

BRUXELLES-CAPITALE

**ASSEMBLEE REUNIE
DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE
COMMUNE**

SESSION ORDINAIRE 2007-2008

18 JANVIER 2008

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à la prise en compte de
la dimension du genre en matière de santé et
à la création d'une cellule
« Santé des femmes »
au sein de l'administration**

(déposée par Mmes Martine PAYFA (F) et
Nathalie GILSON (F))

Développements

La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (1946) pose le principe que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale ».

Soixante ans après l'adoption de ce texte, il est de plus en plus largement reconnu que les facteurs qui déterminent l'état de santé des femmes et des hommes présentent des différences. La dynamique de la « sexospécificité » dans le domaine de la santé revêt à cet égard d'une importance capitale qui a longtemps été négligée.

Ainsi, à travers les résultats de sa dernière enquête de santé (réalisée par interview en 2004 et dont les résultats ont été publiés en 2006) ⁽¹⁾, l'Institut scientifique de Santé

(1) www.iph.fgov.be.

BRUSSEL-HOOFDSTAD

**VERENIGDE VERGADERING
VAN DE
GEMEENSCHAPPELIJKE
GEMEENSCHAPSCOMMISSIE**

GEWONE ZITTING 2007-2008

18 JANUARI 2008

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende de
gendergerelateerde gezondheid en
het oprichten van een dienst
« Gezondheid van de Vrouwen »
in het bestuur**

(ingediend door mevrouw Martine PAYFA (F) en
mevrouw Nathalie GILSON (F))

Toelichting

In de oprichtingsakte van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) wordt als beginsel gesteld dat het hebben van de best mogelijke gezondheid een van de fundamentele rechten is van ieder mens, onverschillig zijn ras, godsdienst, politieke overtuiging, economische en sociale situatie.

Zestig jaar na de goedkeuring van die tekst, is meer en meer geweten dat de factoren die de gezondheid van vrouwen en mannen bepalen, verschillen. Genderspecificiteit is in dat opzicht een belangrijke factor die lang verwaarloosd is.

Met zijn laatste gezondheidsenquête (uitgevoerd aan de hand van interviews in 2004 en waarvan de resultaten zijn gepubliceerd in 2006) ⁽¹⁾ heeft het Wetenschappelijk Insti-

(1) www.iph.fgov.be.

publique ⁽²⁾ a démontré qu'il existait des différences sensibles entre hommes et femmes, en révélant notamment que davantage de femmes sont touchées par certaines pathologies, comme la migraine (9 %, contre 3,7 % des hommes), la dépression (9,7 %, contre 5,7 % des hommes), la polyarthrite (3 fois plus que les hommes) ou encore l'anorexie (qui touche essentiellement les adolescentes).

La précédente enquête (réalisée par interview en 2001 et dont les résultats ont été publiés en 2002) ⁽³⁾ avait également mis à jour que des différences systématiques existent entre hommes et femmes, plus particulièrement en matière de santé psychique. Cette année-là, 20 hommes sur 100 et 29 femmes sur 100 ont déclaré avoir des problèmes psychiques. L'on constate, en effet, que les rôles multiples joués par les femmes les exposent davantage à ce type de problèmes. Elles sont nettement plus nombreuses à souffrir d'anxiété, de dépression et des conséquences de violences sexuelles ou morales au foyer. Cette enquête précisait encore que sur 34 affections pouvant survenir, 26 se retrouvent davantage chez les femmes.

L'Institut scientifique de Santé publique nous apprend également que les affections de la thyroïde touchent 80 % de femmes, que deux fois plus de femmes que d'hommes souffrent de phobies (des pistes génétiques et hormonales sont à l'étude), qu'une femme sur 3 aura une fracture due à l'ostéoporose après 50 ans (contre un homme sur 5) ou encore que le stress concerne une femme sur 3 (et un homme sur 5).

Il y a également lieu de souligner que les femmes vivent, en moyenne, 6 ans de plus que les hommes et que, avec l'âge, elles sont souvent atteinte de maladies plus graves. D'un point de vue biologique, les femmes sont, en effet, plus enclines que les hommes à souffrir de certaines maladies invalidantes, comme l'arthrite rhumatoïde, l'ostéoporose ou la maladie d'Alzheimer. La fin de vie est souvent marquée par des maladies chroniques, des handicaps et des difficultés de dépendance.

En 2004, le Conseil des femmes francophones de Belgique (CFFB) a invité, à l'occasion d'une conférence, un couple de médecins français, Daniel et Carole Sereni, auteurs de l'ouvrage « On ne soigne pas les hommes comme les femmes » ⁽⁴⁾. Leur présentation a mis en exergue certaines problématiques : les différences entre hommes et femmes face à la douleur, la recherche médicale pratiquée presque toujours sur des sujets mâles, la sous-estimation de l'ampleur des maladies cardio-vasculaires touchant les femmes, etc.

tuut Volksgezondheid ⁽²⁾ aangetoond dat er opmerkelijke verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Er is onder meer aan het licht gebracht dat meer vrouwen worden getroffen door bepaalde ziekten zoals migraine (9 % tegenover 3,7 % van de mannen), depressie (9,7 % tegen 5,7 % van de mannen), polyarthritis (drie keer meer dan de mannen) of nog anorexia (die vooral de adolescenten treft).

De vorige enquête (met interviews in 2001 en waarvan de resultaten zijn gepubliceerd in 2002) ⁽³⁾ had ook aan het licht gebracht dat er systematische verschillen bestaan tussen vrouwen en mannen, meer bepaald inzake psychische gezondheid. Dat jaar hebben 20 mannen op 100 en 29 vrouwen op 100 verklaard psychische problemen te hebben. Men stelt immers vast dat de vele rollen die vrouwen vervullen hen meer blootstellen aan dat type van problemen. Zij lijden duidelijk meer aan angst, depressie en de gevolgen van seksueel of moreel geweld in eigen huis. Die enquête wees ook nog uit dat 26 van de 34 aandoeningen die kunnen voorkomen meer bij vrouwen te vinden zijn.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid leert ons ook dat aandoeningen van de schildklier 80 % vrouwen treffen, dat twee keer meer vrouwen dan mannen aan fobieën lijden (genetisch en hormonaal onderzoek is aan de gang), dat 1 vrouw op 3 een breuk zal oplopen ten gevolge van osteoporose na 50 jaar (tegen 1 man op 5) en dat stress 1 vrouw op 3 treft (en 1 man op 5).

Er moet ook worden onderstreept dat vrouwen gemiddeld 6 jaar langer leven dan mannen en dat ze, door de ouderdom, vaak door ernstigere ziekten worden getroffen. Biologisch, hebben vrouwen meer kans dan mannen op sommige invaliderende ziekten zoals reumatoïde artritis, osteoporose of de ziekte van Alzheimer. Het levenseinde wordt vaak gekenmerkt door chronische ziekten, handicaps en verslavingsproblemen.

In 2004, heeft de Conseil des femmes francophones de Belgique (CFFB) ter gelegenheid van een conferentie een koppel Franse dokters uitgenodigd, te weten Daniel en Carole Sereni, auteurs van het boek « On ne soigne pas les hommes comme les femmes » ⁽⁴⁾. Zij hebben bepaalde problematieken voor het voetlicht gebracht, te weten de verschillen tussen vrouwen en mannen inzake pijn, het feit dat medische research vrijwel altijd wordt uitgevoerd met mannelijke proefpersonen, het feit dat de omvang van de cardiovasculaire ziekten die vrouwen treffen wordt onderschat, enz.

(2) L'ISSP dépend du SPF Santé publique.

(3) www.iph.fgov.be.

(4) Sereni Carole et Sereni Daniel, « On ne soigne pas les hommes comme les femmes », Ed. Odile Jacob, 2002, 198 p.

(2) WIV ressorteert onder de FOD Volksgezondheid.

(3) [Www.iph.fgov.be](http://www.iph.fgov.be).

(4) Sereni Carole en Sereni Daniel, « On ne soigne pas les hommes comme les femmes » Uitg. Odile Jacob, 2002, 198 blz.

Face à la prise de conscience générale de la dimension sexospécificité de la santé, l'OMS s'est fixé pour politique et comme règle de bonne pratique de santé publique d'adopter une démarche respectueuse de la différence de sexes dans tous les aspects de son action. Elle se situe ainsi dans le droit fil de la décision, désormais appliquée dans l'ensemble du système des Nations Unies, de tenir compte de la dimension du genre, c'est-à-dire d'intégrer une démarche soucieuse d'équité entre les sexes, dans tous les programmes et politiques des organismes des Nations Unies ⁽⁵⁾.

Dans son projet de budget pour le programme 2002-2003, l'Organisation avait, en effet, prévu de « favoriser l'élaboration de politiques, de stratégies et d'interventions qui répondent de manière efficace aux besoins sanitaires prioritaires ou négligés des femmes tout au long de l'existence, et améliorer l'accès des femmes à une information pour la santé et à des soins de qualité » ⁽⁶⁾.

Dans son projet de budget pour le programme 2004-2005, elle destinait ses ressources relatives à la santé des femmes à « apporter son soutien aux Etats membres pour l'élaboration de politiques, stratégies et interventions qui s'attellent efficacement aux problèmes de santé de première priorité et négligés des femmes pendant toute leur existence, et pour la création d'un ensemble de données factuelles sur l'influence de la sexospécificité sur la santé, et d'instruments, normes et critères visant à assurer une meilleure prise en compte des sexospécificités dans les interventions sanitaires et à promouvoir l'équité entre les sexes au plan de la santé » ⁽⁷⁾.

Enfin, dans son projet de budget programme 2006-2007, l'OMS évoque en ces termes son objectif principal en la matière : « Intégrer la parité entre les sexes dans les politiques, programmes et recherches liés à la santé afin de s'attaquer au problème du manque d'égalité et d'équité entre les sexes et d'en atténuer l'impact sur la santé » ⁽⁸⁾.

De même, le Conseil de l'Europe se penche également sur la question. Il a réuni à Strasbourg, les 23 et 24 mars 2006, un comité d'experts sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités des hommes et des femmes. Le projet de recommandation du Comité des ministres

Gezien het algemeen besef dat gezondheid gendergereleerd is, wil de WGO als beleid en als goede praktijk inzake volksgezondheid dat in alle aspecten van haar initiatieven rekening wordt gehouden met het verschil in geslacht. Zij haakt daarmee in op de beslissing die voortaan in heel de werking van de Verenigde Naties wordt toegepast, te weten rekening houden met de genderspecten en aldus streven naar billijkheid tussen de geslachten, in alle programma's en beleidsmaatregelen van de instellingen van de Verenigde Naties ⁽⁵⁾.

Met haar ontwerp van programmabegroting 2002-2003, wou de WGO immers beleidsmaatregelen, strategieën en ingrepen stimuleren die efficiënt tegemoetkomen aan de prioritaire of verwaarloosde gezondheidsbehoeften van vrouwen in de hele loop van hun leven en de toegang van vrouwen tot gezondheidsinformatie en tot kwaliteitszorg verbeteren ⁽⁶⁾.

In haar ontwerp van programmabegroting 2004-2005, is inzake de gezondheid van de vrouwen steun uitgetrokken ten gunste van de lidstaten en bedoeld voor het vaststellen van beleidsmaatregelen, strategieën en ingrepen om de prioritaire en verwaarloosde gezondheidsproblemen van de vrouwen gedurende hun hele levensloop doeltreffend aan te pakken. Die steun is ook bestemd voor het verzamelen van feitengegevens over de invloed van de genderspecificiteit op de gezondheid en voor het invoeren van instrumenten, normen en criteria om in de gezondheidsingrepen beter rekening te houden met de genderspecificiteiten en om de billijkheid tussen de geslachten op het vlak van de gezondheid te bevorderen ⁽⁷⁾.

Ten slotte stelt de WGO in zijn ontwerp van programmabegroting 2006-2007 zich als hoofddoel om de gelijkheid tussen de geslachten in te bedden in het gezondheidsbeleid, de gezondheidsprogramma's en het gezondheidsonderzoek en aldus het probleem van het gebrek aan gelijkheid en billijkheid tussen de geslachten aan te pakken en de gevolgen ervan voor de gezondheid terug te dingen ⁽⁸⁾.

Ook de Raad van Europa laat zich in met de kwestie. In Straatsburg, is op 23 en 24 maart 2006 een comité van deskundigen bijeengekomen om zich te buigen over de specifieke eigenschappen van mannen en vrouwen waarmee rekening moet worden gehouden in de gezondheids-

(5) Déclaration du directeur général « Politique de l'OMS en matière de genre. Intégrer dans l'action de l'OMS des approches respectueuses de la différence entre les femmes et les hommes », 2002, p. 1, pt. 3.

(6) OMS, Projet de budget programme 2002-2003, partie II : Orientations stratégiques 2002-2003 par domaine d'activité, p. 57.

(7) OMS, Projet de budget programme 2004-2005, partie II : Orientations stratégiques 2004-2005 par domaine d'activité, p. 50.

(8) OMS, Projet de budget programme 2005-2006, partie II : Orientations 2006-2007 par domaine d'activité, p. 81.

(5) Verklaring van de directeur-generaal « Politique de l'OMS en matière de genre. Intégrer dans l'action de l'OMS des approches respectueuses de la différence entre les femmes et les hommes », 2002, blz. 1, pt 3.

(6) WGO, ontwerp van programmabegroting 2002-2003, deel II: Oriëntations stratégiques par domaine d'activité blz 57.

(7) WGO, ontwerp van programmabegroting 2004-2005, deel II: Oriëntations stratégiques 2004-2005 par domaine d'activité, blz. 50.

(8) WGO, ontwerp van programmabegroting 2005-2006, deel II: Oriëntations 2006-2007 par domaine d'activité, blz. 81.

qui s'en est suivi porte notamment les recommandations suivantes aux gouvernements des Etats membres :

« 1. de faire de l'égalité entre les sexes un domaine d'action prioritaire dans le domaine de la santé en élaborant des politiques et des stratégies qui répondent aux besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé et adoptent une approche intégrée de l'égalité entre les sexes; (...)

4. de développer et de diffuser une base de connaissance qui intègre la perspective de l'identité sexuelle et permette des interventions scientifiquement fondées grâce à la collecte systématique de données ventilées par sexe, la promotion de travaux de recherche pertinents et l'analyse des différences entre les sexes » ⁽⁹⁾.

Force est toutefois de constater que, s'il est vrai qu'ont récemment été lancées des campagnes de prévention des cancers spécifiques aux femmes (cancer du sein et cancer du col de l'utérus), il n'existe toutefois, à l'heure actuelle, aucune politique liée à la réduction des écarts de santé entre hommes et femmes.

Or, au niveau de la recherche notamment, il est particulièrement important que la « sexospécificité » soit prise en compte. Des études ont, en effet, montré que les essais sont le plus souvent réalisés sur des sujets mâles, de sorte que la recherche n'est pas proportionnelle aux pathologies dont souffrent les femmes. La rareté de l'implication de femmes dans la recherche médicale est traditionnellement justifiée par les variations liées aux cycles, rendant plus ardue l'analyse des résultats, ou les risques liés à une éventuelle grossesse.

Cette réalité interpelle, par exemple, lorsque, bien que les femmes représentent 70 % des cas de dépression, la majeure partie des recherches dans ce domaine est effectuée sur des hommes. D'une manière générale, les médicaments qui sont habituellement testés sur les hommes sont appliqués dans les mêmes conditions aux femmes.

Dès lors, alors même que l'on sait que les femmes réagissent différemment aux médicaments que les hommes, car le corps féminin n'absorbe pas les médicaments de la même manière que celui de l'homme, l'on prescrit toutefois aux femmes des médicaments qui n'ont jamais été testés sur un corps féminin.

(9) Rapport de réunion du Comité européen de la santé du Conseil de l'Europe, relatif à la réunion des 23 et 24 mars 2006 du Comité d'experts sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités des hommes et des femmes, annexe III, p. 17 (version en projet).

acties. Het ontwerp van aanbeveling van het Comité van Ministers dat erop volgde heeft inzonderheid betrekking op de volgende aanbevelingen aan de regeringen van de lidstaten :

« 1. de gelijkheid tussen de geslachten tot prioritair actiepunt maken op gezondheidsvlak, door beleidsmaatregelen en strategieën vast te stellen die tegemoetkomen aan de specifieke behoeften van mannen en vrouwen op gezondheidsvlak en die een geïntegreerde aanpak bewerkstelligen van de gelijkheid tussen mannen en vrouwen;

4. kennis vergaren en verspreiden met betrekking tot de seksuele identiteit en welke wetenschappelijk gefundeerde ingrepen mogelijk maakt dankzij het systematisch verzamelen van gegevens per geslacht, alsook bevordering van pertinent onderzoekswerk en analyse van de verschillen tussen de geslachten.

Er dient echter te worden vastgesteld dat er recent weliswaar preventiecampagnes zijn opgezet tegen kankers die specifiek voorkomen bij vrouwen (borstkanker en baarmoederhalskanker) doch dat er op dit ogenblik geen beleid bestaat om de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen te verminderen ⁽⁹⁾.

Op het vlak van onder meer de research, is het van bijzonder belang dat rekening wordt gehouden met genderspecificiteit. Studies hebben immers aangetoond dat de proeven meestal worden uitgevoerd met mannelijke proefpersonen zodat het onderzoek niet in verhouding staat tot de ziektes die de vrouwen treffen. Dat vrouwen zelden betrokken worden bij medische research, wordt doorgaans verantwoord door de schommelingen in de cycli waardoor de analyse van de resultaten wordt bemoeilijkt of door de risico's verbonden aan een eventuele zwangerschap.

Dat doet vragen rijzen, bijvoorbeeld als men ziet dat de meeste onderzoeken in verband met depressies worden uitgevoerd bij mannen hoewel depressies in 70 % van de gevallen bij vrouwen voorkomen. Over het algemeen, worden de geneesmiddelen die doorgaans worden getest met mannen zonder meer ook toegediend aan vrouwen.

Hoewel men weet dat vrouwen op een andere manier reageren op geneesmiddelen dan mannen omdat het vrouwelijk lichaam de geneesmiddelen niet op dezelfde manier opneemt als dat van een man, schrijft men vrouwen geneesmiddelen voor die nooit zijn getest op een vrouwelijk lichaam.

(9) Verslag van de vergadering van het Europees Comité voor Gezondheid van de Raad van Europa betreffende de vergadering van 23 en 24 maart 2006 van het comité van deskundigen over het rekening houden met de specifieke kenmerken van mannen en vrouwen in de gezondheidsacties, bijlage III, blz. 17 (ontworpen versie).

De même, comme les maladies coronariennes sont considérées comme des pathologies masculines, les travaux de recherche ne sont menés presque que sur des hommes. L'on ignore généralement que ces maladies constituent également la première cause de mortalité chez les femmes ménopausées.

Les troubles de l'alimentation (boulimie et anorexie) en sont une autre illustration. Bien que l'on sache que ces troubles touchent davantage les femmes et que l'on connaisse le taux élevé de morbidité qui y est lié, l'on manque encore de statistiques concernant l'étendu du phénomène.

Le même constat est indéniablement à faire dans d'autres domaines que la recherche. Une attention toute particulière devrait être accordée à un meilleur accès aux soins de santé pour les femmes. En effet, la féminisation de la pauvreté et des emplois précaires entravent à l'amélioration de la santé des femmes. Mais les données disponibles ont tendance à privilégier les informations médicales et biologiques, sans établir les liens possibles entre la santé et le contexte socioéconomique (notamment le travail ou le chômage, le temps de travail, la situation matrimoniale, le nombre d'enfants, etc.) ou environnemental.

Cette réalité a déjà été bien comprise dans certains pays étrangers.

Au Canada, notamment, a été institué dès 1993 auprès de Santé Canada (le ministère canadien de la santé) un Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes. Ce bureau « est le centre de référence pour la santé des femmes au sein du gouvernement fédéral. Il fournit des conseils en matière de politiques et dirige des initiatives visant à améliorer la santé des femmes et à mieux faire comprendre la façon dont le sexe social et le sexe biologique influent sur la santé tout au long de la vie. Le Bureau renforce la capacité du ministère en coordonnant la mise en œuvre de l'analyse comparative entre les sexes et établit des rapports sur l'élaboration de lois, de politiques et de programmes tenant compte des différences entre les sexes, à Santé Canada. Par l'intermédiaire des centres d'excellence pour la santé des femmes, des groupes de travail et du Réseau canadien pour la santé des femmes, le Bureau assure la réalisation de recherches pertinentes sur les politiques et la diffusion de l'information. Il entretient des relations continues avec les provinces et les territoires, les principales organisations de femmes, les chercheurs du domaine de la santé et d'autres intervenants afin de promouvoir la participation active des femmes et des hommes à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être. »⁽¹⁰⁾

Aangezien kransslagaderaandoeningen als mannenziekten worden beschouwd, wordt het onderzoek alleen gevoerd bij mannen. Men weet doorgaans niet dat die ziekten ook de voornaamste doodsoorzaak zijn bij vrouwen in de menopauze.

Voedingsstoornissen (boulimie en anorexia) zijn een ander voorbeeld. Hoewel men weet dat die stoornissen meer bij vrouwen voorkomen en men het hoge sterfte cijfer kent, ontbreken toch nog de statistieken over de omvang van het verschijnsel.

Dezelfde vaststelling dient te worden gedaan op andere vlakken dan research. Er zou bijzondere aandacht moeten gaan naar een betere toegang voor vrouwen tot de gezondheidszorg. Het feit dat armoede alsmaar meer vrouwen treft en het feit dat alsmaar meer vrouwen geen werkzekerheid hebben vormen immers een hinderpaal voor de verbetering van de gezondheid van de vrouwen. Bij het verzamelen van gegevens is men echter geneigd de voorkeur te geven aan de medische en biologische informatie, zonder de mogelijke verbanden te onderzoeken tussen de gezondheid en de sociaal-economische (met name het werk of de werkloosheid, de arbeidsduur, de echtelijke situatie, het aantal kinderen enz.) of de milieucontext.

In het buitenland is men zich daarvan hier en daar al wel bewust.

In Canada is sinds 1993 bij Santé Canada (het Canadese ministerie voor Gezondheid) een bureau voor de gezondheid van de vrouwen en de vergelijkende studie van de geslachten opgericht. Dat bureau is voor de federale regering het referentiecentrum voor de gezondheid van de vrouwen. Het geeft advies inzake beleidsmaatregelen, neemt initiatieven ter verbetering van de gezondheid van de vrouwen en ijvert voor een beter begrip van de wijze waarop de sociale context en het biologische geslacht invloed hebben op de gezondheid tijdens het leven. Het bureau schiet het ministerie ter hulp door de uitvoering van de vergelijkende studie van de geslachten te coördineren en stelt verslagen op over het opstellen van wetten, het vaststellen van het beleid en de programma's bij Santé Canada en gaat na hoe daarbij rekening wordt gehouden met de verschillen tussen de geslachten. Via kenniscentra voor de gezondheid van de vrouwen, werkgroepen en het Canadese netwerk voor de gezondheid van de vrouwen, staat het bureau in voor pertinent onderzoek naar het beleid en de verspreiding van informatie. Het staat in voortdurend contact met de provincies en de territoria, de belangrijkste vrouwenverenigingen, de gezondheidsresearchers en andere spelers om de actieve inbreng van vrouwen en mannen bij de verbetering van hun gezondheid en hun welzijn te bevorderen.

(10) <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/hpb-dgps/pppd-dppp/bwhga-bsfacs>.

Par ailleurs, en 1996, la Canada a lancé le Programme de contribution pour la santé des femmes. Ce programme a pour but de combler les lacunes de la recherche sur la santé des femmes de manière à permettre aux intervenants du système de santé de mieux comprendre les questions de santé des femmes et de pouvoir y répondre plus adéquatement. Dans la foulée, ont été créés des Centres d'excellence pour la santé des femmes. Ils constituent « un partenariat multidisciplinaire unique entre les universités, les organismes communautaires et les décideurs » ⁽¹¹⁾.

D'autres pays, tels que l'Irlande, le Portugal, l'Espagne ou la Suisse, ont également déjà créé des cellules officielles travaillant sur la problématique de la santé des femmes.

En Belgique, il n'existe cependant rien de tout cela. S'il est vrai que, au niveau fédéral, l'Institut pour l'Égalité des Femmes et des Hommes œuvre, depuis fin 2002, à la garantie et la promotion de l'égalité des femmes et des hommes, ainsi qu'au combat contre toute forme de discrimination basée sur le sexe, son cadre d'action est particulièrement large et ses moyens d'action ne lui permettent pas de se pencher de manière approfondie – et au-delà de la confection d'un état des lieux ⁽¹²⁾ – sur les questions de santé.

Une proposition de résolution a récemment été déposée au Sénat par Nathalie de T'Serclaes ⁽¹³⁾, Clotilde Nyssens, Anne-Marie Lizin, Sabine de Bethune et Fauzaya Talhaoui à ce propos. Afin de donner plus de force à cette initiative, il conviendrait cependant d'élargir le débat à l'ensemble des assemblées concernées par cette problématique.

La Commission communautaire commune, avec ses différentes compétences en matière de santé, dispose de moyens adéquats pour agir dans ce domaine.

La dispensation des soins dans des structures liées à la Commission communautaire commune, comme les structures hospitalières ou les maisons de repos par exemple, devrait tenir compte, autant que possible, de la sexospécificité.

C'est également au niveau de la sensibilisation et de la prévention que la Commission communautaire commune doit, en collaboration avec d'autres entités fédérées, agir avec force.

(11) http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/women-femmes/contribution_f.html.

(12) Voir la publication de l'Institut « Femmes et hommes en Belgique : statistiques et indicateurs de genre. Edition 2006 », dont le chapitre 11 traite de la santé, pp. 123 à 147.

(13) Proposition de résolution relative à la prise en compte de la dimension du genre en matière de santé et à la création d'une « cellule des femmes » auprès du Service public fédéral Santé publique, document S.3-2103.

In 1996, heeft Canada overigens het programma voor de bijdrage tot de gezondheid van de vrouwen opgezet. Dat programma heeft als doel om de lacunes in het onderzoek over de gezondheid van de vrouwen aan te vullen, zodat de gezondheidsactoren een beter inzicht verwerven in de gezondheidsproblemen van de vrouwen en ze beter kunnen aanpakken. Tegelijk heeft men ook de kenniscentra voor de gezondheid van de vrouwen opgericht. Ze zijn een unieke multidisciplinaire schakel tussen de universiteiten, de communautaire organen en de besluitvormers.

Andere landen zoals Ierland, Portugal, Spanje of Zwitserland hebben ook al officiële diensten opgericht die zich bezighouden met de gezondheid van de vrouwen.

In België is er helemaal niets. Op federaal vlak is er natuurlijk wel het Instituut voor de Gelijkheid van Vrouwen en Mannen, dat sinds 2002 ijvert voor het waarborgen en bevorderen van de gelijkheid tussen vrouwen en mannen en dat strijdt tegen iedere vorm van discriminatie op basis van geslacht. Zijn actieterrein is evenwel bijzonder ruim en de middelen zijn te beperkt om zich diep te buigen over de gezondheidskwesties. Het moet zich beperken tot het opmaken van een stand van zaken ⁽¹²⁾.

Onlangs is daarover in de Senaat een voorstel van resolutie ingediend door Nathalie de T'Serclaes, Clotilde Nyssens, Anne-Marie Lizin, Sabine de Bethune en Fauzaya Talhaoui ⁽¹³⁾. Om het initiatief kracht bij te zetten, zou men het debat evenwel moeten verruimen tot alle assemblees die bij de problematiek betrokken zijn.

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie beschikt over de nodige middelen om op dat vlak iets te doen, aangezien zij verschillende bevoegdheden inzake gezondheid heeft.

De zorgverstrekking in de structuren die ressorteren onder de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, zoals de ziekenhuizen of de rusthuizen, zou in de mate van het mogelijke rekening moeten houden met genderspecifiteit.

Ook inzake bewustmaking en preventie moet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, in samenwerking met andere deelgebieden, vastberaden op het voorplan treden.

(12) Zie de publicatie van het instituut « Vrouwen en mannen in België : statistieken en genre-indicatoren » Uitgave 2006, waarvan hoofdstuk 11 over de gezondheid gaat, blz. 123 tot 147.

(13) Voorstel van resolutie opdat in gezondheidsgebonden materies rekening wordt gehouden met de genderdimensie en tot oprichting van een cel « Gezondheid bij vrouwen » binnen de federale overheidsdienst Volksgezondheid, stuk S.3-2103.

La Commission communautaire commune dispose, avec l'Observatoire de la Santé et du Social, d'un outil extrêmement intéressant. Celui-ci devrait autant que possible prendre en compte ce nouvel aspect de la santé dans ses études et rapports.

La Commission communautaire commune est enfin très active en ce qui concerne la santé mentale. On l'a vu plus haut, les femmes sont beaucoup plus touchées par les dépressions que les hommes. Ce réseau devrait permettre de contribuer à la récolte d'information et à la recherche pour ce qui concerne les différences entre les hommes et les femmes.

Martine PAYFA (F)
Nathalie GILSON (F)

De Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie beschikt met het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn over een zeer interessant instrument. Dat zou in zijn rapporten zoveel mogelijk rekening moeten houden met dat nieuwe aspect van de gezondheid.

Tenslotte doet de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie veel voor de geestelijke gezondheid. Zoals hierboven is gezegd, lijden vrouwen veel meer aan depressies dan mannen. Het netwerk zou moeten bijdragen tot het verzamelen van informatie en het onderzoek naar de verschillen tussen mannen en vrouwen.

PROPOSITION DE RÉOLUTION

relative à la prise en compte de la dimension du genre en matière de santé et à la création d'une cellule « Santé des femmes » au sein de l'administration

L'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune :

Considérant que la dernière décennie a connu une prise de conscience, au niveau international, de la dimension sexospécifique des problèmes de santé;

Considérant que certains pays ont fait écho à cette prise de conscience, en introduisant dans leur législation des instruments spécifiquement destinés à une meilleure connaissance et à une meilleure prise en compte de la différence des sexes en matière de santé;

Considérant que, bien qu'y étant invitée par les instances internationales, la Belgique, n'a pas encore intégré la dimension sexospécifique dans sa politique de santé, ni au niveau fédéral, ni au niveau communautaire;

Demande au Collège réuni de la Commission communautaire commune :

- de procéder systématiquement à une analyse approfondie des politiques en matière de santé sous l'angle du genre dans le but de développer des politiques de santé qui tiennent compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes;
- de prendre en compte les aspects socio-économiques dans la politique de santé et de veiller à la diminution des écarts de santé entre hommes et femmes liés à ces facteurs;
- de soutenir les initiatives qui tiendraient compte de la sexospécificité;
- de créer une cellule « Santé des femmes » au sein de l'administration de la Commission communautaire commune, chargée de coordonner les actions menées en faveur de l'égalité entre les sexes dans le domaine de la santé, dans le but de renforcer la capacité des autorités et des autres institutions publiques à répondre mieux qu'aujourd'hui aux besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé;
- de soumettre à l'Assemblée un rapport annuel faisant état de la situation sur cette problématique;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

betreffende de gendergerelateerde gezondheid en het oprichten van een dienst « Gezondheid van de Vrouwen » in het bestuur

De Verenigde Vergadering van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

Overwegende dat het jongste decennium op internationaal vlak het bewustzijn is gegroeid dat gezondheidsproblemen gendergerelateerd zijn;

Overwegende dat bepaalde landen daarop reageren door in de wetgeving instrumenten op te nemen die bedoeld zijn om de verschillen inzake gezondheid tussen de geslachten beter te leren kennen en er rekening mee te houden;

Overwegende dat België, op federaal niveau en op het niveau van de Gemeenschappen in zijn gezondheidsbeleid nog altijd geen rekening houden met het genderaspect, ook al worden ze daar door de internationale instellingen om verzocht;

Vraagt het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie :

- systematisch een diepgaande analyse uit te voeren van het gezondheidsbeleid, vanuit het genderoogpunt, en aldus een gezondheidsbeleid te ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke noden van vrouwen en mannen;
- rekening te houden met sociaaleconomische aspecten in het gezondheidsbeleid en te zorgen voor een afname van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen die met die aspecten samenhangen;
- initiatieven te steunen die rekening houden met genderspecificiteit;
- binnen het bestuur van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, een dienst « Gezondheid van de Vrouwen » op te richten, belast met de coördinatie van de acties voor de gelijkheid tussen de geslachten op het vlak van de gezondheid, om de overheid en andere openbare instellingen beter dan thans het geval is te laten inspelen op de specifieke noden van mannen en vrouwen inzake gezondheid;
- de assemblee een jaarverslag voor te leggen met een stand van zaken in de problematiek;

- d'élaborer, en concertation avec d'autres entités compétentes en la matière, des programmes de sensibilisation qui tiennent compte de la sexospécificité.

Martine PAYFA (F)
Nathalie GILSON (F)

- in overleg met andere bevoegde gezagsniveaus, bewustmakingsprogramma's op te zetten die rekening houden met genderspecificiteit.

