

Différences entre les sexes et santé de la femme dans la Région de la Méditerranée orientale – perspective intersectorielle



Pour toute demande de renseignements,
prière de s'adresser à l'Unité
« Rôle de la femme et de l'homme dans la santé et le développement »
Organisation mondiale de la Santé
Bureau régional de la Méditerranée orientale
Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte)
Tél. : (202) 2670 2535
Télécopie : (202) 2670 2492/94
Courriel : ghd@emro.who.int
postmaster@emro.who.int
Internet : <http://www.emro.who.int/ghd>



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Différences entre les sexes et santé de la femme dans la Région de la Méditerranée orientale – perspective intersectorielle



**Organisation
mondiale de la Santé**

Bureau régional de la Méditerranée orientale

© Organisation mondiale de la Santé 2008
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) (téléphone : +202 2670 2535 ; télécopie : +202 2670 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 Coordonnateur, Gestion et partage du savoir, à l'adresse ci-dessus (adresse électronique : HIT@emro.who.int).

Graphisme : Ahmed Salah Mostafa
Imprimé par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Le Caire



Sommaire

1.	Introduction.....	5
2.	Différences entre les sexes et leur influence sur la santé.....	7
	2.1 Alphabétisation et éducation.....	7
	2.2 Emploi.....	9
3.	Accès aux soins et services de santé.....	10
	3.1 Accès physique / disponibilité.....	10
	3.2 Accès économique	11
	3.3 Accès socioculturel.....	12
	3.4 Impact des services publics sur les résultats sanitaires.....	12
4.	Mariage.....	13
	4.1 Mariage précoce.....	13
	4.2 Pouvoir de décision des femmes dans la famille.....	14
	4.3 Liberté de mouvement et interaction sociale.....	15
5.	Les femmes dans la vie publique.....	15
6.	Implications pour la recherche et l'élaboration de politiques.....	16
7.	Conclusions.....	17
8.	Références.....	18



1. Introduction

Si, grâce aux incessants progrès de la médecine et de la science, les résultats sanitaires s'améliorent, il est de plus en plus admis que les facteurs sociaux ont un impact important sur les résultats et comportements en matière de santé. L'OMS et d'autres acteurs de la santé publique doivent tenir compte des facteurs sociaux qui ont une influence sur le maintien d'un état de santé optimal, notamment ceux qui se traduisent en facteurs de risque de mauvaise santé dans une population donnée.

La Conférence mondiale des Nations Unies sur les droits de l'homme qui a eu lieu à Vienne en 1993 a souligné l'importance de l'égalité des sexes dans tous les domaines du développement social et économique, tout comme la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994 et la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes à Beijing en 1995 qui s'appuyait sur la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (1979). Les délégués ont lancé un appel aux organismes des Nations Unies et aux gouvernements pour qu'ils prennent en considération l'égalité et l'équité entre les sexes lorsqu'ils décident des buts, de l'affectation des fonds, des activités et des résultats escomptés des programmes. En septembre 2000, 189 nations ont signé la Déclaration du Millénaire, suite à laquelle les Nations Unies ont lancé les objectifs du Millénaire pour le développement afin de réduire la pauvreté et d'améliorer la santé, l'échéance étant fixée à 2015. En 2002, le troisième objectif du Millénaire pour le développement (OMD) réaffirmait qu'il était essentiel de promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes. Il était également admis que l'égalité des sexes était un élément indispensable pour atteindre les cibles des autres OMD. Trois des huit objectifs et neuf des 17 cibles concernent directement les résultats sanitaires physiques, qui sont influencés par des facteurs sociaux auxquels sont inextricablement liées les différences entre les sexes.

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

Les inégalités entre les sexes ont une grande influence sur les risques pour la santé auxquels est exposée une femme dans sa vie, sur ses connaissances, sa vulnérabilité, son aptitude à surmonter l'adversité, ses capacités, sa confiance en elle et l'accès à des systèmes d'aide sociale qui lui permettent de régler les problèmes de santé lorsqu'ils surviennent. Par exemple, suite à l'inégalité d'accès à l'éducation, les femmes ont des possibilités

économiques et sociales réduites, donc un accès limité à un revenu dans de nombreux pays de la Région et donc un taux d'activité économique plus faible que celui des hommes. En outre, les restrictions sur les déplacements physiques des femmes et des filles ainsi que sur la prise de décision et l'autonomie des femmes empêchent ces dernières d'accéder et d'avoir recours efficacement aux services de soins de santé.

Les normes qui régissent les relations entre les sexes façonnent les institutions, y compris le secteur de la santé. À leur tour, ces normes ont une influence sur l'exposition des femmes et des hommes aux risques pour la santé, l'accès aux informations et services de santé, les résultats sanitaires, la réponse apportée par les systèmes de soins de santé ainsi que sur les conséquences sociales et économiques de la maladie et de la mauvaise santé. Afin de remédier aux inégalités entre les sexes qui empêchent l'accès à la santé spécifique aux femmes, il est important que les systèmes de santé fassent en sorte de rendre accessibles aux femmes des services des soins de qualité et d'inclure les femmes dans les processus de planification de la santé. Il est également important d'envisager d'autres mécanismes de financement des soins (c'est-à-dire passer des mécanismes de paiements directs aux mécanismes de mutualisation du risque) pour les femmes et d'autres groupes vulnérables.

Le soutien de l'OMS aux États Membres pour intégrer dans le renforcement et le développement des systèmes de santé les actions permettant de répondre aux besoins différents des femmes et des hommes est indispensable. Il est difficile de régler les questions intersectorielles dans les systèmes de santé, et les secteurs doivent renforcer leur collaboration pour agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé. Les politiques de santé peuvent avoir une influence positive sur l'inégalité entre les sexes en soulignant l'importance de l'équité et en veillant à ce que l'on tienne compte des besoins différents des femmes et des hommes ainsi que des garçons et des filles. Les politiques de l'OMS sur la santé de la femme accordent une priorité à plusieurs domaines, notamment la nécessité d'établir des données sanitaires ventilées par sexe et d'utiliser ces données pour servir de base à la prestation de soins et l'améliorer afin de répondre aux besoins spécifiques des hommes et des femmes. En outre, il est indispensable de former le personnel de santé sur la prise en charge des problèmes de santé des femmes tout au long de leur vie afin de remédier aux lacunes dans ce domaine.

Cette publication met en évidence la situation en matière d'égalité des sexes dans les domaines de l'alphabétisation, l'éducation et l'emploi pour les femmes dans la Région et décrit comment ces opportunités sociales ont une incidence sur les résultats sanitaires. En outre, les différences entre les sexes qui ont une influence sur l'accès et le recours aux soins de santé y sont examinées, y compris les variables de déplacements et d'autonomie. La situation des femmes dans le mariage y est également abordée, en particulier la question du mariage précoce et de son impact sur les résultats sanitaires pour les femmes.

Les différences entre les sexes ont une influence sur les résultats sanitaires dans une population par rapport à l'état de santé réel, la perception de l'état de santé, au comportement de recours aux soins et dans les attitudes et les réactions des prestataires



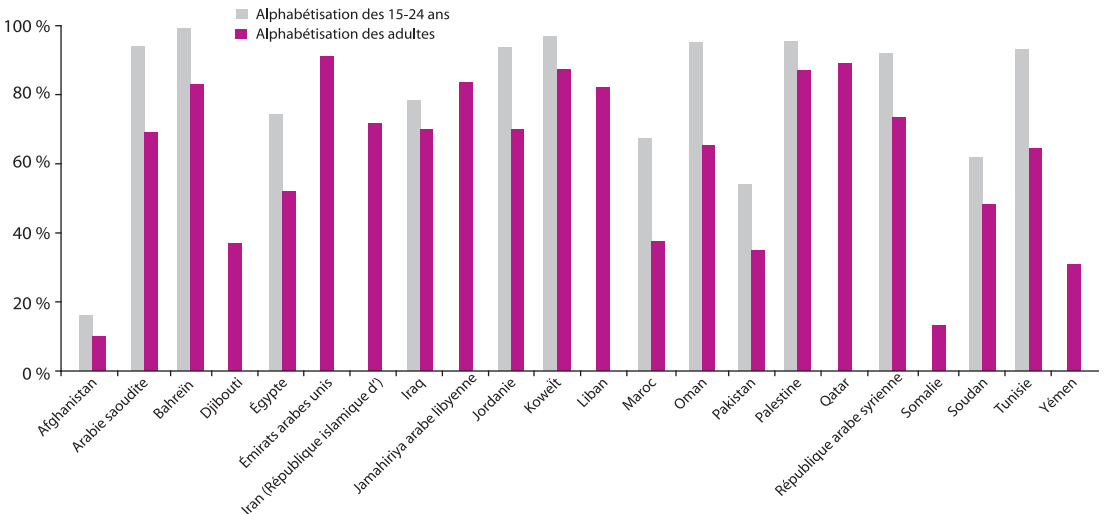


des soins et de la société. Les femmes étant les principaux aidants dans les familles de la Région, les inégalités entre les sexes peuvent également avoir des conséquences sur la santé générale des enfants, de la famille et de la communauté [1]. Il est important que les politiques et programmes de santé reconnaissent l'influence des différences entre les sexes sur la santé et fassent en sorte que l'on tienne compte tout au long de la vie des besoins différents et spécifiques des hommes et des femmes.

2. Différences entre les sexes et leur influence sur la santé

2.1 Alphabétisation et éducation

L'accès à l'éducation est un élément primordial dans la santé et le développement. La Conférence internationale des Nations Unies sur la population et le développement (1994) a désigné l'éducation des femmes et des filles comme le facteur le plus important pour améliorer la santé d'une nation [2]. Il a été démontré que la différence entre hommes et femmes en matière d'éducation avait une influence très négative sur les résultats sanitaires des femmes, et malgré les efforts considérables déployés au cours des dernières décennies dans la Région pour lutter contre ces disparités, le nombre de femmes illettrées ou exclues du processus d'enseignement reste élevé. La figure 1 montre le faible taux d'alphabétisation des femmes dans les pays de la Région, en particulier à Djibouti, en Égypte, en Iraq, au Maroc, au Pakistan, au Soudan et au Yémen.



Source : Institut de statistique de l'UNESCO 2006 [3]. Les données fournies pour Djibouti, les Émirats arabes unis, la Jamahiriyia arabe libyenne, le Liban, la Somalie et le Yémen concernent les femmes de plus de 15 ans [Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale. *Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean*, Le Caire, 2006].

Figure 1. Taux d'alphabétisation des femmes dans la Région de la Méditerranée orientale, 2000-2004

L'objectif d'assurer l'éducation primaire aux filles a presque été atteint dans de nombreux pays de la Région et de plus en plus de filles ont accès à l'enseignement secondaire et tertiaire. Toutefois, des pays comme Djibouti avec un rapport global éducation homme / femme de 62/100 et le Yémen avec un rapport de 66/100 ont encore beaucoup de retard quant à l'objectif d'une éducation universelle pour les femmes [4]. Malgré les progrès réalisés, le nombre de filles diplômées, en particulier de l'enseignement supérieur, reste nettement inférieur à celui des garçons dans de nombreux pays. Beaucoup de filles ne peuvent terminer leurs études en raison d'obstacles économiques. Les retours économiques escomptés de l'éducation d'une fille sont faibles car de nombreuses femmes quittent leur famille après le mariage. Les autres obstacles limitant l'accès des filles à l'enseignement sont les politiques nationales d'enseignement, une pénurie de femmes enseignantes, peu de perspectives d'emplois pour les filles, une servitude domestique et un mariage précoce [5]. En outre, de nombreuses filles ne reçoivent pas un enseignement de qualité nécessaire à l'entrée sur le marché du travail moderne et mondial et l'absence de mixité dans les écoles, courante dans la Région, peut également favoriser les stéréotypes sur le sexe [6, 7].

Le niveau d'instruction qu'une femme reçoit est un déterminant essentiel de son autonomie et sa situation futures car il détermine le point d'accès à l'emploi et le niveau de pouvoir économique qu'elle peut espérer posséder. Il constitue également une source importante de connaissances et d'informations et s'est avéré être un facteur prédictif de l'espérance de vie d'une femme [8].

Une étude menée en Égypte a démontré que les femmes instruites avaient plus d'autonomie en matière de procréation ; en effet, elle a révélé des taux d'utilisation de contraceptifs très différents entre les femmes ayant une formation universitaire (93 %) et les femmes illettrées (33 %) [9]. L'usage de contraceptifs a des implications importantes pour la santé génésique et maternelle dans la mesure où les grossesses non désirées peuvent entraîner un avortement à risque, et l'absence de contraception peut entraîner plusieurs grossesses pouvant avoir un effet préjudiciable sur la santé de la mère. L'usage de préservatifs a également pour objet de prévenir à la fois la grossesse et les infections sexuellement transmissibles (IST), y compris le VIH. Ce n'est pas une coïncidence si les taux de mortalité maternelle les plus bas de la Région se trouvent dans les pays où il y a une plus grande égalité des sexes en matière d'accès à l'éducation [6].

Un faible niveau d'instruction est également un facteur important pour déterminer si une femme a des enfants tôt, ce qui en terme de résultats sanitaires est néfaste à la santé de la mère et de l'enfant [6]. Les faibles niveaux d'instruction des femmes sont également très liés à la dépression et autres problèmes de santé mentale chez les femmes [10]. En outre, les femmes peu instruites sont plus fréquemment confrontées à la violence domestique avec des résultats sanitaires physiques et/ou psychologiques sérieux, comme l'ont révélé des études menées en Égypte et au Soudan [11, 12]. En revanche,





il a été démontré que les femmes ayant un certain niveau d'instruction ont plus de pouvoir pour exercer leurs droits légaux et faire des choix ayant une incidence sur leurs résultats sanitaires et génésiques [5].

L'éducation a également des implications en termes de comportement de recours aux soins, comme la consultation des services de dépistage du cancer ou des services de surveillance prénatale ou IST (infections sexuellement transmissibles). Le lien entre l'éducation des femmes et la santé infantile et familiale a été bien établi [13]. Il a été démontré qu'en cas d'illettrisme de la mère, le risque de forte prévalence de malnutrition sévère chez les enfants est plus important. Une étude menée au Pakistan a montré que la proportion d'enfants de faible poids ou présentant un retard de croissance était plus forte chez les mères qui n'avaient pas reçu d'enseignement primaire [14]. Le taux de mortalité infantile est plus faible chez les enfants dont les mères ont un niveau d'instruction plus élevé [1].

2.2 Emploi

Le type d'emploi qu'exerce un individu est souvent étroitement lié au niveau d'instruction et peut avoir une influence sur les résultats sanitaires. Un bon revenu est un facteur important dans l'accessibilité aux services de santé lorsque ceux-ci ne sont pas fournis gratuitement par l'État. Les femmes peu instruites sont souvent contraintes d'accepter un travail peu rémunéré. De ce fait, les bénéfices économiques obtenus sont moins nombreux pour les femmes et l'absence d'indépendance économique pour les femmes influe à la fois sur leur statut social et leur santé.

La proportion de femmes sur le marché du travail dans cette Région est plus faible que pour les autres régions, avec une moyenne de 28 %, bien que des variations importantes aient été notées entre les pays et que de plus en plus de femmes aient maintenant un emploi rémunéré [7]. En 2001 en Jordanie, les femmes représentaient 15 % de la population active, ce qui est deux fois plus que les chiffres précédents [15]. C'est au Liban, au Maroc et au Yémen que l'on trouve le plus de femmes dans les emplois rémunérés. Les taux les plus faibles se trouvent en Arabie saoudite et dans d'autres pays membres du Conseil de Coopération du Golfe (CCG), où les femmes ne représentent que 7 % de la population active [1]. Paradoxalement, bien que le nombre de femmes faisant des études universitaires dans certains pays soit supérieur à celui des hommes, les femmes dans ces pays ne bénéficient pas de l'égalité d'emploi. Si plus de femmes avaient un emploi rémunéré, les revenus moyens des ménages pourraient augmenter de 25 % et améliorer de façon significative la situation socio-économique de nombreuses familles [16].

Les faibles taux d'emploi des femmes peuvent s'expliquer par les modèles traditionnels de l'homme et de la femme qui existent dans la Région. Cela englobe notamment une conception centrale de la famille avec l'identification des femmes comme mères et épouses plutôt qu'individus en tant que tels, l'idée persistante de la responsabilité de

l'homme comme unique soutien de famille et les restrictions sur le comportement et les déplacements des femmes. L'emploi peut renforcer positivement le bien-être physique et mental d'une femme et améliorer l'estime de soi en créant un réseau social et en favorisant l'indépendance. Les femmes actives ont souvent un statut social mieux perçu suscitant plus de respect et d'autonomie, facteurs favorables à des résultats sanitaires positifs. Une étude menée en Égypte a démontré que les maris des femmes actives étaient plus enclins à aider pour les tâches ménagères et à s'occuper des enfants [9]. Inversement, il a été démontré que les femmes qui ne sont pas dans la vie active sont plus exposées au risque de violence familiale, que l'on peut attribuer à la perception de leur statut social plus bas [17].

Toutefois, les emplois n'ont pas tous une influence positive sur les résultats sanitaires des femmes ou des hommes. Si les emplois bien payés dans l'industrie peuvent effectivement augmenter l'espérance de vie, le travail agricole, principale forme de travail pour beaucoup d'hommes et de femmes en Égypte, République islamique d'Iran, République arabe syrienne et au Yémen, peut avoir un effet beaucoup plus négatif sur la santé [8]. Les femmes actives qui doivent également travailler à la maison peuvent être soumises à un stress supplémentaire et se sentir déchirées entre leurs deux rôles. Cela peut avoir une influence négative sur les résultats sanitaires, en particulier en l'absence de soutien social ou légal pour les femmes actives [17].

De même, la tutelle patriarcale et la dépendance vis-à-vis des hommes ne cessent pas systématiquement lorsque les femmes travaillent ou lorsque le contrôle de leurs finances est amélioré par l'emploi [15]. Dans toute la Région, les femmes effectuent un travail non rémunéré dans la maison ou dans l'agriculture de subsistance ou les entreprises familiales et n'entrent pas dans les statistiques sur l'emploi des femmes. De même, elles ne bénéficient pas d'assurance maladie ou d'allocations. En conclusion, l'emploi rémunéré ne donne pas nécessairement aux femmes plus d'accès à leurs revenus, ou de contrôle de ceux-ci, mais peut améliorer la situation économique de leur famille [18]. Le travail mieux payé peut avoir des effets positifs sur l'espérance de vie et les résultats sanitaires, mais souvent, l'accès à ces emplois est limité pour les femmes ayant un faible niveau d'instruction.

3. Accès aux soins et services de santé

L'accès et le recours aux services de santé sont déterminés par l'accès physique ou la disponibilité des services, l'accessibilité économique des services et l'accès social ou l'acceptabilité de ces services. Ainsi, la liberté de mouvement, le pouvoir financier et le statut social sont des déterminants importants pour accéder aux soins de santé.

3.1 Accès physique / disponibilité

L'absence de services de santé est un problème dans de nombreux pays de la Région, en particulier ceux qui sont en période de guerre et de conflit permanent, comme l'Afghanistan,





l'Iraq, la Palestine et le Soudan. Si dans certains pays comme le Qatar, les Émirats arabes unis ou la Jordanie, la proportion de médecins par habitant est supérieure à 200/100 000, ce chiffre est nettement inférieur au Yémen (22/100 000), en Afghanistan (19/100 000), au Soudan (16/100 000), à Djibouti (13/100 000) et en Somalie (4/100 000) [19]. En Afghanistan, les infrastructures sanitaires sont pratiquement inexistantes et l'absence de routes et de moyens de transport limitent encore l'accès aux soins médicaux pour la population principalement rurale [20]. Les autres régions déchirées par des conflits connaissent les mêmes problèmes. En cas de pénurie de services médicaux, les déplacements sur de longues distances pour atteindre des centres médicaux sont un obstacle à l'accès aux services de soins, en particulier pour les femmes dont les déplacements peuvent être limités ou qui n'ont pas les moyens financiers pour le transport ou le temps nécessaire au voyage [21]. C'est particulièrement vrai pour l'accès aux services de soins prénatals, lorsqu'il peut être nécessaire d'accéder rapidement aux services mais que ceux-ci ne sont pas disponibles localement. En Afghanistan, compte tenu du nombre de femmes se présentant tardivement avec des complications de la grossesse, comme une hémorragie ou un obstacle à l'accouchement, les interventions visaient principalement à sauver la mère car dans 50 % des cas, le fœtus était déjà mort avant que la mère n'atteigne le centre de soins [20].

Les accouchements non assistés par des personnes qualifiées constituent un problème important dans la Région et entraînent des résultats sanitaires négatifs pour les femmes et les nouveau-nés. À Bahreïn, en Jordanie, au Koweït et à Qatar, la majorité des accouchements sont assistés par des personnes qualifiées mais les chiffres baissent considérablement pour les pays suivants : Maroc (40 %), Somalie (34 %), Pakistan (23 %), Yémen (22 %) et Afghanistan (14 %) [19]. La mortalité périnatale est sans conteste considérablement réduite par la présence d'une personne qualifiée pendant l'accouchement, et pourtant, actuellement, plus de 50 000 femmes meurent chaque année dans la Région des suites de complications de la grossesse [22].

3.2 Accès économique

Comme nous l'avons déjà mentionné, les facteurs socioéconomiques jouent un rôle crucial dans l'accès aux services de soins de santé. Souvent les femmes dépendant financièrement de leur mari ne peuvent pas avoir accès aux services sans le consentement de ce dernier, et cela peut être particulièrement problématique si le recours à ces services est associé à un sentiment de honte, comme par exemple se rendre dans un centre de soins pour le traitement des infections sexuellement transmissibles. Le choix du prestataire de soins est également très influencé par des considérations financières. Au Maroc, on a observé que les femmes préfèrent généralement utiliser des médicaments traditionnels ou se rendre dans des établissements publics qui sont moins coûteux, tandis que les hommes choisissent souvent des consultations médicales privées plus onéreuses [23].

3.3 Accès socioculturel

En raison des normes socioculturelles, les femmes dans la Région ont plus tendance à ignorer pendant longtemps les symptômes de maladie grave sans demander d'avis médical. La santé des femmes est souvent négligée ou subordonnée à celle de la famille et cela peut se traduire par une aggravation des maladies suite aux longs délais pour avoir recours à un traitement [24]. Le manque d'information et de connaissances sanitaires des femmes ainsi que l'incapacité à identifier les symptômes des maladies exacerbent également le problème.

L'accès et le recours limités aux services de santé ont des implications pour la santé des femmes en terme de sous-identification des maladies, retard de traitement et non-respect du traitement. Une étude menée en Égypte a révélé que les cas de tuberculose étaient deux fois plus importants chez les hommes que chez les femmes, indiquant que l'accès limité des femmes aux services de soins de santé avait entraîné une sous-identification de la maladie chez les femmes. Les femmes ayant tendance à se présenter dans les centres de soins à un stade avancé de la maladie, elles ont souvent des symptômes plus graves ou moins de chances de survie, en particulier pour les affections comme le cancer pour lesquelles un traitement précoce est primordial [25]. Des études menées sur le trachome ont montré que les femmes avaient plus de complications car elles repoussent souvent le traitement pour ce problème [26].

Les restrictions sur les déplacements des femmes et l'insuffisance d'agents de santé féminins ont également une influence négative sur les résultats sanitaires des femmes. Inversement, les hommes peuvent également avoir des résultats sanitaires négatifs liés au fait que certains centres se concentrent principalement sur les consultations prénatales ou les soins de santé maternels et infantiles, ce qui peut constituer un obstacle à l'accès aux services pour les hommes. Toutefois, il faut noter que le déplacement accompagné, qui est socialement plus acceptable pour de nombreuses femmes, n'affecte pas nécessairement le comportement de recours aux soins. La supervision des hommes peut en fait se traduire par de meilleurs résultats sanitaires pour les femmes, comme l'a montré une étude menée sur les taux de réussite pour le traitement de la tuberculose au Yémen [27]. Les hommes se sentaient responsables de l'observance du traitement par leur femme et accompagnaient celle-ci lors des visites aux centres de soins pour le traitement de brève durée sous surveillance directe (DOTS). Cependant, il a été démontré que les hommes étaient moins efficaces pour leur propre traitement et avaient moins tendance à se rendre dans les centres de soins pour eux-mêmes.

3.4 Impact des services publics sur les résultats sanitaires

L'accès limité à l'eau potable ainsi qu'aux services d'assainissement et d'évacuation des eaux constitue un risque pour la santé des hommes et des femmes par rapport aux maladies





à transmission hydrique, comme la schistosomiase [28] et les maladies diarrhéiques. Si 84 % de la population dans les pays membres du CCG ont accès à de l'eau potable, c'est le cas pour seulement 69 % de la population au Yémen et au Soudan, 29 % en Somalie et 13 % en Afghanistan. Les variations entre les pays sont encore plus importantes en ce qui concerne un assainissement correct. Aux Émirats arabes unis, en Jamahiriya arabe libyenne, au Liban et au Qatar, presque 100 % de la population a accès à un assainissement correct, tandis qu'un tiers des pays de la Région sont incapables de fournir un assainissement correct à 50 % de la population. Seulement 35 % de la population a accès à un assainissement adapté en Somalie, 34 % au Soudan, 30 % au Yémen et 8 % en Afghanistan [19]. L'accès à l'eau potable, une évacuation des eaux et un assainissement adaptés sont des questions importantes dans la différence entre les sexes. La gestion de l'eau et les activités connexes comme la collecte, le stockage et l'élimination des eaux, ou les tâches consistant à laver, cuisiner, faire la lessive ou donner le bain aux enfants, incombent généralement aux femmes dans la Région, et le maintien d'une bonne santé repose un approvisionnement en eau saine [28]. L'élimination sans danger des eaux usées pose problème, ce qui peut avoir des implications sanitaires négatives pour les deux sexes.

4. Mariage

4.1 Mariage précoce

L'âge du mariage en tant que facteur démographique a une forte influence sur les résultats sanitaires des femmes et des enfants dans la Région. Le mariage précoce peut être favorisé par des valeurs culturelles ou traditions et il est contracté pour des raisons telles que le désir de protéger la vertu des jeunes femmes, les pressions sociales, la croyance selon laquelle la fécondité sera garantie par un mariage durant la puberté ou pour des raisons économiques. Une étude en République islamique d'Iran a révélé que les jeunes femmes sont soumises à une forte pression pour se marier et avoir des enfants [29]. Dans une étude menée en Arabie saoudite, 27 % des filles étaient mariées avant l'âge de 16 ans, et l'âge le plus bas enregistré pour le mariage était de 10 ans. Au Yémen, 17 % des filles étaient déclarées mariées entre 15 et 19 ans [30]. Un âge marital précoce est étroitement lié à un faible niveau d'instruction, car les filles qui n'ont pas accès à l'éducation ont plus tendance à se marier jeunes. Les filles mariées à l'adolescence manquent souvent de motivation pour poursuivre leurs études après le mariage, ou bien leurs responsabilités familiales et maternelles peuvent les empêcher de suivre un enseignement. Le mariage à l'adolescence, souvent associé à une grande différence d'âge, peut également contribuer à des taux plus élevés de violence familiale et sexuelle, en plus de taux de divorce plus élevés [30]. Une étude menée en République arabe syrienne a révélé que le mariage précoce était fortement lié, indirectement, à la détresse mentale et la morbidité [10].

Le mariage précoce peut également entraîner une grossesse à l'adolescence avec des taux plus élevés de complications et d'avortement, non seulement pour la première grossesse mais également pour les grossesses suivantes. La recherche a révélé que le risque d'avortement spontané était environ deux fois plus important et le risque de perdre un fœtus ou un nouveau-né environ quatre fois plus important avec les mariages précoces à l'adolescence [30]. Étant donné que les adolescentes sont biologiquement et psychologiquement immatures, elles entrent dans une catégorie à haut risque lorsqu'elles sont enceintes. Le fait d'accoucher jeune est un important déterminant de grossesses fréquentes et de problèmes de santé tout au long de la période de fécondité d'une femme et représente également une responsabilité excessive pour une jeune femme. Une grossesse à l'adolescence peut avoir de graves conséquences sanitaires pour les nouveau-nés en termes de faible poids de naissance et de mortalité plus élevée [31].

4.2 Pouvoir de décision des femmes dans la famille

La liberté de décision est un aspect important de l'autonomie, l'autonomisation et la liberté personnelle d'un individu. Elle comprend la capacité à prendre des décisions et à agir en conséquence afin de réaliser des souhaits, désirs ou objectifs personnels. Dans la Région, le pouvoir de décision des femmes peut être limité et les hommes de la famille ont souvent le premier mot à dire dans les questions liées aux finances, à la liberté de mouvement, l'éducation des enfants, le comportement de recours aux soins et l'utilisation des méthodes de planification familiale [32]. Dans de nombreux pays, les décisions concernant les femmes sont souvent prises par le mari ou par toute la famille [33], même s'il a été démontré que le pouvoir de décision des femmes dans la famille était souvent renforcé par l'emploi [15] et lié à l'éducation. Ces deux déterminants du pouvoir de décision peuvent également agir comme des indicateurs pour d'autres aspects de l'indépendance, par exemple, la liberté de choisir un mari [24].

À Oman, il a été démontré que les femmes ayant plus de pouvoir de décision avaient tendance par exemple à avoir leur premier enfant à un âge plus avancé et à laisser un intervalle plus long entre les naissances [2]. La possibilité de discuter et de tomber d'accord sur la planification familiale entre un mari et sa femme est un résultat important du pouvoir de décision de la femme dans le mariage. La prise de décision et l'autonomie dans la famille, et dans la communauté, ainsi que la disponibilité de services de santé de qualité, ont une influence sur la morbidité maternelle (et la mortalité), l'épuisement physique et mental des femmes multipares, les complications liées à l'accouchement, les avortements risqués, les nouveau-nés à faible poids de naissance et la malnutrition. Il a également été montré que la participation des femmes au processus décisionnel familial avait un impact important sur la santé infantile se traduisant par des taux de mortalité plus faibles chez les enfants de moins de 5 ans et des taux de vaccination supérieurs [32].





4.3 Liberté de mouvement et interaction sociale

La liberté de mouvement et le pouvoir de décision sont des éléments importants de l'autonomie d'une personne. Les traditions et les normes socioculturelles peuvent encourager la solitude des femmes ou entraîner la limitation des déplacements. Les restrictions sur les déplacements des femmes s'expliquent par la tradition de la tutelle masculine ou la perception masculine de la nécessité de protéger les femmes. Une étude menée au Pendjab (Pakistan) a révélé que seulement 35 % des femmes étaient autorisées à se rendre au marché dans leur village non escortées, 28 % étaient autorisées à se rendre dans des centres de soins non escortées et seulement 12 % étaient autorisées à se rendre dans les villages voisins non escortées. Sur un indice de mobilité avec une valeur maximum de 5, on attribue aux femmes du Pendjab une valeur de 1,4 [33].

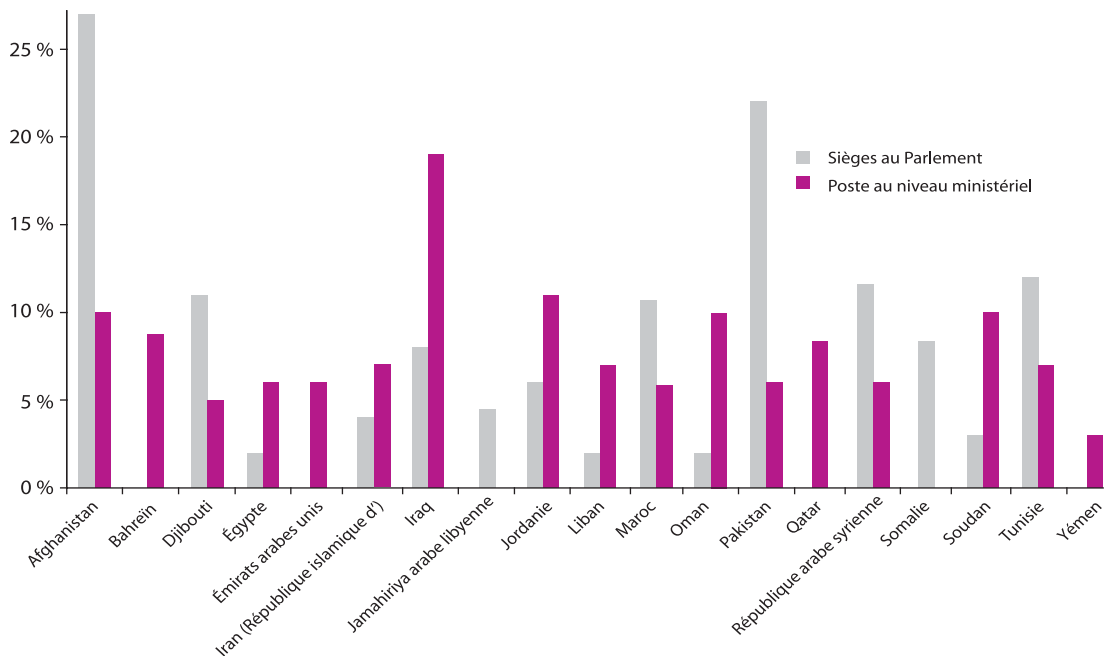
Les restrictions physiques à la liberté de mouvement des femmes ont des conséquences pour le développement psychosocial, en particulier en ce qui concerne les relations interpersonnelles et la communication. Une étude menée en Jordanie a révélé que les jeunes filles apprennent à craindre d'être seules dans certains endroits, on leur apprend à se sentir vulnérable et à compter sur la protection masculine et on décourage la communication avec l'ensemble de la société. Dans certains cas, si une femme désobéit à son époux ou à la famille, cela peut entraîner la perte du soutien familial, un divorce ou la perte de la garde des enfants [16].

5. Les femmes dans la vie publique

La représentation politique des femmes dans la Région est très faible ; en fait, le pourcentage de femmes ayant un siège parlementaire et un poste au niveau ministériel est le plus bas au monde (voir Figure 2). En Arabie saoudite, les femmes sont totalement exclues du processus politique, et bien que 27 femmes se soient présentées à l'élection tenue au Koweït en 2006, aucune n'a remporté de siège parlementaire. La participation des femmes au processus politique est supérieure en Afghanistan et en Iraq, où les gouvernements récemment élus ont introduit des quotas de parité homme-femme [34].

L'éducation est une condition préalable importante pour renforcer l'engagement politique et elle agit comme un véhicule pour soulever les consciences sociale et politique. Elle permet également aux femmes de mieux connaître les processus légaux et leurs droits et elle est importante pour développer les efforts de sensibilisation [5, 6].

La non-représentation des femmes dans la vie publique et leur pouvoir de décision limité au niveau social ont un impact important sur la façon dont sont menées les discussions sur les différences entre les sexes et sur les implications légales et politiques. Une plus grande participation des femmes dans le processus politique pourrait contribuer au développement et à l'amélioration des structures qui font avancer la santé, soit directement par des décisions



Source : Genderstats de la Banque mondiale [35].

Figure 2. Pourcentage de femmes ayant un siège parlementaire et un poste au niveau ministériel dans la Région, 2004

liées à la santé, soit indirectement par des décisions législatives et politiques qui peuvent avoir un impact secondaire sur la santé en terme de politiques sur la législation du travail, l'éducation ou la protection des droits de l'homme.

6. Implications pour la recherche et l'élaboration de politiques

Bien qu'une perspective hommes / femmes ait été intégrée dans les sciences sociales et la recherche en santé, l'interrelation et la dynamique des aspects démographiques, économiques, sociaux et culturels des différences entre les sexes en matière de santé ne sont pas assez étudiées. Malgré l'existence de quelques données sur les indicateurs de santé différenciés par sexe, les statistiques épidémiologiques quantitatives ne révèlent pas une bonne connaissance de l'état de santé relatif et complexe des hommes et des femmes dans la Région. C'est pourquoi une recherche plus qualitative s'impose pour analyser les résultats sanitaires et les facteurs qui les influencent. Les différences entre les sexes et leurs implications pour la santé constituent un domaine négligé qui n'est pas suffisamment exprimé dans la plupart des enquêtes sanitaires. La recherche sur les questions des différences entre les sexes en santé doit être entreprise à un plus haut





niveau interdisciplinaire car des cadres intégrés sont nécessaires pour faire en sorte que les contextes politiques, sociaux, culturels et juridiques spécifiques liés à ces questions soient synthétisés et intégrés dans la santé.

7. Conclusions

Un solide engagement des gouvernements est nécessaire pour remédier aux inégalités en matière de santé fondées sur le sexe dans les sociétés profondément traditionnelles et patriarcales. Il faut en priorité investir dans l'éducation des femmes en tant que principal déterminant des résultats sanitaires des femmes et les politiques doivent refléter la situation particulière du pays. Une plus grande participation des femmes à la vie publique est un élément essentiel pour modifier les paradigmes et améliorer les résultats sanitaires des femmes dans la Région. Il est possible d'encourager une plus grande participation politique des femmes notamment par l'utilisation de quotas de parité, une décentralisation de l'autorité et une formation ou sensibilisation par les médias, en particulier la télévision. Le recours aux médias comme moyen indépendant pour éduquer le public et diffuser des informations doit être davantage exploité.

Il faut encourager une plus grande autonomie des femmes et l'intégrer dans les systèmes sociaux. Il faut également trouver des stratégies plus globales, spécifiques, qui impliquent de renforcer la conscience des différences entre les sexes chez les femmes et dans la société dans son ensemble. Il est essentiel que les femmes puissent accéder aux ressources et services communautaires et il faut renforcer le soutien pour remettre en cause les normes traditionnelles d'inégalité entre les sexes. Il est également indispensable d'autonomiser les femmes et de leur faciliter l'acquisition des aptitudes utiles dans la vie, de renforcer leur accès aux ressources et leur contrôle sur celles-ci et d'apporter un soutien pour parvenir à la concrétisation des droits des femmes [32].

Le programme des initiatives communautaires (CBI) mis en place par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale est un exemple de bonne pratique pour renforcer l'implication des femmes dans la société. Ces initiatives ont une influence positive sur la santé des femmes mais également de leur famille, et par extension, de la communauté. Les initiatives communautaires suivent une approche intégrée pour le développement socioéconomique et ont pour objectif la santé pour tous en améliorant la qualité de vie des individus et en réduisant la pauvreté par la participation active de tous les membres d'une communauté, y compris les femmes et d'autres groupes marginalisés, à la prise de décisions et à l'établissement des priorités sanitaires au niveau local.

Les objectifs du Millénaire pour le développement fournissent des lignes directrices utiles pour la mise en place de plans de développement nationaux et le suivi des progrès. La cible du troisième objectif du Millénaire pour le développement définit des indicateurs liés à l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, qui comprennent la proportion de filles

par rapport aux garçons à tous les niveaux d'enseignement, la proportion d'adolescentes lettrées par rapport aux adolescents lettrés, le pourcentage de femmes ayant un emploi rémunéré dans les secteurs non agricole et la proportion de sièges parlementaires nationaux occupés par des femmes. La réalisation de cet objectif contribuera considérablement à améliorer les résultats sanitaires pour tous les individus, mais en particulier les femmes.

Pour que les femmes et les hommes bénéficient sur un pied d'égalité de conditions leur garantissant le meilleur état de santé possible et l'équité en santé, le secteur de la santé doit tenir compte des différences biologiques et sociales entre les sexes. À cause de ces différences, hommes et femmes ne sont pas exposés aux mêmes risques sanitaires, ne se voient pas offrir les mêmes prestations par le système de santé, n'ont pas les mêmes comportements de recours aux soins et ne connaissent pas les mêmes issues sanitaires. Les politiques et programmes de santé doivent intégrer les contextes sociaux spécifiques des femmes et des hommes ainsi que des garçons et des filles afin d'arriver à une santé optimale pour tous.

8. Références

1. Ouakrim M, Badr A. Aperçu général sur l'état de santé des femmes et ses déterminants dans la Région de la Méditerranée orientale (Résumé). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 1996, 2(3):545–557.
2. Al Riyami A, Afifi M, Mabry RM. Women's autonomy, education and employment in Oman and their influence on contraceptive use. *Reproductive Health Matters*, 2004, 12(23):144–154.3.
3. UNESCO Institute for Statistics. Literacy rates and illiterate population by country and by gender (http://www.uis.unesco.org/TEMPLATE/html/Exceltables/education/Literacy_National_CurrentRel.xls, accessed 15 February, 2007).
4. UNFPA Millennium Development Goals Indicators (<http://millenniumindicators.un.org/unsd/mdg/SeriesDetail.aspx?srid=589&crid=>, accessed 15 February, 2007).
5. Moghadam V. *Educating women for a globalizing economy*. In: Women, work and economic reform in the Middle East and North Africa. Boulder, CO, USA, Lynne Rienner Publishers, 1998:27–47.
6. Roudi-Fahimi F, Moghadam V. *Empowering women, developing society: Female education in the Middle East and North Africa*. MENA Policy Brief, Population Reference Bureau, Washington, USA, 2003.
7. World Bank. *The economic advancement of women in Jordan: A country gender assessment*. Social and Economic Development Group, Middle East and North Africa Region (MENA), 2005.





8. Williamson J, Boehmer U. Female life expectancy, gender stratification, health status, and level of economic development: A cross-national study of less developed countries. *Social Science and Medicine*, 1997, 45(2):305–317.
9. Abdel Rahman D, Maximos M, Ragheb S. Employment and education of women and their family planning practices. *Bulletin of the High Institute of Public Health*, 1997, 27(1):83–92.
10. Maziak W, et al. Socio-demographic correlates of psychiatric morbidity among low-income women in Aleppo, Syria. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:1419–1427.
11. Yount K. Resources, family organization, and domestic violence against married women in Minya, Egypt. *Journal of Marriage and Family*, 2005, 67:579–596.
12. Ahmed AM, Elmardi AE. Étude de la violence familiale chez des femmes consultant dans un centre médical au Soudan (Résumé). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2005, 11(1/2):164–174.
13. Egmont van K, et al. Reproductive Health in Afghanistan: Results of a knowledge, attitudes and practice survey among Afghan women in Kabul. *Disasters*, 2004, 28(3):269–282.
14. Ali S, Karim N, Billoo A, Haider S. Association of literacy of mothers with mothers among children under three years of age in rural area of district Malir, Karachi. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 2005, 55(12):550–553.
15. World Bank. *Gender and development in the Middle East and North Africa: Women and the public sphere*. MENA Development Report, Washington DC, 2004.
16. Kwar M. Jordanian women's voices on impact of work. *Al-Raida*, 2004, 22–23(106–107):50–55.
17. Ahmad-Nia S. Women's work and health in Iran: a comparison of working and nonworking mothers. *Social Science and Medicine*, 2002, 54:753–765.
18. Kishor S. *Autonomy and Egyptian women: Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey*. Calverton, MD, USA: Macro International, Demographic and Health Surveys (Occasional Papers 2), 1995.
19. UNDP, Human Development Report 2006 (<http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/indicators/58.html>, accessed 15 February 2007).
20. Reilly B, Puertas G, Coutin A. The battle for access—Health care in Afghanistan. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(19):2231–2233.
21. Shaikh B, Hatcher J. Health seeking behaviour and health service utilization in Pakistan: challenging the policy makers. *Journal of Public Health*, 2004, 27(1):49–54.

22. Mahaini R, Mahmoud H. Reducing maternal mortality in the Eastern Mediterranean Region [Réduire la mortalité maternelle dans la Région de la Méditerranée orientale]. *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2005, 11(4):539–544.
23. Manhart L, et al. Sexually transmitted diseases in Morocco: gender influences on prevention and health care seeking behaviour. *Social Science and Medicine*, 2000, 50:1369–1383.
24. Abou Shabana K, et al. Conceptions et pratiques des femmes concernant leurs droits à la santé génésique (Résumé). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2003, 9(3):296–308.
25. Aziz Z, Sana S, Akram M, Saeed A. Socioeconomic status and breast cancer survival in Pakistani women. *Journal Pakistan Medical Association*, 2004, 54:448–452.
26. Courtright P, West S. Contribution of sex-linked biology and gender roles to disparities with trachoma. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(11):2012–2016.
27. Date J, Okita K. Gender and literacy: factors related to diagnostic delay and unsuccessful treatment of tuberculosis in the mountainous area of Yemen. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2005, 9(6):680–685.
28. Watts S. Women, water management and health. *Emerging Infectious Diseases*, 2004, 10(11):2025–2026.
29. DeJong J, et al. The sexual and reproductive health of young people in the Arab countries and Iran. *Reproductive Health Matters*, 2005, 13(25):49–59.
30. Rashad H, Osman M, Roudi-Fahimi F. *Marriage in the Arab World*. Washington, DC: Population Reference Bureau, 2005.
31. Shawky S, Milaat W. Mariage précoce à l'adolescence et l'issue de la grossesse ultérieurement (Résumé). *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, 2000, 6(1):46–54.
32. Kishor S. *Empowerment of women in Egypt and links to the survival and health of their infants*. In: Presser H, Sen G. (eds.): *Women's empowerment and demographic processes. Moving beyond Cairo*. New York, Oxford University Press, 2000:119–156.
33. Jejeebhoy S, Sathar Z. Women's autonomy in India and Pakistan: The influence of religion and region. *Population and Development Review*, 2001, 27(4):687–712.
34. Dahlerup D, Nordlund A. Gender quotas: a key to equality? A case study of Iraq and Afghanistan. *European Political Science*, 2004, 3(3):91–98.
35. Worldbank GenderStats database of Gender Statistics, Political Participation (<http://genderstats.worldbank.org/genderRpt.asp?rpt=participation&cty>, accessed 15, February 2007).

