



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR 61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 4.9 de l'ordre du jour provisoire

CD49/13 (Fr.)
15 juillet 2009
ORIGINAL : ANGLAIS

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN APPLICATION DE LA POLITIQUE EN MATIÈRE D'ÉGALITÉ DES SEXES

Introduction

1. Le 46^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a adopté en 2005 la politique sur l'égalité des sexes pour l'OPS (résolution CD46.R16). Cette résolution a été approuvée en réponse aux défis constants soulevés par les inégalités homme-femme dans la Région des Amériques et à la résolution des Nations Unies stipulant que tous les organismes des Nations Unies adoptent une approche antisexiste et favorisent l'autonomisation des femmes sur l'ensemble du système de l'ONU.¹ La politique de l'OPS vise à « contribuer à l'égalité des sexes dans l'état de santé et développement de la santé [...] et de promouvoir activement l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes. »² Elle stipule que l'OPS et les États Membres intègrent la perspective de genre dans la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation des politiques, programmes, projets et travaux de recherche afin d'arriver au meilleur état de santé possible pour les femmes et les hommes, à une distribution équitable des ressources et à l'égalité et justice dans la répartition des avantages et des fardeau des soins de santé et du bien-être.

2. La résolution CD46.R16 recommande vivement aux États Membres de mettre en application la politique et invite tout particulièrement la Directrice du Bureau sanitaire panaméricain (BSP) à formuler un plan d'action comprenant un système de suivi et d'évaluation. Tel que demandé par le 46^e Conseil directeur, ce Plan d'Action quinquennal

¹ Résolution du Conseil économique et social des Nations Unies E/1997/L.30 adoptée par ECOSOC 14. 7. 97 : <http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/1997/e1997-66.htm>. [Ce lien correspond à la version en anglais du document].

² PAHO Gender Equality Policy
http://www.paho.org/English/ad/ge/PAHOGenderEqualityPolicy_2005.pdf.

visé à guider le Bureau et les États Membres dans la mise en application de la politique de l'égalité des sexes, et contribuant ainsi à réduire les inégalités homme-femme sur le plan santé.

Analyse de la situation³

3. Même si la Région des Amériques a fait beaucoup de progrès et a amélioré la santé de ses femmes et hommes, des inégalités subsistent encore entre les pays et au sein de ces derniers, surtout parmi les populations exclues. Le sexe, de pair avec la classe sociale et l'origine ethnique, est un déterminant structurel clé de l'équité en santé qui entraîne des opportunités différentes sur le plan santé pour que les femmes et les hommes, les filles et les garçons bénéficient d'une santé optimale. Si les conditions du genre prennent racines dans la position inégale des femmes dans la société, elles sont pourtant devenues par la suite une réelle catégorie relationnelle qui peut également aider à comprendre la condition des hommes. Du point de vue de la santé, l'interaction du genre avec les caractéristiques biologiques et les déterminants sociaux et économiques aboutit à des différences et souvent inévitables expositions aux risques de santé, dans l'état de santé ainsi qu'au niveau de l'accès et utilisation des services de santé. Le genre pèse de tout son poids dans la manière dont les femmes et les hommes contribuent au développement de la santé et comment ils partagent les bénéfices.

4. L'inégalité homme-femme dans les Amériques –la région la plus inégale au monde– entre en action avec d'autres inégalités socioéconomiques qui limitent les possibilités qu'ont les hommes et les femmes de jouir d'une santé optimale, sans maladies évitables. Certes, il y a eu un certain progrès dans la lutte contre les inégalités dans la Région, mais les inégalités homme-femme sont toujours reflétées par les taux élevés de mortalité maternelle, les besoins non satisfaits en planification familiale, les grossesses chez les adolescentes, les taux de cancer du col de l'utérus et la hausse de l'infection par le VIH chez les jeunes femmes dans de nombreux pays des Caraïbes. Si un tiers des femmes dans les Amériques continuent à être les victimes de violence de la part de leur partenaire, les taux de mortalité dus à la violence chez les hommes sont par contre imputables aux accidents de la route, aux homicides, aux accidents du travail, aux suicides et à la toxicomanie.

Parité du personnel au BSP

5. Conformément aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et de l'ONU sur l'égalité des sexes au sein du personnel,⁴ la résolution du 46^e Conseil directeur invite

³ Voir annexe A1: Les inégalités homme-femme persistent dans les Amériques, pour une analyse situationnelle détaillée.

⁴ WHA50.15 Recrutement du personnel international dans les représentations géographiques de l'OMS (1997) et Résolution 55/69, Amélioration du statut des femmes dans le système des Nations Unies

également le Bureau sanitaire panaméricain à viser la parité entre les sexes en ce qui touche le recrutement et l'avancement professionnel, y compris les postes au niveau de la direction.

6. En ce qui concerne la parité du personnel, l'OPS a été reconnue comme l'une des organisations des Nations Unies qui a le mieux réussi à atteindre une parité dans la composition de son personnel. Par ailleurs, une enquête récente a montré que si la parité générale entre les professionnels des deux sexes était atteinte au Siège de l'OPS, par contre, au niveau des pays, les femmes ne composent que 30% du personnel professionnel, avec une des plus larges catégories professionnelles, P4, connaissant la plus grande inégalité car la représentation féminine est très faible aussi bien pour les nominations à long terme que pour les nouvelles affectations. Ces faits nous montrent que le défi existe toujours et que l'OPS doit maintenir et continuer les efforts pour arriver à la parité entre les sexes à tous les niveaux du personnel, et mettre en œuvre et appliquer des politiques équilibrant la vie personnelle et professionnelle.

Antécédents

7. En signant la Déclaration du Sommet du Millénaire (2000), les États Membres ont convenu que l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes étaient indispensables à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) notamment l'objectif sur l'égalité des sexes ainsi que les objectifs se rapportant directement ou indirectement à l'amélioration de la santé.⁵ Dans les dix années à venir, les Amériques devront relever un défi qui n'est pas des moindres : atteindre les OMD et répondre à l'engagement renouvelé de fournir des soins de santé primaires de bonne qualité.

8. Ce Plan d'Action quinquennal proposé pour la mise en application de la politique de l'OPS sur l'égalité des sexes vise à atteindre les OMD et à mener à bien les missions sur l'égalité des sexes qui lui ont été confiées lors des différentes conférences mondiales et interaméricaines. Le Plan propose une approche dynamique et stratégique qui consolidera l'engagement pris par l'OPS pour réduire les inégalités homme-femme sur le plan santé dans les Amériques, contribuant ainsi à la réalisation des engagements internationaux et régionaux d'arriver à l'égalité entre les femmes et les hommes. Ce plan est ancré dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui défend le droit à la santé comme « l'un des droits fondamentaux de chaque être humain quels que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques, sa condition économique ou

adoptée par l'Assemblée générale de l'ONU (A/RES/55/69, 2001). Plan d'Action à moyen terme de l'OMS pour l'emploi et la participation des femmes (2000-2005) demande que des mesures soient établies pour améliorer le taux de participation des femmes à l'OMS et leur rétention, dans l'optique d'arriver à l'équité entre les femmes et les hommes.

⁵ Objectif 3 du Millénaire pour le développement: Promouvoir l'égalité homme-femme et l'autonomisation des femmes <http://www.un.org/millenniumgoals/gender.shtml>.

sociale.»⁶ et aligné à la politique de l'OMS en matière de genre, et à la Stratégie pour l'intégration de l'analyse des spécificités de chaque sexe et d'une démarche soucieuse d'équité entre hommes et femmes dans les activités de l'OMS (mai 2007). Principe conforme également aux conventions et protocoles interaméricains et de l'ONU sur les droits humains⁷ tels que la Convention sur l'Élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (CEDAW),⁸ le Protocole pour prévenir, supprimer et punir l'exploitation de personnes, surtout les femmes et les enfants,⁹ ainsi que la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'éradication de la violence contre les femmes (Convention de Belem do Pará).¹⁰

Projet du Plan d'Action quinquennal régional

9. Le Plan d'Action proposé sert de feuille de route précisant les indicateurs du suivi pour le BSP et les États Membres pour la mise en œuvre de la politique en matière d'égalité des sexes. Son cadre de coopération technique avec les États Membres vise à concrétiser l'engagement pris d'inclure la perspective de genre dans la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques, programmes, projets et recherche en santé. L'exécution de la feuille de route favorisera l'adoption des divers éléments de l'égalité des sexes au sein de l'OPS et consolidera la position de l'Organisation en tant que champion de l'objectif Santé pour Tous. Le Plan tient compte l'Agenda de Santé pour les Amériques et sera mis au œuvre dans le contexte du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012, plus précisément les Résultats escomptés régionaux. Le Plan a été élaboré

⁶ Stipulée dans le préambule de l'Organisation mondiale de la Santé et adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946 ; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 états (archives officielles de l'Organisation mondiale de la Santé, no.2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 Avril 1948. Voir également 47^e Conseil directeur de l'OPS, Document technique CD47/15 (Incapacité : Prévention et Réhabilitation dans le contexte du droit au meilleur état de santé et autres droits connexes) du 16 août 2006, pp. 10-15. Disponible à <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD47-15-e.pdf>.

⁷ Stratégie régionale de l'OPS pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes, Document CD48/8, 48^e Conseil directeur, Organisation panaméricaine de la Santé, Washington D.C., 29 septembre-3 octobre 2008. Disponible à <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-08-e.pdf>.

⁸ Entrée en vigueur en 1979 et ratifiée par les pays suivants : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, République dominicaine, Equateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint Kitts-et-Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent et Grenadines, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

⁹ Entrée en vigueur le 3 septembre 2003 et ratifiée par les pays suivants : Argentine, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Equateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint Kitts-et-Nevis, Uruguay et Venezuela.

¹⁰ Entrée en vigueur le 5 mars 1995 et ratifiée par les pays suivants : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Chili, Dominique, République dominicaine, Equateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint Kitts-et-Nevis, Saint Lucia, Suriname, Trinité-et-Tobago, Uruguay et Venezuela.

après multiples consultation internes et externes et en accord avec les États Membres, les organes des Nations Unies et les organisations régionales de la société civile.

Domaines stratégiques

10. Le Plan d'Action proposé est organisé autour de quatre domaines stratégiques interdépendants provenant de la politique de l'égalité des sexes.

11. **Domaine stratégique 1** : Renforcer les capacités au sein de l'Organisation et des États Membres pour produire, analyser et utiliser l'information désagrégée par sexe et autres variables pertinentes (voir Annexe A).

Objectifs spécifiques

- Le BSP intégrera des indicateurs liés au genre, désagrégés par âge et sexe, dans la formulation des plans et programmes, dans le cadre de la coopération technique et d'autres initiatives ;
- Les producteurs et utilisateurs nationaux et locaux des statistiques de santé auront la capacité de produire, d'analyser et d'utiliser une information tenant compte du genre dans la prise de décision, le plaidoyer, le suivi et l'évaluation ;
- La collaboration entre organisations sera renforcée pour réaliser les engagements internationaux des États Membres liés aux indicateurs et statistiques du genre.

12. **Domaine stratégique 2** : Mettre au point des outils et renforcer les capacités au sein du BSP et dans les États Membres pour intégrer la perspective de genre dans la formulation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes (voir Annexe A).

Objectifs spécifiques

- Renforcer les capacités et l'engagement au sein du BSP et dans les États Membres pour soutenir l'intégration de l'analyse en matière du genre et l'approche droits humains dans les politiques, programmes, suivi et recherche du secteur de la santé ;
- Aider le BSP et les États Membres à inclure le genre dans la formulation et la revue des politiques et processus du personnel ;
- Mettre en place une plate-forme de connaissances sur le genre et la santé (outils, fiches d'informations, publications, meilleures pratiques, etc.) et vérifier qu'elle

est accessible au BSP, aux États Membres et aux organisations de la société civile en soutenant la mise en œuvre de la politique et du Plan d'Action pour l'égalité des sexes.

13. **Domaine stratégique 3** : Augmenter et renforcer la participation de la société civile, surtout les organisations et associations de femmes et autres défenseurs de l'égalité des sexes, dans l'identification des priorités, la formulation des politiques et au suivi des politiques et programmes aux niveaux local, national et régional (voir Annexe A).

Objectifs spécifiques

- Les dirigeants des organisations régionales de la société civile, surtout les organisations et associations de femmes et les groupes de défense de l'égalité des sexes, feront partie du Groupe consultatif technique du BSP sur l'égalité des sexes et la santé (TAG GEH) et conseillerons sur la mise en application de la politique d'égalité en matière d'égalité des sexes au sein du BSP et dans les États Membres ;
- Les organisations de la société civile (de femmes, hommes, groupes ethniques et droits humains) seront habilitées à participer aux équipes multisectorielles nationales qui auront pour objectif d'assister les ministères de la santé dans la mise en application, le suivi et l'évaluation de l'égalité des sexes dans le cadre des politiques et des programmes de santé ;
- Les connaissances et les capacités concernant les questions et plaidoyer pour le genre et la santé seront renforcées au sein des organisations de la société civile intervenant pour l'égalité des sexes.

14. **Domaine stratégique 4** : Conformément aux méthodologies de gestion basées sur les résultats, institutionnaliser des politiques sensibles au genre ainsi que des mécanismes de suivi vérifiant les résultats spécifiques de l'intégration du genre et évaluant l'efficacité des interventions liées au genre dans la santé (voir Annexe A).

Objectifs spécifiques

- Vérifier que l'approche de l'OPS est alignée sur l'approche de l'OMS concernant le suivi et l'évaluation de l'intégration du genre, pour mettre en place des stratégies appropriées de formations des capacités et analyses du genre axées sur les résultats ;
- Le BSP disposera de systèmes pour la mise en application et le suivi de la politique et du Plan d'Action en matière d'égalité des sexes ;

- Des mécanismes seront mis en place pour suivre les progrès faits par les États Membres dans la mise en application de la politique et du Plan d'Action en matière d'égalité des sexes ;
- Des initiatives spéciales d'intégration de la perspective de genre dans les programmes, englobant les quatre domaines stratégiques –données probantes, renforcement des capacités, participation de la société civile et évaluation– seront développées et mise en application au sein de l'OPS afin de renforcer le sentiment d'appartenance et de dégager des leçons concrètes.

15. Les quatre domaines stratégiques vérifieront l'accomplissement de résultats mesurables aux niveaux régional, sous-régional et national.

Mesures à prendre par le Conseil directeur

16. Le Conseil est invité, après avoir étudié l'information présentée, à envisager l'adoption du projet de résolution présenté par la 144^e session du Comité exécutif (annexe C).

Annexes

**ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ (OPS)
PROJET DU PLAN D'ACTION QUINQUENNAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
POLITIQUE SUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES**

PROJET DU PLAN D'ACTION QUINQUENNAL POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SUR L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES

Antécédents et justification

1. Certes, la Région des Amériques a réussi à nettement améliorer la santé de ses femmes et de ses hommes et pourtant subsistent encore des inégalités entre les pays et au sein de ces derniers, surtout parmi les populations exclues. Le genre, de pair avec la classe sociale et l'ethnie, est un déterminant structurelle clé de l'équité en santé qui entraîne des opportunités différentes sur le plan de la santé pour les femmes et les hommes, les filles et les garçon.¹ Si les conditions du genre prennent racines dans la position inégale des femmes dans la société, elles sont pourtant devenues par la suite une réelle catégorie relationnelle qui peut également aider à comprendre la condition des hommes. Du point de vue santé, le genre étant lié aux caractéristiques biologiques et aux déterminants sociaux et économiques, nous aboutissons à des modes différents et souvent inéquitables dans l'exposition aux risques de santé, dans l'état de santé ainsi que l'accès et l'utilisation des services de santé. Le genre pèse de tout son poids dans la manière dont les femmes et les hommes contribuent au développement de la santé et dont ils partagent les bénéfices et les charges.

2. En réponse aux inégalités persistantes sur l'ensemble de la Région, les États Membres ont convenu, dans la Déclaration du Sommet du Millénaire (2000), que l'amélioration de l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme étaient indispensables à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), notamment l'objectif « égalité des sexes » et les objectifs qui sont liés directement et indirectement à l'amélioration de la santé. Dans les dix années à venir, les Amériques devront relever un défi de taille non seulement pour réaliser les OMD mais aussi pour tenir l'engagement renouvelé de fournir des soins de santé primaires pour tous d'ici l'année 2015. Pour atteindre ces buts, l'OPS devra se doter d'une approche dynamique et stratégique pour consolider son engagement à réduire les inégalités homme-femme sur le plan santé dans les Amériques. La politique de l'égalité des sexes et de l'OPS et son Plan d'Action quinquennal proposé pour la mettre en œuvre vise à guider le Bureau sanitaire panaméricain (BSP)² et les États Membres afin qu'ils puissent relever ce défi.

3. Le présent document insiste sur l'élimination des inégalités homme-femme sur le plan santé. Inégalités homme-femme se rapportent ici aux inégalités entre les hommes et les femmes sur le plan de leur état de santé, des soins de santé et participation à la prestation sanitaire payée et non payées, autant d'inégalités injustes, inutiles et évitables.³ Vu la discrimination historique et

¹ Dans ce document femmes et hommes se réfèrent implicitement aux garçons et aux filles ainsi qu'aux adolescents.

² Le Bureau sanitaire panaméricain (BSP) est le Secrétariat de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). Le Bureau apporte un soutien technique et direction générale aux États Membres de l'OPS dans leur quête de la Santé pour Tous : <http://www.paho.org/english/paho/mission.htm>.

³ Équité et égalité entre les femmes et les hommes sont utilisés tous les deux dans ce document. La politique de l'OPS concernant l'égalité entre les femmes et les hommes définie de la manière suivante

injuste à l'égard des femmes dans leur recherche de l'égalité sur le plan des droits humains et opportunités, ce document met en avant de telles inégalités et souscrit à la mission d'arriver à l'égalité des sexes et à la « Santé pour tous. »⁴

Contexte mondial et régional de l'égalité des sexes

4. Ce Plan d'Action quinquennal proposé pour mettre en œuvre la politique de l'égalité des sexes de l'OPS s'inspire du préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui défend le droit à la santé comme « l'un des droits fondamentaux de chaque être humain quels que soient sa race, sa religion, ses convictions politiques, sa condition économique ou sociale »⁵ et il est fidèle à l'engagement constant de l'OPS et ses États Membres face à la santé et au bien-être des femmes et des hommes des Amériques. De plus, le Plan d'Action est conforme à la politique du genre de l'OMS de 2002 et à la Stratégie adoptée récemment pour intégrer l'analyse des questions liées au genre dans le travail de l'OMS (mai 2007). De plus, elle est conforme aux conventions et protocoles sur les droits humains interaméricains et de l'ONU⁶ comme la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW),⁷ le Protocole pour prévenir, supprimer et punir

l'égalité entre les femmes et les hommes sur le plan de la santé « pour que les femmes et les hommes aient des conditions égalitaires pour réaliser pleinement tous leurs droits et potentiel pour vivre en bonne santé, contribuer aux développements de la santé et bénéficier des résultats. L'égalité entre les femmes et les hommes demande que des mesures spécifiques soient adoptées pour supprimer les inégalités homme-femme ». **L'équité entre les femmes et les hommes sur le plan santé** « se rapportent aux inégalités entre les hommes et les femmes dans leur état de santé et participation au travail de santé, inégalités qui sont inutiles, injustes et évitables. Les stratégies d'équité entre les femmes et les hommes sont utilisées pour atteindre par la suite l'égalité. L'équité, c'est les moyens pour arriver à la fin, au résultat qui est l'égalité ». **Politique de l'égalité homme-femme de l'OPS**
<http://www.paho.org/English/ad/ge/PAHOGenderEqualityPolicy2005.pdf>.

⁴ Primary Health care Concepts and Challenges in a Changing World: Alma-Ata. Revised. WHO/SHS/CC/94.2.

⁵ Stipulée dans le préambule de l'Organisation mondiale de la Santé et adoptée par la Conférence internationale de la Santé, New York, 19 juin-22 juillet 1946 ; signée le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 états (archives officielles de l'Organisation mondiale de la Santé, no.2, p. 100) et entrée en vigueur le 7 Avril 1948. Voir également 47e Conseil directeur de l'OPS, Document technique CD47/15 (Incapacité : Prévention et Réhabilitation dans le contexte du droit au meilleur état de santé et autres droits connexes) du 16 août 2006, pp. 10-15. Disponible à <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD47-15-e.pdf>.

⁶ Voir la Stratégie régionale de l'OPS pour améliorer la santé des adolescents et des jeunes, document technique CD48/8, 48^e Conseil directeur, Organisation panaméricaine de la santé, Washington D.C., 29 septembre-3 octobre 2008. Disponible à <http://www.paho.org/english/gov/cd/CD48-08-e.pdf>.

⁷ Entrée en vigueur en 1979 et ratifiée par les pays suivants : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Equateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Saint Kitts-et-Nevis, Saint Lucia, Saint Vincent et les Grenadines, Suriname, Trinité-et- Tobago, Uruguay et Venezuela.

l'exploitation des personnes, surtout des femmes et des enfants⁸ ainsi que la Convention interaméricaine pour la prévention, la sanction et l'éradication de la violence à l'encontre des femmes (Convention « Belem do Pará »).⁹

5. Les engagements universels et régionaux susmentionnés soulignent l'importance d'augmenter et d'améliorer les données probantes qui mettent en exergue les différences dans la situation socioéconomique, les besoins et les opportunités entre les femmes et les hommes qui aboutissent à des possibilités différentes de profiter d'une santé optimale, de sensibiliser davantage les décideurs et les prestataires de soins de santé et de leur donner les moyens de rectifier ses inégalités persistantes, d'autonomiser et de responsabiliser les femmes et les hommes pour qu'ils prennent les bonnes décisions et influencent les politiques se rapportant à leur santé ainsi que de suivre les progrès pour arriver à l'égalité des sexes. Ces éléments composent également les domaines stratégiques de la politique de l'égalité des sexes de l'OPS et le Plan d'Action proposé.

6. La politique de l'égalité des sexes de l'OPS qui a été approuvée par le Conseil directeur en 2005 (CD46.R16), a été formulée en réponse à la Résolution de l'ONU (ECOSOC/1997)¹⁰ demandant que tous les organes des Nations Unies intègrent le genre et l'autonomisation de la femme aux fins d'institutionnaliser les engagements internationaux sur l'ensemble du système de l'ONU. La politique de l'OPS a pour but de « contribuer à la réalisation de l'égalité homme-femme en ce qui concerne l'état de santé et le développement de la santé et de promouvoir activement l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes. » Afin d'atteindre ce but, la politique demande au BSP et à ses États Membres d'intégrer la perspective de genre dans la planification, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques, programmes, projets et recherche afin d'arriver à un état de santé optimal entre les femmes et les hommes, à un octroi équitable des ressources et à une participation égalitaire et juste dans la distribution des bénéfices et des charges des soins de santé et du bien-être. La résolution adoptant la politique recommande vivement aux États Membres de la mettre en œuvre et prie la Directrice du BSP de formuler un plan d'action pour sa mise en œuvre avec un système de suivi de la performance et de contrôle publique.

Panorama/Analyse situationnelle

7. Dans les Amériques, région la plus inégale au monde sur le plan social, les inégalités de genre vont de pair avec d'autres inégalités socioéconomiques qui limitent les possibilités des femmes et des hommes de profiter du meilleur état de santé possible, de vivre exempts de

⁸ Entrée en vigueur le 3 septembre 2003 et ratifiée par les pays suivants : Argentine, Belize, Brésil, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Equateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Jamaïque, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint Kitts-et-Nevis, Uruguay et Venezuela.

⁹ Entrée en vigueur le 5 mars 1995 et ratifiée par les pays suivants : Antigua-et-Barbuda, Argentine, Bahamas, Barbade, Belize, Bolivie, Brésil, Colombie, Costa Rica, Chili, Dominique, République dominicaine, Equateur, El Salvador, Grenade, Guatemala, Guyana, Haïti, Honduras, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, Saint Kitts-et-Nevis, Saint Lucia, Suriname, Trinité et Tobago, Uruguay et Venezuela.

¹⁰ Résolution du Conseil économique et social des Nations Unies E/1997/L.30 adoptée par ECOSOC 14. 7. 97: <http://www.un.org/documents/ecosoc/docs/1997/e1997-66.htm>.

maladies évitables, d'avoir un accès aux ressources de la santé et de contribuer à part égale aux soins de santé et au bien-être. Reconnaisant de plus en plus ces besoins et ces opportunités différents, les pays de la Région cherchent à améliorer et à renforcer les données venant mettre en évidence le problème. Ils cherchent également à faire participer les parties concernées et à renforcer la capacité du personnel de santé pour qu'il traite ces différences afin que leurs politiques, programmes, services, lois, recherche et information de santé puissent réduire les inégalités existantes sur le plan de la santé et augmenter l'efficacité de leurs systèmes de santé.

Des inégalités homme-femme qui persistent sur le plan de la santé (voir Annexe A-1)¹¹

8. Si dans certains pays, les femmes ont réussi à atteindre un niveau d'éducation plus élevé¹², les normes du genre et la discrimination à l'égard des femmes limitent pourtant le contrôle qu'elles peuvent exercer sur les ressources de la santé. La discrimination à leur égard se répercute sur le statut économique des femmes, en limitant leur possibilité de participer sur un pied d'égalité au marché du travail formel. Elle limite également leur accès à la protection sociale conférée par les pensions de retraite et assurance, y compris les ressources de santé, qu'offrent ces marchés. Pratiquement la moitié des femmes qui travaillent consacrent leur temps à prendre soins d'autres personnes, sans rémunération. Par ailleurs, les femmes utilisent davantage les services de santé et payent davantage ces services de leur propre poche. Les rôles du genre restreignent souvent la volonté et capacité des hommes à prendre soin de leur propre santé et à s'occuper de leur famille.

9. Les femmes vivent plus longtemps que les hommes et elles ont une mortalité plus faible. Les années pendant lesquelles elles survivent aux hommes ne sont pas forcément des années de qualité car les femmes plus âgées ont un accès moindre à la protection sociale et aux ressources et souvent vivent dans la pauvreté, la solitude et l'incapacité. Le genre se répercute également de manière négative sur la santé et l'espérance de vie chez les hommes car ces derniers s'engagent souvent dans des comportements plus dangereux dès leur jeune âge. Des relations sexuelles à risque, la violence, l'alcool, la consommation de drogues et le fait qu'ils refusent souvent les services préventifs et les soins de santé sont autant de menaces pesant sur leur santé.

10. Les inégalités homme-femme deviennent encore plus apparentes quand la maladie et le décès sont causés par des problèmes de santé qui peuvent être évités et qui touchent de manière disproportionnée les pauvres, les adolescents, les personnes peu instruites et les femmes en fonction de leur ethnie ainsi que leurs partenaires et les hommes marginalisés dans ces populations. Dans les Amériques, ces inégalités persistantes se traduisent par des taux élevés de mortalité maternelle, un important besoin non satisfait en planification familiale, des taux élevés de grossesse de l'adolescente et du cancer du col et une augmentation de l'infection à VIH parmi les jeunes femmes de nombreux pays des Caraïbes. Un tiers des femmes dans les Amériques continuent à être les victimes d'actes de violence de la part de leur partenaire intime. De plus, les taux de mortalité chez les hommes suite au VIH, aux décès violents (accidents de la route,

¹¹ La plupart des indicateurs sont obtenus de la publication de l'OPS *Gender, Health, and Development in the Americas, Basic Indicators, 2007* et le document non publié d'Elsa Gomez, « Género como un determinante estructural de inequidad en salud, » contribution AD/GE au chapitre 1 de *la Santé dans les Amériques, 2007*.

¹² Idem.

homicide, accidents du travail et suicide) ainsi que l'abus de drogues et d'alcool sont plus élevés que chez les femmes. Il est extrêmement important que les garçons et les hommes jeunes comprennent ces risques et la manière dont ils se répercutent sur la santé des femmes.

Données probantes et analyse des inégalités homme-femme

11. La situation susmentionnée fait ressortir l'importance d'appliquer une analyse de genre aux statistiques et recherche sanitaires. Au fil des ans, s'est accumulée davantage d'information sur les inégalités homme-femme et les écarts entre les femmes et les hommes bien qu'un grand nombre de pays désagrègent simplement les données sans analyser les raisons sous-jacentes qui expliquent les différences montrées dans les données. Tous ceux qui produisent et utilisent les données, que ce soient les planificateurs de la santé, les spécialistes du contrôle de qualité ou les responsables du plaidoyer devraient être en mesure d'analyser et d'appliquer cette information pour mieux cibler et suivre les politiques et les interventions dans le but de réduire les inégalités existantes entre les femmes et les hommes. L'analyse de genre mettra en relief les inégalités dans l'état de santé découlant de l'inégalité des chances au niveau de santé, les inégalités dans la distribution des ressources, du pouvoir et des responsabilités et fera ressortir la contribution des femmes et des hommes au développement humain et économique. Ces données sont essentielles au suivi et à l'évaluation des progrès faits pour tenir les engagements pris à l'échelle internationale et régionale, pour arriver à l'égalité des sexes dans le contexte des OMD, atteindre les buts de l'Agenda de santé pour les Amériques et mettre en œuvre la politique de l'égalité des sexes de l'OPS.

12. La politique de l'égalité des sexes de l'OPS vise à mettre en place une base de données probantes sur le genre et la santé pour étayer la formulation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des programmes de santé. Elle prévoit de collecter, d'analyser et de partager les données désagrégées par sexe et autres variables pertinentes et de renforcer les réseaux avec les organes de l'ONU, des universités et le secteur privé afin d'encourager une recherche sensible aux différences entre les sexes. La politique demande également à tous les États Membres de générer ces données et de les inclure aux indicateurs de leurs comptes nationaux de santé qui mesurent les soins de santé non rémunérés fournis par les femmes et les hommes à domicile. Elle adresse un appel au BSP pour classer en priorité la génération et l'analyse de ces données et pour soutenir les efforts des États Membres et de la société civile en vue de suivre l'impact des politiques, programmes de santé et des lois sur l'égalité des sexes, notamment leur impact sur la réduction de la mortalité maternelle et la violence à l'égard des femmes.

13. La production d'une meilleure base de données tant pour l'amélioration de la santé que pour la coopération technique avec les pays a toujours fait l'objet d'une priorité pour l'OPS. Par exemple, la publication bien connue de l'OPS, *la santé dans les Amériques 2007*, comprend dans presque tous les chapitres des données désagrégées par sexe et une analyse dans la perspective de genre, bien que cette analyse manque dans les chapitres de certains pays alors que les données sont pourtant disponibles. Par ailleurs, en juin 2007, la 142^e Session du Comité exécutif a approuvé la Résolution CE142.R4, *Plan d'Action pour le renforcement des statistiques vitales et sanitaires*, pour les pays des Amériques. L'analyse des différences et des écarts entre les femmes et les hommes doit être renforcée et devrait devenir une priorité de la coopération technique du BSP. Les Stratégies de collaboration avec les pays (SCP) qui sont le fondement de la

collaboration du BSP avec les États Membres devraient également faire une analyse par genre des problèmes de santé nationaux ciblés, constituant ainsi un précédent pour traiter les inégalités homme-femme dans le cadre de la coopération technique.

14. Le BSP a renforcé la capacité des producteurs et utilisateurs nationaux de l'information sanitaire en apportant une formation et en distribuant des publications dégageant des faits concrets sur le genre et la santé avec présentation de plus de 40 profils nationaux sur la santé des femmes et des hommes. Ces efforts ont abouti à la mise en place de groupes traitant du genre dans les statistiques de sept pays de l'Amérique centrale dans le but d'améliorer les systèmes d'information sur la santé et autres questions ainsi qu'à la création de deux observatoires genre et santé au Chili et observatoires sur la violence liée au sexe dans trois pays de l'Amérique centrale. Le BSP est également au premier plan d'une autre activité consistant à quantifier la contribution non payée des femmes aux soins de santé et a soutenu les efforts faits au Chili pour inclure cette information aux comptes nationaux de santé. Au niveau régional, le BSP soutient les groupes sous-régionaux des Mécanismes féminins nationaux (National Women's Machineryes NWM) qui cherchent à inclure l'égalité des sexes dans les programmes de santé dans le cadre de leurs processus d'intégration régionaux. L'OPS est un partenaire de la collaboration interorganisations pour les OMD coordonnée par la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) et a contribué au Rapport régional des progrès pour les OMD ainsi qu'au rapport concernant l'OMD 3. L'Organisation participe également à l'Observatoire interorganisations et intergouvernemental sur la parité des genres en incluant et en suivant les indicateurs de la santé et en contribuant à l'apport de formation pour les partenaires nationaux.

Capacités pour l'intégration du genre

15. La Région a fait un net pas en avant vers l'égalité des sexes, puisque les États Membres ont adopté des lois et institué des politiques pour redresser les inégalités. La majorité des États Membres se sont dotés de lois pour prévenir et sanctionner la violence liée au sexe et des lois traitant sur un pied d'égalité en santé les deux sexes et nombreux sont également les pays qui ont des lois de quotas vérifiant la participation politique des femmes et presque tous d'entre eux ont des NWM pour suivre et guider la mise en œuvre de ces politiques. Certains pays ont inclus l'égalité des sexes dans leurs plans de santé et processus de réforme et ont mis en place des unités du genre au sein du secteur de la santé pour guider et suivre ces processus. Quelques pays analysent leurs budgets de la santé pour améliorer le ciblage des programmes de santé dans l'optique équité entre les femmes et les hommes. Et pourtant, malgré ces progrès, la mise en œuvre a été entravée par un manque de volonté politique, un octroi insuffisant de ressources nationales et l'absence de processus de responsabilisation vérifiant l'exécution. Aussi, est-il important de renforcer les connaissances et les capacités des décideurs de la santé, du personnel de soins de santé et des défenseurs de la cause pour traduire dans les faits ces politiques, octroyer les ressources et mettre en place des systèmes pour suivre la mise en œuvre ainsi que leurs effets sur la réduction des inégalités sur le plan santé entre les femmes et les hommes.

16. La politique de l'égalité des sexes de l'OPS stipule un soutien organisationnel pour faire progresser les connaissances et renforcer les compétences du personnel aux fins d'une intégration efficace des questions liées au genre. Des points focaux du genre seront identifiés et formés dans chacun des domaines techniques et administratifs du BSP ainsi que dans chaque bureau de terrain

et ministère de la santé afin de faciliter la mise en œuvre et l'évaluation des engagements pour l'intégration du genre. Les responsables des divers domaines du BSP devront institutionnaliser les mécanismes pour renforcer les capacités parmi le personnel et pour apporter les ressources financières, l'information, la formation et le soutien technique pour assurer une mise en œuvre efficace de la politique. Cette Politique demande expressément aux États Membres d'inclure la perspective de genre dans leurs programmes de formation et au BSP de mettre au point du matériel et des programmes de formation qui encouragent l'égalité des sexes.

17. Des enquêtes faites sur l'intégration du genre, par des organismes des Nations Unies¹³ et de la Banque mondiale¹⁴ ont indiqué l'importance d'une expertise sur le terrain en vue de l'obtention de bons résultats. Certes, les membres du personnel de l'OPS se montrent ouverts à l'idée de réduire les inégalités liées au genre sur le plan et autres inégalités et pourtant, un grand nombre d'entre eux avouent qu'ils ne savent pas comment procéder ne possédant pas les aptitudes nécessaires comme le montre une enquête récente de l'OMS. De fait, lors d'entretiens, le personnel du BSP a fait savoir que le renforcement des capacités liées aux questions du genre et l'expertise disponible en ce domaine étaient indispensables à l'intégration du genre.¹⁵ L'OPS a une vaste expérience dans le domaine de la formation sur le « Genre et la Santé »¹⁶ ayant formé au milieu des années 90 des centaines de membres du personnel. Par ailleurs, le manque d'une approche intégrée à l'application des compétences acquises a freiné l'efficacité. En Amérique centrale, où la formation a été suivie par des programmes liés au genre, les progrès au niveau de l'intégration du genre, surtout sur le plan de la violence liée au sexe et de la réforme du secteur de la santé, sont corroborés par de nombreux documents (voir Annexe A2). Le présent Plan d'Action s'inspire de ces expériences et puise dans la stratégie de renforcement des compétences de l'OMS afin de renforcer les capacités de son personnel, des États Membres et des partenaires défendant l'égalité des sexes. Le renforcement des capacités se concentrera sur les compétences en matière d'analyse et programmation nécessaires à l'intégration du genre ainsi que sur la préparation et mise en œuvre des plans de collaboration pour le suivi à long terme.

18. Probablement que la principale leçon qui puisse être retenue des évaluations sur l'intégration du genre concerne l'importance de baser les résultats sur les incitations plutôt que sur des mandats. En 2008, le BSP a organisé un concours sur l'intégration du genre dans le secteur de la santé entrant dans le cadre de la célébration de la Journée annuelle internationale de la Femme, lancée par la Directrice. Les lauréats reçoivent un prix lors d'un événement spécial au Siège et leurs expériences sont notées dans la Base de données de l'OPS sur les meilleures pratiques concernant l'intégration du genre en santé. Ce concours figure partout dans les réseaux de l'OPS, organismes des Nations Unies et réseaux de santé et de femmes. Un prix est accordé pour la meilleure expérience au BSP et entre les partenaires.

19. Le personnel technique du BSP et ses partenaires nationaux ont retenu le manque d'accès facile à l'information et au soutien technique comme une des raisons expliquant pourquoi les questions liées au genre ne sont pas intégrées pleinement à leur travail. L'accès facile à des outils

¹³ Groupes de développement des Nations Unies, Equipe de l'égalité entre les femmes et les hommes, Résolution des Nations Unies A/RES/59/250.

¹⁴ Banque mondiale, *Egalité des genres: une bonne politique économique*, 2006.

¹⁵ OMS, *étude initiale pour l'évaluation de l'intégration du genre de 2008*.

¹⁶ *Atelier sur le genre, la santé et le développement : Guide du facilitateur*—Washington, D.C: OPS, 1997.

pratiques et à une information pertinente dans le cadre d'une plateforme virtuelle de connaissances en matière de genre et de santé devrait relever d'une priorité et être intégré au système de gestion de connaissance et information de l'OPS. Il serait utile de distribuer des jeux d'apprentissage convivial avec des outils de formation spécialement adaptés, des exemples de meilleures pratiques, une base de données d'expert, des fiches se rapportant aux domaines techniques et de déployer des campagnes ciblées pour informer les utilisateurs de l'existence de ces ressources.

Partenariats avec des organisations de la société civile et autres organisations

20. Les organisations de la société civile (OSC) jouent un rôle essentiel pour suivre les progrès et atteindre les OMD. Parallèlement, les conventions sur les droits humains, universelles et régionales, mentionnées ci-dessus insistent sur le fait que l'égalité des sexes passe automatiquement par l'autonomisation des femmes. Aussi, l'autonomisation de la femme devrait-elle être le pivot de toutes les stratégies visant à réduire les inégalités en santé. Il est tout aussi important de forger des partenariats avec des organisations défendant l'égalité des hommes et du genre pour atteindre ces buts. Il est essentiel de fournir à ces parties concernées les compétences, opportunités et informations pour qu'elles puissent participer pleinement aux décisions sur leur propre santé. Il est important également de leur fournir des informations sur des politiques et programmes connexes et il est vital d'atteindre activement les femmes et les hommes des zones rurales et pauvres, des groupes ethniques, des minorités sexuelles, des différents groupes d'âge, des personnes qui vivent avec le VIH/SIDA et qui souffrent d'autres incapacités, qui sont particulièrement sensibles aux inégalités homme-femme et autres inégalités et qui sont souvent exclues des processus décisionnels qui les touchent directement. C'est en faisant participer davantage toutes les parties concernées et leurs organisations en partenariat avec les défenseurs du genre dans le gouvernement, la société civile et les organisations internationales qu'on s'assurera que les politiques, les programmes et les ressources traitent effectivement de leurs nécessités, réalités et opportunités différentielles pour profiter et contribuer à la santé.

21. La politique de l'égalité des sexes de l'OPS souligne la participation à part égale des hommes et des femmes à la prise de décisions au sein de leur foyer, dans la communauté et dans le pays. Elle accorde une attention toute spéciale à la création et au renforcement des liens entre les gouvernements et les organisations de la société civile, notamment les groupements féminins. La résolution connexe demande aux États Membres de promouvoir et de soutenir la participation active des hommes et des garçons aux programmes visant à l'égalité des sexes sur le plan santé.

22. Dans les Amériques, les OSC participent depuis toujours à la formulation des programmes de santé aux niveaux local, national et même international. Les organisations féminines ont joué notamment un rôle de premier plan dans les progrès accomplis au niveau des droits humains, dont les droits de santé de la reproduction et ont réussi à placer la violence liée au sexe à l'ordre du jour des programmes traitant des droits humains et de la santé publique. Récemment, ces efforts ont rallié les hommes qui ont forgé des partenariats pour éliminer la violence liée au sexe et les inégalités en santé. Ces partenaires ont prêté un concours important à la formulation des politiques et programmes de l'OPS au niveau national et par le truchement de l'ancien Sous-comité de la femme, de la santé et du développement du Comité exécutif et, actuellement en qualité de membres du Groupe consultatif technique de l'OPS sur l'égalité des

sexes et la santé. Le Réseau pour la santé de la femme de l'Amérique latine et des Caraïbes (LACWHN) qui compte des organisations affiliées sur l'ensemble de la Région est un partenaire ONG officiellement reconnu de l'OPS qui collabore activement avec l'Office du genre, de l'ethnie et de la santé pour mettre en œuvre son plan de travail.

Institutionnaliser les processus de responsabilité

23. Le manque d'indicateurs de suivi et de systèmes pour juger de l'impact a entravé les efforts de mesure de l'efficacité de l'intégration du genre. La Convention CEDAW engage les États Membres à notifier les progrès, surtout sur le plan de la santé. Les Mécanismes féminins nationaux ont pour mission de suivre l'application des accords internationaux et des politiques nationales mais dans de nombreux pays, ces mécanismes n'ont ni l'influence ni les ressources nécessaires pour mener à bien cette tâche. Dans les quelques pays où ces mécanismes ont un certain poids politique, ils ont identifié des indicateurs et mis sur pied des systèmes opérationnels de suivi et de responsabilité avec des systèmes de budgétisation dans la perspective de genre qui engagent des départements du genre dans le secteur de la santé.

24. La résolution adoptant la politique d'égalité des sexes de l'OPS exhorte les États Membres à inclure la perspective de genre dans la formulation, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes. Elle demande également au BSP d'inclure un système de suivi de la performance et de responsabilité dans le Plan d'Action pour mettre en œuvre la politique. En effet, la mise en œuvre réussie de la politique et partant de son Plan d'Action demande au BSP de s'engager à inclure l'égalité des sexes dans les politiques, programmes et systèmes institutionnels, par exemple les plans de travail biennaux, avec un financement et des ressources réservés à cette fin pour vérifier que ces engagements sont exécutés et suivis adéquatement. Elle en appelle aux Bureaux de terrain de l'OPS pour qu'ils renforcent ou créent des ressources pour promouvoir l'intégration des questions liées au genre dans les systèmes de santé, travaillant avec les États Membres et les OSC. De plus, elle engage la direction supérieure du BSP pour qu'elle vérifie que la politique est effectivement traduite en action dans les domaines techniques et administratifs et pour suivre sa mise en œuvre dans le cadre des activités dont ils sont responsables. L'Office du genre, de l'ethnie et de la santé (GEH), tel qu'il est nommé dans la politique, sera responsable de coordonner la formulation, la mise en œuvre et les mécanismes de suivi et d'évaluation pour contrôler l'intégration dans les programmes de travail.

25. Le présent Plan d'Action comprend des indicateurs pour suivre sa mise en œuvre qui seront définis en consultation avec le personnel du BSP, les États Membres et les OSC (en cours de réalisation). Les indicateurs sont conformes aux mécanismes d'évaluation existants du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 et comprendront un marqueur de genre pour les plans opérationnels, la budgétisation et les processus de compte rendu. Conformément aux objectifs stratégiques (OS) globaux de l'OMS, le Plan stratégique de l'OPS comprend 16 OS et OS 7 d'entre eux, tout spécifiquement « intègre des approches en faveur du pauvre, sensibles au genre et basées sur les droits humains. » Chaque OS a des Résultats escomptés régionaux (RER) avec des indicateurs spécifiques. Le RER 7.5 se rapporte à l'égalité des sexes et les ethnies avec les indicateurs suivants :

RER 7.5	Analyse de genre et actions intégrées dans le travail normatif de l'OPS/OMS et coopération technique avec les États Membres pour la formulation de politiques et de programmes sensibles aux spécificités homme-femme.
Indicateur 7.5.1	Nombre de pays qui mettent en œuvre des plans en faveur de l'égalité des sexes dans le secteur de la santé.
Indicateur 7.5.2	Nombre d'outils et de directives créés ou mis à jour en vue d'inclure l'égalité des sexes dans l'analyse, la programmation, le suivi ou la recherche dans le domaine de la santé.
Indicateur 7.5.3	Nombre d'entités du BSP qui intègrent la perspective de genre dans leur analyse de la situation, leurs plans ou leurs mécanismes de contrôle.

26. Outre le RER 7.5, l'égalité des sexes est également incluse dans deux autres RER (maladies infectieuses, désagrégation des données) ainsi que dans dix indicateurs RER.¹⁷ Ce cadre de référence sert de fondement à la formulation et au suivi des plans de travail, ressources désignées et résultats biennaux du BSP, qui seront analysés pour évaluer l'inclusion du genre et développer une base initiale de suivi et de compte rendu.

27. Les indicateurs du suivi seront également peaufinés en fonction des données initiales collectées dans le cadre de la stratégie globale de l'OMS afin d'évaluer les progrès faits au niveau de l'intégration du genre au sein de l'OMS et de l'OPS. Cette stratégie comprend une enquête auprès du personnel sur les connaissances et pratiques liées au genre, des entretiens approfondis avec les responsables et un examen des documents clés. Elle se déroule le long de trois étapes : initiale, évaluation en 2010 et évaluation finale en 2013.

Parité des genres sur le plan de la santé

28. Les accomplissements sur le plan de la parité sont au premier plan de l'actualité dans la Région puisque plusieurs pays ont élu pour la première fois une femme à la présidence et sont arrivés à la parité entre les femmes et les hommes dans leurs cabinets ministériels avec un nombre croissant de femmes nommées ministres de la santé. L'analyse situationnelle (Annexe A1) nous rappelle pourtant que, si un plus grand nombre de femmes occupent des positions de direction dans les secteurs de la santé, les femmes continuent pourtant à représenter la majorité des prestataires de santé informels et non rémunérés.

29. La politique stipule que les États Membres et le Secrétariat recherchent la parité entre les sexes au niveau du recrutement et de l'avancement professionnel, notamment l'emploi dans les postes décisionnels. Elle indique qu'en plus de la collaboration des États Membres et du BSP, l'approche de l'égalité des sexes s'applique également aux propres politiques des ressources

¹⁷ 10 Indicateurs RER sous 7 RER différents mentionnent le genre : VIH/SIDA, tuberculose, paludisme – priorité au VIH/SIDA (2) ; PED – % de l'évaluation des besoins qui répond aux différences entre les femmes et les hommes (1) ; GEH (4) ; HRM – équilibre nouveaux recrutements/genre (1) ; RH – les politiques institutionnelles et la performance du personnel reflètent les approches du développement institutionnel (1) ; surveillance de la santé sexuelle/reproductive désagrégée par sexe/ethnie (1).

humaines du BSP : « L'OPS est engagé à faire progresser l'égalité des sexes au sein de son propre personnel ainsi que parmi les conseillers et consultants techniques et scientifiques. » Cet engagement est conforme aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et aux résolutions des Nations Unies vérifiant l'égalité des sexes.¹⁸

30. Lors de la réunion en 2008 de l'Equipe spéciale sur l'égalité entre des sexes, un rapport de la Division de l'avancement des femmes a reconnu l'OPS comme l'une des organisations des Nations Unies qui avait le mieux réussi à atteindre la parité des genres dans la composition de son personnel. La Directrice, la Directrice adjointe et la Sous-directrice sont toutes des femmes et, selon un rapport sur les ressources humaines de l'OPS de 2007, la parité était quasiment atteinte pour les professionnels internationaux dans les bureaux de pays et les centres, y compris parmi les représentants dans les pays de l'OPS/OMS ainsi qu'au Siège. Parmi les professionnels nationaux, les femmes prédominent à des niveaux plus faibles alors que les hommes occupent un plus grand nombre de positions plus élevées. En 2007, sur les 41 nouveaux professionnels qui ont été nommés à divers postes au sein de l'OPS, 20 (49%) étaient des hommes et 21 (51%) étaient des femmes. Cela représente une augmentation constante dans le nombre de femmes nommées à divers postes au sein du Bureau lors des quatre années précédentes.¹⁹ Un rapport basé sur des entretiens avec plus de 50 parties concernées qui ont participé à la formulation du Plan d'Action de l'OPS sur l'égalité des sexes relève également l'importance de se donner des politiques d'emploi qui tiennent compte des contingences familiales et de renforcer les capacités au leadership chez les femmes de l'Organisation.²⁰

Stratégie

31. L'OPS, à l'instar de tous les autres organismes des Nations Unies, applique la résolution du Conseil économique et social (UN/ECOSOC) stipulant l'intégration comme stratégie pour concrétiser les engagements internationaux face à l'égalité des sexes et à l'autonomisation de la femme au sein du système des Nations Unies.

¹⁸ WHA50.15 *Recrutement du personnel international dans les représentations géographiques de l'OMS* (1997) et Résolution 55/69 *Amélioration du Statut des femmes dans le système des Nations Unies* adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies (A/RES/55/69, 2001). Le Plan d'Action à moyen terme pour l'emploi et la participation des femmes au travail de l'OMS (2000-2005) renferme des mesures pour améliorer le recrutement des femmes à l'OMS ainsi que leur rétention, en vue d'arriver à l'équité entre les femmes et les hommes.

¹⁹ Le pourcentage des femmes dans les catégories professionnelles (P) et supérieure, dans les bureaux de pays et les centres a augmenté de 35% à 38% (76 à 89). Au Siège, l'augmentation était de 47% à 49% (97 à 101). En général, le pourcentage de femmes dans les catégories P et D a augmenté de 41% à 43% (de 173 à 190 femmes). Dans les pays, les femmes prédominent dans les niveaux professionnels plus faibles : niveaux P.1/NOA (58%), P.2/NOB (69%), P.3/NOC (55%), alors que les hommes prédominent dans les niveaux plus élevés—P.4/NOD à D2 (64% à P.4/NOD, 58% à P.5, 63% à P.6, 61% à D.1 et 100% à D.2). Sur les 27 représentants de l'OPS/OMS 48% (13) sont des femmes.

²⁰ GEH, Rapport préliminaire. « Information from Key Stakeholders toward Development of PAHO's Plan of Action on Gender Equality », Joanne Spicandler, 3 Nov. 2005.

Résolution du Conseil social et économique (ECOSOC/ONU) définissant l'intégration du genre comme :

Le processus d'évaluation des implications pour les femmes et les hommes de toute action dont les lois, politiques ou programmes, dans tous les domaines et à tous les niveaux. C'est une stratégie pour faire des problèmes et expériences des femmes et des hommes une partie intégrante de la conception, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques et programmes dans toutes les sphères politiques, économiques et sociales afin que les femmes et les hommes puissent bénéficier de manière égale et pour que l'inégalité ne soit pas perpétuée.²¹

32. Selon le consensus international, cette stratégie englobe le renforcement des capacités, le recueil des données probantes et la création d'un contexte incluant la perspective de genre dans toutes les politiques et dans tous les programmes de santé et autres programmes, à tous les niveaux. Elle repose sur de solides preuves, sur l'autonomisation, la responsabilisation, le partenariat et le partage des connaissances pour vérifier que les femmes et les hommes disposent de l'information nécessaire et ont accès à des services de qualité et à des opportunités pour participer pleinement et sur un pied d'égalité à la prise de décisions concernant leur santé et la santé de leur famille tout en reconnaissant leur contribution formelle et informelle à la santé. La stratégie vise à réduire les inégalités sur le plan santé, à améliorer l'efficacité de services de santé qui sont intégrés et appropriés du point de vue culturel et pour mettre en place des mécanismes de surveillance et de suivi permettant d'évaluer les progrès.

Projet du Plan d'Action quinquennal pour la mise en œuvre de la politique de l'OPS sur l'égalité des sexes

33. Le Plan d'Action proposé sert de feuille de route précisant les indicateurs du suivi pour le BSP et les États Membres pour la mise en œuvre de la politique sur l'égalité des sexes. Son cadre de coopération technique avec les États Membres vise à concrétiser l'engagement pris d'inclure la perspective de genre à la planification, mise en œuvre, suivi et évaluation des politiques, programmes, projets et recherche en santé. L'exécution de la feuille de route favorise l'adoption des divers éléments de l'égalité des sexes au sein de l'OPS et consolide la position de leader de l'Organisation vérifiant l'accomplissement de la Santé pour Tous. Tel que mentionné, le Plan tient compte de l'Agenda de Santé pour les Amériques et du Plan stratégique de l'OPS avec ses engagements globaux au genre, aux droits humains, aux populations autochtones, à la protection sociale, aux soins de santé primaires et à la promotion de la santé. Il entre également dans le cadre OMS de l'égalité des sexes qui comprend la politique afférente au genre, la stratégie guidant sa mise en œuvre et l'évaluation de l'intégration du genre. Le Plan a été façonné à l'occasion de nombreuses consultations et mis au point à l'issue de multiples consensus avec les États Membres, les organes des Nations Unies et les organisations régionales de la société civile.

²¹ Cette définition provient des conclusions acceptées par le Conseil économique et social des Nations Unies 1997/2.

34. Le Plan aidera notamment l'OPS et ses États Membres à atteindre le but de sa Politique d'égalité des sexes, à « contribuer aux accomplissements de l'égalité des sexes sur le plan de l'état et du développement de la santé par le biais de la recherche, des politiques et des programmes qui prêtent l'attention nécessaire aux différences entre les femmes et les hommes sur le plan de la santé et à ses déterminants et qui met en avant l'égalité et l'équité entre les femmes et les hommes. » Sa stratégie de mise en œuvre repose sur les objectifs et les composantes de l'intégration définis dans la politique et présentés dans le graphique ci-après.

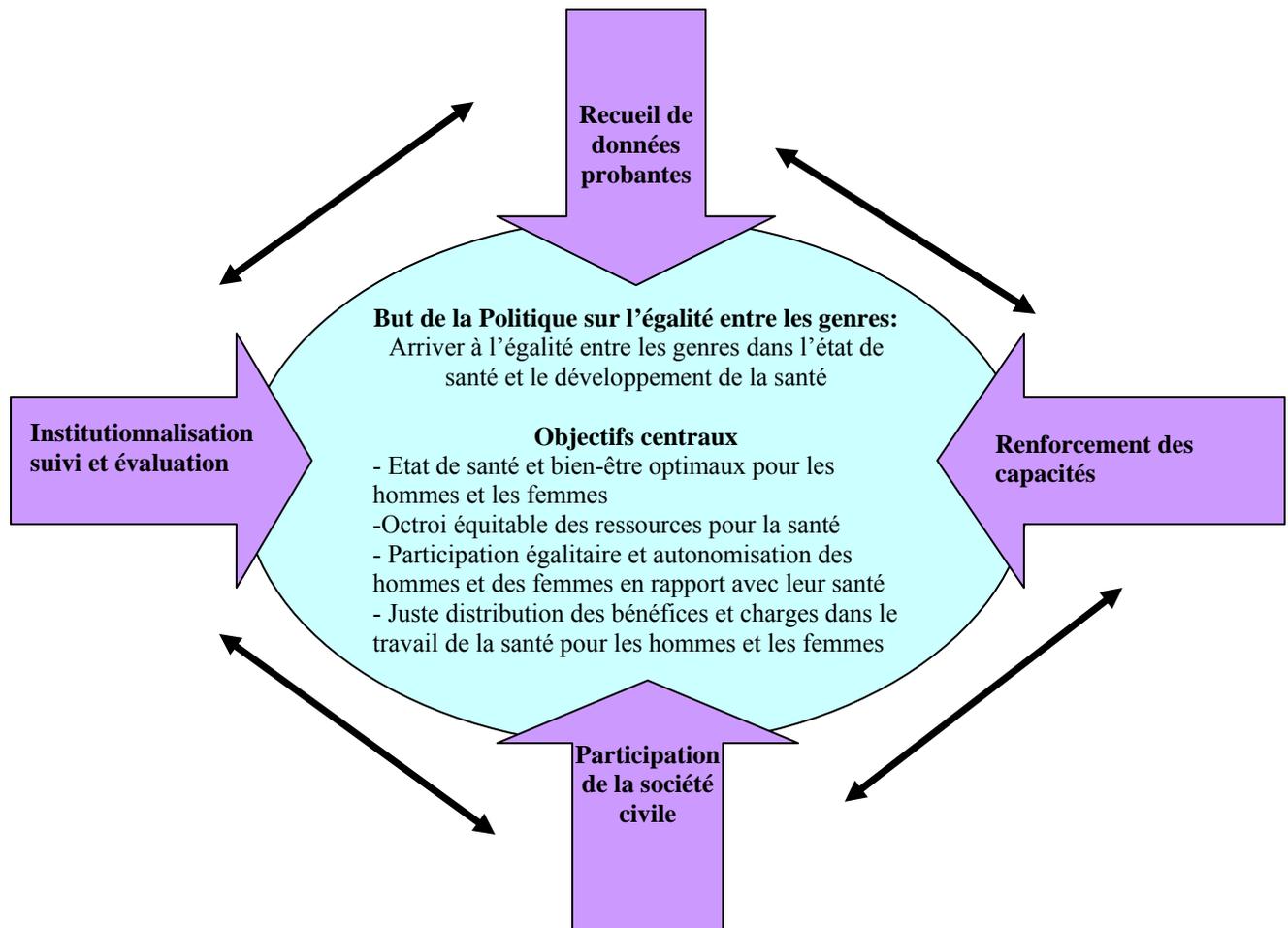
Domaines stratégiques

35. Le Plan d'Action comprend quatre domaines stratégiques interdépendants :

- a) renforcer les capacités au sein de l'Organisation et des États Membres pour produire, analyser et utiliser l'information désagrégée par sexe et autres variables pertinentes ;
- b) mettre au point des outils et renforcer les capacités au sein du BSP et dans les États Membres pour intégrer la perspective de genre dans la formulation, l'exécution, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes ;
- c) augmenter et renforcer la participation de la société civile, surtout les organisations et associations de femmes et autres défenseurs de l'égalité des sexes, dans l'identification des priorités, la formulation des politiques et au suivi des politiques et programmes aux niveaux local, national et régional ; et
- d) conformément aux méthodologies de gestion basées sur les résultats, institutionnaliser des politiques sensibles au genre ainsi que des mécanismes de suivi vérifiant les résultats spécifiques de l'intégration du genre et évaluant l'efficacité des interventions liées au genre dans la santé.

36. Les quatre domaines stratégiques assureront l'obtention de résultats mesurables aux niveaux national, sous-régional et régional.

Quatre domaines stratégiques pour mettre en œuvre la politique sur l'égalité des chances :²²



Principes directeurs

37. Les principes suivants guident l'exécution du Plan d'Action :

- intégrer les principes de la politique du genre de l'OPS : équité entre les femmes et les hommes, égalité des sexes, diversité et autonomisation des femmes ;²³
- assurer la « Santé pour tous »²⁴ et diminuer les inégalités en santé ;

²² Graphique adapté du Plan d'Action de la Banque mondiale: « Gender Equality as Smart Economics, » 2006.

²³ Politique d'égalité entre les femmes et les hommes de l'OPS, p. 10.

- tenir compte des priorités globales de l'OPS : égalité des sexes et les ethnies, les droit humains, la participation, la promotion de la santé et les soins de santé primaires ;
- être adapté aux réalités et besoins de chacun pays ;
- reposer sur de solides preuves et bonnes pratiques ;
- être axé sur des résultats qui peuvent être suivis et évalués ;
- utiliser des incitations pour améliorer l'équité et l'efficacité plutôt que sur des mandats ;
et
- forger des partenariats et se sert de la participation.

²⁴ Tel que défini par la Déclaration of Alma-Ata (1978).

DOMAINE STRATEGIQUE 1 : RENFORCER LES CAPACITES AU SEIN DE L'ORGANISATION ET DES ÉTATS MEMBRES POUR PRODUIRE, ANALYSER ET UTILISER L'INFORMATION DESAGREGEE PAR SEXE ET AUTRES VARIABLES PERTINENTES.

Objectif 1.1

Le BSP intégrera des indicateurs liés au genre, désagrégés par âge et sexe, dans la formulation des plans et programmes, dans le cadre de la coopération technique et d'autres initiatives.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Publication, Santé dans les Amériques

- **Initial** : Evaluation effectuée par l'OMS en 2008 basée sur l'édition 2007 de *Santé aux Amériques*.
- **Indicateur** : *Santé aux Amériques* 2012 comprend une analyse de genre (grâce à l'outil de l'OMS) dans le volume régional ainsi que dans tous les chapitres nationaux en utilisant les outils d'analyse de l'OMS.

Stratégie pour renforcer les statistiques vitales et nationales dans les pays des Amériques

- **Indicateur** : D'ici 2009, les directives indiquent une désagrégation des données par sexe et âge pour tous les systèmes d'information.

Organisation Panaméricaine de la Santé

Stratégies nationales de collaboration (SNC)

- **Initiale** : Proportion de SNC de 2008 comprenant une analyse utilisant des données désagrégées par sexe et âge, utilisant l'outil d'analyse développé par l'OMS.
- **Indicateur** : D'ici 2010, toutes les nouvelles SNC comprennent une analyse basée sur les données désagrégées par sexe et âge et stratégies traitant les différences.

Publications analysant la santé

- **Indicateur** : D'ici 2013, toutes les publications analysant la santé intégreront une analyse basée sur des données désagrégées par sexe et âge.

Enquêtes régionales de santé

- **Initiale** : Proportion des enquêtes régionales de santé réalisées en 2008 qui comprennent une analyse de genre.
- **Indicateur** : D'ici 2013, toutes les enquêtes régionales désagrègent les données par sexe et comprennent une analyse de genre.

Actions

- 1.1.1 Désagrégation de toutes les données de santé produites par le BSP, par sexe et autres variables pertinentes et intégration de la perspective de genre.
- 1.1.2 Analyse initiale de toutes les stratégies nationales de collaboration pour 2008.
- 1.1.3 Intégrer l'analyse de genre dans les Stratégies nationales de collaboration.
- 1.1.4 Analyse initiale des enquêtes régionales de santé en 2008.

- 1.1.5 Coopération technique avec les centres et les bureaux de pays pour inclure l'analyse de genre dans les principaux documents et enquêtes.

Objectif 1.2

Les producteurs et utilisateurs nationaux et locaux des statistiques de santé auront la capacité de produire, d'analyser et d'utiliser une information tenant compte du genre dans la prise de décision, le plaidoyer, le suivi et l'évaluation.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Outils pour l'analyse de genre et de la santé

- **Indicateur** : Nombre d'outils disponibles pour l'analyse de genre et de la santé, disponibles sur la plateforme des connaissances du genre et de la santé.

Organisation Panaméricaine de la Santé

- **Initial** : Nombre de profils de santé existants.
- **Indicateur** : D'ici 2014, les producteurs et utilisateurs de l'information de dix pays mettent au point ou améliorent des profils nationaux de santé sur les femmes et les hommes et les utilisent pour la planification et le plaidoyer (enquête des participants de l'atelier).

Contribution des soins de santé à domicile, non rémunérés, aux dépenses nationales de santé

- **Indicateur** : En 2013, trois pays auront quantifié les soins de santé à domicile, non rémunérés, donnés par des hommes et des femmes, en tant que contribution au total des dépenses nationales de santé.

Mécanismes nationaux pour l'analyse et le suivi de l'équité homme-femme en santé

- **Initial** : Nombre d'observatoires de la santé ou du genre qui ont reçu un soutien de l'OPS pour inclure les indicateurs du genre et de la santé.
- **Indicateur** : D'ici 2013, trois observatoires nationaux ou locaux sur le genre auront intégré des indicateurs sur la santé et le genre et publié des documents thématiques sur les progrès vers l'égalité des sexes en matière de santé.

Actions

- 1.2.1 Outils et formation pour les principaux producteurs et utilisateurs nationaux et locaux de l'information sanitaire pour réaliser une analyse de genre sur les données de santé et appliquer les résultats.
- 1.2.2 Avec les parties concernées, améliorer les profils de pays sur la santé des femmes et des hommes, appliquant le plaidoyer ou la planification. utiliser les questionnaires sur l'utilisation des profils pendant l'atelier et le suivi.
- 1.2.3 Apporter une coopération technique au secteur de la santé pour inclure des données désagrégées par sexe et autres variables pertinentes dans les systèmes d'information sanitaire.
- 1.2.4 Soutenir la recherche nationale pour augmenter les connaissances sur les inégalités homme-femme sur le plan de la santé.

- 1.2.5 Soutenir l'application des études sur l'utilisation du temps et la quantification des soins de santé à domicile, non rémunérés, donnés par des hommes et des femmes, en tant que contribution au total des dépenses nationales de santé.
- 1.2.6 Renforcer et soutenir les mécanismes nationaux d'analyse et de suivi de l'équité homme-femme sur le plan de la santé (Observatoires).
- 1.2.7 Développer les meilleures pratiques de l'observatoire du genre et de la santé au Chili.

Objectif 1.3

La collaboration entre organisations sera renforcée pour réaliser les engagements internationaux des États Membres liés aux indicateurs et statistiques du genre.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Observatoire régional inter-organisations sur la parité entre les femmes et les hommes

- **Indicateur** : Les indicateurs de la santé sont inclus et suivis dans l'Observatoire régional sur la parité des genres et un soutien est apporté pour la formation des partenaires nationaux portant sur leur application.

Données probantes sur la situation régionale des femmes et des hommes en Amérique latine et dans les Caraïbes

- **Indicateur** : D'ici 2009, un profil régional de santé sur les femmes et les hommes publié avec UNIFEM, UNFPA et UNICEF et diffusé à grande échelle.
- **Indicateur** : D'ici 2014, deux brochures de statistiques biennales publiées avec UNIFEM et l'UNFPA qui sont diffusées à grande échelle.

Mécanismes internationaux et régionaux de suivi sur les OMD (existants et régionaux)

- **Indicateur** : Collaboration entre organisations sur le suivi des OMD contient le genre et la santé.

Organisation Panaméricaine de la Santé

Renforcer la coalition sous-régionale des mécanismes féminins nationaux afin d'inclure les indicateurs du genre dans les programmes de santé sous-régionaux

- **Indicateurs** : D'ici 2011, deux profils sous-régionaux (Amérique centrale et les Andes) sur la santé des hommes et des femmes sont mis au point par des mécanismes féminins sous-régionaux afin de recommander l'inclusion des indicateurs du genre dans les programmes de santé sous-régionaux (COMMCA et le Groupe des femmes ministres de la Région des Andes).
- **Indicateur** : D'ici 2011, des indicateurs de genre sont inclus dans l'Initiative de la coopération sanitaire dans les Caraïbes CCH3.

Conférences statistiques régionales encouragent les études sur l'utilisation du temps

- **Indicateur** : D'ici 2013, trois études nationales sur l'utilisation du temps se rapportant au travail non rémunéré pour les soins de santé.

Actions

- 1.3.1 Contribuer à la coalition entre organisations pour formuler les indicateurs de santé et de genre qui seront intégrés à l'Observatoire régional sur la parité des genres.
- 1.3.2 Fournir des indicateurs du genre et de la santé aux mécanismes de suivi des OMD.
- 1.3.3 Soutenir les formations et événements régionaux entre organisations sur les indicateurs du genre, l'analyse statistique et l'utilisation du temps pour les producteurs et utilisateurs nationaux de l'information.
- 1.3.4 Publier et diffuser des documents régionaux et sous-régionaux sur le genre et la santé avec une approche de diversité.
- 1.3.5 Soutenir les groupes nationaux de mécanismes féminins pour qu'ils utilisent les données sur les inégalités homme-femme pour formuler les programmes de santé sous-régionaux des processus d'intégration économique.

DOMAINE STRATEGIQUE 2 : METTRE AU POINT DES OUTILS ET RENFORCER LES CAPACITES AU SEIN DU BSP ET DANS LES ÉTATS MEMBRES POUR INTEGRER LA PERSPECTIVE DE GENRE DANS LA FORMULATION, L'EXECUTION, LE SUIVI ET L'EVALUATION DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES.

Objectif 2.1

Renforcer les capacités et l'engagement au sein du BSP et dans les États Membres pour soutenir l'intégration de l'analyse en matière du genre et l'approche droits humains dans les politiques, programmes, suivi et recherche du secteur de la santé.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Formulation et mise en œuvre des plans de collaboration pour intégrer le genre dans les bureaux techniques et les pays

- **Initial** : Nombre de plans de collaboration mis au point.²⁵
- **Indicateur** : Nombre de bureaux du BSP faisant un compte rendu sur les progrès des plans dans le cadre des processus de compte rendu annuel.

Formation du personnel du BSP en matière de genre et de santé

- **Initial** : Enquête initiale de l'OMS 2008 sur les connaissances et les capacités du personnel et de la direction du BSP.
- **Indicateur** : D'ici 2010, l'évaluation à mi-parcours de l'OMS indique une augmentation de 50% dans le nombre du personnel et cadres faisant savoir qu'ils avaient reçu une formation portant sur l'égalité des sexes et l'application de ce concept dans leur travail.
- **Indicateur** : D'ici l'évaluation de 2013, 75% du personnel applique les concepts de genre aux plans de travail.

²⁵ En 2008 GEH a commencé à mettre au point des plans de collaboration pour intégrer le genre dans 10 entités de l'AMPES, avec des équipes de pays lors d'une formation sous-régionale. Les plans ont été formulés avec des partenaires choisis et serviront de fondement aux futures activités de collaboration et d'évaluation.

Réseaux techniques du genre/OPS opérationnels qui soutiennent la mise en œuvre des plans d'action et des plans nationaux du genre et de la santé

- **Indicateur** : D'ici 2009, mis en place et formation d'un groupe de travail interne sur les questions du genre (IGWG), composé de représentants désignés des domaines techniques qui soutiennent la mise en œuvre et le suivi du Plan d'Action.
- **Indicateur** : D'ici 2009, un groupe consultatif d'experts techniques dispose d'un plan de travail guidant la Directrice du BSP sur l'intégration du genre et qui rapporte les progrès.
- **Indicateur** : D'ici 2009, des réseaux sous-régionaux du genre de GFP formés par l'OPS et autres partenaires, coordonnés par un conseiller régional de GEH apportant un soutien technique aux pays pour la mise en œuvre de plans dans le secteur de la santé pour l'intégration du genre.

Organisation Panaméricaine de la Santé

Intégrer l'égalité des sexes dans le secteur de la santé

- **Initial** : Nombre de plans préliminaires sur le genre et la santé mis au point en 2008-2009 par des équipes de pays lors des ateliers de formation sur le genre et la santé (voir rappel numéro 35).
- **Indicateur** : Proportion des stratégies nationales sur le genre et la santé, définies lors d'ateliers qui sont effectivement mise en œuvre avec des partenaires nationaux.
- **Indicateur** : Nombre de groupes consultatifs techniques intersectoriels mis sur pied après les ateliers qui soutiennent les PWR et le MS au niveau de la formulation, mise en œuvre et suivi des plans sur le genre et la santé dans le secteur national de la santé.

Actions

- 2.1.1 Formuler, mettre en application et suivre des plans de collaboration pour intégrer l'analyse de genre et les indicateurs, avec les bureaux techniques et de pays du BSP.
- 2.1.2 Finaliser les outils de formation sur le genre et la santé (adaptés des modules de l'OMS) et rendre disponible les outils développés sur la plateforme des connaissances.
- 2.1.3 Donner des formations sous-régionale portant sur le genre et la santé incluant l'approche des Droits de l'Homme pour les équipes nationales constituées des points focaux du genre de l'OPS et des représentants du secteur de la santé et des partenaires défenseurs de l'égalité des sexes afin de renforcer les capacités, de formuler des stratégies nationales du genre et de la santé et de mettre en place des réseaux de soutien pour la mise en œuvre de ces stratégies.
- 2.1.4 Mettre en place et former un réseau de GEH dans les bureaux techniques et les bureaux des pays afin de former et supporter techniquement leurs équipes et États Membres pour intégrer l'analyse de genre à leur travail.
- 2.1.5 Inclure le genre dans la formation initiale du nouveau personnel et développer/appliquer la stratégie pour engager les cadres.
- 2.1.6 Mettre en place et former un groupe consultatif technique externe pour soutenir l'OPS au niveau de la mise en œuvre du Plan d'Action. Les membres sont des experts provenant des États Membres, des organismes des Nations Unies et des OSC.

Objectif 2.2

Aider le BSP et les États Membres à inclure le genre dans la formulation et la revue des politiques et processus du personnel.

Indicateurs*Bureau sanitaire panaméricain***Parité des genres et contexte de travail positif grâce aux politiques des ressources humaines qui encouragent l'égalité des sexes sur les lieux du travail**

- **Initial** : rapport des ressources humaines 2008 et base initiale de l'OMS.
- **Indicateur** : D'ici 2013, évaluation de l'OMS, parité à tous les niveaux du personnel, surtout dans les bureaux de terrain de l'OPS.
- **Indicateur** : D'ici 2013, la politique d'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle est approuvée et opérationnelle à l'OPS.
- **Indicateur** : D'ici 2010, compétences liées au genre sont incluses dans les compétences institutionnelles et les outils d'évaluation du personnel.
- **Indicateur** : D'ici 2014, au moins cinq pays reçoivent un soutien pour intégrer les règles de l'égalité des chances dans la politique des ressources humaines du secteur de la santé.

Actions

- 2.2.1 Soutenir la mise en place de mécanismes et de processus qui garantissent la parité et les mêmes chances d'avancement du personnel du BSP à tous les niveaux.
- 2.2.2 Soutenir la mise en place de stratégies pour améliorer l'équilibre entre la vie personnelle et professionnelle et renforcer les capacités de leadership chez le personnel féminin.
- 2.2.3 Soutenir l'inclusion du genre dans les compétences du personnel et les outils d'évaluation du personnel.
- 2.2.4 Soutien technique pour revoir les lois, soutenir NWM pour intégrer la parité dans le secteur de la santé au Plan national sur l'égalité des chances.
- 2.2.5 Collaboration pour inclure les indicateurs du genre dans la base régionale de données sur les ressources humaines.

Objectif 2.3

Mettre en place une plate-forme de connaissances sur le genre et la santé (outils, fiches d'informations, publications, meilleures pratiques, etc.) et vérifier qu'elle est accessible au BSP, aux États Membres et aux organisations de la société civile en soutenant la mise en œuvre de la politique et du Plan d'Action pour l'égalité des sexes.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Mise en place d'une plate-forme de connaissance sur le genre, l'ethnicité et la santé pour soutenir les bureaux dans les pays, les bureaux techniques et les partenaires

- **Indicateur** : D'ici 2010, la plate-forme de connaissance est mise en place et elle est entièrement opérationnelle (consultée par 1000 utilisateurs par mois) sur le genre et la santé dans le cadre de la Stratégie d'information de l'OPS. La plate-forme comprend des outils de formation et des jeux d'information, une base de données d'experts, les meilleures pratiques et les liens aux réseaux.
- **Indicateur** : Prix annuel adjugé aux deux meilleures pratiques sur l'intégration du genre en santé, une pratique interne et une pratique externe, pendant la Célébration de la journée mondiale de la femme et le forum virtuel et qui seront comprises dans la base de données de l'OPS sur les meilleures pratiques liées au genre et à la santé.

Organisation Panaméricaine de la Santé

Accès et contribution à la plate-forme de connaissances sur le genre et la santé

- La moitié de toutes les contributions à la plate-forme des connaissances sont faites par les États Membres et d'autres partenaires (OSC et ONU).

Actions

- 2.3.1 Mettre à jour le site web de la plate-forme des connaissances sur le genre et la santé pour avoir accès aux outils de formation sur le genre et la santé, à la base de données et aux meilleures pratiques en ce domaine et pour encourager les contributions de l'OPS, des États Membres, des organismes des Nations Unies et d'autres partenaires.
- 2.3.2 Organiser des concours régionaux annuels pour reconnaître et récompenser les meilleures pratiques en ce qui concerne l'intégration du genre sur le plan de la santé, et avoir une base de données sur les pratiques (prix distribué lors de la journée mondiale de la femme).
- 2.3.3 Présenter les leçons apprises sur l'intégration du genre en santé lors de conférences internationales et régionales.

DOMAINE STRATEGIQUE 3 : AUGMENTER ET RENFORCER LA PARTICIPATION DE LA SOCIETE CIVILE, SURTOUT LES ORGANISATIONS ET ASSOCIATIONS DE FEMMES ET AUTRES DEFENSEURS DE L'EGALITE DES SEXES, DANS L'IDENTIFICATION DES PRIORITES, LA FORMULATION DES POLITIQUES ET AU SUIVI DES POLITIQUES ET PROGRAMMES AUX NIVEAUX LOCAL, NATIONAL ET REGIONAL.

Objectif 3.1

Les dirigeants des organisations régionales de la société civile, surtout les organisations et associations de femmes et les groupes de défense de l'égalité entre des sexes, feront partie du Groupe consultatif technique du BSP sur l'égalité des sexes et la santé (TAG GEH) et conseillerons sur la mise en application de la politique d'égalité en matière d'égalité des sexes au sein du BSP et dans les États Membres.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Les OSC participent et soutiennent activement la stratégie de l'égalité des sexes et le plan d'action de l'OPS

- **Indicateur** : D'ici 2009, le Groupe consultative technique comprend trois membres des OSC provenant des organisations de femmes ou autres organisations défendant l'égalité des sexes.
- **Indicateur** : D'ici 2010-2011, des plans biennaux avec le Réseau de santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (WHNLAC) sont mis au point, exécutés et suivis et l'état des progrès est indiqué au CE.
- **Indicateur** : Nombre des OSC consultées pour la mise au point du plan d'action.

Action

- 3.1.1 Choisir trois membres des OSC (en plus de 3 États Membres et 3 organismes de l'ONU) à l'équipe TAG GEH de l'OPS.
- 3.1.2 Plan de collaboration biennal avec les OSC régionales, le Réseau de santé des femmes d'Amérique latine et des Caraïbes (WHNLAC) ainsi que le représentant des ONG auprès du Comité exécutif (CE) de l'OPS.
- 3.1.3 Consultation des OSC nationales pour la mise au point et le suivi du Plan d'Action.

Objectif 3.2

Les organisations de la société civile (de femmes, hommes, groupes ethniques et droits humains) seront habilitées à participer aux équipes multisectorielles nationales qui auront pour objectif d'assister les ministères de la santé dans la mise en application, le suivi et l'évaluation de l'égalité des sexes dans le cadre des politiques et des programmes de santé.

Indicateurs

Organisation Panaméricaine de la Santé

Les OSC participent aux processus de formulation et de suivi des politiques nationales de la santé

- **Indicateur** : Nombre d'OSC participant à des groupes consultatifs nationaux pour la formulation et la mise en œuvre des plans d'égalité en santé qui ont été mis au point lors des ateliers de formation sous-régionaux.
- **Indicateur** : D'ici 2013, des processus sont appuyés, facilités et documentés dans trois pays qui ont inclus la participation des OSC avec pour résultat des crédits budgétaires affectés aux traitements des inégalités homme-femme.

Action

- 3.2.1 Inclure des représentants des OSC dans les ateliers intersectoriels de renforcement des capacités aux niveaux sous-régional et national portant sur le genre et la santé et les inclure également dans la formulation des stratégies d'égalité des sexes pour le secteur de la santé.
- 3.2.2 Faciliter les mécanismes nationaux qui encouragent la participation des OSC à la prise de décision et formulation de politiques en santé.
- 3.2.3 Soutenir le renforcement de la capacité des OSC pour qu'elles puissent influencer la politique sanitaire, y compris l'analyse et l'affectation des budgets nationaux de la santé pour tenir compte des opportunités et besoins différents des hommes et des femmes sur le plan de la santé.

Objectif 3.3

Les connaissances et les capacités concernant les questions et plaidoyer pour le genre et la santé seront renforcées au sein des organisations de la société civile intervenant pour l'égalité des sexes.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Réalisation de campagnes de plaidoyer pour sensibiliser davantage à l'égalité des sexes sur le plan de la santé

- **Indicateur** : campagne d'information régionale réalisée annuellement le jour de la santé de la femme.
- **Indicateur** : D'ici 2009, le plan d'action est diffusé à grande échelle aux OSP à fin de commentaire.

Action

- 3.3.1 Mettre en place et évaluer des campagnes de plaidoyer pour sensibiliser davantage à la politique de l'OPS en matière d'égalité des sexes et plate-forme de connaissances sur les ressources liées au genre.

DOMAINE STRATEGIQUE 4 : CONFORMEMENT AUX METHODOLOGIES DE GESTION BASEES SUR LES RESULTATS, INSTITUTIONNALISER DES POLITIQUES SENSIBLES AU GENRE AINSI QUE DES MECANISMES DE SUIVI VERIFIANT LES RESULTATS SPECIFIQUES DE L'INTEGRATION DU GENRE ET EVALUANT L'EFFICACITE DES INTERVENTIONS LIEES AU GENRE DANS LA SANTE.

Objectif 4.1

Vérifier que l'approche de l'OPS est alignée sur l'approche de l'OMS concernant le suivi et l'évaluation de l'intégration du genre, pour mettre en place des stratégies appropriées de formations des capacités et analyses du genre axées sur les résultats.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain/Organisation mondiale de la Santé

- **Initial** : Réalisation de l'enquête initiale 2008 de l'OMS.
- **Indicateur** : D'ici 2013, les résultats de l'évaluation de l'OMS sont communiqués au personnel et au Comité exécutif de l'OPS et ils guideront la stratégie et la mise en œuvre de la stratégie de l'intégration du genre de l'OPS.

Action

- 4.1.1 Institutionnaliser des examens internes périodiques, complétés par une évaluation externe au stade initial (2008), à mi-parcours (2010) et au stade final (2013) et diffuser les résultats : enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques du personnel, entretien avec les responsables, examen de documents (*Santé dans les Amériques*, CCS, Discours de la Direction).

Objectif 4.2

Le BSP disposera de systèmes pour la mise en application et le suivi de la politique et du Plan d'Action en matière d'égalité des sexes.

Indicateurs

Bureau sanitaire panaméricain

Stratégies présentées aux Organes directeurs de l'OPS

- **Initial** : 2008, nombre de stratégies et de plans d'action présentés aux Organes directeurs et pourcentage avec une analyse de genre.
- **Indicateur** : D'ici 2010, toutes les stratégies et plans d'action comprennent le genre dans les analyses situationnelles et les interventions différentielles.

Planification et notification avec marqueur de genre

- **Initial** : 2009, analyse initiale des comptes rendus et budgets du PTB en utilisant le marqueur de genre.
- **Indicateur** : D'ici 2013, tous les bureaux du BSP font le compte rendu du marqueur de genre et crédits budgétaires dans le PTB qui comprend des stratégies de collaboration du genre et mise en œuvre de plans nationaux pour intégrer le genre dans le secteur de la santé.
- **Indicateur** : D'ici 2013, 75% du PTB incluent les indicateurs du genre.
- **Indicateur** : la Direction rapporte sur les progrès de la mise en œuvre du Plan d'Action en 2011 et 2013 auprès des Organes directeurs.

Action

- 4.2.1 Réalisation d'une évaluation initiale des stratégies et des plans d'action de 2008, présentée au Comité exécutif pour suivre les progrès.
- 4.2.2 Développer des outils pour inclure le genre dans les stratégies et les plans d'action de l'OPS.
- 4.2.3 Développer des outils et un marqueur pour inclure l'analyse de genre et des interventions différentielles dans la planification, la budgétisation et le compte rendu du Plan de travail biennal (PTB).
- 4.2.4 Développer une base initiale pour l'analyse de genre pour le PTB et les budgets pour le suivi des progrès.

Objectif 4.3

Des mécanismes seront mis en place pour suivre les progrès faits par les États Membres dans la mise en application de la politique et du Plan d'Action en matière d'égalité des sexes.

Indicateurs

Organisation Panaméricaine de la Santé

Progrès des États Membres au niveau de la mise en application de la politique en matière d'égalité des sexes et du Plan d'Action

- **Indicateur** : Le BSP rapporte aux Organes directeurs en 2011 et 2013 sur les progrès réalisés par les États Membres concernant la formulation, la mise en œuvre et le suivi des plans d'égalité dans le secteur de la santé.

Action

- 4.3.1 Mettre en place des mécanismes de suivi sur l'intégration du genre dans les États Membres, dans le cadre du Plan d'Action.
- 4.3.2 Faire une revue de l'égalité des sexes dans les plans de santé nationaux en 2008 et 2012.
- 4.3.3 Système en place pour suivre les développements et mise en œuvre des plans d'égalité entre les femmes et les hommes dans le cadre des ateliers GEH.

Objectif 4.4

Des initiatives spéciales d'intégration du genre dans les programmes, englobant les quatre domaines stratégiques- données probantes, renforcement des capacités, participation de la société civile et évaluation- seront développées et mise en application au sein de l'OPS afin de renforcer le sentiment d'appartenance et de dégager des leçons concrètes.

Indicateurs**Programmes spéciaux sur l'intégration du genre mis avec un domaine technique**

- **Indicateur** : D'ici 2013, GEH et trois domaines techniques auront mis au point des programmes novateurs sur le genre, qui seront financés et évalués et les leçons retenues seront documentées et diffusées à grande échelle, comme Meilleures pratiques de l'intégration du genre sur le plan de la santé.

Action

- 4.4.1 Avec un domaine technique, développer et financer un programme spécial qui analyse et traiter des effets différentiels pour la santé des femmes et des hommes.
- 4.4.2 Mettre en œuvre et évaluer un programme pour documenter et diffuser les leçons apprises et renforcer l'appartenance au processus de l'intégration du genre.

Mise en œuvre du Plan d'Action

38. Le Conseil directeur a demandé à la Directrice de l'OPS de formuler et de mettre en œuvre le Plan d'Action, en consultation avec les États Membres et les organes directeurs. Le Bureau du genre, de l'ethnie et de la santé (GEH) de l'OPS a travaillé avec la Directrice et la Directrice adjointe pour formuler ce Plan, avec l'aide des points focaux du genre de l'OPS dans les domaines techniques et les bureaux de terrain qui forment le Groupe de travail interne sur les questions du genre ainsi que du Groupe consultatif technique de la Directrice sur l'égalité des sexes et la santé comptant des membres de la société civile, des organes des Nations Unies et des États Membres. Le Plan d'Action a été élaboré en consultation avec les points focaux du genre de l'OPS et leurs partenaires nationaux du MS et les défenseurs de l'égalité des sexes de 19 pays. Le Plan d'Action sera présenté au Comité exécutif en juin 2009 aux fins d'approbation ultérieure par le Conseil directeur. La Directrice présentera au Comité exécutif, sur une base biennale, les progrès faits au niveau de la mise en œuvre du Plan.

39. Le Bureau du genre, de l'ethnie et de la santé (GEH) soutiendra la Directrice au niveau de la mise en œuvre quotidienne du Plan, en consultation avec les groupes de travail internes et externes sur les questions du genre et avec les États Membres. Le bureau GEH apportera une coopération technique et une formation aux domaines techniques choisis et aux bureaux de terrain afin de renforcer leur capacité à mettre en œuvre le Plan d'Action de la politique sur l'égalité des sexes dans le cadre de leur travail et leur coopération technique avec les États Membres. Le bureau GEH au Siège sera chargé d'apporter ce soutien aux bureaux techniques alors que l'équipe décentralisée d'un coordinateur régional et les points focaux sous-régionaux du genre fournira un soutien aux pays. La mise en œuvre du Plan exigera un financement supplémentaire lors des étapes initiales et son évaluation alors que les coûts de l'intégration seront couverts essentiellement par les bureaux techniques et les bureaux de pays dans le cadre du processus de l'intégration.

Les inégalités homme-femme persistent dans les Amériques¹

1. Malgré les progrès notables qui ont été faits, les inégalités socioéconomiques entre les femmes et les hommes restent très prononcées dans la Région et sont encore plus marquées au sein de certains groupes comme les pauvres, les habitants des zones rurales et certains groupes ethniques. Dans les Amériques, région où l'inégalité sociale est la plus forte au monde, les inégalités du genre vont de pair avec d'autres inégalités socioéconomiques qui limitent les possibilités pour les hommes et les femmes de profiter d'une bonne santé, de vivre exempts des maladies évitables, d'avoir un accès équitable aux ressources de santé et de contribuer sur un pied d'égalité aux soins de santé et au bien-être.

2. Les femmes continuent de souffrir de désavantages sociaux et économiques avec toutes les conséquences que cela suppose pour leur santé. Si les femmes ont égalé ou même surpassé les hommes sur le plan de l'éducation, cela ne se traduit pourtant pas dans leur situation économique. Les femmes et leurs ménages sont encore surreprésentés parmi les pauvres et si elles sont rentrées en nombre sans précédent dans la population active, leur taux d'emploi et revenus continuent pourtant à être inférieurs à ceux des hommes et les femmes prédominent dans le secteur informel.² Plus de 50% des femmes consacrent leur temps à prendre soins des autres sans gagner de revenus. Cette situation inégale non seulement limite l'accès des femmes aux ressources et à l'information mais réduit aussi leur retraite et assurance maladie qui accompagnent un emploi dans le secteur formel.

3. Dans tous les pays de la Région, les femmes vivent plus longtemps que les hommes et elles ont un taux de mortalité plus faible pendant leur vie, à l'exception de certains pays où les femmes très pauvres courent un risque très élevé de mortalité pendant leurs années de procréation. Dans ces pays, l'écart dans l'espérance de vie entre les femmes et les hommes est bien plus faible, effaçant l'avantage biologique dont profitent les femmes dans des conditions plus optimales de santé et de développement. Même dans les pays plus développés, les années supplémentaires de la vie d'une femme ne sont pas forcément des années de qualité car souvent les femmes plus âgées ont un accès moindre à la protection sociale et aux ressources et vivent davantage dans la pauvreté, la solitude et l'incapacité.

4. Les inégalités des sexes sont encore plus explicites lorsque la maladie et le décès sont causés par des situations de santé qui sont évitables et qui affectent de manière disproportionnée les pauvres, les adolescents, les femmes sans éducation ou de certains groupes ethniques. Le manqué d'accès à de simples services de santé de la reproduction, d'un coût modique, pour prévenir les complications de la grossesse ont entraîné des taux de mortalité constamment élevés dans Région, d'une moyenne de 94,5 pour 100 000 naissances vivantes (1997-2004), et se situant dans une fourchette allant de 5,6 au Canada à 630, une centaine de fois supérieure pour Haïti. Et si les taux de fécondité ont nettement diminué ces dix à vingt dernières années, il n'en reste pas moins que 10%-40% des femmes non instruites continuent à connaître un besoin non satisfait en matière de planification familiale, besoin qui est encore plus élevé parmi les adolescentes (17% à

¹ La plupart des indicateurs sont tirés de la publication de l'OPS, *Gender, Health and Development in the Americas, Basic Indicators 2007*, and the unpublished document by Elsa Gómez, « Género como un determinante estructural de inequidad en salud: contribución de AD/GE al capítulo 1 de Salud en las Américas, » 2007.

² CEPAL (2006), *Panorama Social de la America Latina 2005*, Santiago, CEPAL.

58%) et qui contribuent aux grossesses de 10% à 25% des adolescentes. Les complications après avortement continuent à peser lourdement dans la mortalité maternelle. Le cancer du col, qui peut être facilement prévenu à l'aide d'un dépistage et traitement à faible coût, continue à avoir un taux de mortalité deux fois plus élevé chez les femmes des communautés pauvres. Certes, les hommes constituent la proportion la plus importante des personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la région, et pourtant dans certains pays de la Caraïbe, les nouvelles infections signalées chez les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans sont deux fois plus élevées que chez les jeunes hommes (Barbade, République dominicaine et Jamaïque) et six fois plus élevées que pour les hommes au Suriname.

5. Les taux constamment plus élevés de violence liée au sexe que connaissent un tiers des femmes de la Région, victime de la violence de la part de leur partenaire, témoignent bien de la tolérance continue à l'égard de la discrimination à l'encontre des femmes, de l'impunité des agresseurs et du manque de dépistage aux fins de prévention. Certes, la majorité des pays des Amériques se sont dotés de lois punissant la violence domestique mais ces lois sont rarement appliquées suite au manque de volonté politique et aux ressources insuffisantes octroyées à la prévention, aux soins, à la formation et à la protection.

6. En général, les femmes ont davantage besoin des services de santé que les hommes, suite essentiellement mais non exclusivement à leur rôle de procréation, qui représente selon certaines estimations 34% de la charge de morbidité des femmes. Aussi, n'est-il guère surprenant que les femmes consultent plus souvent les services de santé, ce qui se traduit par 16% à 50% de dépenses propres pour les femmes ainsi que par un manque à gagner. Les femmes ont plus de mal par la suite à obtenir une couverture d'assurance-maladie et s'appauvrissent suite à la maladie, surtout lorsqu'elles sont âgées.

7. Ce sont surtout les femmes qui prennent soin des enfants, des malades et des invalides dans les familles et les communautés. Plus de 80% des soins de santé sont fournis informellement par les femmes qui ne touchent aucune rémunération en contrepartie. Les réformes récentes de la santé ont encore aggravé les inégalités homme-femme car elles ont mis en avant le recouvrement des coûts, la privatisation, la réduction des services publics et les systèmes régressifs du financement des soins. Tous ces facteurs ont affecté l'accès des femmes aux services et l'emploi dans le secteur de la santé tout en augmentant parallèlement la charge de soins qui leur incombent au foyer et dans la communauté.

8. Les normes liées au genre ont également des conséquences négatives pour les hommes et sont liées à leurs comportements de prise de risque. Ces comportements sont acquis dès l'enfance et se traduisent par la suite par un taux de mortalité 3,5 fois plus élevé que les taux de mortalité des femmes. Cette mortalité est due aux accidents, homicides, tabagisme et consommation élevée d'alcool avec les risques connexes de morbidité et mortalité imputables au cancer du poumon et cirrhose du foie. Elle est également liée à un comportement sexuel à risques se traduisant par des taux plus élevés chez les hommes d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA. Les normes liées au genre découragent les hommes d'aller consulter les services de santé reproductive et autres services, d'observer les protocoles de traitement et de se protéger contre les traumatismes, infections et maladies. Des rôles agressifs contribuent également à la discrimination à l'égard des femmes et, au pire, à des comportements de discrimination qui minent les droits, le bien-être et la santé des femmes et des filles.

Approche au genre au sein de l'OPS 1980-2006 : Eléments d'une politique institutionnelle

1. Depuis la conférence internationale de l'année de la femme en 1975, le Conseil directeur de l'OPS a adopté une série de résolutions visant à améliorer la santé de la femme et à veiller à une participation plus équitable avec les hommes dans les sphères décisionnelles plus élevées, tant dans le secteur de la santé que dans le Secrétariat lui-même. En 1980, le Conseil directeur a recommandé aux États Membres de supprimer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et d'introduire le concept de « l'égalité entre les femmes et les hommes » (Résolution CD27.R17). La même résolution demandait à la Directrice de désigner un point focal pour les femmes, la santé et le développement au niveau le plus élevé du Secrétariat et d'approuver la constitution d'un Sous-comité spécial du Comité exécutif de la femme, de la santé et du développement. En 1982, la Conférence sanitaire panaméricaine a approuvé la nomination des points focaux au niveau des pays et a recommandé que la Directrice renforce à l'aide de ressources la coopération technique en ce domaine. Ces dix dernières années, plusieurs recommandations émanant du Sous-comité et avalisées par le Comité exécutif ont souligné l'importance d'intégrer la perspective de l'équité entre les femmes et les hommes dans le travail et les arrangements organisationnels tant des États Membres que du Secrétariat. Des domaines spécifiques ont été créés dans ce but : violence liée au sexe, gestion de l'information pour l'analyse situationnelle et le suivi des politiques et politiques de réforme du secteur de la santé. Le tableau suivant met en exergue certains des accomplissements de l'OPS ainsi que les perspectives en ce domaine :

Date	Accomplissements	Thèmes
Les années 1980 : soutien pour obtenir des informations sur la santé et le développement des femmes	1980. Création du Sous-comité de la femme, de la santé et du développement, faisant partie du Comité exécutif	<ul style="list-style-type: none"> - Premier plan d'action quinquennal au niveau régional sur la santé et le développement de la femme - Autre objectif connexe adopté à la même période : Recrutement et développement de postes de cadre pour atteindre 30% de femmes
	Politiques de recrutement	<ul style="list-style-type: none"> - Inclusion de candidates féminines au recrutement pour atteindre l'égalité dans HRS - Participation des femmes parmi le personnel dans les séminaires et formations
	Création d'un programme spécial sur la femme, la santé et le développement	Faisant partie au départ du bureau du Sous-directeur, il a fonctionné davantage comme un centre d'information pour les bureaux et les partenaires de la santé des femmes
	Création d'un point focal sur	

Date	Accomplissements	Thèmes
	la femme et la santé au Siège	
	Création d'un comité interne sur la femme en tant que groupe consultatif auprès du directeur	Suivi de la promotion professionnelle des femmes ; Mise en place de politiques contre le harcèlement sexuel
Les années 90—Programmes de lutte contre la violence, données probantes et information, réforme du secteur de la santé	L'Unité fait partie de la Division du développement humain, avec une approche d'équité sur le plan santé	
	<p>1993. Résolution reconnaissant la violence à l'égard des femmes comme un problème prioritaire de santé publique et une violation des droits humains.</p> <p>1994. Projet régional confié à l'Unité pour lutter contre la violence à l'égard des femmes, dans dix pays, financé par ASDI/NORAD/Pays Bas</p>	<p>Mise au point et application d'un modèle intégral pour lutter contre la violence à l'égard des femmes dans les 10 pays (7 AC, Bolivie, Pérou, Equateur) et dans 6 pays, par la Banque interaméricaine de développement</p> <p><i>Résultats</i> <i>Niveau régional</i> : Campagnes interorganisationnelles de lutte contre la violence ; Conférence régionale de 2001 ; évaluation du modèle « Violence contre les femmes : Le secteur de la santé répond » ; Points focaux de l'OPS créés dans les 10 pays <i>National</i> : Lois et politiques pour prévenir et pénaliser la violence contre les femmes. Création de coalitions intersectorielles nationales <i>Secteur de la santé</i> : renforcement des capacités intersectorielles, protocoles et systèmes d'information <i>Communauté</i> : Soutien de réseau, systèmes de référence</p>
	Planification stratégique avec expansion du programme de l'Unité : <ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre du modèle intégral de la violence - Renforcement des systèmes d'information avec les producteurs et les utilisateurs - Egalité entre les femmes et 	<p><i>Résultats</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Les accomplissements du Model Attention consolidés en AC aux niveaux national et communautaire Les politiques de violence contre les femmes sont incluses dans les programmes de la réforme du secteur de la santé - Débats avec les partenaires du

Date	Accomplissements	Thèmes
	<p>les hommes est intégrée dans les politiques de santé, surtout dans la réforme du secteur de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création d'une stratégie de communication (GENSALUD) pour aider les partenaires et les pays 	<p>gouvernement et les ONG sur la réforme du secteur de la santé en AC. Projet au Chili/Pérou pour inclure les politiques de l'égalité des sexes dans le processus de réforme du secteur de la santé et inclure des ONG féminines dans les débats du processus</p> <ul style="list-style-type: none"> - Deux observatoires sur le Genre et la santé mis en place au Chili pour suivre la réforme du secteur de la santé - Formation des producteurs et utilisateurs de l'information sur la santé en AC aboutissant à la préparation des profils de santé des hommes et des femmes dans tous les pays de l'AC - GENSALUD atteint plus de 1 000 utilisateurs avec des fiches d'information sur le genre et la santé
	<p>Directive sur l'inclusion d'une section sur la femme, la santé et le développement dans la publication « Santé dans les Amériques » (1990 et dans toutes les éditions successives)</p>	<p><i>Santé dans les Amériques</i> désagrège une proportion des données sanitaires, et présente un chapitre sur la « femme, la santé et le développement » et on encourage les pays à inclure le genre dans leurs chapitres</p>
<p>2000-2008—Vers l'intégration</p>	<p>2002. Election de la première femme au poste de Directrice de l'OPS</p>	<p>La Directrice accorde la priorité à l'égalité des sexes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promotion de politiques institutionnelles de l'égalité des sexes - Le genre est au titre des 6 priorités générales du Plan stratégique de l'OPS 2008-2012 - Création d'une salle d'allaitement au Siège - Proposition d'une politique de conciliation (non approuvée) en 2007 pour la parité dans le personnel professionnel

Date	Accomplissements	Thèmes
	<ul style="list-style-type: none"> - Création de l'Unité « Genre, Ethnicité et Santé » (GEH), et transfert au bureau de la Sous-directrice Résultat escompté GEH sous objectif stratégique 7 (Plan stratégique OPS 2008-2012) - Nombre de publications de l'OPS Publications de l'OPS qui renforcent la base de données probantes sur l'impact des inégalités sur la santé - Nombre d'outils et de documents de directives mis au point par le BSP pour les États Membres sur l'utilisation de l'analyse de genre pour la santé - Nombre d'entités de l'AMPES qui intègrent la perspective de genre notamment l'intégration du genre dans la conception et la mise en œuvre de leurs programmes 	<p>GEH a pour priorité d'intégrer le genre et l'ethnicité dans l'OPS. La violence à l'encontre des femmes est confiée au Bureau de l'évaluation des risques</p>
	<p>2005. Adoption par les Organes directeurs de la politique de l'égalité des sexes</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La politique a pour objet d'arriver à l'égalité des sexes sur le plan santé et d'intégrer le genre dans les politiques, les programmes et la recherche de l'OPS et des États Membres - Le Conseil directeur a demandé à la Directrice de mettre au point un plan d'action pour sa mise en place et de créer un groupe consultatif technique pour guider le processus de l'intégration
	<p>Synchronisation avec le processus de l'intégration du genre de l'OMS par le biais de la politique, stratégie, modules de renforcement des</p>	<p>Stratégie de l'évaluation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 2008 Réalisation de l'enquête initiale sur les capacités/connaissances du personnel et examen de documents clés - 2010 examen à mi-parcours

Date	Accomplissements	Thèmes
	capacités et suivi/évaluation	- 2013 évaluation finale - Adaptation des modules de formation de l’OMS sur l’intégration du genre dans la santé et formation sous-régionale des points focaux sur le genre, ministères de la santé et partenaires de la société civile



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD49/13 (Fr.)
Annexe B

**FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER UN POINT DE L'ORDRE DU JOUR
AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION**

1. Point de l'ordre du jour : 4.9. Plan d'Action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité des sexes.

2. Unité responsable : AD/GE

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Dr. Marijke Velzeboer and Saadia Lakhdim

4. Liste de centres collaborateurs et institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

Ministères de la santé, Réseaux de santé de la femme de l'Amérique latine et les Caraïbes, organisations de la société civile, Mécanismes nationaux des femmes, Centre d'excellence du Canada pour la santé de la femme, Commission de la femme de l'Organisation des États américains (OEA/CIM), organisations des Nations Unies.

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

Présenter les facteurs déterminants de la santé et réduire les différences en matière de santé entre et dans les pays.

6. Lien entre le point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Objectif stratégique 7 : Traiter les déterminants socioéconomiques sous-jacents de la santé par le biais de politiques et programmes qui renforcent l'équité sur le plan de la santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, *sensibles aux spécificités des sexes*, et fidèles aux droits humains et autres indicateurs liés au genre compris dans d'autres objectifs stratégiques.

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

En 2008, L'OPS a organisé le premier concours sur les meilleures pratiques sur le genre et la santé pour mettre en place une base de données. Deux expériences, l'une au Mexique et l'autre en Bolivie, ont remporté le prix et seront utilisées comme exemples ainsi que les lauréats de 2009 et des années ultérieures.

8. Incidences budgétaires du point de l'ordre du jour en question :

Voir le rapport sur les implications financières et administratives.



ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR

61^e SESSION DU COMITÉ RÉGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

CD49/13 (Fr.)
Annexe C
ORIGINAL : ANGLAIS

PROJET DE RÉOLUTION

PLAN D'ACTION POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE SUR L'ÉGALITÉ DES SEXES

LE 49^e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice intitulé *Plan d'action pour la mise en œuvre de la politique en matière d'égalité des sexes* (document CD49/13) ;

Rappelant le Programme d'Action de la Conférence internationale sur la Population et le Développement (le Caire, 1994), la Déclaration et le programme d'action de Beijing (Beijing, 1995), les recommandations et rapports de la Conférence de Beijing +10 (2005), les conclusions approuvées par le Conseil économique et social des Nations Unies (1997/2), la Déclaration du Millénaire des Nations Unies (2000), les conclusions du Sommet mondial de 2005 (résolution A/RES/60/1 de l'Assemblée générale des Nations unies) et la résolution WHA58.30 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'accélération des progrès en vue d'atteindre les buts de développement liés à la santé, adoptés à l'échelle internationale, notamment les Objectifs du Millénaire pour le Développement, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), le Protocole de prévention, élimination et sanction de l'exploitation des personnes, surtout des femmes et des enfants et la Convention interaméricaine de la prévention, sanction et éradication de la violence contre les femmes (Convention de Belem do Pará) ;

Notant la résolution de l'Assemblée mondiale de la Santé sur l'intégration des spécificités de chaque sexe (résolution WHA60.25) qui recommande vivement aux États membres de formuler des stratégies pour intégrer le genre dans les systèmes de santé et qui demande au Directeur général d'intégrer l'équité entre homme et femme dans le travail de l'OMS ;

Reconnaissant l'adoption et la mise en œuvre des politiques d'égalité entre les genres dans les États membres, le système des Nations Unies et le système interaméricain ;

Rappelant la résolution CD46.R16 du 46^e Conseil directeur, adoptant la Politique en matière d'égalité des sexes de l'OPS ;

Reconnaissant que les inégalités des sexes persistent dans la Région et reconnaissant les preuves montrant que l'intégration du genre dans les lois, politiques, programmes et projets de santé améliore l'équité, l'efficacité et l'efficience dans la santé publique ; et

Reconnaissant que le Plan d'action vise à corriger les inégalités persistantes entre les sexes sur le plan de la santé, par la mise en application de la Politique en matière d'égalité des sexes, dans tous les programmes, lois, politiques, systèmes de suivi et recherche du BSP et des États membres,

DÉCIDE :

1. De recommander vivement aux États membres :
 - a) d'adopter et de promouvoir l'exécution du Plan d'action pour la mise en application de la Politique en matière d'égalité des sexes comme cadre pour atteindre l'égalité entre les sexes sur le plan de la santé ;
 - b) de formuler des plans d'action, politiques et lois en matière de santé pour intégrer l'égalité entre les genres dans les systèmes de santé, de formuler des politiques, programmes et lois spécifiques en santé avec la perspective de l'égalité entre les sexes et de vérifier qu'elles sont mises en œuvre par le biais de la création ou du renforcement d'un bureau du genre au sein du Ministère de la santé ;
 - c) de mettre au point des rapports systématiques sur l'inégalité entre les genres sur le plan de la santé aux fins de planification, plaidoyer et suivi grâce à la production, à l'analyse et à l'utilisation de l'information désagrégée par sexe et autres variables pertinentes ;

- d) de faciliter la création de groupes intersectoriels nationaux qui comprennent des organisations de la société civile pour soutenir le secteur de la santé au niveau de la mise en œuvre du Plan d'action ; et
 - e) de promouvoir et renforcer les partenariats avec d'autres organismes des Nations Unies et avec d'autres organisations pour soutenir le Plan d'action.
2. De demander à la Directrice :
- a) de vérifier la mise en œuvre du Plan d'Action et de soutenir les États membres au niveau de la mise en application de leur plans d'action intégrant l'égalité des sexes dans les systèmes de santé ;
 - b) de partager les connaissances sur les progrès et les meilleures pratiques pour atteindre l'égalité des sexes en santé ainsi que les problèmes pouvant l'entraver ;
 - c) de faciliter le suivi des progrès de la mise en application du Plan d'action dans le cadre du travail et la collaboration technique du Secrétariat ;
 - d) de soutenir un Groupe de consultation technique et autres mécanismes internes et externes qui incluent la participation de la société civile pour la mise en œuvre et le suivi du Plan d'action ; et
 - e) de promouvoir et renforcer la collaboration avec les autres organismes des Nations Unies et autres organisations pour soutenir la mise en œuvre du plan d'action.



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CD49/13 (Fr.)
Annexe D

Rapport sur les incidences administratives et financières qu'aura pour le Secrétariat le projet de résolution proposé pour adoption

<p>1. Point de l'ordre du jour : 4.9. Plan d'Action pour la mise en application de la politique en matière d'égalité des sexes</p>
<p>2. Lien avec le budget programme 2008-2009 :</p> <p>a) Domaine d'activité : AD/GE</p> <p>b) Résultat escompté : RER 7.5 Analyse de genre et de l'ethnicité et actions en réponse intégrées au travail normatif de l'OPS/OMS et soutien aux États Membres par le biais de la coopération technique pour la formulation de politiques et de programmes sensibles aux différences entre les femmes et les hommes et les ethnies.</p>
<p>3. Implications financières</p> <p>a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à 10 000 USD près, activités et personnel compris) : Ce plan d'action sera mis en œuvre par le biais de plans de collaboration avec les domaines techniques et les bureaux de terrain de l'OPS qui cofinanceront l'intégration du genre dans leur plan de travail biennal. Cette estimation se base sur le budget opérationnel de 2008-2009 de l'Office du genre, de l'ethnicité et de la santé.</p> <p>6 500 000 USD (budget opérationnel, y compris le recrutement du nouveau personnel).</p> <p>b) Coût estimatif pour l'exercice 2008-2009 (à 10 000 USD près, activités et personnel compris) : 2 460 000 USD.</p> <p>c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? : 1 230 000 USD budget planifié pour 2009.</p>
<p>4. Incidences administratives</p> <p>a) indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : Tous les domaines techniques, le bureau de soutien ciblé aux pays (CFS), PED et HRM ont été retenus comme des priorités pour l'intégration du genre.</p>

L'intégration du genre au niveau du pays démarrera avec quatre pays, et deux pays seront ajoutés chaque année.

- b) besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) :**
P3 de durée fixe avec expertise en matière d'intégration du genre en santé.
- c) calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) :** 2009-2014.

Liste des sigles

- DA** : Directrice adjointe (OPS)
AECID : *Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo* (Agence espagnole de coopération internationale pour le développement)
ASDI : Swedish International Development Cooperation Agency (Agence suédoise de coopération internationale au développement)
BWP : Biennial work plan (Plan de travail biennal ou PTB de l'OPS)
AC : Amérique centrale
CARICOM : Communauté et Marché commun des Caraïbes
CEDAW : Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
CCS : Country Cooperation Strategy [Stratégies de coopération avec les pays (OPS)]
CFS : Country Focus Support (OPS) ou soutien ciblé aux pays
CIDA : Agence de développement international du Canada
COMMCA : *Consejo de las Ministras de la Mujer de Centroamérica* (Comité des femmes Ministres de l'Amérique centrale)
CSO : Civil society organizations ou organisations de la société civile
CE : Comité exécutif de l'OPS
CEPAL : Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
FCH : Domaine de santé familiale et communautaire (OPS)
GEH : Office du Genre, Ethnicité et Santé (OPS)
GEMLAC : Réseau du genre et de l'économie pour l'Amérique latine et les Caraïbes
GFP : Point focal du genre (OPS)
G/H, GH : Genre et santé
HDM/HA : Bureau de surveillance des maladies et prise en charge des maladies /Office de l'analyse sanitaire (OPS)
HoA : *Health in the Americas* (Santé aux Amériques, publication de l'OPS)
RH : Ressources humaines
HRM : Domaine de la gestion des ressources humaines (OPS)
IGWG : Groupe de travail interne sur le genre (OPS)
UN-INSTRAW : United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women
LACWHN : The Latin America and the Caribbean Women Health Network (Réseau de la santé des femmes de l'Amérique latine et des Caraïbes)
OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
MS : Ministère de la santé
ONG : Organisation non gouvernementale
NWM : National Women's Mechanisms (Mécanismes nationaux des femmes)
OCDE : Organisation pour la coopération et le développement économique
BSP : Bureau sanitaire panaméricain
PRB : Office de la planification, du Budget et de la coordination des ressources (OPS)
PWR : PAHO/WHO Country Representative (Représentant de l'OPS/OMS dans le pays)
PWR/GFP : Gender focal points in the Country Offices (points focaux du genre dans les pays)
RER : Regional Expected Results (PAHO) (résultats escomptés régionaux)

OS : Objectifs stratégiques de l'OMS

TAG GEH : PAHO's Director Technical Advisory Group on Gender Equality and Health
(Groupe consultatif technique de la Directrice de l'OPS sur l'égalité des sexes en santé)

CT : Coopération technique

ONU : Organisation des Nations Unies

UN/ECOSOC : Conseil économique et social des Nations Unies

UNIFEM : Fonds des Nations Unies pour les femmes

UNFPA : Fonds des Nations Unies pour la population

- - -