



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Europe

COMITÉ RÉGIONAL DE L'EUROPE, SOIXANTE-SIXIÈME SESSION

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS



© Kuzma/Thinkstock



Document de travail



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Europe

Comité régional de l'Europe

Soixante-sixième session

Copenhague (Danemark), 12-15 septembre 2016

Point 5 h) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC66/14

+ EUR/RC66/Conf.Doc./10

1^{er} août 2016

160519

ORIGINAL : ANGLAIS

Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS

Le projet de stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS se fonde sur une analyse des bases factuelles disponibles à ce sujet, des recommandations émises par le Vingt-troisième Comité permanent du Comité régional de l'OMS pour Europe, et des observations et commentaires formulés par les experts techniques. Il tient compte également des résultats d'une consultation en ligne avec les États membres et de consultations de vive voix dans les pays, ainsi que des observations des réseaux Régions-santé et Villes-santé de l'OMS.

Sommaire

	page
Introduction	3
Les éléments de preuve disponibles	4
Vision	7
Mission	7
Principes directeurs.....	7
Les priorités et les principaux domaines d'intervention.....	9
Renforcer la gouvernance pour la santé et le bien-être de la femme afin que celle-ci occupe une position centrale	10
Éliminer les valeurs, normes et pratiques discriminatoires influant sur la santé et le bien-être des filles et des femmes.....	11
Maîtriser les effets du genre et des déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux sur la santé et le bien-être de la femme.....	12
Améliorer l'intervention des systèmes de santé en faveur de la santé et du bien-être de la femme.....	14
Calendrier, mise en œuvre et soutien du Bureau régional.....	16
Suivi et responsabilisation.....	17
Références	17

Introduction

1. Si les femmes de la Région européenne de l'OMS jouissent généralement d'une meilleure santé et d'un meilleur bien-être qu'ailleurs dans le monde, ce constat ne se vérifie pas nécessairement pour l'ensemble de la population féminine. Les inégalités de santé observées chez les femmes, tant au sein d'un même pays qu'entre les pays de la Région européenne, sont encore importantes et injustifiables. C'est ce qui ressort du rapport intitulé *Beyond the mortality advantage (1)* [Au-delà des avantages en matière de mortalité], examiné à l'occasion de la séance d'information technique sur la santé de la femme organisée lors de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe en septembre 2015.

2. La Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS s'inspire des valeurs du cadre politique européen pour la santé et le bien-être, Santé 2020 (2), qui reconnaît le rôle du genre comme déterminant de la santé, conjointement avec les déterminants sociaux et environnementaux, et considère l'intégration d'une démarche antisexiste en tant que mécanisme permettant de garantir l'équité de genre. On entend par genre les comportements, les attributs et les rôles socialement construits qu'une société donnée considère comme appropriés pour les femmes et pour les hommes. Adopter une approche sexospécifique, c'est reconnaître la nécessité de mieux comprendre les déterminants de la santé de l'homme et de la femme afin que les politiques et les stratégies tiennent davantage compte des besoins des populations masculine et féminine tout au long de la vie. Une analyse des déterminants de la santé de l'homme sera par conséquent menée à l'avenir. Cette stratégie met l'accent sur les déterminants de la santé des femmes, sans nécessairement les comparer aux hommes.

3. La stratégie définit des domaines d'action prioritaires conformément à Santé 2020, et délivre des conseils afin d'optimiser l'investissement dans la santé des filles et des femmes, notamment en affinant les politiques et stratégies nationales existantes afin qu'elles soient plus compatibles avec les bases factuelles existantes et plus réactives à la santé et au bien-être de la femme tout au long de la vie. Les ministères de la santé devront prendre les mesures qui s'imposent, seuls et en collaboration avec d'autres secteurs (condition féminine, protection sociale, affaires sociales, éducation, travail et emploi). La stratégie préconise également l'adoption d'une approche pansociétale qui reconnaît les contributions extraordinaires des femmes aux niveaux social, familial et professionnel, et les autonomise en renforçant leur participation à la prise de décisions importantes pour leur santé et leur bien-être tout au long de la vie.

4. Les États membres ont souscrit aux efforts déployés à l'échelle mondiale pour améliorer la santé de la femme, par l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et des objectifs de développement durable (ODD) qui l'accompagnent, notamment les ODD 3, 5 et 10 sur la santé et le bien-être, l'égalité des sexes et la réduction des inégalités, respectivement. La Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) (3) vient renforcer ces initiatives, ainsi d'ailleurs que le plan (4) permettant de faire avancer la stratégie et approuvé par les États membres lors de la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé en mai 2016.

5. Elle renforcera ces efforts aux niveaux régional et national en recensant les principaux domaines d'intervention qui permettent de réduire les inégalités en matière de santé féminine à toutes les étapes de la vie. Pour les grandes priorités en matière de

santé sexuelle et reproductive des femmes, dont la planification familiale, l'éducation sexuelle, les droits sexuels et reproductifs, ainsi que la prévention et la lutte contre le cancer du col de l'utérus, la présente stratégie renvoie au Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – ne laisser personne de côté (EUR/RC66/13).

Les éléments de preuve disponibles

6. Les femmes et les hommes disposent du même droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Cependant, et malgré les importants progrès accomplis, aucun pays de la Région européenne de l'OMS ne peut garantir l'égalité des chances entre hommes et femmes en termes d'accès aux ressources (5). Les inégalités entre les sexes et celles observées au niveau des déterminants sociaux et économiques de la santé sont au cœur des inégalités de santé dont sont victimes les femmes et les filles de la Région. Il importe particulièrement de mener les interventions qui s'imposent en vue d'atteindre l'objectif stratégique de Santé 2020 visant la diminution des inégalités de santé.

7. Depuis l'adoption au milieu des années 1990 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et du Programme d'action de Beijing, les gouvernements ont pris des mesures afin d'honorer leurs engagements (6). Malgré les avancées dans ce domaine, et comme l'a souligné la Commission de la condition de la femme des Nations Unies lors de l'anniversaire de la conférence de Beijing en 2015 (7), beaucoup reste à faire. Le plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive traite de cette problématique, et considère l'ensemble des besoins des femmes et des hommes dans ce domaine sous l'angle de leurs droits.

8. De 2000 à 2012, l'espérance de vie des femmes s'est améliorée dans tous les pays de la Région européenne, à une exception près, et est restée plus élevée que celle des hommes dans l'ensemble des 53 États membres. On parle dans ce cas d'« avantage des femmes en matière de mortalité », bien que le nombre inférieur d'années vécues sans invalidité ou restrictions d'activité vienne neutraliser cet avantage. Les femmes se considèrent comme en moins bonne santé que les hommes, se plaignent plus souvent d'être malades et renoncent fréquemment aux soins pour des raisons financières. Les femmes des régions rurales ou appartenant à des groupes minoritaires, ainsi que les migrantes, les réfugiées ou les demandeuses d'asile, ou les femmes placées en milieu carcéral, ne bénéficient pas de l'égalité d'accès aux services de santé (6).

9. Il a été procédé à l'analyse des données relatives à la mortalité, à la charge de morbidité et au bien-être des femmes de la Région européenne aux différents stades de l'existence (1). Si les troubles physiques prédominent en début de vie, les adolescentes atteignant l'âge adulte souffrent de troubles dépressifs et anxieux. Les lombalgies, les cardiopathies ischémiques et les cancers sont en revanche plus fréquents à un âge avancé (1). Les conclusions de l'enquête sur le comportement de santé des enfants d'âge scolaire 2013-2014 (8) mettent en évidence un déclin marqué du bien-être subjectif chez les adolescentes.

10. Les données ont été analysées afin de déterminer l'impact des inégalités entre les sexes et des principaux déterminants sociaux de la santé (revenu, accès aux ressources financières, accès à l'éducation, emploi, conditions de travail, protection sociale,

environnement, etc.) aux principaux stades de l'existence, et de prioriser les interventions visant à améliorer la santé des filles et des femmes tout au long de la vie.

11. Malgré les importants progrès en matière d'éducation et de participation, par exemple, les inégalités entre les sexes en matière d'emploi, de qualité du travail et de ségrégation professionnelle continuent d'exercer une influence négative. L'analyse comporte son lot de défis. En effet, malgré la multiplication des efforts en vue d'améliorer la collecte de données ventilées par âge et par sexe, la compilation et l'analyse de ces données avec d'autres variables, comme le revenu, le lieu de résidence et l'éducation, font encore défaut (1).

12. Les stéréotypes liés au genre¹ ont des conséquences sur la santé des femmes en termes de confiance en soi et de bien-être. En particulier, les inquiétudes sur l'apparence physique peuvent amener les filles et les jeunes femmes à développer des troubles alimentaires et d'autres maladies mentales, comme la dépression et l'anxiété. En outre, les stéréotypes et le sexisme ouvrent la voie à certaines formes d'oppression, comme le harcèlement sexuel et la violence à l'encontre des femmes (10). Les stéréotypes liés au genre influent également sur les interventions des systèmes de santé, comme le sous-diagnostic et le sur-diagnostic de certaines affections (11).

13. La persistance des cas de violence à l'encontre des femmes dans tous les pays et groupes de population met en lumière le besoin de continuer à combattre ce problème de santé publique. Les estimations de l'OMS indiquent que dans la Région européenne, une femme sur quatre a été exposée à des actes de violence commis par un partenaire intime au cours de son existence. Les filles et les femmes doivent être protégées de la violence sexiste, notamment des actes de violence commis par un partenaire intime, de la violence sexuelle, de la mutilation génitale féminine, des mariages précoces, de l'exploitation, des sévices ainsi que de la stérilisation involontaire ou non désirée. Des études récentes montrent que les médias sociaux ont un grave impact sur la santé des jeunes femmes en raison, entre autres, du harcèlement en ligne (1). Les prestataires de soins de santé sont souvent mal préparés pour comprendre et combattre les causes et les manifestations de pratiques telles que la sélection discriminatoire du sexe et les mutilations génitales féminines. Il est dès lors essentiel de développer leurs connaissances, compétences et aptitudes afin de détecter et de prévenir ces pratiques sans discriminer ou stigmatiser davantage les femmes.

14. L'exposition accrue des femmes aux facteurs de risque des maladies non transmissibles augmente leur risque de morbidité et d'invalidités à un âge précoce. Plus de 50 % de la population féminine de la Région européenne est en surpoids, et la prévalence de l'obésité chez les femmes à faible niveau d'instruction est plus importante que chez les hommes. En outre, les adolescentes pratiquent moins d'activité physique et, dans nombreux pays, sont en phase de rattraper leurs congénères masculins en termes de consommation de tabac et d'alcool, un comportement d'ailleurs encouragé par l'industrie du tabac et de l'alcool à l'aide de pratiques de marketing ciblant spécifiquement les jeunes (1).

¹ On entend par stéréotype lié au genre la pratique consistant à conférer, aux femmes et aux hommes, des attributs, des caractéristiques ou des rôles en raison uniquement de leur appartenance au groupe social féminin ou masculin (9).

15. Les risques auxquels sont exposées les femmes en matière de maladies non transmissibles peuvent augmenter en raison des partialités des systèmes de santé : bien que les maladies cardiovasculaires soient la principale cause de mortalité chez la population féminine de la Région, elles sont encore perçues comme un problème de santé typiquement masculin. Ce risque est souvent sous-estimé chez les femmes car il est généralement admis que des mécanismes physiologiques les protègent de ces maladies. Si les femmes sont moins vulnérables durant leurs années de fertilité, la protection s'estompe après la ménopause, avec l'augmentation du risque. L'évaluation et la gestion du risque de maladies cardiovasculaires chez les femmes ne tiennent souvent pas compte de facteurs particulièrement importants, comme le diabète, l'obésité, la sédentarité et le tabagisme.

16. Les troubles dépressifs majeurs sont la principale cause de morbidité chez les adolescentes et les femmes de la Région, et la démence et la maladie d'Alzheimer sont principalement à l'origine de problèmes de santé chez les femmes âgées des pays d'Europe occidentale (1). Les inégalités socioéconomiques exercent une influence énorme sur la santé mentale des femmes, en tant que patientes et prestataires informelles de soins. Le manque de traitement auquel sont confrontées les jeunes femmes souffrant de troubles dépressifs et anxieux après avoir atteint la maturité nécessite une attention particulière étant donné la forte prévalence de ces affections.

17. Combinées à la division du travail entre les sexes, les différences entre hommes et femmes en matière de sensibilité aux substances toxiques peuvent accroître l'exposition et la vulnérabilité des filles et des femmes aux produits chimiques et à la pollution. En raison de la fréquente division du travail au sein des ménages et de l'absence d'eau courante à l'intérieur des habitations dans certaines régions d'Europe, notamment dans les zones rurales, les femmes et les jeunes filles passent une bonne partie de leur temps à se procurer de l'eau potable, une situation qui peut se traduire par des occasions manquées d'apprentissage pour les filles. Étant donné le manque d'accès à l'eau salubre, ainsi qu'à un assainissement et à des conditions d'hygiène adéquates dans les établissements de soins de santé, les femmes peuvent tarder à consulter ces services, quand elles ne sont pas découragées de s'y rendre (12).

18. Là où les populations utilisent des combustibles solides (bois, charbon de bois, charbon, déjections animales et déchets végétaux) pour le chauffage domestique ou la cuisson (feu ouvert ou fourneaux traditionnels), les femmes et les jeunes enfants qui passent une bonne partie de leur temps à l'intérieur des habitations sont exposés de manière disproportionnée à des niveaux élevés de pollution de l'air domestique, imputable à tout un ensemble de substances néfastes pour la santé telles que les particules fines et le monoxyde de carbone (13). On estime en effet que 117 200 décès sont dus chaque année à ce type de pollution dans la Région européenne.

19. Malgré la participation accrue des femmes aux essais cliniques, elles sont particulièrement peu impliquées dans les études permettant de déterminer l'innocuité, la sécurité de la posologie et les effets secondaires. Les professionnels des soins de santé sont donc peu conscients de l'importance des différences sexospécifiques en termes de manifestation pathologique et de réaction au traitement dans le parcours de vie, ce qui peut causer des problèmes en matière de diagnostic et de traitement, tels que les retards dans le diagnostic des femmes lors des premiers stades des maladies coronariennes en raison du caractère apparemment atypique des symptômes. Les femmes sont également

1,5 fois plus susceptibles que les hommes de développer des réactions indésirables aux médicaments de prescription (1).

20. Les femmes sont non seulement surreprésentées en tant que prestataires de soins ou d'aïdantes dans les secteurs officiel et informel, mais également en tant que patientes chez les personnes âgées de 65 ans et plus dans les établissements de santé et à domicile. L'internationalisation des soins de longue durée se traduit par un développement du flux migratoire du personnel de santé, et en particulier des femmes. Dans de nombreux pays, les possibilités de prise en charge officielle des soins informels sont peu nombreuses, et peuvent être inaccessibles, d'un prix inabordable et/ou de mauvaise qualité. Cela exerce une pression sur les femmes de tous âges étant donné les fortes attentes en matière de soutien intergénérationnel (1).

21. Les liens existant entre la migration, les foyers où les femmes sont chefs de famille, la féminisation de la pauvreté dans les zones rurales et l'accès aux services de santé doivent faire l'objet d'une étude plus approfondie. Les besoins spécifiques des migrantes et des femmes abandonnées par leur partenaire migrant doivent être abordés en coordination avec la stratégie et le plan d'action sur la santé des réfugiés et des migrants dans la Région européenne de l'OMS (EUR/RC66/8), qui est également soumis à l'examen du Comité régional en sa soixante-sixième session de septembre 2016.

Vision

22. La stratégie pour la santé et le bien-être de la femme s'inspire de la vision d'une Région européenne où l'ensemble des filles et des femmes sont habilitées à réaliser leur plein potentiel de santé et à atteindre un état de bien-être optimal, et bénéficient d'un appui à cette fin, où leurs droits humains sont respectés et protégés, et où les pays, individuellement ou conjointement, œuvrent à la réduction des inégalités socioéconomiques et de genre en matière de santé dans la Région et au-delà.

Mission

23. La stratégie entend inciter les pouvoirs publics et les intervenants à collaborer à l'amélioration de la santé et du bien-être des femmes et des filles au-delà de la santé maternelle et infantile, en veillant à ce que les politiques et les systèmes de santé tiennent compte des différences entre les sexes et s'inspirent d'une démarche « parcours de vie ».

Principes directeurs

24. Les principes directeurs de la stratégie s'alignent sur les principes convenus dans Santé 2020, le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030).

25. L'adoption d'une **approche basée sur les droits humains** implique que les droits de la femme et le droit à la santé fassent partie intégrante de toutes les priorités et interventions. Il s'agit notamment de mettre fin à toute forme de discrimination à

l'encontre des femmes et des filles en assurant aux femmes l'égalité d'accès à la vie politique et publique, à l'éducation, à la santé et aux ressources économiques, ainsi que l'égalité des chances à cet égard. Les pays peuvent s'inspirer des actions et engagements existants pour promouvoir l'application systématique des normes en matière de droits humains, notamment la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, et la Convention relative aux droits de l'enfant. Sur la base des traités et engagements auxquels ont adhéré tous les États membres de la Région européenne en matière de droits humains et qui ont inspiré la présente stratégie, les interventions menées dans les pays contribueront à l'objectif de rendre progressivement effectif le droit à la santé pour l'ensemble de la population féminine de la Région européenne. Ainsi pourra-t-on atteindre les cibles spécifiques de l'ODD 5 relatives à l'égalité entre les sexes afin de mettre fin à toutes les formes de discrimination et de violence, et d'éliminer toutes les pratiques néfastes.

26. La stratégie étant motivée par l'**équité**, elle reconnaît par conséquent que les femmes ne forment pas un groupe homogène. Leurs chances en matière de santé et les risques qu'elles courent à cet égard varient en fonction des facteurs sociaux, économiques, environnementaux et culturels au cours de l'existence. Il convient d'examiner comment le genre s'entrecroise avec d'autres pôles des inégalités sociales, tels que l'ethnicité et le lieu de résidence, et la répartition inégale des déterminants sociaux de la santé tels que le revenu, l'éducation et l'emploi. Il s'agit également d'évaluer les effets de certains processus spécifiques (tels que l'exclusion sociale et la discrimination, le changement climatique, les situations de conflit, les crises humanitaires, les crises économiques et les mesures prises en conséquence, la migration et la traite des êtres humains) sur la vulnérabilité des femmes aux problèmes de santé.

27. En accordant la priorité aux **différences entre les sexes**, on met en évidence la nécessité d'adopter des politiques pangouvernementales promouvant l'égalité des sexes, et des politiques de santé prenant en considération les normes et les valeurs sexospécifiques ainsi que les inégalités entre les sexes conjointement avec les mesures prises en vue de réduire activement leurs effets préjudiciables. Les pays peuvent s'inspirer des actions menées actuellement dans le cadre des ODD, de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, et du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, notamment : accroître l'égalité des chances pour les femmes tout au long de leur existence en matière d'éducation, d'emploi et de pouvoir, ainsi que l'accès à des services de soins de santé, d'information et connexes qui soient à la fois appropriés, abordables et de qualité ; renforcer les programmes de prévention promouvant la santé de la femme ; mettre en œuvre des initiatives sexospécifiques en matière d'infections sexuellement transmissibles, de VIH/sida et de santé sexuelle et reproductive ; promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé de la femme ; développer les ressources pour la santé de la femme ; et assurer le suivi de la santé de la femme.

28. En promouvant l'adoption d'une **démarche « parcours de vie »** pour la santé de la femme, on admet que le genre s'associe aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé et influence le processus d'accumulation des risques et des bienfaits sanitaires tout au long de l'existence. Cette approche reconnaît non seulement l'importance de la santé des femmes s'agissant d'assurer un meilleur départ dans la vie à leurs enfants et de dispenser des soins à leur famille, mais vise également à améliorer la santé des femmes et des filles en tant que telles, qu'elles soient mères ou futures mères ou soignantes/aidantes. La stratégie suit une démarche « parcours de vie », conformément à la Déclaration de

Minsk (14) approuvée lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de vie dans le contexte de Santé 2020, qui stipule notamment : « L'adoption de la perspective portant sur toute la durée de la vie par l'ensemble des pouvoirs publics améliorera la santé et le bien-être, favorisera la justice sociale, et contribuera au développement durable et à une croissance et une prospérité inclusives dans tous nos pays ».

29. **L'action intersectorielle** s'avère primordiale pour la stratégie. Tout en renforçant le rôle du secteur de la santé dans l'amélioration de la santé de la femme, la stratégie recense les domaines clés de la collaboration avec d'autres secteurs, tels que l'éducation, la protection sociale, le marché du travail, l'environnement et la société civile. Les secteurs social, de l'éducation, de l'emploi et de l'agriculture, en particulier, ont un rôle essentiel à jouer dans l'élimination des stéréotypes liés au genre et l'amélioration de la situation socioéconomique des femmes par la mise en œuvre de politiques sociales respectueuses des différences entre les sexes. L'adoption d'une approche intersectorielle est nécessaire pour garantir l'égalité d'accès aux ressources économiques et la valorisation des soins non rémunérés par la mise en place de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale : des principes qui sont clairement ancrés dans la cible de l'ODD 5.4. Une action pangouvernementale et pansociétale s'impose également pour réaliser les cibles de Santé 2020.

30. Il est essentiel d'assurer la **participation effective des femmes**. Les femmes sont des acteurs puissants du changement, et la stratégie soutient leur leadership dans la prise de décisions et leur participation à cet égard. Avec l'expérience acquise, il s'avère que la participation des filles, des femmes et des communautés est essentielle à l'élaboration et à la mise en œuvre efficaces des stratégies, politiques et services, ainsi qu'à la responsabilisation. Pour qu'elle soit compatible avec le principe directeur d'une approche axée sur les droits humains, la participation doit être authentique, transparente et représentative, et doit recourir à des mécanismes assurant la collaboration de l'ensemble des filles et des femmes, notamment celles qui sont socialement défavorisées ou exclues, et/ou appartiennent à un groupe minoritaire.

Les priorités et les principaux domaines d'intervention

31. Les priorités énoncées ci-après ont été définies à la suite d'un examen des bases factuelles disponibles, d'un processus consultatif mené avec des experts et d'une collaboration continue avec les États membres et la société civile. Une version adaptée du cadre conceptuel élaboré par le Réseau de connaissances sur les femmes et l'équité entre les sexes de la Commission mondiale des déterminants sociaux de la santé de l'OMS (15) a été utilisée à cette fin. Ce cadre met en évidence les cheminements multiples et complexes permettant d'expliquer comment le genre influence l'impact des déterminants socioéconomiques sur l'inégalité des résultats sanitaires, notamment à travers les valeurs, les normes, les pratiques et les comportements discriminatoires ; l'exposition et la vulnérabilité différentielles aux maladies, au handicap et aux traumatismes ; les partialités des systèmes de santé ; et les partialités de la recherche en santé. Le besoin constant de renforcer la gouvernance pour la santé de la femme et l'équité en santé est en outre reconnu.

32. Le cadre a permis de définir les priorités à toutes les étapes de la vie eu égard aux problèmes négligés, ainsi que de nouvelles priorités. Celles-ci exigent la prise de mesures à la fois pour renforcer les systèmes de santé et développer la coopération intersectorielle. Ces priorités s'inspirent également des recommandations du rapport final de l'Étude sur les déterminants sociaux et la fracture sanitaire dans la Région européenne de l'OMS (16).

Renforcer la gouvernance pour la santé et le bien-être de la femme afin que celle-ci occupe une position centrale

33. En vue d'améliorer la santé de la femme, des changements doivent être apportés à la gouvernance pour la santé. Celle-ci doit en effet intégrer les besoins des femmes tout au long de leur existence dans les politiques de santé, les approches axées sur la santé dans toutes les politiques et l'action intersectorielle. La participation des femmes de manière à ce qu'elles soient au centre de ces changements constitue un facteur déterminant de succès. L'adoption d'une approche fondée sur les droits exige un engagement politique de toute urgence ainsi qu'un investissement dans les interventions et programmes avérés, ainsi que la suppression des barrières structurelles, politiques et sociales empêchant les femmes de réaliser leur plein potentiel en termes de santé et de bien-être.

34. Les États membres et les partenaires peuvent veiller à ce que les responsables politiques améliorent la gouvernance pour la santé et le bien-être de la femme en mettant en place les mesures d'encouragement et les mécanismes de soutien suivants :

- a) collecte et utilisation de données ventilées pour l'élaboration des politiques et des programmes (la ventilation par âge et par sexe doit s'accompagner d'une ventilation en fonction du handicap, de l'origine ethnique, du niveau d'instruction, du lieu de résidence, de l'orientation sexuelle et de l'identité sexuelle afin que les politiques puissent lutter contre les inégalités de genre et celles observées dans la population féminine) ;
- b) amélioration de la transparence et de la responsabilisation concernant la définition des priorités, la collecte des données et l'allocation du financement de la recherche ;
- c) amélioration du financement pour répondre aux priorités en matière de santé des femmes et intégration de la budgétisation sexospécifique dans les politiques et programmes de santé ;
- d) évaluation de l'impact des stratégies et plans d'action nationaux sur la santé des femmes, dans le secteur de la santé comme dans d'autres secteurs, en vue de déterminer les mesures essentielles à cet égard ;
- e) intégration des perspectives sexospécifiques dans les initiatives agissant sur les déterminants sociaux, économiques, environnementaux et culturels de la santé et de l'équité en santé ;
- f) renforcement des opportunités et capacités de participation des femmes, en leur qualité de citoyennes, de soignantes/aidantes, d'utilisatrices des services et de patientes, à la conduite et à la gestion des actions menées dans le cadre des politiques et des systèmes de santé ;

- g) renforcement des mécanismes intersectoriels entre les secteurs de la santé et de l'éducation pour éliminer les stéréotypes sexistes dans l'enseignement primaire, secondaire et tertiaire, et inscrire la sexospécificité dans le programme de formation du personnel de santé ;
- h) renforcement de la collaboration et du partenariat entre le secteur de la santé et la société civile, notamment avec les organisations actives dans le domaine des droits et de la santé de la femme ;
- i) utilisation des cadres stratégiques actuels et des engagements existants au niveau intersectoriel comme source d'inspiration, notamment ceux adoptés par les États Membres au titre du processus européen Environnement et santé ;
- j) adaptation au niveau national du Plan d'action mondial de l'OMS visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants (17) adopté par la Soixante-neuvième Assemblée mondiale de la santé dans sa résolution WHA69.5 ;
- k) renforcement des cadres de suivi de la santé de la femme aux niveaux national, sous-national et local qui font écho aux objectifs et indicateurs de mécanismes régionaux et mondiaux.

Éliminer les valeurs, normes et pratiques discriminatoires influant sur la santé et le bien-être des filles et des femmes

35. Les valeurs, les stéréotypes ainsi que les normes sociales et culturelles de nature sexiste qui sont discriminatoires et/ou préjudiciables induisent le recours à des pratiques qui influent sur la santé et le bien-être des filles et des femmes (1), à savoir : la plus grande valeur accordée aux garçons par rapport aux filles, la conviction selon laquelle les hommes ont le droit de contrôler les femmes et les filles, les pratiques traditionnelles préjudiciables², les restrictions imposées à l'éducation des femmes ainsi qu'à leurs choix et possibilités en matière d'emploi, les stéréotypes fondés sur le sexe, et les préjugés institutionnels³ qui peuvent perpétuer les valeurs, les normes et les pratiques discriminatoires.

² Parmi les pratiques traditionnelles préjudiciables, il convient de mentionner les mutilations génitales féminines ; l'alimentation forcée des femmes ; le mariage précoce ; les divers tabous ou pratiques refusant aux femmes la maîtrise de leur propre fécondité ; les tabous nutritionnels et pratiques traditionnelles d'accouchement ; la préférence pour les fils et son impact sur la situation des filles ; l'infanticide féminin ; la grossesse précoce ; et la pratique de la dot (18).

³ Le préjugé institutionnel se manifeste par une tendance de certaines institutions à employer des procédures et des pratiques favorisant certains groupes sociaux, tout en désavantageant et en dévalorisant d'autres. Cette situation peut être la conséquence non pas d'une discrimination ou d'un préjugé conscients, mais plutôt de la décision d'une majorité suivant simplement les règles ou les normes existantes. Le racisme et le sexisme institutionnels en constituent les exemples les plus courants (19).

36. Lors de la mise en œuvre de la stratégie, il est recommandé aux États membres et aux partenaires d'envisager de répondre aux priorités suivantes dans le cadre de leur stratégie et plan d'action nationaux relatifs à la santé de la femme.

- a) Élaborer et mettre en œuvre des politiques multisectorielles d'égalité des sexes qui valorisent les filles et bannissent les pratiques préjudiciables, à savoir notamment : renforcer la prise de mesures telles que la collecte de données sur la prévalence des mariages précoces ou de l'enlèvement des futures mariées et en étudier les facteurs déterminants, donner l'occasion aux filles et à leur famille de prendre des décisions avisées et leur conférer les connaissances nécessaires à cet égard, et promouvoir la valeur des filles dans les communautés concernées ;
- b) Renforcer la capacité des prestataires de services de santé afin de bannir les pratiques qui nuisent à la santé des filles et des femmes et constituent une violation de leurs droits humains. Il doit être tenu compte de la relation existant entre l'âge et les inégalités sexospécifiques et d'autres déterminants des inégalités sociales, comme la pauvreté, la migration et l'ethnicité, qui accroissent la vulnérabilité sociale et la stigmatisation des filles et des femmes, et entravent l'accès aux services et leur intervention ;
- c) Mettre en œuvre des initiatives de promotion de la santé qui projettent une image forte et positive chez toutes les femmes et les filles, quels que soient l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'ethnicité, la culture et la religion. Il importe d'éliminer les stéréotypes sexistes à tous les niveaux de l'enseignement, dans les programmes de formation en santé et dans les médias. On veillera notamment à reconnaître et à bousculer les stéréotypes sexistes qui se manifestent tôt dans la vie et se renforcent au cours du temps. Ceux-ci incitent les femmes à adopter des comportements néfastes pour la santé et les conduisent à des issues préjudiciables, comme les troubles de l'alimentation, la dépression, le faible niveau d'activité physique et le suicide. Enfin, en raison des stéréotypes, les femmes finissent par choisir une éducation et des débouchés professionnels qui limitent leur qualité de vie, leur sécurité financière et leur autonomie ;
- d) Élaborer des programmes innovateurs et renforcer l'éducation complète à la sexualité en vue de transformer les normes et valeurs sexospécifiques qui incitent les garçons et les hommes à adopter des comportements à haut risque et des pratiques violentes, et perpétuent les pratiques discriminatoires et préjudiciables envers les femmes et les filles ;
- e) Recenser et éliminer les partialités institutionnelles susceptibles de perpétuer la discrimination sexiste, intentionnelle ou non, dans des domaines tels que l'éducation et l'emploi, ou au niveau des mécanismes de protection sociale, des régimes de retraite et des polices d'assurance maladie.

Maîtriser les effets du genre et des déterminants sociaux, économiques, culturels et environnementaux sur la santé et le bien-être de la femme

37. Si le risque de pauvreté et d'exclusion sociale chez les femmes varie tant au sein d'un même pays qu'entre les pays de la Région européenne, celles qui sont plus susceptibles d'être davantage exposées et vulnérables aux problèmes de santé, et d'afficher une moindre valeur du bien-être sont les femmes qui : ont passé moins

d'années dans l'enseignement officiel, n'ont pas accès ou ne participent pas à des programmes de formation continue, sont au chômage ou occupent des emplois précaires et à temps partiel, se sont mariées à un âge précoce, sont les seuls soutiens de famille, sont des migrantes, sont lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et/ou intersexuées, appartiennent à un groupe minoritaire comme les Roms, souffrent d'un handicap, sont plus âgées, résident dans des zones rurales, et/ou sont confrontées à des situations d'urgence et à une crise humanitaire.

38. Les disparités salariales et les écarts des retraites entre les sexes sont une réalité dans tous les États membres de la Région européenne. Ces inégalités influent directement sur l'expérience de la santé et du bien-être chez les femmes, et sur leurs possibilités d'accès aux services tout au long de la vie, les femmes âgées en souffrant davantage. Malgré les efforts déployés dans certains pays afin d'encourager l'innovation politique dans le but de promouvoir l'autonomisation économique des femmes, les emplois à temps partiel, le travail précaire et la prestation de soins non rémunérés ont augmenté dans l'ensemble.

39. Les mesures suivantes devraient être prises en priorité en vue d'agir sur l'exposition et la vulnérabilité différentielles aux maladies et l'expérience du bien-être imputables à l'interaction entre les déterminants sexospécifiques et d'autres déterminants sociaux et environnementaux de la santé :

- a) conférer de la visibilité dans les programmes politiques aux femmes confrontées à de multiples vulnérabilités et à une exclusion particulièrement préjudiciable, telles que les migrantes, les femmes dont le degré d'instruction se situe au-dessous du niveau secondaire, celles vivant dans des zones rurales et éloignées, celles appartenant à des groupes minoritaires, les victimes de la traite et les travailleuses du sexe, les femmes âgées, celles faisant l'objet d'une discrimination en raison de leur orientation et de leur identité sexuelles et/ou celles confrontées à des crises humanitaires et vivant dans des contextes précaires ;
- b) Améliorer les conditions, les environnements et les contextes spécifiques qui influent sur la santé des filles et des femmes, une attention particulière étant accordée au logement, aux services de soins de santé, aux établissements d'enseignement et au lieu de travail, notamment l'accès à l'eau potable, ainsi qu'aux installations d'assainissement et d'hygiène, à la pollution de l'air intérieur et à l'exposition à des risques chimiques et physiques : on protégera de cette manière leur propre santé tout en réduisant autant que possible l'exposition intra-utérine et au cours de la petite enfance aux risques environnementaux, comme le souligne la Déclaration de Minsk (14) ;
- c) analyser les liens entre la biologie, le genre et les déterminants sociaux de la santé mentale et du bien-être des filles et des femmes, de l'enfance à la vieillesse, et agir sur ceux-ci ;
- d) veiller à ce que les plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles intègrent la dimension sexospécifique afin de contrecarrer l'augmentation des facteurs de risque (comme la consommation de tabac et d'alcool et le manque d'activité physique) chez les adolescentes et les femmes adultes de la Région européenne, et collaborer avec d'autres secteurs et parties prenantes en vue d'agir sur les liens existants entre ces comportements à risque et leurs déterminants sociaux et économiques ;

- e) renforcer les mécanismes intersectoriels entre les secteurs de la santé, du travail et de la protection sociale en vue de réduire les effets négatifs de la précarité des conditions d'emploi et de travail sur la santé subis par de nombreuses femmes de la Région ;
- f) s'assurer que le travail des femmes ne soit pas seulement valorisé et mais aussi apprécié que celui des hommes, et que la contribution des femmes en tant que prestataires de soins, avec ou sans rémunération, soit reconnue, valorisée et compensée, notamment par la prise de mesures spécifiques, telles que la reconnaissance des heures de temps libre consacrées à la dispensation de soins comme équivalant à des contributions individuelles au système de retraite, et la réalisation de réformes afin que les hommes participent à la dispensation de soins.

Améliorer l'intervention des systèmes de santé en faveur de la santé et du bien-être de la femme

40. Les systèmes de santé qui tiennent compte des différences entre les sexes veillent à ce que les liens entre la biologie, le genre et les déterminants sociaux soient pris en considération à travers l'ensemble de leurs fonctions. Bien qu'ils soient bénéfiques tant pour les femmes que pour les hommes, les partialités existantes peuvent avoir des effets négatifs sur toute la population ou sur un groupe donné. Par exemple, les services de santé considèrent souvent les filles et les femmes dans leur rôle procréateur, et ignorent totalement les plus larges différences de genre en matière de santé. Pour que les systèmes de santé puissent répondre aux besoins sanitaires des femmes, il importe de prendre en compte les mécanismes de gouvernance, les politiques, la collecte et l'utilisation des données, la conception des services, la composition de la main-d'œuvre, les dispositions financières, la couverture et le financement des exemptions, les dispositifs de services essentiels, l'utilisation des médicaments et des technologies, ainsi que les priorités et les critères de la recherche.

41. Il arrive également que les systèmes de santé ne s'avèrent pas équitables envers les femmes en tant qu'utilisatrices des services, patientes et soignantes/aidantes. En effet, il est souvent supposé que les femmes souffrent des maladies (maladies cardiovasculaires, cancers, maladies respiratoires chroniques et diabète) de la même manière que les hommes, une hypothèse qui peut entraîner des erreurs de diagnostic et un traitement inefficace et inégal, comme en témoignent les données disponibles sur les maladies cardiovasculaires (20).

42. Les services de santé et de soins dépendent de la contribution des femmes dans leur rôle d'éducatrices et d'aidantes non rémunérées et informelles, en particulier pour les enfants, les membres de la famille malades et les personnes âgées. Si les femmes sont surreprésentées dans le secteur social et celui de la santé, elles occupent rarement des postes de cadre ou de direction. Au contraire, elles occupent généralement des emplois moins bien rémunérés où elles s'exposent à des risques de santé accrus sur le lieu de travail. Le secteur de la santé peut donner l'exemple en améliorant les occasions d'emploi rémunéré et de meilleure sécurité de l'emploi et financière chez les femmes en luttant contre les inégalités de genre chez le personnel de santé et dans les services informels de soins de santé. Il s'agit notamment d'examiner l'impact des politiques en matière d'emploi et de personnel du secteur de la santé, à savoir comment elles favorisent l'inégalité entre les sexes et/ou empirent la situation des femmes à cet égard. Parmi les

principaux aspects à prendre en considération, il convient notamment de mentionner la parité hommes-femmes concernant les postes de direction et de cadre (médecine universitaire, santé publique et soins infirmiers), les dispositions en matière de congé parental pour les femmes et les hommes, et celles relatives à la garde d'enfants.

43. Les partialités observées dans le système de santé ont tendance à se refléter dans la recherche, même si cette situation évolue grâce à l'amélioration des connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et l'adoption de nouvelles approches pour évaluer comment les politiques sociales et familiales influent sur la santé et le bien-être des femmes. Cependant, d'autres partialités persistent : les médicaments et les traitements sont toujours conçus sur la base de la physiologie masculine plutôt que celle des femmes. Limiter la participation des femmes à la recherche réduit l'utilité potentielle des découvertes scientifiques et peut s'avérer préjudiciable à leur santé.

44. Les systèmes de santé doivent veiller à ce que les besoins différenciés des femmes soient intégrés dans toutes les politiques et stratégies nationales de santé de la manière suivante :

- a) en assurant la collecte, l'analyse et l'utilisation des données ventilées par sexe et par âge, ainsi que le recoupement avec d'autres variables, comme le revenu, l'éducation et la résidence en zones urbaines ou rurales ;
- b) en promouvant les services de santé centrés sur la personne qui répondent aux besoins de toutes les femmes en matière de prévention et de soins pendant leur cycle de vie, et pas seulement quand (ou si) elles deviennent mères : les systèmes de santé centrés sur la personne sont au cœur de Santé 2020, comme l'indique le cadre d'action adopté par le Comité régional dans la résolution EUR/RC62/R4 ;
- c) en soutenant les politiques faisant évoluer les rapports de genre⁴ qui garantissent la protection des soignants/aidants et permettent la mise en place de modèles durables de soins qui n'accroissent pas la pression exercée sur les femmes à cet égard et les exposent au risque d'exclusion sociale. Il peut par exemple s'agir de politiques visant l'accroissement de la participation des hommes aux soins prodigués aux membres de leur famille grâce au congé de paternité et d'autres mesures ;
- d) en adoptant des politiques faisant évoluer les rapports de genre eu égard aux conditions de travail du personnel de santé qui permettent aux systèmes de santé de jouer un rôle de chef de file en promouvant l'égalité des sexes sur le lieu de travail ;

⁴ Dans l'échelle d'évaluation de la sensibilité aux considérations de genre de l'OMS (*Gender Responsive Assessment Scale*), les actions et politiques faisant évoluer les rapports de genre s'attaquent aux causes des inégalités de santé fondées sur le sexe en proposant des moyens de transformer les normes, les rôles et les relations liés au genre qui soient préjudiciables. Ces programmes visent souvent à promouvoir l'égalité entre les sexes et à favoriser des changements progressifs dans les relations de pouvoir existant entre les femmes et les hommes (21).

- e) en renforçant les connaissances, les aptitudes et les compétences du personnel de santé afin d'agir sur les interactions entre la biologie, le genre et d'autres déterminants sociaux de la santé et leur impact sur la santé et le bien-être des femmes ; et en luttant contre les stéréotypes liés au genre susceptibles d'établir une discrimination directe ou indirecte contre les femmes en matière d'accès aux services de santé et de soins de santé ;
- f) en favorisant la recherche et l'innovation qui éliminent le parti pris sexiste et de genre dans l'utilisation des médicaments, la prestation de services et la promotion de la santé, et recensent et diffusent les bonnes pratiques à cet égard ;
- g) en soutenant la médecine différenciée selon le sexe afin d'améliorer le dépistage, le diagnostic et le traitement des principales maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque, l'accent étant mis sur les maladies spécifiquement féminines (telle l'endométriose), les maladies cardiovasculaires, les troubles mentaux, les cancers et les maladies pulmonaires obstructives chroniques ;
- h) en accroissant la participation des femmes aux essais cliniques, en effectuant une analyse des données en fonction du sexe, en sensibilisant les femmes aux maladies cardiovasculaires et en renforçant la capacité des professionnels de santé ;
- i) en mettant en œuvre, au niveau des politiques et des services, des interventions qui mettent fin à l'acceptation et à la tolérance de toutes les formes de violence à l'égard des femmes et des filles, et en renforçant le rôle du secteur de la santé et la capacité des professionnels de santé à détecter les cas de violence infligée par le partenaire intime à l'encontre des femmes et à prendre en charge ces dernières, en s'inspirant des lignes directrices et des protocoles de l'OMS dans ce domaine ;
- j) en améliorant l'instruction en santé chez les femmes afin qu'elles puissent prendre des décisions avisées, fondées sur des bases factuelles, en toute connaissance de cause et en toute conscience de leur santé.

Calendrier, mise en œuvre et soutien du Bureau régional

45. La stratégie orientera la prise de mesure en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS, avec le soutien du Bureau régional de l'Europe, et dans le cadre d'activités biennales à l'échelle régionale et des stratégies de coopération avec les pays. Il pourrait s'agir notamment des actions suivantes :

- a) sensibiliser à la santé de la femme aux niveaux local, national et international ;
- b) formuler des recommandations et renforcer les capacités afin d'intégrer les interventions tenant compte des différences entre les sexes dans les politiques et stratégies nationales et locales ;
- c) examiner, élaborer et mettre en œuvre des politiques et stratégies sectorielles axées sur la santé de la femme ;
- d) faciliter la mise en place d'une collaboration et de structures intersectorielles ;
- e) soutenir le leadership aux niveaux national et local ;
- f) promouvoir la participation des femmes à la prise de décisions en tant qu'agents du changement ;

- g) apporter un soutien technique à la collecte et à l'analyse des données ;
- h) améliorer les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation ;
- i) renforcer la responsabilisation ;
- j) amener le Bureau régional à servir d'exemple à cet égard.

Suivi et responsabilisation

46. Les activités de suivi et la communication de données et de rapports seront assurées en vertu du cadre du suivi de Santé 2020, de la Stratégie mondiale de l'OMS pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) et des ODD afin d'éviter la répétition inutile des tâches et de faciliter la responsabilisation dans ce domaine. Le recours à une plate-forme ou une structure commune dans un souci d'alignement est essentiel pour alléger autant que possible le fardeau des pays en matière d'établissement de rapports et maximiser l'impact des études et des analyses sur les interventions menées ultérieurement.

47. Le Bureau régional suivra régulièrement les progrès accomplis en matière d'élaboration et de mise en œuvre des politiques, et fournira une version révisée et une évaluation à mi-parcours de la stratégie à la soixante-neuvième session du Comité régional de 2019, sur la base des dernières bases factuelles disponibles.

Références⁵

1. Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/gender/publications/2015/beyond-the-mortality-advantage.-investigating-womens-health-in-europe>).
2. Santé 2020 : un cadre politique européen à l'appui des actions pangouvernementales et pansociétales en faveur de la santé et du bien-être. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2012 (EUR/RC62/9 ; <http://www.euro.who.int/fr/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/sixty-second-session/documentation/working-documents/eurrc629-health-2020-a-european-policy-framework-supporting-action-across-government-and-society-for-health-and-well-being>).
3. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): survive, thrive, transform. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/global-strategy-2016-2030/en/>).

⁵ Toutes les références électroniques ont été consultées le 5 juillet 2016 (en anglais) et le 13 juillet 2016 (en français).

4. Plan opérationnel pour faire avancer la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (A69/16; http://apps.who.int/gb/f/f_wha69.html).
5. The global gender gap report 2014. Geneva: World Economic Forum; 2014 (<http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/>).
6. Beijing + 20 regional review of progress: regional synthesis. Geneva: United Nations Economic Commission for Europe; 2014 (ECE/AC.28/2014/3; http://www.unece.org:8080/index.php?id=35329#).
7. Commission de la condition de la femme. Déclaration politique proclamée à l'occasion du vingtième anniversaire de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. New York : ONU Femmes ; 2015 (E/2015/27 ; <http://www.unwomen.org/fr/csw/csw59-2015>).
8. Inchley J, Currie D, Young T, Samdal O, Torsheim T, Augustson L et al, editors. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2013/2014 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal-gender-and-socioeconomic-differences-in-young-peoples-health-and-well-being.-health-behaviour-in-school-aged-children-hbsc-study-international-report-from-the-20132014-survey>).
9. Gender stereotypes/stereotyping [website]. Geneva: United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2014 (<http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/GenderStereotypes.aspx>).
10. Forum on the future of gender equality in the European Union: report. Brussels: European Commission; 2015 (http://ec.europa.eu/justice/events/future-of-gender-equality-2015/index_en.htm).
11. Govender K, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination: a review of health care interpersonal interactions. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):90–103. doi:10.1080/17441690801892208.
12. Organisation mondiale de la santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance. L'eau, l'assainissement et l'hygiène dans les établissements de soins de santé : état des lieux et perspectives dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2015 (http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/wash-health-care-facilities/fr/).
13. Burden of disease from household air pollution for 2012. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1).

14. Déclaration de Minsk : l'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie dans le contexte de Santé 2020. Copenhague : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe ; 2015 (<http://www.euro.who.int/fr/media-centre/events/events/2015/10/WHO-European-Ministerial-Conference-on-the-Life-course-Approach-in-the-Context-of-Health-2020/documentation/draft-of-minsk-declaration>).
15. Sen G, Östlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Glob Public Health*. 2008;3(S1):1–12. doi:10.1080/17441690801900795.
16. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: final report. Updated reprint 2014. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications/2013/review-of-social-determinants-and-the-health-divide-in-the-who-european-region.-final-report>).
17. Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants Genève : Organisation mondiale de la santé ; 2016 (A69/9, annexe 2 ; http://apps.who.int/gb/f/f_wha69.html).
18. Fact sheet No. 23. Harmful traditional practices affecting the health of women and children. Geneva: United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights; 1995 (Fact sheet No. 23; <http://www.refworld.org/docid/479477410.html>).
19. Oxford reference [website]. Oxford: Oxford University Press; 2016 (<http://www.oxfordreference.com/view/10.1093/oi/authority.20110803100005347>).
20. Stramba-Badiale M. Red alert for women's hearts: women and cardiovascular research in Europe. Brussels: European Heart Network, jointly with the European Society of Cardiology; 2009 (https://www.escardio.org/static_file/Escardio/EU-Affairs/WomensHearts-RedAlert.pdf).
21. Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/health_managers_guide/en/).