mortalité infantile et de provoquer une hausse des maladies transmissibles telles que le VIH/sida et la

tuberculose. Il était essentiel d'utiliser l'action publique pour prévenir de telles crises ou en atténuer les effets.

16. Il était donc de la plus haute importance que les États et toutes les autres parties prenantes analysent soigneusement les répercussions de la crise financière sur la situation particulière des femmes. Ils avaient l'occasion de prévenir les risques et de mettre en place des mesures pour établir des priorités sanitaires publiques, en mettant l'accent sur la santé des femmes et des filles. Il fallait arriver à calculer la valeur des soins non rétribués fournis par les femmes et empêcher que ces responsabilités augmentent. Il fallait aussi renforcer le filet de sécurité social, notamment pour les femmes travaillant dans l'économie parallèle, et améliorer leur accès à l'emploi et aux ressources économiques. Enfin, il fallait encourager l'établissement de budgets favorisant l'égalité des sexes et renforcer l'aide à la mise en œuvre des engagements internationaux, dont les objectifs du Millénaire pour le développement.
