

# Santé et spécificités hommes-femmes dans la Région de la Méditerranée orientale

Sensibilisation conceptuelle et opérationnelle



Organisation  
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

# Santé et spécificités hommes-femmes dans la Région de la Méditerranée orientale

Sensibilisation conceptuelle et opérationnelle



**Organisation  
mondiale de la Santé**

Bureau régional de la Méditerranée orientale

© Organisation mondiale de la Santé 2006  
Tous droits réservés.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé ne garantit pas l'exhaustivité et l'exactitude des informations contenues dans la présente publication et ne saurait être tenue responsable de tout préjudice subi à la suite de leur utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Distribution et Ventes, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), tél. : (202) 670 2535, télécopie : (202) 670 2492 ; adresse électronique : DSA@emro.who.int. Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Conseiller régional, Information sanitaire et biomédicale, à l'adresse ci-dessus (télécopie : +202 276 5400 ; adresse électronique : HBI@emro.who.int).

Graphisme par Ahmed Salah Mostafa  
Imprimé par Fikra Advertising  
Document WHO-EM/WHD/010/F/11.06/xxx



## Sommaire

1.	Introduction.....	4
2.	Considérations générales .....	5
	2.1 Développement : différences entre hommes et femmes.....	5
	2.2 Étapes importantes.....	6
	2.3 Définitions régionales des concepts de différenciation homme-femme et termes associés.....	7
	2.4 Religion et santé.....	8
3.	Santé et spécificités hommes-femmes dans la Région de la Méditerranée orientale.....	9
	3.1 Santé mentale.....	9
	3.2 La santé des femmes.....	10
	3.3 Les jeunes.....	11
	3.4 Situations d'urgence.....	11
	3.5 HIV/SIDA.....	12
	3.6 Tabac.....	13
4.	Intégration des questions liées aux spécificités des sexes dans les politiques et programmes de santé.....	13
	4.1 Analyse de la différence entre les hommes et les femmes.....	13
	4.2 Répartition des ressources.....	14
	4.3 Base de connaissances.....	14
	4.4 Conception de politiques et programmes de santé tenant compte de la différence entre les hommes et les femmes.....	14
5.	La voie à suivre.....	15
6.	Conclusion.....	15
7.	Références.....	16

## 1. Introduction

Le fait d'envisager la santé sous l'angle de la différence entre les hommes et les femmes permet de mieux comprendre les facteurs qui l'influencent et s'avère indispensable pour élaborer et mettre en place des politiques et stratégies de santé équitables et efficaces. Cette optique ne porte pas uniquement sur les différences biologiques entre les hommes et les femmes, ou sur le rôle reproducteur des femmes, mais tient compte des effets des déterminants sociaux, familiaux, culturels, politiques, économiques, comportementaux et spirituels sur les relations, les rôles et les responsabilités des hommes et des femmes, en particulier sur la santé des individus, des familles et des communautés. Cette perspective peut être utilisée comme un outil pour étudier les raisons de ces différences et identifier des moyens pour améliorer les résultats sanitaires pour les hommes et les femmes.

Les principes de base de la plupart des cultures dans les pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale soutiennent, protègent et défendent les droits des femmes, y compris leur droit à un niveau élevé de santé et de qualité de vie. Ce principe d'équité entre hommes et femmes est prévu par les religions de la Région, qui rappellent que les femmes et les hommes ont pour même mission de créer et maintenir la vie humaine sur terre, les mêmes droits d'entreprendre n'importe quelle profession, les mêmes droits à l'éducation et les mêmes responsabilités au sein du foyer. Ainsi, les concepts et principes religieux doivent être mis en évidence dans les efforts visant à fournir un solide fondement au comportement social, et optimiser les résultats sanitaires pour tous les membres de la société, hommes et femmes. Il est important de faire la distinction entre les influences religieuses sur le comportement et les influences traditionnelles qui se sont développées au fil du temps, qui parfois ne sont pas optimales pour garantir l'équité en matière de santé.

Si le cadre conceptuel et méthodologique de l'intégration des questions liées aux spécificités des sexes concerne à la fois les hommes et les femmes, les fréquentes disparités entre les deux sexes imposent d'accorder une attention particulière aux inégalités auxquelles sont confrontées les femmes. Des données historiques indiquent que les politiques nationales et les pratiques sociales, associées à un faible investissement de ressources dans le potentiel des femmes, ont entraîné un sérieux déséquilibre entre les occasions offertes aux femmes de se développer, et ainsi participer au développement socio-économique du pays, et celles offertes aux hommes. Globalement, de faibles taux d'alphabétisation chez les femmes, une absence de pouvoir économique et de faibles taux de participation au développement et au processus de prise de décision politique sont certains des principaux facteurs responsables d'un état de santé médiocre de la femme, avec notamment des taux de mortalité maternelle élevés, en particulier dans les pays pauvres et en développement.





Cette brochure s'adresse aux partenaires des secteurs de la santé et autres qui déterminent la santé, à la fois public et privé. Elle a pour objectif de préciser la conceptualisation de la différence entre les hommes et les femmes dans la Région de la Méditerranée orientale et de promouvoir la concrétisation de ce concept dans la santé.

## 2. Considérations générales

### 2.1 Développement : différences entre hommes et femmes

Ces deux dernières décennies, les dimensions hommes-femmes des processus de développement humain, économique, social et environnemental ont suscité un vif intérêt. L'une des principales stratégies pour le développement établies par les grandes conférences mondiales sur les femmes et la distinction homme-femme dans les années 1990, auxquelles a participé l'OMS, a été de placer l'amélioration du statut des femmes, y compris leur autonomisation, au centre des efforts pour arriver à un développement durable dans toutes ses dimensions : économique, sociale et environnementale.

L'intégration des questions liées aux spécificités des sexes est un processus qui consiste à évaluer les incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des hommes dans l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines – politique, économique et social – de manière que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Ce concept s'est développé à partir de l'approche « les Femmes dans le développement (WID) » favorisée par la théorie du développement dans les années 1970 et 1980.

L'approche Femmes et Développement est née de l'inquiétude face à l'exclusion des femmes du processus de développement et de ses bénéfices, et de ce fait était axée sur des programmes et projets spécifiques des femmes comme moyen « d'intégrer les femmes dans le développement ». Cette approche, bien qu'importante, tendait à isoler les femmes comme une catégorie distincte et homogène et n'apportait pas de changements à long terme de leurs conditions sociales et économiques suffisants. L'approche Genre et Développement (GAD) vise à remédier aux inégalités entre les hommes et les femmes, et insiste sur le fait que la position désavantagée des femmes doit être analysée et traitée, non pas de façon isolée mais en relation avec celle des hommes.

## 2.2 Étapes importantes

La quatrième Conférence mondiale sur les femmes, qui a eu lieu à Beijing en 1995, notait que « il est essentiel d'élaborer, de mettre en œuvre et de surveiller, à tous les niveaux, avec la pleine participation des femmes, des politiques et programmes, y compris des politiques et des programmes de développement, qui soient égalitaires, efficaces, efficients et synergiques et qui puissent favoriser le renforcement du pouvoir d'action des femmes et leurs promotions » [1]. Après la Conférence de Beijing, la plupart des pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale ont créé des comités nationaux pour les femmes, élaboré des plans d'action nationaux pour appliquer leurs engagements et mis en place des systèmes de surveillance afin d'analyser régulièrement l'évolution vers l'intégration des questions liées aux spécificités des sexes dans le processus de développement national, contribuant ainsi à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

Après la Conférence de Beijing et ses résolutions et engagements, le système des Nations Unies, dont l'OMS, a officiellement adopté la conclusion du Conseil économique et social des Nations Unies, formulée en juillet 1997, qui stipulait que l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes dans les programmes et politiques des organismes des Nations Unies était une haute priorité [2]. Suite à cela, lors de la Cinquante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, l'OMS a adopté la Déclaration mondiale sur la santé, approuvant la politique de la Santé pour tous pour le XXI<sup>e</sup> siècle qui souligne le respect de la sexospécificité comme une valeur essentielle, ainsi que l'équité, l'éthique et le droit à la santé, pour atteindre l'objectif de la Santé pour tous.

En 1999, lors de la quarante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, une stratégie pour l'intégration de la dimension « sexospécificité » dans les stratégies de développement (Document EM/RC46/9) a été adoptée et la nécessité de donner les mêmes chances aux femmes et aux hommes de participer aux programmes de santé publique et de salubrité de l'environnement a été reconnue. Dans la résolution EM/RC46/R.8, le Comité régional invitait précisément les États Membres de la Méditerranée orientale à mettre en place, soutenir et renforcer le(s) point(s) focal (focaux) et/ou unités chargée(s) des questions de sexospécificité pour la santé, à renforcer le rôle des femmes dans les initiatives de développement communautaires et à renforcer les capacités et les partenariats avec les organisations non gouvernementales nationales et internationales et les établissements de la société civile, afin d'intégrer une démarche d'équité entre les sexes dans les processus nationaux de planification de la santé et du développement.

Une Politique de l'OMS en matière de genre – intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes a été adoptée par le Directeur général en 2002 et acceptée par le Cabinet le 6 mars 2002 [2].





En septembre 2000, 189 nations ont ratifié la Déclaration du Millénaire des Nations Unies affirmant le droit de chaque femme, homme et enfant au développement. Afin de suivre l'évolution vers le développement et la liberté, des représentants des organisations des Nations Unies et autres organisations internationales ont établi un ensemble de 8 objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Les OMD reconnaissent l'équité entre les sexes comme une condition préalable importante pour le développement. L'objectif numéro 3 concerne expressément l'égalité des sexes, appelant à l'égalité entre les garçons et les filles à tous les niveaux de l'enseignement. Il convient de souligner toutefois que l'importance de l'équité entre les sexes ne concerne pas uniquement l'éducation, mais doit être sérieusement prise en considération afin d'atteindre chacun des OMD [3].

### 2.3 Définitions régionales des concepts de différenciation homme-femme et termes associés

Le concept de **différenciation homme-femme** est une construction sociale qui définit les rôles, responsabilités, droits, chances et interactions socialement perçus pour les femmes et les hommes pour l'amélioration et le maintien de la société, qui sont influencés par des déterminants familiaux, culturels, politiques, économiques et spirituels.

**L'analyse de la différence entre les hommes et les femmes** consiste à rassembler de façon systématique et à étudier les indicateurs et données de santé ventilés par sexe afin d'identifier, de comprendre et de remédier aux disparités en matière d'accès à la santé liées à l'appartenance sexuelle. Elle consiste à définir, à analyser et à préparer des mesures pour réduire les inégalités résultant des rôles différents attribués aux femmes et aux hommes ou du déséquilibre des relations de pouvoir entre eux et pour corriger les conséquences de ces inégalités sur les conditions de vie, la santé et le bien-être. Elle reflète les facteurs et statuts sociaux positifs et négatifs ainsi que les risques et problèmes sanitaires auxquels peuvent être confrontés les deux sexes du fait du rôle qui leur est dévolu.

**L'égalité entre les sexes** est l'absence de discrimination fondée sur le sexe du point de vue tant des opportunités que de l'attribution de ressources et d'avantages et de l'accès aux services.

**L'équité entre les sexes** désigne une répartition juste et équitable des avantages et des responsabilités entre les femmes et les hommes. Étant admis que les femmes et les hommes n'ont ni les mêmes besoins ni les mêmes capacités, la notion d'équité suppose que l'on recense et traite ces différences de manière à corriger les déséquilibres entre les sexes aux différentes phases du cycle de la vie.



**L'intégration d'une démarche d'équité entre les sexes** est un processus qui consiste à évaluer les incidences pour les femmes et pour les hommes de toute action envisagée, notamment dans la législation, les politiques ou les programmes, dans tous les secteurs et à tous les niveaux. Il s'agit d'une stratégie visant à incorporer les préoccupations et les expériences des femmes aussi bien que celles des hommes dans l'élaboration, la mise en œuvre, la surveillance et l'évaluation des politiques et des programmes dans tous les domaines – politique, économique et social – de manière que les femmes et les hommes bénéficient d'avantages égaux et que l'inégalité ne puisse se perpétuer. Ce concept doit être sensible à l'importance et aux exigences des normes culturelles et spirituelles et des systèmes de valeur, et englobe des mécanismes pour influencer la façon dont ces systèmes de valeur sont interprétés pour faire en sorte qu'ils soient plus conscients de la nécessité d'assurer l'équité et l'égalité et qu'ils y soient plus sensibles.

## 2.4 Religion et santé

Une consultation régionale sur les questions liées aux spécificités de chaque sexe et la santé dans le contexte socioculturel de la Région de la Méditerranée orientale, qui a eu lieu au Caire (Égypte) en décembre 2005 (5), a identifié plusieurs préceptes dans la religion qui garantissent et favorisent la santé pour les hommes et les femmes, dont :

- la responsabilité des êtres humains de protéger le corps et d'entretenir sa santé
- la responsabilité d'hygiène personnelle et d'hygiène domestique
- le droit pour chaque être humain d'être respecté, de vivre dans la dignité et la sécurité
- la promotion de l'allaitement maternel
- la promotion de l'abstinence sexuelle
- l'interdiction de l'alcool et des drogues
- l'interdiction du suicide.

La consultation avait pour objectif d'identifier des moyens pour les institutions religieuses de contribuer à réduire les écarts en matière de santé dans la Région et travailler avec les autres institutions pour promouvoir la santé comme droit de l'être humain pour tous – hommes et femmes. Il a été estimé que les chefs religieux avaient besoin de connaissances plus spécifiques pour encourager des pratiques saines et dissuader les peuples de suivre des pratiques malsaines, et que le moment de la prière et des sermons pouvait être utilisé pour promouvoir la santé. Les programmes pour les chefs religieux devraient fournir plus d'informations sur les questions de santé actuelles et leurs relations avec les préceptes religieux, tandis que les programmes pour les agents de santé devraient inclure des préceptes religieux liés à la préservation de la santé. Les institutions religieuses et les chefs religieux pourraient également jouer un rôle essentiel pour mettre fin à la justification religieuse des traditions culturelles néfastes, comme les mutilations sexuelles féminines.





### 3. Santé et spécificités hommes-femmes dans la Région de la Méditerranée orientale

#### 3.1 Santé mentale

La Région connaît une transition rapide dans tous les aspects de la vie, qui a une influence négative sur la santé mentale. La famille élargie, qui autrefois apportait la sécurité économique et un système de soutien social, est remplacée par la famille nucléaire et les rôles au sein de la famille changent. Des conflits surviennent lorsque les femmes travaillent tandis que les hommes ne modifient pas leur attitude au même rythme. Par exemple, dans la République islamique d'Iran, on a observé une augmentation soudaine du taux de suicide chez les jeunes hommes dans les zones rurales sous-développées ; cette tendance était généralement liée à la transition rapide, avec une augmentation des taux d'alphabétisation et de l'emploi des femmes, sans changement correspondant de l'attitude des hommes. Il y a conflit entre la vitesse de développement des femmes et l'adaptation des hommes à ce changement.

Les troubles mentaux sont exacerbés par une urbanisation non planifiée, l'absence de commodités élémentaires comme l'eau courante et l'électricité ainsi que les problèmes de chômage et de l'accroissement de la population des jeunes. Globalement, les taux de troubles mentaux pour les femmes et les hommes sont similaires, mais le type de troubles, le moment de l'apparition et les formes de traitement peuvent être différents. Si les troubles mineurs de la petite enfance sont plus courants chez les garçons, à l'adolescence, les filles ont des problèmes plus graves, comme des troubles de l'alimentation et l'absence d'estime de soi. Pour les femmes, les montées hormonales entraînent des problèmes liés à la grossesse, la dépression du post-partum et des troubles de la ménopause. L'anxiété et la dépression sont plus courantes chez les femmes, qui ont généralement plus tendance à se faire soigner pour des troubles mentaux, et par conséquent utilisent davantage les médicaments psychotropes. Cela peut également être dû à certaines pratiques de médecins, car le fait de prescrire des médicaments permet de gagner du temps et évite la nécessité d'envisager d'autres méthodes. La comorbidité est généralement plus courante chez les femmes, souvent sous la forme de troubles somatoformes – symptômes physiques qui sont l'expression d'une maladie mentale. La toxicomanie est plus courante chez les hommes, mais pourrait augmenter chez les femmes dans le monde entier, y compris dans la Région de la Méditerranée orientale.

Les formes de toxicomanie changent également, avec une augmentation des injections intraveineuses. La schizophrénie est plus grave chez les hommes et peut apparaître plus tôt que chez les femmes. Les hommes peuvent être réticents à se faire soigner pour troubles mentaux. La construction sociale de la masculinité dans la plupart des cultures leur impose de masquer leurs émotions et d'agir comme s'ils étaient invulnérables.

Les femmes peuvent parfois avoir moins tendance à se faire soigner dans la mesure où elles sont de plus en plus impliquées dans des emplois rémunérés, en partie en réponse à une plus grande responsabilisation dans ce genre de travail, en terme de statut professionnel et d'heures travaillées.

Au sein de la famille, la maladie mentale d'une femme affecte sa capacité à s'occuper des enfants. Le trouble émotif chez les femmes est souvent lié à des violences familiales. Le poids du double rôle des femmes augmente si elles doivent s'occuper des membres de la famille souffrant d'une maladie mentale. Le déclin de la famille élargie renforce les contraintes pesant sur les femmes dans ces situations, et a un effet négatif sur le système de soutien aux personnes âgées. En outre, l'unité familiale dans son ensemble peut être victime de mépris si l'un de ses membres souffre de maladie mentale.

Certaines solutions au problème croissant des troubles mentaux sont préventives, comme l'enseignement des compétences essentielles, en particulier les compétences familiales et parentales. L'intégration des services de santé mentale dans le système de santé public ainsi que la couverture des troubles mentaux par l'assurance maladie permettraient de protéger les familles affectées.

### 3.2 La santé des femmes

Dans de nombreux pays de la Région, les femmes ont un accès limité au revenu monétaire et leur taux d'activité économique est extrêmement faible par rapport à celui des hommes. La pauvreté fait peser un double fardeau sur les femmes, étant donné qu'elle les rend plus vulnérables aux maladies alors qu'elles ont moins les moyens d'accéder aux soins lorsque c'est nécessaire. Dans toute la Région, le taux brut de scolarisation primaire pour les hommes et le taux d'alphabétisation des adultes sont nettement supérieurs à ceux des femmes. Le manque d'éducation des femmes limite considérablement leurs perspectives sociales et économiques par rapport aux hommes, avec une détérioration conséquente de la santé.

Les facteurs sociaux ci-dessus entrent en jeu et déterminent beaucoup les risques sanitaires auxquels est exposée une femme dans sa vie, notamment ses connaissances, sa vulnérabilité, son aptitude personnelle à surmonter l'adversité, ses capacités, sa confiance en elle et l'accès aux systèmes d'aide sociale qui l'aident à faire face aux problèmes de santé quand ils surviennent. Les normes liées au sexe existantes empêchent les adolescentes d'avoir accès aux études, et par conséquent aux emplois. Cet état de fait à son tour limite le revenu futur et renforce les facteurs sociaux qui ont une influence négative sur la santé. Entre autres exemples, citons : le comportement lié à la santé, comme solliciter et recevoir des soins de santé ; les pratiques néfastes, comme les mutilations sexuelles féminines ; et la politique de santé en ce qui concerne la santé de la femme.





La politique de santé peut influencer la prestation de soins de santé pour les femmes, en soulignant l'importance de l'équité ainsi que la nature et la qualité des services disponibles pour les femmes. Les politiques de l'OMS sur la santé de la femme ont accordé une priorité spécifique à plusieurs domaines, dont la nécessité de données sanitaires ventilées par sexe et l'utilisation de ces données pour orienter et renforcer la prestation de soins de santé afin de répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes. En outre, la formation du personnel de santé sur la gestion des problèmes de santé des femmes tout au long du cycle de vie est indispensable pour faire face aux disparités qui existent dans la santé des femmes.

### 3.3 Les jeunes

La recherche indique que les hommes et les jeunes garçons subissent plus de pression que les femmes et les jeunes filles pour accepter le stéréotype sexuel selon lequel les hommes doivent être forts, robustes et solides. Ces concepts se traduisent par une combinaison dangereuse de comportement à risque et d'absence d'activités sanitaires préventives. Les jeunes sont notamment sujets aux accidents et aux blessures dans la mesure où les adolescents ignorent souvent les éventuelles conséquences sanitaires de leurs actes et cèdent à la pression de se conformer aux normes de leurs amis. Cette tendance s'observe plus souvent chez les garçons. Par exemple, une étude en Tunisie a révélé que le comportement à risque était deux fois plus courant chez les garçons que chez les filles. Pour les garçons adoptant ce genre de comportement, comme l'usage de drogues ou de tabac, la réprobation et les interdictions religieuses peuvent constituer un obstacle pour avoir recours aux soins.

Si le comportement sexuel chez les jeunes peut être sporadique et rare, il est souvent non protégé et expose les jeunes au risque de maladies sexuellement transmissibles et VIH/SIDA. Les médias, dont la télévision, les jeux vidéos et les publicités, présentent souvent un comportement violent comme acceptable et donc encouragent le comportement agressif, en particulier chez les garçons.

### 3.4 Situations d'urgence

Dans les situations d'urgence, les hommes et les femmes sont confrontés aux mêmes problèmes, notamment la disparition de l'enseignement, des emplois, des statuts et de la cohésion sociale. Dans les années 90, 90 % des victimes de conflits armés étaient des civils, dont un grand nombre de femmes et d'enfants. L'impact des conflits et catastrophes sur les populations peut être évalué par la mesure dans laquelle ils interrompent les soins de santé courants, affectent la santé mentale en terme d'augmentation de la violence et de la toxicomanie et entraînent une augmentation du travail forcé et de la prostitution.

Les vulnérabilités existantes sont exacerbées chez les très jeunes, les très âgés et les femmes ; par exemple, les femmes souffrent d'anxiété accrue et sont victimes de viol ainsi que de grossesses non désirées et de maladies sexuellement transmissibles. Les hommes et les garçons sont plus susceptibles de servir dans l'armée et de ce fait le risque de mortalité et d'incapacité disproportionnée dans ce contexte est plus important pour eux. Les mines terrestres tuent et blessent de façon disproportionnée les enfants et les hommes adultes.

Les communautés d'accueil peuvent rejeter les réfugiés, hommes et femmes, et les considérer comme des victimes vulnérables, plutôt que comme d'anciens membres de communautés ayant des compétences. Les hommes réfugiés peuvent être rejetés s'ils n'ont pas d'emploi et les femmes, si elles sont contraintes au sexe commercial, sont forcées à mendier ou sont considérées comme des chefs de famille vulnérables. Les normes de comportement masculin peuvent empêcher les hommes de demander de l'aide tandis que les femmes sont parfois incapables de faire face au monde au-delà de leur famille. Dans de nombreux cas, les organisations humanitaires ne consultent pas les femmes, et de ce fait les secours d'urgence ne sont pas adaptés.

### 3.5 VIH/SIDA

Dans la Région de la Méditerranée orientale, le VIH/SIDA est un problème croissant. Si tous les chiffres sont des estimations, près de la moitié des personnes vivant avec le VIH/SIDA sont des femmes. Dans la plupart des cas, la transmission se fait par voie sexuelle ou l'usage de drogues injectables. La vulnérabilité de tous les secteurs de la population change car les comportements sociaux anciennement protecteurs évoluent, la mobilité augmente et les disparités socioéconomiques s'amplifient. De plus en plus de populations sont socialement marginales et de ce fait difficiles à atteindre, comme celles qui adoptent un comportement sexuel à risque ou font usage de drogues. La plupart des secteurs de la population ont un accès limité à l'information sur le VIH/SIDA ainsi qu'au traitement du VIH/SIDA.

La vulnérabilité des femmes et des fillettes est exacerbée par les stéréotypes qui favorisent leur ignorance sur le sexe et encouragent la passivité. De par les normes actuelles liées au sexe, les femmes ont moins accès aux ressources et moins de pouvoir de négociation, même au sein du mariage. Par exemple, une femme peut n'avoir aucun recours pour demander à son mari d'utiliser un préservatif, ce qui peut être problématique dans le cas de maladies sexuellement transmissibles contractées lors d'aventures extraconjugales. Grâce à ces normes, les hommes et les garçons se trouvent dans un contexte social acceptable leur permettant de prendre des risques et d'avoir plusieurs partenaires. Il faut mettre un terme au silence culturel sur la santé et l'éducation sexuelles afin de protéger les filles et les garçons des effets néfastes des stéréotypes sexuels.





### 3.6 Tabac

Dans tous les pays de la Région, le tabagisme est plus répandu chez les hommes. Toutefois, les campagnes de plus en plus agressives sur le tabac et le relâchement des restrictions sociales sur le comportement et l'autonomie des femmes ont entraîné une augmentation du tabagisme chez les femmes. De récents rapports de Somalie révèlent une consommation de tabac supérieure chez les jeunes filles à celle chez les jeunes garçons.

Les données de la Région montrent que plus le statut social des femmes est élevé, plus elles sont susceptibles de fumer. Les femmes d'un statut social élevé sont également plus sujettes à fumer régulièrement. Parmi les motivations sociales des femmes pour fumer, on trouve la volonté d'afficher le statut et l'indépendance. Les études ont également montré que les femmes et les filles ont tendance à utiliser le tabac comme un « tampon » contre des sentiments négatifs. D'autres études montrent que les filles et les femmes ont plus tendance à redouter la prise de poids que les hommes, et à commencer et continuer à fumer pour contrôler leur poids. Certaines études révèlent que les femmes prennent plus de poids que les hommes après l'arrêt du tabac.

La collecte régulière de données sur le tabagisme, ventilées par sexe et âge, permettra d'identifier les tendances et les effets sur la santé des hommes et femmes de tous âges. Les moyens cliniques pour identifier la prévalence du tabagisme, notamment la déclaration spontanée, doivent être améliorés, car les femmes peuvent avoir plus de réticence à signaler leur tabagisme en raison d'une plus grande désapprobation sociale du tabagisme féminin.

## 4. Intégration des questions liées aux spécificités des sexes dans les politiques et programmes de santé

### 4.1 Analyse de la différence entre les hommes et les femmes

Les différences et les inégalités entre les femmes et les hommes ainsi que leur importance pour les questions sanitaires doivent être étudiées. Le processus doit débuter par une réflexion sur la question de savoir de quelle manière et pourquoi les différences et inégalités entre les sexes sont importantes et sur celles qui nécessitent un examen plus approfondi. Pour les maladies ou troubles spécifiques, l'analyse de la différence entre les hommes et les femmes est axée sur la façon dont les inégalités et différences entre les sexes influencent :

- les facteurs de risques et de protection
- l'accès aux ressources pour protéger la santé
- les manifestations, la gravité et la fréquence des maladies, ainsi que les résultats sanitaires
- le comportement de recours aux soins

- le comportement de recours aux soins
- les conditions sociales, économiques et culturelles liées à un mauvais état de santé/à la maladie
- la réaction des systèmes et services de santé
- le rôle des femmes et des hommes en tant que prestataires (dispensateurs) de soins à titre officiel et officieux.

## 4.2 Répartition des ressources

Étant donné les différences et les inégalités liées à l'appartenance sexuelle dans les sociétés, on ne peut partir du principe que les femmes et les hommes auront les mêmes chances pour participer ou bénéficier des ressources du développement sanitaire. Il faut veiller tout particulièrement à ne pas considérer que les initiatives influencent tous les individus de la même manière, car cela pourrait augmenter par inadvertance les inégalités entre les sexes. Les individus réagissent aux modifications de la prestation de services de santé, comme l'introduction de redevances couvrant l'utilisation de services, d'une façon qui est propre à l'un ou l'autre sexe.

La différence entre les hommes et les femmes a une influence majeure sur l'accès aux ressources et la répartition des responsabilités. Souvent les ressources ne sont pas réparties de façon égale entre les membres du foyer et la prise de décision relative aux ressources du foyer peut être déséquilibrée. Ces facteurs vont influencer les résultats des politiques et programmes de santé s'ils ne sont pas pris en compte lors de leur conception.

## 4.3 Base de connaissances

Les données ventilées par sexe doivent être utilisées à tout moment afin de mieux comprendre une question ou situation, permettre d'identifier les différences et inégalités entre les sexes et y remédier. Le fait de ventiler les données par sexe et de poser des questions sur qui fait quoi permet d'évaluer s'il existe des différences et inégalités entre les hommes et les femmes.

## 4.4 Conception de politiques et programmes de santé tenant compte de la différence entre les hommes et les femmes

Il existe des différences entre les hommes et les femmes qui sont liées à la classe, la religion, l'âge, l'origine ethnique et d'autres facteurs. Les hommes et les femmes ne sont pas des groupes homogènes. Il est important de ne pas généraliser entre les différentes populations,





mais plutôt d'examiner la façon dont les besoins et les perspectives des individus sont influencés par divers facteurs, notamment la distinction homme-femme.

Les femmes et les hommes présentent souvent des différences importantes en ce qui concerne leurs priorités. Par exemple, après une catastrophe, les femmes peuvent accorder une priorité immédiate à l'accès à de l'eau potable et un abri salubre, tandis que les hommes accorderont la priorité au rétablissement des activités économiques. Cela ne signifie pas qu'une priorité doit être privilégiée par rapport à une autre, mais qu'il faut avoir conscience (par un examen spécifique) des différences potentielles entre les femmes et les hommes de sorte que toutes les questions puissent être prises en compte pour comprendre la situation. Étant donné que les femmes participent généralement moins à la prise de décision que les hommes, des stratégies spécifiques s'imposent pour faire en sorte que leurs voix soient entendues.

## 5. La voie à suivre

Plusieurs mécanismes peuvent être employés pour prendre en compte la dimension sexospécifique dans les politiques et programmes de santé de la Région. Le développement des compétences pour les prestataires et responsables de soins de santé à tous les niveaux s'impose, de même que le renforcement des capacités des partenaires dans les secteurs liés aux déterminants sociaux de la santé. Les partenariats, la collaboration et l'harmonisation des actions dans le domaine de la santé et des spécificités hommes-femmes entre les secteurs sont nécessaires pour faire avancer les choses. Il faut également renforcer les bases de données sur cette question et échanger les bonnes pratiques pour traduire dans les faits la différence entre les hommes et les femmes entre et dans les pays. Des ressources doivent être mobilisées et consacrées à la question des spécificités hommes-femmes en matière de santé.

## 6. Conclusion

La société attribue aux femmes et aux hommes des rôles différents dans des contextes sociaux différents. Il existe également des différences dans les opportunités et ressources offertes aux femmes et aux hommes, ainsi que dans leur capacité à prendre des décisions et à exercer leurs droits humains, y compris ceux liés à la protection de la santé et au recours aux soins. Les rôles attribués ainsi que les relations inégales entre les sexes influent sur le sexe et d'autres variables sociales et économiques et vice-versa. Cela se traduit par une exposition différente et parfois inéquitable au risque pour la santé, ainsi qu'un accès et un usage différents des informations, des soins et des services de santé. Ces différences à leur tour ont une nette influence sur les résultats sanitaires.



Une démarche axée sur les spécificités hommes-femmes, liée au développement de l'équité, doit être intégrée dans les politiques et programmes de la santé, et ce par le biais de l'analyse de ces différences. Afin d'optimiser les résultats sanitaires positifs pour tous, il faut prendre en compte les besoins spécifiques des filles et des garçons, des hommes et des femmes, tout au long des différentes phases du cycle de la vie. Il est important, tout en protégeant le système de valeurs des communautés dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier l'institution de la famille, de faire preuve de flexibilité pour réagir aux conditions actuelles qui ne favorisent pas des résultats sanitaires positifs pour tous.

## 7. Références

1. *Déclaration de Beijing et plateforme d'action, Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, 15 septembre 1995, A/CONF.177/20 (1995) et A/CONF.177/20 Add.1 (1995).*
2. *Intégrer dans l'action de l'OMS des approches soucieuses d'équité entre les sexes : Politique de l'OMS en matière de genre.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2002. Disponible sur le site : <http://www.who.int/gender/documents/frgpolicy.pdf>.
3. *"En-gendering" the Millennium Development Goals (MDGs) on health.* Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/FCH/GWH/01.1).
4. *Report on the gender mainstreaming retreat for the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Alexandria, Egypt, December 12–13 2003.* Cairo, Egypt, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2004 (WHO-EM/WHD/006/E).
5. *Report of a regional consultation on gender issues in health in the sociocultural context of the Eastern Mediterranean Region, Cairo, Egypt, 19–21 December 2004.* Cairo, Egypt, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2005 (WHO-EM/WHD/007/E).
6. *Report on the regional consultation on the Global Gender Strategy for the Health Sector, Cairo, Egypt, 13–14 September 2005.* Cairo, Egypt, World Health Organization, Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006 (WHO-EM/WHD/009/E).

