

SÉNAT DE BELGIQUE

SESSION DE 2006-2007

6 MARS 2007

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 » auprès du Service public fédéral Santé publique

(Déposée par Mme Nathalie de T' Serclaes et consorts)

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 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 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

(1) www.iph.fgov.be

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

BELGISCHE SENAAAT

ZITTING 2006-2007

6 MAART 2007

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

(Ingediend door mevrouw Nathalie de T' Serclaes c.s.)

TOELICHTING

De oprichtingsakte van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) stelt als principe dat « The enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being without distinction of race, religion, political belief, economic or social condition. »

Zestig jaar na de goedkeuring van deze tekst wordt steeds algemener erkend dat de gezondheid van mannen en die van vrouwen door andere factoren wordt bepaald. Rekening houden met genderspecificiteit op het vlak van gezondheid is van wezenlijk belang.

Met de resultaten van de jongste gezondheidsenquête door middel van interview (uitgevoerd in 2004, resultaten gepubliceerd in 2006) (1), toont het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid (2) aan dat er duidelijke verschillen bestaan tussen mannen en vrouwen. Het blijkt dat vrouwen vaker door bepaalde aandoeningen worden getroffen, zoals migraine (9 % tegenover 3,7 % van de mannen), depressie (9,7 % tegenover 5,7 % van de mannen), poliartritis (3 keer

(1) www.iph.fgov.be

(2) Het WIV hangt af van de FOD Volksgezondheid.

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) (1) 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 atteintes 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 d'indépendance.

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 » (2). 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.

Face à la prise de conscience générale de la dimension sexospécifique de la santé, l'OMS s'est fixée pour politique et comme règle de bonne pratique de santé publique d'adopter une démarche respectueuse de la différence des 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

meur dan mannen) of anorexia (waar voornamelijk pubermeisjes door worden getroffen).

De vorige enquête (uitgevoerd in 2001, resultaten gepubliceerd in 2002) (1), had ook al systematische verschillen tussen mannen en vrouwen aangetoond, met name op het vlak van psychische gezondheid. Dat jaar verklaarden 20 % van de mannen en 29 % van de vrouwen psychische problemen te hebben. Het feit dat vrouwen zoveel verschillende rollen vervullen maakt hen immers gevoeliger voor dit soort problemen. Zij lijden veel vaker aan angsten, depressies en de gevolgen van seksueel of huiselijk geweld. Het onderzoek toonde ook nog aan dat van de 34 mogelijke aandoeningen 26 het vaakst voorkwamen bij vrouwen.

Het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid toont eveneens aan dat schildklieraandoeningen voorkomen bij 80 % van de vrouwen, dat vrouwen dubbel zo vaak als mannen lijden aan fobieën (genetische en hormonale factoren worden onderzocht als oorzaken), dat een vrouw op 3 ouder dan vijftig jaar een breuk oploopt ten gevolge van osteoporose (tegenover een man op 5) of nog dat een vrouw op 3 lijdt aan stress (tegenover een man op 5).

Er moet ook nog op worden gewezen dat vrouwen gemiddeld 6 jaar langer leven dan mannen en dat zij met het ouder worden ook vaak door ernstige ziektes worden getroffen. Vanuit biologisch standpunt zijn vrouwen immers meer dan mannen vatbaar voor bepaalde ziekten die tot invaliditeit leiden, zoals reumatoïde artritis, osteoporose of de ziekte van Alzheimer. Het levenseinde staat vaak in het teken van chronische ziekten, handicaps en problemen om nog zelfstandig te functioneren.

In 2004 heeft de Franstalige Vrouwenraad van België (CFFB) op een colloquium Franse artsen uitgenodigd, het echtpaar Daniel en Carole Sereni, auteurs van het werk « On ne soigne pas les hommes comme les femmes » (2). In hun uiteenzetting haalden zij bepaalde thema's aan: hoe vrouwen en mannen anders omgaan met pijn, hoe medisch onderzoek meestal op mannen wordt verricht, hoe de omvang van cardiovasculaire aandoeningen bij vrouwen wordt onderschat, enz.

Doordat algemeen wordt erkend dat gezondheid deels geslachtsgebonden is, heeft de WHO er in haar beleid voor gekozen om als gedragsregel inzake volksgezondheid steeds te vertrekken vanuit een benadering die de genderverschillen respecteert. Dat ligt dus in de lijn van de beslissing die binnen de Verenigde Naties is genomen om rekening te houden

(1) www.iph.fgov.be

(2) Ed. Odile Jacob, 2002, 198 p.

(1) www.iph.fgov.be

(2) Ed. Odile Jacob, 2002, 198 blz.

système des Nations unies, de tenir compte des différences entre les sexes, 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 (1).

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 » (2).

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 États 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 » (3).

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 » (4). Son indicateur sera la proportion des États membres et d'autres partenaires de santé qui utilisent un ou plusieurs instruments de l'OMS pour intégrer la parité des sexes dans l'élaboration des politiques, stratégies et programmes de santé.

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

(1) 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.

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

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

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

met de genderverschillen, om er in alle programma's en beleidsopties van de organen van de Verenigde Naties dus voor te zorgen dat de geslachten gelijkwaardig behandeld worden (1).

In het Proposed Programme Budget 2002-2003 had de WHO immers gesteld « to support and facilitate the development of policies, strategies and interventions that effectively address high-priority and neglected health needs of women throughout the life cycle, and improve women's access to good-quality health care information and services. » (2)

In het Proposed Programme Budget 2004-2005, worden de middelen voor gezondheid van vrouwen aangewend « to support Member States in the development of policies, strategies and interventions that effectively address high-priority and neglected health issues of women throughout the life span, and in the creation of a body of evidence on the impact of gender on health and of tools, norms and standards to improve gender responsiveness of health interventions and promote gender equity in health. » (3)

In het Proposed Programme Budget 2006-2007 ten slotte verwoordt de WHO haar doelstelling als volgt : « To integrate gender considerations into health policies, programmes and research in order to address issues of gender inequality and inequity and to alleviate its impact on health. » (4) De indicator is het aantal lidstaten of andere gezondheidspartners die een of meerdere WHO-instrumenten gebruiken om de gelijkwaardigheid van de geslachten te integreren in hun gezondheidsbeleid, -strategieën en -programma's.

Ook de Raad van Europa heeft zich over de vraag gebogen. Op 23 en 24 maart 2006 is in Straatsburg een comité van deskundigen samengekomen over hoe in gezondheidsacties rekening kan worden gehouden met de eigenheden van vrouwen en mannen. Het ontwerp van aanbevelingen van het ministercomité dat daaruit is gevolgd, omvat met name de volgende aanbevelingen voor de regeringen van de lidstaten :

(1) Verklaring van de directeur-generaal.

(2) WHO, Proposed Programme Budget Budget 2002-2003, part II : Strategic Orientations 2002-2003 by area of work, blz. 56.

(3) WHO, Proposed Programme Budget Budget 2004-2005, part II : Strategic Orientations 2004-2005 by area of work, blz. 50.

(4) WHO, Proposed Programme Budget Budget 2006-2007, part II : Strategic Orientations 2006-2007 by area of work, blz. 81.

« 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 » (1).

Force est toutefois de constater que, s'il est vrai qu'ont récemment été lancées, au niveau national (accords de coopération), des campagnes de prévention des cancers spécifiques aux femmes (cancer du sein et cancer du col de l'utérus), il n'existe toutefois aujourd'hui, en Belgique — pays membre de l'OMS et du Conseil de l'Europe, faut-il le rappeler ! —, 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.

De même, comme les maladies coronariennes sont considérées comme des pathologies masculines, les travaux de recherche ne sont menés presque que sur

(1) 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'expert sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités des hommes et des femmes, annexe III, p. 17 (version en projet).

« 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 » (1).

Er zijn in België weliswaar onlangs op nationaal niveau (samenwerkingsakkoorden) preventiecampagnes opgestart voor kankers die specifiek vrouwen treffen (borstkanker en baarmoederhalskanker) maar toch bestaat er in ons land — dat *nota bene* lid is van de WHO en van de Raad van Europa — geen beleid dat zich toespitst op het wegwerken van de ongelijkheid inzake gezondheid tussen mannen en vrouwen.

Met name op het vlak van onderzoek is het echter erg belangrijk dat rekening wordt gehouden met de genderspecificiteit. Uit studies blijkt immers dat voor proeven het vaakst met mannelijke proefpersonen wordt gewerkt, zodat het onderzoek niet in verhouding staat tot de pathologieën waar vrouwen door worden getroffen. Dat vrouwen zo weinig worden betrokken bij wetenschappelijk onderzoek wordt traditioneel gerechtvaardigd vanwege de variaties wegens de cycli waardoor de resultatenanalyse bemoeilijkt wordt of vanwege de risico's bij een eventuele zwangerschap.

Dit is echter opvallend aangezien bijvoorbeeld 70 % van de depressies voorkomen bij vrouwen maar het meeste onderzoek ter zake wordt uitgevoerd op mannen. Medicijnen die grotendeels op mannen zijn getest, worden vervolgens onder dezelfde voorwaarden gegeven aan vrouwen.

Hoewel geweten is dat vrouwen anders reageren op medicijnen dan mannen, omdat het lichaam van vrouwen medicijnen op een andere manier opneemt dan het lichaam van mannen, worden aan vrouwen toch medicijnen voorgeschreven die nooit op vrouwen zijn getest.

In dezelfde logica worden kransslagaderaandoeningen als typisch mannelijke aandoeningen beschouwd en wordt het onderzoek ernaar bijna uitsluitend op

(1) Verslag van de vergadering van het Comité européen de la santé van de Raad van Europa, met betrekking tot de vergadering van 23 en 24 maart 2006 van het Comité van Experts « sur la prise en compte dans les actions de santé des spécificités des hommes et des femmes », bijlage III, blz.17 (ontwerpersie).

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'étendue du phénomène.

La dimension du genre devrait, par conséquent, être totalement intégrée dans la recherche médicale et la formation à la profession médicale.

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 fait barrage 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 socio-économique (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 » (1).

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

mannen verricht. Daarbij wordt vergeten dat deze ziekten ook de grootste doodsoorzaak zijn bij vrouwen in de menopauze.

Eetstoornissen (boulimie en anorexia) zijn een ander voorbeeld. Deze stoornissen komen voornamelijk bij vrouwen voor en hangen samen met een hoog sterftecijfer, maar toch ontbreken de statistieken over de verspreiding van het fenomeen.

De genderdimensie zou dan ook volledig moeten worden geïntegreerd in het medisch onderzoek en in de opleiding geneeskunde.

Hetzelfde geldt ongetwijfeld voor andere domeinen dan het onderzoek. Eenzelfde bijzondere aandacht moet gaan naar de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor vrouwen. De vervrouwelijking van de armoede en de kwetsbare beroepen houdt de verbetering van de gezondheid van vrouwen tegen. Met de beschikbare gegevens is men echter geneigd dit te wijten aan medische en biologische factoren, zonder de mogelijke verbanden te erkennen tussen gezondheid en sociaaleconomische omgeving (werken of werkloos zijn, arbeidsduur, burgerlijke stand, aantal kinderen, enz.) of leefmilieu.

In het buitenland wordt dit vaak wel begrepen.

Met name in Canada werd in 1993 een Bureau of women's Health and Gender Analysis opgericht binnen het Canadese ministerie voor volksgezondheid. Dat bureau is het referentiecentrum voor de gezondheid van vrouwen voor de Canadese federale regering. Het verschaft beleidsadviezen en leidt initiatieven voor de verbetering van de gezondheid van vrouwen en voor een beter begrip van de wijze waarop de sociale en biologische sekse de gezondheid tijdens de hele levensloop beïnvloedt. Door de coördinatie van het genderonderzoek zorgt het Bureau ervoor dat het ministerie van gezondheid van Canada zijn beleid ter zake kan verbeteren. Het stelt ook rapporten op over de uitwerking van wetten, beleidslijnen en programma's waarin rekening wordt gehouden met de genderverschillen. Via centres of excellence voor de gezondheid van vrouwen, werkgroepen en het Canadees netwerk voor de gezondheid van vrouwen, voert het Bureau ook relevant onderzoek op het vlak van informatiebeleid en -verspreiding. Het onderhoudt voortdurend betrekkingen met de provincies en de territoria, de belangrijkste vrouwenorganisaties, de onderzoekers op het gebied van gezondheid en andere actoren teneinde de actieve deelname van vrouwen en mannen aan de verbetering van hun gezondheid en welzijn te bevorderen (1).

(1) <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» (1).

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.

Rien de tout cela en Belgique ... S'il est vrai que 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'actions ne lui permettent pas de se pencher de manière approfondie — et au-delà de la confection d'un état des lieux (2) — sur les questions de santé.

À une demande d'explication récemment déposée par la sénatrice de T' Serclaes, le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a notamment répondu, le 14 décembre 2006, que «la question de la prise en compte du genre en matière de santé est une problématique tout à fait spécifique qui nécessite une étude approfondie de la question» et que cette problématique «s'inscrit dans le cadre de «l'année européenne de l'égalité des chances pour tous — Vers une société plus juste» telle qu'envisagée par l'Union européenne pour l'année 2007» (3).

Nathalie de T' SERCLAES.
Clotilde NYSENS.
Anne-Marie LIZIN.
Sabine de BETHUNE.
Fauzaya TALHAOU.

*
* *

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

(2) 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

(3) Question écrite n° 3-6438 de Mme Nathalie de T' Serclaes (Questions et Réponses n° 3-82).

Bovendien heeft Canada in 1996 een programma voor de bijdrage aan de gezondheid van vrouwen opgestart. Het programma is bedoeld om leemtes in het onderzoek naar de gezondheid van vrouwen aan te vullen teneinde de gezondheidsproblemen van vrouwen voor de gezondheidszorgverleners duidelijker te maken en er makkelijker te kunnen op reageren. Tegelijk zijn ook de Centres of Excellence voor de gezondheid van vrouwen opgericht. Zij zijn een unieke multidisciplinaire samenwerkingsvorm tussen universiteiten, gemeenschapsorganen en beleidsvoerders (1).

Andere landen, zoals Ierland, Portugal, Spanje en Zwitserland hebben ook al officiële cellen opgericht voor de problematiek van de gezondheid van vrouwen.

In België is echter nog niets gebeurd. Het Instituut voor de Gelijkheid van vrouwen en mannen ijvert sedert eind 2002 voor het waarborgen en stimuleren van gelijkheid tussen vrouwen en mannen en bestrijdt discriminatie op basis van geslacht, maar het werkterrein is erg ruim en de actiemiddelen laten niet toe dat het instituut zich diepgaand — dus verder dan het opmaken van een stand van zaken (2) — bezighoudt met gezondheidszaken.

Op een recente schriftelijke vraag van mevrouw de T' Serclaes antwoordde de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 20 december 2006: «De kwestie van in het gezondheidsbeleid rekening te houden met gender, is een zeer specifiek probleem waarover een grondige studie moet worden uitgevoerd. (...) Dit kadert eveneens binnen het «Europees jaar van gelijke kansen voor iedereen — naar een rechtvaardige samenleving» dat de Europese Unie voor ogen heeft voor het jaar 2007.» (3)

*
* *

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

(2) Zie de publicatie van het instituut «Vrouwen en mannen in België. Genderstatistieken en genderindicatoren — editie 2006», waarvan hoofdstuk 11 betrekking heeft op gezondheid, blz. 123 tot 147.

(3) Schriftelijke vraag nr. 3-6438 van mevrouw de T' Serclaes (Vragen en Antwoorden nr. 3-82).

PROPOSITION DE RÉOLUTION

Le Sénat,

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

B. 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 une meilleure prise en compte de la différence des sexes en matière de santé;

C. Considérant que, bien qu'y étant invitée par les instances internationales, la Belgique n'a, pour sa part, pas encore intégré la dimension sexospécifique dans sa politique de santé.

Demande au gouvernement :

1. de procéder à une analyse approfondie des politiques en matière de santé sous l'angle du genre et dans le but de développer des politiques de santé qui tiennent compte des besoins spécifiques des hommes et des femmes en matière de santé;

2. d'élaborer, sur la base de données fiables et mises à jour, des indicateurs de comparaison des inégalités entre hommes et femmes dans le domaine de la santé;

3. de prendre en compte les aspects socio-économiques et environnementaux dans la politique de santé et de veiller à la diminution des écarts de santé entre hommes et femmes liés à ces facteurs;

4. de mettre en place des programmes de recherche qui tiennent compte de la sexospécificité et qui sont non seulement axés sur les traitements, mais également sur les causes des maladies (socio-économiques, environnementales, etc.);

5. de créer une cellule « Santé des femmes » au sein du SPF Santé publique, 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.

25 janvier 2006.

Nathalie de T' SERCLAES.
Clotilde NYSSSENS.
Anne-Marie LIZIN.
Sabine de BETHUNE.
Fauzaya TALHAOUI.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

De Senaat,

A. Overwegende dat het jongste decennium op internationaal vlak het bewustzijn is gegroeid dat gezondheidsproblemen een genderdimensie hebben;

B. Overwegende dat bepaalde landen hierop 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;

C. Overwegende dat België in zijn gezondheidsbeleid nog geen rekening houdt met het genderspect, ook al wordt het daar door de internationale instellingen toe uitgenodigd.

Vraagt de regering :

1. over te gaan tot een diepgaande analyse van het gezondheidsbeleid vanuit het genderoogpunt om zodoende een gezondheidsbeleid te ontwikkelen dat rekening houdt met de specifieke noden van vrouwen en mannen ter zake;

2. op basis van betrouwbare en bijgewerkte gegevens indicatoren te bepalen voor de vergelijking van ongelijkheden tussen mannen en vrouwen op gezondheidsvlak;

3. rekening te houden met sociaaleconomische en milieuaspecten in het gezondheidsbeleid en te zorgen voor een afname van de gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen die daarmee samenhangen;

4. onderzoeksprogramma's op te starten die rekening houden met genderspecificiteit en niet enkel gericht zijn op de behandeling maar ook op de oorzaken van ziekten (sociaaleconomische, milieugebonden, ...);

5. een cel « Gezondheid bij vrouwen » op te richten binnen de FOD Volksgezondheid, voor de coördinatie van acties voor de gelijkheid tussen de geslachten op het vlak van gezondheid, om de overheid en andere openbare instellingen beter te laten inspelen op de specifieke noden van mannen en vrouwen inzake gezondheid.

25 januari 2006.