



Organisation mondiale de la Santé

a7326
EDM/DAP/2001.1
Original: Français
Distribution: Limitée ✓

Introduction de la perspective genre dans les programmes nationaux de médicaments essentiels

Jeanne Bisilliat, anthropologue



Février 2001

**Département des Médicaments essentiels et politiques pharmaceutiques
Organisation mondiale de la Santé**

© Organisation mondiale de la Santé 2001

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public, et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé.
Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.
Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit – électronique, mécanique ou autre – sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans le document par les auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Remerciements

L'auteur remercie pour leurs commentaires et suggestions constructives dans la révision de ce document : d'une part C. Verschuur (Programme Genre, Institut Universitaire d'Études du Développement, Genève) et C. Vlassoff (Agence canadienne de développement international, Hull, Québec), et d'autre part C. Garcia Moreno (Choix des interventions : efficacité, qualité, coûts, égalités femmes – hommes, et éthique, OMS) et au sein du Programme des Médicaments essentiels et Politique pharmaceutique, G. Baghdadi et G. Velásquez.

Table des matières

Préambule	1
Notion de genre	3
Relations de genre et de santé	7
Fécondité	7
Malnutrition.....	9
Santé mentale.....	11
Le pouvoir : dénominateur commun des relations de genre et des systèmes de santé	13
Relations de genre et médicaments	15
Question de statistiques et de données.....	15
Rôle des femmes dans la fourniture des soins de santé	16
Les femmes utilisatrices des médicaments.....	17
Pauvreté, femmes et médicaments	19
Achat des médicaments et relations de genre.....	21
L'automédication.....	22
Propositions : politiques et recherches	25
Politiques générales	25
Politiques pragmatiques	26
Recherches institutionnelles	27
Recherches biomédicales.....	28
Recherches sociologiques.....	29
Des recherches appliquées.....	29
Des recherches de type fondamental	29
Conclusion	31
Bibliographie	33

Abréviations

DIU	dispositif intra-utérin
FMI	Fonds monétaire international
MSF	Médecins sans Frontières
MST	maladie sexuellement transmissible
PAS	programme d'ajustement structural
PIB	produit intérieur brut
PNUD	Programme des Nations unies pour le développement
SIDA	syndrome d'immunodéficience acquise
SSP	soins de santé primaires
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance

Préambule

Les médicaments constituent une des premières réponses à la maladie. Probablement depuis que le monde est monde, l'être humain a un besoin ontologique d'avoir un médiateur — le thérapeute — et une substance médiatisante — le médicament — pour écarter de lui la maladie, signe de la mort. De tout temps aussi, le médicament a été payé, qu'il soit de nature spirituelle ou matérielle. C'est vraisemblablement notre naïveté ethnocentrique liée à l'image du « bon sauvage » encore prégnante qui nous fait croire que les soins traditionnels étaient gratuits. Inscrit dans un système de dons contre-dons ou dans un échange monétaire — cauris ou dollars — le médicament qui promet la guérison, la fait espérer, a un prix fixé par la société. « ... le paysan quitte lentement le quartier commerçant et, en longeant le ruisseau, retourne vers les hauteurs de Paklarev. D'un côté, dans sa poitrine il a sa douleur persistante; de l'autre côté, dans sa poche, la poudre de Mordo (nom du tradipraticien) enveloppée de papier bleu. Et, répandue dans tout son être, une autre douleur bien distincte, celle que lui causent le regret d'avoir jeté son argent, le doute et la crainte d'avoir été trompé. Il marche droit vers le couchant, l'air absent et découragé, car il n'est pas de créature plus désemparée et plus pitoyable qu'un paysan malade » (Andric, 1987).

Par ailleurs, et comme une confirmation : « les médicaments constituent la part la plus importante du budget santé des individus et des ménages. Une étude réalisée au Mali a révélé que les ménages consacrent 80% de leur budget santé aux médicaments modernes, contre 13% à la médecine traditionnelle... En Côte d'Ivoire et au Pakistan, plus de 90% des dépenses de santé des ménages sont consacrées aux médicaments. Les médicaments ou les produits traditionnels représentent 62% du coût d'un traitement complet au Burkina Faso » (OMS, 1997).

Et pourtant, dans l'énorme littérature consacrée à la santé et aux médicaments, on ne trouve qu'un nombre limité d'études sur l'accès des femmes et/ou des hommes aux médicaments; en revanche, on parle de l'accès de « la population » ou d'un groupe spécifique, le plus souvent celui des femmes et des enfants, aux soins de santé. Ces derniers impliquent, bien évidemment, les médicaments mais les uns ne recouvrent pas les autres. Les médicaments sont des objets concrets face à la notion abstraite de la santé : parler au neutre pluriel de personnes, de population et de leur insertion dans les systèmes de santé n'est-il pas, d'une certaine manière, un moyen de gommer l'humain, de maintenir « la souffrance à distance » (Boltanski, 1993). Ces études sont possibles et nécessaires si l'on veut traiter de la globalité des problèmes posés par la maladie et son traitement.

Néanmoins, en même temps que nos connaissances se développent, elles se heurtent — contradiction apparente — à un besoin d'approfondir, d'explorer les relations entre le général et l'individuel. L'anthropologie médicale apporte quelques réponses à cette exigence mais cela reste insuffisant; les différents spécialistes de la santé et des sciences sociales doivent travailler ensemble pour mieux décrypter les imbrications, les interrelations positives et négatives entre

malades et maladie, entre malades et soignants afin de les interpréter et de les prendre en compte. Si « l'individu s'individualise et les références se planétarisent » (Hours, 1995), les références doivent également obéir à la loi de l'individualisation et retrouver les fondements de la diversité humaine.

C'est dans ce double mouvement que s'inscrit la volonté de l'OMS de chercher à savoir comment introduire la perspective du genre dans les programmes nationaux de médicaments essentiels. Cependant il faudra, au préalable, se demander pourquoi cette volonté apparaît-elle ?

L'objectif principal de ce document est de fournir un cadre conceptuel explicatif de la situation des femmes et des hommes vis-à-vis de la santé et plus particulièrement des médicaments. Néanmoins, si les médicaments sont au centre de cette étude, ils sembleront recevoir paradoxalement une attention minimale, mais ceci seulement d'un point de vue nominaliste. En effet :

- si les pratiques relatives à la maladie, donc l'emploi des médicaments, sont indissociables « d'un système symbolique articulé » et que « les discours qui les sous-tendent participent de théories générales qui ordonnent les symboles servant à penser le social dans son ensemble » (Augé, 1986);
- si le rôle des médicaments dans la santé est fondamental mais s'accompagne d'un nombre limité de données sur les usages qu'en font les femmes et les hommes;

il apparaît que la seule méthode pertinente pour traiter le sujet soit de comprendre, avant tout, le contexte global — culturel, social, économique — dans lequel les médicaments se déploient et à partir duquel on pourra raisonnablement émettre des hypothèses de travail.

On ne trouvera donc pas une nouvelle énumération des problèmes de la santé féminine, mais plutôt, en voulant dépasser la mode terminologique de l'usage du mot genre, une certaine manière d'ordonner les faits. Ainsi, tout en reconnaissant la légitimité et la nécessité des mesures actuelles, immédiates, ponctuelles, sectorielles, on essaiera de montrer que l'emploi de la notion de genre débouche, en fait, sur une reconsidération des actions à prendre, à moyen et long termes, dans une approche résolument globale : « ce ne sont pas les informations qui nous font défaut. Ce qui nous manque, c'est le courage de comprendre ce que nous savons et d'en tirer les conséquences » (Lindqvist, 1999).

Notion de genre

Le genre, dans sa définition la plus concise, veut dire le sexe socialement construit, qu'il soit féminin ou masculin. C'est dans les années 70 que les féministes anglo-saxonnes commencent à utiliser les termes genre/rerelations de genre. On passe ainsi de « l'étude de la différence sexuelle... à celle des rapports entre les sexes, dans le double sens de rapport social et de relation conceptuelle » (Hurtig, Kail et Rouch, 1991). Le terme genre va connaître, à partir des années 80 (Conférence de Nairobi, 1985) un développement foudroyant dans les pays anglo-saxons, latino-américains mais aussi dans toutes les organisations internationales; adhésion facilitée par la tenue successive des grandes Conférences internationales du Caire (1994) et de Beijing (1995) au cours desquelles le terme s'impose définitivement. Mais, si l'on pense au contenu subversif de la notion de genre, on doit s'étonner de cet engouement. Il faut donc apporter quelques réserves et faire remarquer que, trop souvent, le mot est simplement utilisé comme synonyme de celui de femme, ou de sexe féminin; cet emploi non pertinent consiste justement à masquer, à gommer quelque peu celui de sexe. On peut donc suspecter, à juste titre semble-t-il, que ce soit ce contenu adouci, presque « assoupi » du terme qui, en lui ôtant beaucoup de sa force épistémologique et idéologique, autorise son usage immodéré.

C'est pourquoi il est important de préciser les implications les plus fondamentales de la définition fournie ci-dessus car ce sont elles qui guideront et orienteront la réflexion de ce travail.

La notion de genre implique :

- le rejet du déterminisme biologique, sous-jacent dans le mot sexe et dans l'expression « inégalité sexuelle », qui apparaît comme « un alibi idéologique pour le maintien de la domination, l'alibi de la nature » (Hurtig, Kail et Rouch, 1991). Les femmes ne sont pas plus dans la nature et pas moins dans la culture que les hommes;
- le regroupement de toutes les différences constatées entre les hommes et les femmes, qu'il s'agisse des différences individuelles, des rôles sociaux ou des représentations culturelles, c'est-à-dire le regroupement de tout ce qui est variable et socialement déterminé;
- la non-homogénéité de la catégorie femme qui est traversée par des différences de classe, d'ethnie et d'âge;
- l'asymétrie fondamentale et la hiérarchie entre les deux groupes, les deux sexes, les deux genres — l'un dominant, l'autre dominé — qui fondent le pouvoir masculin;
- l'absolue nécessité de considérer, quel que soit le problème, les hommes en relation avec les femmes, que ces relations soient complémentaires ou conflictuelles. C'est dans les relations de genre que le pouvoir intervient, sous

ses formes les plus violentes ou les plus ténues, et qu'il doit être explicité si l'on veut comprendre la complexité des situations. On reviendra souvent, et plus en détail, sur ce fait que les relations de genre sont des relations de pouvoir car c'est un des principaux facteurs structurants de l'accès des femmes à la santé et aux médicaments.

Le genre implique un savoir sur la différence sexuelle or le savoir est aussi une manière d'ordonner le monde, inséparable de l'organisation sociale de la différence sexuelle; mais le savoir, comme le pouvoir dont il est l'un des fondements, n'est ni fixe, ni fini, il est variable et sujet à d'innombrables changements. Il en est de même pour les complémentarités et les oppositions entre les genres qui peuvent se transformer et s'inscrire dans le changement social.

Le genre est donc une notion essentiellement dynamique permettant de remettre en question l'apparente immuabilité des rôles sociaux. Malgré ces avancées théoriques les femmes continuent à être placées, implicitement, dans la catégorie de la nature — l'instinct, le sentiment, l'irrationalité — au contraire des hommes, placés dans la catégorie de la culture — la réflexion, l'abstraction d'un système mental. Un exemple récent montre bien la force diffuse de ce type de stéréotypes : le 16 avril 1999, un reporter de France Inter parlait ainsi d'un groupe de réfugiés « des femmes qui pleurent, des enfants qui ont faim, des hommes humiliés »; le choix des mots, même s'il est inconscient, n'est pas innocent.

Il faut préciser deux points sur cette structure inégalitaire dans laquelle s'inscrivent les relations de genre :

- Cette inégalité, cette subordination quasiment universelles n'ont pu perdurer depuis de si longs siècles que dans la mesure où chaque société a su élaborer des types d'éducation qui produisent chez les femmes une soumission culturelle librement consentie. « L'habitude qui exerce en toutes choses un si grand pouvoir sur nous, a surtout celui de nous apprendre à servir et, comme on le raconte de Mithridate, qui finit par s'habituer au poison, celui de nous apprendre à avaler le venin de la servitude sans le trouver amer » (La Boétie).
- La construction sociale de cette soumission que l'on appelle nature (la nature féminine) est si achevée que, par exemple, des femmes qui effectuent 10 à 12 heures par jour de travail reproductif et productif non salarié — les paysannes, les commerçantes urbaines du secteur informel — se déclarent, lors des enquêtes de recensement, ménagères c'est-à-dire classées improductives, selon les catégories encore en vigueur; or, on sait que ce travail assure en fait, et de plus en plus, la survie familiale. L'excision est un autre exemple montrant comment les femmes librement soumises acceptent la mutilation génitale et la souffrance afin de satisfaire aux normes et à la symbolique sociales. Mais, il est bon de ne pas l'oublier, les hommes, eux aussi, reçoivent depuis leur plus jeune âge un apprentissage de la domination et sauront l'exercer aussi « naturellement » que les femmes la subissent. La soumission doit être considérée comme un opérateur logique de l'ordre culturel; c'est ainsi que l'ordre social se constitue et se reproduit au travers d'une permanence de valeurs et de représentations encore influentes de nos jours et dont la déconstruction idéologique est loin d'être achevée.

- Les femmes, certes, sont subordonnées, soumises, exclues plus ou moins partiellement selon les pays de l'économique, du juridique, du religieux, du politique. Il faut néanmoins se garder de les ériger en victimes, et seulement en victimes, quelle que soit la violence du système social qui les opprime. Elles savent et ont toujours su se défendre, inventer des parades, des stratégies qui leur accordent un espace de négociation et de liberté relative. Ce qui doit retenir l'attention c'est que les femmes, acculées à des situations difficiles, mais responsables de la survie quotidienne des enfants, des vieilles personnes, ne désespèrent pas et se battent, trouvant de nouvelles réponses, inventant de nouvelles solutions, se regroupant avec d'autres femmes pour mieux organiser leur quotidien : crèches, garderies alternatives, nouvelles recompositions familiales (sœurs, mères et filles par exemple), nouvelles activités économiques (organisation du ramassage d'ordures). Aux crises qui les frappent, aux changements socio-économiques qui accentuent leur exclusion, elles ne cherchent pas une réponse dans la tradition mais au contraire dans la modernité. Bien sûr, ce ne sont pas toutes les femmes qui réagissent ainsi mais un grand nombre d'entre elles. A l'opposé, de nombreux hommes affrontés à une situation qui mine leur autorité (chômage, accident du travail) adoptent trop souvent une conduite de fuite en avant, dans l'alcoolisme, la violence ou l'abandon. Si, dans l'adversité, la femme tout en étant éduquée à la soumission se bat et résiste, même au prix de grandes souffrances, l'homme éduqué à la domination ne sait comment réagir à des situations qui le privent de son « autorité naturelle ». Ce problème est assez grave, même si les études sur le sujet sont encore rares, pour que de nombreuses organisations de développement commencent à s'en préoccuper, se demandant de plus en plus fréquemment comment responsabiliser les hommes.

Relations de genre et de santé

Les sciences ont été, jusqu'à présent, marquées par un biais andropocentrique désormais reconnu par tous. Dès lors que les relations de genre introduisent nécessairement les femmes dans la description des faits sociaux, elles en complexifient l'analyse. En effet « il faut questionner les découpages à l'œuvre tant dans la définition et la délimitation des problématiques scientifiques que dans la perception spontanée des activités humaines : le monde du travail opposé au monde familial, le politique synonyme de partisan, et plus généralement les équations féminin/reproduction/monde privé et masculin/production/sphère publique » (Defossez, Fassin et Viveros, 1992).

Alors que dans le préambule, on écrivait qu'il y a aussi peu de données concernant l'accès des femmes que celui des hommes aux médicaments, il n'en n'est pas de même pour la santé. Dans ce domaine, il existe au contraire un très grand nombre d'études médicales et sociologiques sur femmes et santé dont la majorité écrasante est consacrée à la santé génésique des femmes ce qui semble justifié à première vue; la reproduction n'est-elle pas un impératif absolu pour n'importe quel groupe humain à l'instar de n'importe quelle espèce animale ?

Mais la justesse de cette raison ne doit pas faire oublier que l'accent massif mis sur la santé reproductive des femmes renvoie également à une double inégalité des relations de genre.

Fécondité

La première inégalité s'enracine dans le fait, biologique puis symbolique, de la reproduction et de la maternité. La différenciation procréatrice entre les hommes et les femmes s'est toujours constituée, dans toutes les sociétés, en enjeu de pouvoir. La culture, la société, la religion ont constamment voulu contrôler la fécondité des femmes non seulement au travers de règles et de coutumes, voire l'excision par exemple, mais aussi de systèmes de pensée très élaborés qui « justifient » l'infériorité féminine par sa soi-disant immersion dans la nature. On est confronté ici à un paradoxe puissant : la maternité présentée comme « une donnée immédiate de la féminité » (Mathieu, 1985) implique que les femmes fabriquent le matériel social tout en restant exclues de la société. La maternité représente une réalité essentielle que les hommes ont toujours voulu maîtriser car elle est liée à la filiation, c'est-à-dire à l'ordre social. La dévalorisation de la capacité naturelle des femmes à faire des enfants s'est donc doublée, par efficacité sociale, d'une survalorisation de la maternité, au plan du discours, qui renforce chez les femmes le sens des devoirs familiaux, de la responsabilité et du dévouement. Non seulement les femmes acceptent ce fait mais elles le revendiquent car c'est pour elles la seule source d'identité positive face à la société. Pour être reconnue socialement une femme doit être mère et cela perdure encore dans la majorité des sociétés. C'est « l'exercice social de la maternité » (Tabet, 1995) auquel les femmes ont été éduquées qui explique qu'elles

intériorisent la croyance valorisante d'être les seules responsables biologiques mais aussi sociales des enfants.

La deuxième inégalité repose sur le fait que le contrôle de la fécondité ne s'exerce pas seulement à l'intérieur de chaque famille dans une société donnée mais également de façon plus globale, au niveau mondial, au travers des politiques de population.

Cette double imposition du pouvoir masculin rend compte des difficultés et du temps nécessaire, 30 ans environ, pour que les femmes aient réussi à faire reconnaître la notion de droits reproductifs. La Conférence du Caire (1994) déclare dans son Programme d'Action que les femmes doivent pouvoir « effectuer des choix, sans discrimination, coercition ou violence » dans le but d'atteindre « le plus haut niveau possible de santé reproductive et sexuelle ». La complexité sociale de la décision de procréation et les relations de pouvoir qui peuvent la traverser est enfin reconnue mais cette résolution est votée par 179 pays et refusée par 23. Un an plus tard, la Conférence de Beijing confirme le droit des femmes à « exercer un contrôle sur les questions relatives à leur sexualité »; c'est la première reconnaissance internationale du droit à la sexualité sans violence. Si Arlette Poloni a raison d'écrire que « les grandes conférences internationales constituent les lieux essentiels de cristallisation et de consécration ultimes d'une utopie pour un ordre mondial idéal » (Poloni, 1995), il est raisonnable de penser que les anciens dysfonctionnements ne sont pas prêts de s'arrêter; il suffit de penser que la Convention de 1979 sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes est encore très loin d'être observée même dans les pays qui l'ont ratifiée.

Ce nouvel instrument international devrait néanmoins permettre d'agir plus efficacement si l'on reste attentif aux problèmes qui ont été identifiés et dénoncés :

- La prise en considération quasi exclusive de la santé reproductive des femmes, notamment dans les programmes de planning familial ou les programmes de « maternité sans risque » qui ne prennent pas en compte les autres aspects de la santé; des femmes suivies pour contraception ne sont pas soignées pour leurs nombreuses maladies gynécologiques, notamment en Egypte (Zurayk et al., 1994), « on se félicite du succès du programme de planification familiale en Indonésie alors même que la mortalité maternelle y reste de 390 pour 100 000 naissances » (Gautier, à paraître).
- La mortalité maternelle (500 000 décès par an) est 30 fois plus élevée dans les pays en développement; les moyens pour diminuer ce taux de mortalité aux causes multiples et reconnues sont encore très peu utilisés même si, selon l'OMS, cela suppose la mise en œuvre d'une stratégie complète qui semble pourtant relativement simple; n'est-ce pas plutôt l'absence, plus ou moins inconsciente, de la volonté politique nécessaire à la mobilisation des fonds destinés à sauver la vie de femmes, particulièrement de femmes pauvres, si peu socialement valorisées ?
- Par ailleurs 500 millions de couples souhaiteraient pouvoir utiliser le planning familial mais n'y ont pas accès (Euréka, 1997) ou encore beaucoup de femmes arrêtent la contraception à cause des complications qu'elle leur

occasionne, saignements, contractions utérines, incontinence, complications rarement prises au sérieux par le personnel soignant.

- On dénombre encore chaque année plus de 20 millions d'avortements (chiffre très largement sous-estimé) donnant lieu à 700 000 morts et ceci pour des raisons variées : non accès au planning, contraceptifs trop chers ou mal adaptés (une seule taille d'IUD par exemple) ou en rupture de stock, absence d'information mais aussi introduction d'un programme de planning sans tenir compte d'un contexte religieux trop hostile, d'un contexte patriarcal si puissant qu'il oblige les femmes à se rendre au centre de planning avec l'autorisation du mari (difficulté pour les femmes mariées, impossibilité pour les femmes célibataires ou veuves, pour les adolescentes, de plus en plus nombreuses, qui tombent enceintes), d'un contexte économique si désastreux que les femmes mais aussi les couples préfèrent, surtout en milieu rural, faire le choix d'une nombreuse descendance. A l'opposé, certains pays asiatiques autorisent la destruction des fœtus femelles décelés par l'amniosynthèse.
- La formation et l'information ciblées seulement sur les femmes alors que l'on connaît l'importance de l'homme dans la prise de décision et son intérêt pour la question.
- Enfin, 60 à 80 millions de personnes souffrent de façon temporaire ou durable de stérilité dont les MST sont souvent la cause. La propagation foudroyante des MST et du SIDA fait la plupart du temps l'objet de programmes de prévention orientés vers les femmes dont le plus grand nombre, justement à cause de la domination masculine y compris la domination sexuelle déjà évoquée, n'a pas l'indépendance nécessaire pour imposer à leurs partenaires les précautions nécessaires. Et pourtant, la stérilité représente, pour les hommes mais encore plus pour les femmes, un drame personnel et social pouvant entraîner chez ces dernières la répudiation, l'abandon.

Les incohérences de ce tableau disparaissent si on les analyse à la lumière d'une double rationalité qui renvoie d'une part à ce qui a été écrit sur la dévalorisation de la femme et la maîtrise de sa fécondité par les pouvoirs masculins (famille, religion, état) et d'autre part à l'imposition de politiques natalistes à des pays qui ne les souhaitent pas complètement mais qui les acceptent par intérêt stratégique et financier et, secondairement par souci d'améliorer la santé des femmes. Quoi qu'il en soit, de par leur assujettissement à des coutumes culturelles ou religieuses ou à deux systèmes juridiques souvent contradictoires (le national et le coutumier) les femmes sont encore loin de pouvoir exercer pleinement leurs droits reproductifs, même s'ils sont désormais reconnus internationalement.

Malnutrition

L'alimentation revêt une importance particulière chez les femmes dès leur enfance. « En effet, l'alimentation peut avoir des effets cumulés d'une génération sur l'autre au cours des différentes phases de la vie d'une femme. La malnutrition protéino-énergétique et les carences en micronutriments à différents stades de la vie contribuent à la morbidité et à la mortalité dues à diverses infections ou maladies chroniques » (OMS, 1994) ou maladies tropicales comme par exemple la malaria, la leishmaniose. Au niveau mondial 43% des femmes et 51% des femmes enceintes sont anémiques. Dans les pays en développement 56% des femmes

enceintes le sont, et ce chiffre peut s'élever considérablement comme par exemple jusqu'à 88% en Inde. Ces carences entraînent une augmentation des taux d'avortement, d'hémorragies durant l'accouchement, de fausses couches, d'anomalies congénitales, d'insuffisance pondérale et de mortalité infanto-juvénile.

Un certain nombre de causes, dont la pauvreté, affectent plus les femmes que les hommes :

- Tout d'abord, des causes culturelles, comme les interdits alimentaires qui empêchent les femmes, depuis leur plus jeune âge et durant toute leur vie, de manger certains aliments tels que l'œuf et certains types de viande ou bien la coutume qui veut que la femme serve plus copieusement, surtout en sauce et en viande, le plat destiné aux hommes et aux jeunes garçons.
- A côté de ces raisons, il existe une autre cause beaucoup plus importante que l'on associe très peu souvent à la nutrition : les bouleversements radicaux apportés aux systèmes de production des pays en développement, mais surtout la dégradation des systèmes de production féminins. Même si les femmes n'ont presque jamais eu accès à la propriété foncière, la coutume voulait que les maris leur accordent l'usufruit d'une ou de plusieurs terres où elles pouvaient cultiver des légumes et des légumineuses, mais aussi des céréales, destinés à la famille et à la commercialisation, essentiels pour l'équilibre et la diversité du régime alimentaire bien que toujours assez dédaigneusement désignés comme de simples « condiments » pour la sauce. La colonisation puis les projets de développement ont imposé des cultures d'exportation qui utilisent de plus en plus de terres, repoussant celles des femmes vers les périphéries moins fertiles des villages et réduisant leur superficie. Les responsables de projets de développement, persuadés de l'universalité du modèle occidental du budget familial unique, se sont obstinés à ne reconnaître ni le fait que mari et femme faisaient bourse à part ni l'apport nourricier et financier des femmes, ne voulant voir en elles qu'une main d'œuvre familiale gratuite (cela s'est fait avec l'approbation des paysans qui ne souhaitaient pas que leurs femmes puissent avoir une autonomie financière; c'est donc un système de double pouvoir masculin). Et pourtant, toutes les études le montrent, l'homme, à la différence de la femme, dépense davantage pour lui que pour sa famille. Ces contresens économiques dénoncés avec vigueur à partir des années 80 (Bisilliat, 1985) n'en continuent pas moins, aggravés par les crises économiques et les politiques d'ajustement structurel qui obligent encore plus les femmes à tenter de trouver des moyens pour faire face à leurs besoins et à ceux de leurs enfants. Privées de titres fonciers, elles ne peuvent pas obtenir le crédit qui leur permettrait d'acheter des intrants afin d'obtenir de meilleurs rendements ou qui leur permettrait d'entreprendre quelques activités lucratives. Dans ce contexte, les relations de genre — relations de pouvoir — acculent les paysannes à une pauvreté croissante. L'usage du mot genre par de nombreuses agences de développement permet de timides avancées mais ne change pas radicalement la situation. Les femmes restent largement absentes des structures de décision même s'il est désormais admis que la crise alimentaire ne saurait être résolue sans leur apport en cultures vivrières.

Santé mentale

Les femmes rurales doivent cultiver les champs des hommes, les leurs, aller chercher l'eau, le bois, transformer les matières premières pour la nourriture de la famille ou pour la vente, s'occuper des enfants, les soigner quand ils sont malades, ce qui représente des journées de 12 à 14 heures de travail. Les femmes urbaines ont les mêmes obligations ménagères que l'on appelle « improductives » parce que « naturelles », auxquelles s'ajoutent des activités, chichement rétribuées, dans le secteur informel; leur journée de travail est également très longue. La fatigue physique qui en résulte est importante; mais il faut y ajouter une fatigue psychique provoquée par la tension devant les difficultés à résoudre, l'angoisse et la frustration de ne pas réussir; un autre paramètre accentuant la fatigue nerveuse doit être pris en compte, celui de vivre dans une situation d'instabilité telle (expulsion du logement, manque de nourriture, santé d'un enfant, travail lourd ou instable) que la prévision est impossible, parfois même d'une journée à l'autre. Cette fatigue est l'un des résultats de la « empowerment » (renforcement du pouvoir) et de la prise en charge matérielle des enfants et de la famille par les femmes. Enfin, la prévalence de la violence, conjugale et autre, ainsi que du viol, sur lesquels on commence à avoir des données précises, ne fait qu'alourdir et renforcer le fardeau de la fatigue conduisant à la dépression. Il n'est pas surprenant, dans ces conditions, que les femmes soient les plus grandes consommatrices de calmants.

Les emplois du temps extrêmement chargés des femmes ont une incidence importante sur leur accès à la santé. Il leur est souvent malaisé de dégager le temps nécessaire pour se rendre, avec leurs enfants, à un centre de santé ou à un hôpital dont les horaires, assez rigides, ne coïncident pas toujours avec leurs disponibilités et dont les files d'attente sont trop souvent interminables. Il faut ajouter en milieu rural des transports rares, voire inexistants, et en milieu urbain des lignes d'autobus et des horaires conçus avant tout pour le déplacement des travailleurs (Coutras, 1992). La non intégration de certains services de santé — par exemple le service prénatal, le planning familial, les services d'immunisation — offerts à des jours différents (Kitts et Hatcher Roberts, 1996), leur impose une perte de temps préjudiciable pour leur travail et peut sans aucun doute avoir un effet dissuasif.

Le pouvoir : dénominateur commun des relations de genre et des systèmes de santé

On s'est efforcé de montrer dans les pages précédentes quelques conséquences du rôle central du pouvoir masculin et de ses représentations sur la santé des femmes. Mais, sont également à l'œuvre, d'autres formes du pouvoir au sein même des systèmes de santé. Les effets sont cumulatifs.

On s'inspirera ici largement de l'analyse de Didier Fassin (1992) fondée sur son étude de Dakar. La notion de pouvoir étroitement liée au savoir dans le domaine de la santé dépasse largement la stricte conception du politique dans la mesure où elle « recouvre l'ensemble des représentations et des pratiques par lesquelles un individu ou un groupe entre dans un rapport de domination avec d'autres : il peut s'agir de pouvoir politique, religieux, économique, magique, thérapeutique etc. Le pouvoir fait donc jouer le social dans sa totalité et les structures sociales dans leurs relations d'inégalité... » ce que confirme Glick (1967) qui fait du pouvoir le principe central et universel de la délimitation d'un système médical. Dans ses liaisons avec les médecins, les tradipraticiens, les sectes religieuses (dont certaines détiennent des réseaux puissants de distribution d'armes, de drogues mais aussi de médicaments), la santé ne cesse d'être un enjeu de la vie politique, ce qui suppose des liens de clientélisme qui permettent des stratégies d'enrichissement et des stratégies d'influence. L'accroissement du pouvoir sur le corps et sur l'esprit renforce le capital symbolique des acteurs du système de santé, quelle que soit leur place dans l'échelle hiérarchique (un aide soignant, un directeur d'hôpital ou un responsable du commerce pharmaceutique), et leur capital politique. La « participation des populations à la santé communautaire » n'échappe pas à cette règle; en effet les membres des comités locaux (les appellations peuvent changer mais les réalités qu'ils recouvrent restent les mêmes) sont des notables locaux ou des délégués de quartier, presque toujours des hommes, qui cherchent à exercer et/ou renforcer leur autorité sur une zone urbaine ou rurale et pour lesquels l'accès à des postes stratégiques — quelle que soit leur importance — débouche ou renforce la représentativité politique. Dans le même ordre d'idées, l'entrée des thérapeutes traditionnels, des sages-femmes, dans les systèmes de santé scientifiques et modernes augmente la légitimité et la popularité de ces derniers et de ceux qui les cautionnent face à la population. Néanmoins, il serait erroné de déduire que les patients, malgré leur position de dominés, restent tout à fait impuissants; ils expriment seuls ou en groupes — les groupes de femmes sont d'ailleurs prépondérants — leur solidarité en cherchant à tirer le meilleur parti des institutions de soins disponibles, perpétuant ainsi le lien social si important pour la vie des communautés.

Dans cette optique du pouvoir, l'importation du modèle biomédical occidental accentue les disparités entre les classes sociales mais plus encore les disparités entre les soins accordés aux malades selon leur origine sociale, disparités gravement accentuées en fonction du genre, masculin ou féminin, des malades.

Pour la majorité des médecins, les malades des classes populaires sont ignorants, négligents, ne font pas ce qu'on leur dit, vont voir des guérisseurs, bref ils manquent d'intelligence. Il n'est alors pas étonnant que la relation thérapeutique entre les médecins appartenant aux classes dominantes et les malades — les autres — soit déséquilibrée, empreinte de paternalisme, de mépris ou d'indifférence. « Dans l'esprit de certains médecins ou autres intervenants, il y a souvent l'idée non formulée que la prise en considération du social et/ou du culturel est un « plus », voire un luxe que l'on ne peut pas toujours offrir au malade dans l'urgence médicale » (Bonnet, 1990). Puisque des relations médicales de meilleure qualité impliquent la reconnaissance, par les soignants, de la dignité de l'autre, il est normal que le contexte décrit plus haut du pouvoir/savoir les interdise dans la plupart des cas.

A côté des dysfonctionnements matériels — manque d'équipement, de médicaments, de désinfectants, etc., de personnel médical et paramédical (Viveros, 1990) — on trouve donc des dysfonctionnements relationnels qui affectent plus spécifiquement les femmes puisque ces dernières sont les moins considérées dans leur société. De nombreuses études dénoncent les mauvais traitements, l'impolitesse, la brutalité, l'irrespect dont les femmes font l'objet, de la part des médecins, et peut-être encore plus de la part du petit personnel qui adopte les comportements de ses supérieurs en se jugeant investi d'une parcelle de leur pouvoir : « *they treated me so bad, so bad... I came back home and never went back* » ou encore : « *the students were there, they undressed me, they touched me. I am scared to go back* » (Bonino, 1994). Comme l'écrit une autre chercheuse, une femme mal traitée dans un centre de santé risque fort de ne pas y retourner.

Relations de genre et médicaments

L'OMS introduisait le concept de médicaments essentiels dès 1975 et mettait en œuvre son Programme d'Action pour les Médicaments essentiels à partir de 1981. Néanmoins il est estimé que plus d'un tiers de l'humanité n'a toujours pas accès aux médicaments essentiels et ce chiffre s'élève à plus de 50% dans les régions les plus déshéritées d'Afrique et d'Asie (OMS 1998); or 75% de cette population est composée de femmes et d'enfants. « Cette année (1998), il y aura dans les pays en développement plus de 40 millions de décès, dont un tiers chez les moins de cinq ans. Dix millions de ces décès sont la conséquence d'infections aiguës des voies respiratoires, de maladies diarrhéiques, de la tuberculose et du paludisme — autant d'affections contre lesquelles on dispose de médicaments essentiels sûrs et peu onéreux capables de sauver des vies. Grâce à une préparation simple de folate de fer, on peut faire reculer la mortalité maternelle et infantile due à l'anémie des femmes enceintes... » (OMS, 1998). Mais la réalité, selon le même document, est que « les médicaments sont indisponibles, trop onéreux, utilisés incorrectement et de médiocre qualité ».

Question de statistiques et de données

Comment réagir à cette situation alors que l'on dispose de peu de données pour savoir qui fait ou ne fait pas quoi ? Malgré les demandes réitérées avec force lors des grandes conférences internationales (1975, 1980, 1985, 1994, 1995) les statistiques désagrégées par sexe dans le domaine de la santé restent limitées par rapport aux autres domaines. Dès que l'on veut réfléchir sérieusement sur un problème, on se retrouve devant des chiffres, « tronqués » de l'un ou l'autre sexe; de ce point de vue, les chiffres sur les aspects de la vie reproductive des femmes ne suffisent pas à donner bonne conscience. Ne serait-ce pas utile, éclairant, de procéder à des comparaisons ? Sans aucun doute, du point de vue médical et sociologique et encore plus du point de vue de l'analyse en fonction du genre.

Les statistiques constituent, en fait, une caisse de résonance idéologique; introduire les femmes dans les chiffres — les mathématiques ne sont-elles pas le domaine masculin par excellence — serait leur accorder une reconnaissance précise, irréfutable devant laquelle on se dérobe depuis plus de 20 ans, tout en affirmant à haute voix qu'elles sont nécessaires.

On l'a déjà dit, élargissant au monde et aux deux sexes ce que Stella Chungong (inédit) a écrit pour l'Afrique : « il y a une pénurie absolue d'informations sur l'usage des médicaments par les femmes africaines ». On dispose toutefois de quelques informations :

- L'impact des différences physiques et biologiques entre les hommes et les femmes sur l'épidémiologie et l'étiologie de la maladie est pratiquement inconnu, « la recherche sur la santé étant souvent menée sur des sujets mâles en assumant que les résultats sont valables pour les hommes et les femmes » (Kitts et Hatcher Roberts, 1996). Les femmes réagissent différemment aux

traitements, métabolisent les médicaments de manière différente, bref comme le dit, non sans humour, Donna Stewart de l'Université de Toronto « les femmes ne sont pas juste des hommes sans cycles menstruels » (Priest, 1994).

- Il y a également des différences venant du genre, c'est-à-dire culturelles et non plus biologiques, dont les conséquences n'ont pas été étudiées. Par exemple, au regard de la médecine du travail qui concerne presque exclusivement les hommes, les conséquences des conditions de travail des femmes sur leur santé (tâches minutieuses et répétitives, portage de charges lourdes comme l'eau, le bois, inhalation des fumées lors de la cuisson, souvent longue, des aliments, etc.) restent largement inconnues. Un autre exemple est celui du seuil de tolérance de la souffrance plus élevé chez les femmes, qui sont de plus habituées à se dévaloriser et à ne pas prêter attention à leur corps, ce qui les retient d'aller consulter aussi vite qu'il le faudrait. « *Women tend to suffer in silence... the threshold of illness recognized by the society on the illness-health continuum is so high for women that they endure so much in order not to disrupt household organization* » (Okojie, 1994). Par ailleurs, on sait que les hommes se font soigner plus facilement, qu'ils dépensent plus pour se soigner mais aussi que les médecins prennent plus en considération leurs plaintes, mêmes légères; par exemple, Smyke (1991) montre que lorsque des hommes et des femmes décrivent les mêmes symptômes psychologiques ou psychosomatiques, on prescrit plus facilement aux hommes des analyses en laboratoire alors que pour les femmes on se contente de renouveler une ordonnance de légers tranquillisants, s'ils ont déjà été prescrits.

En fait, les recherches les plus abouties concernent la population et le planning familial dont l'objectif, tout le monde s'accorde pour le dire, n'est pas de mieux connaître les besoins généraux des femmes en santé, mais de contenir le taux de croissance démographique. Le « tout génésique » ou les politiques anti-natalistes ont été justifiées au nom d'un meilleur développement, sans que ces dernières aient eu d'effets véritables sur le développement, et désormais au nom des droits de la femme et de la santé reproductive « pour une meilleure vie des générations » (Dupâquier, 1999). Il faut souligner que tous ces efforts se font dans le cadre moralisateur et conservateur de la famille au sens étroit du terme. Le nombre d'adolescentes enceintes qui n'ont pas le droit d'avoir recours aux contraceptifs et qui se font avorter avec un taux élevé de mortalité — après tout, ce sont elles les fautives comme le disent les républicains aux Etats-Unis — est là pour montrer que la santé, cet état de bien-être, s'applique de manière étrangement restrictive aux femmes. De 38 à 68% des femmes recherchant des soins pour des complications dues à l'avortement dans les hôpitaux du Congo, Kenya, Libéria, Mali, Nigéria et Zaïre ont moins de 20 ans. Les besoins des femmes sont jugés secondaires car elles sont perçues, avant tout, comme mères ou comme futures mères alors que « la santé des hommes n'est jamais définie dans la perspective de la famille ou de la paternité » (Rathgeber and Vlassof, 1993). « Les femmes sont faites pour soigner et non pas pour être soignées ».

Rôle des femmes dans la fourniture des soins de santé

Selon la Banque Mondiale (World Bank, 1993), les femmes, bien que non reconnues comme travailleuses de santé, sont en fait responsables de 70 à 80% de tous les soins de santé fournis dans les pays en développement. Elles ont donc une position unique comme donneuses de soins dans la famille et la

communauté. Mais ne faut-il pas s'étonner de voir la Banque Mondiale — ce pourrait être une autre organisation — affirmer en même temps, d'une part la nécessité de l'« empowerment » (renforcement du pouvoir) des femmes et d'autre part leur complète responsabilité pour la santé ? Soulignons que cette dernière responsabilité ne serait pas partagée avec les hommes, ce qui pose un autre problème important. Cette manière de voir recouvre peut-être, une fois de plus, l'idée implicite que les soins des enfants par les femmes ne sont que l'extension de leur rôle physiologique, c'est-à-dire de « leur nature ».

L'usage de ce terme, ainsi que de ceux de « fournisseuse, de gérant, de consommatrice, de responsable des stocks de médicaments », montre une certaine confusion : comment les femmes dont nous avons montré la place subordonnée dans leur société pourraient-elles tout d'un coup devenir responsables de 70 à 80% des soins de santé ? Quel sens donne-t-on, dans ce contexte, à la notion de responsabilité ? Les femmes effectuent ces tâches, sans aucun doute, mais dans quelles conditions ? Soigner les enfants, par exemple, sans avoir le droit d'aller voir le médecin, ou sans pouvoir aller le voir car il est trop loin, ou sans avoir l'argent pour payer la consultation et les médicaments est certes une responsabilité — redoutable même — mais c'est une responsabilité tronquée, c'est un abus de terme. La référence à cette réalité, acceptée et répétée comme une incantation, doit être analysée de près afin d'y déceler les profondes inégalités de genre qu'elle recèle et qu'elle offusque. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer les chiffres mentionnés ci-dessus :

- Les femmes de différents milieux sociaux ayant des responsabilités hiérarchiques variées sont regroupées.
- Les soins de santé des hommes s'insèrent dans les 20 à 30%, le reste relevant de la santé des enfants et des femmes où elles auraient les pleins pouvoirs, et où les hommes se désintéresseraient complètement (ce qui est contredit par bien des observations).
- Connaissant la responsabilité sans faille que les femmes assument envers la santé des enfants, le fait de la reconnaître officiellement permet à l'état de se décharger de ses devoirs et obligations (ce qui a déjà été souligné par plusieurs chercheuses).
- Ou, ce qui est vraisemblable, la réalité est un mélange des trois hypothèses avec des frontières floues et vagues permettant les approximations et évitant d'affronter la complexité irréfutable des problèmes.

Les femmes utilisatrices des médicaments

Pour aborder un peu plus concrètement la relation des femmes et des médicaments, on voudrait s'appuyer sur un certain nombre de données éparses mais s'appliquant à diverses parties du monde; elles soulèvent des problèmes dont on peut assumer sans trop de risques qu'ils sont identiques dans l'ensemble des pays en développement, même si certains termes particuliers peuvent changer, car ils correspondent à des situations structurelles semblables.

- Il y a trop peu de pharmacies et de pharmaciens par habitant : on compte une pharmacie publique ou privée pour 4000 habitants en Bolivie, 0,4 pharmaciens au Nigéria, 0,1 au Mali et au Swaziland, 2.3 en Afrique du Sud pour 10 000 habitants (ce nombre est désagrégé par sexe pour ces pays africains cités mais pas pour les autres pays de l'Afrique et du monde).
- Les listes nationales de médicaments essentiels, définies par niveau d'institution sanitaire, ne répondent pas toujours aux besoins de la population. Par exemple à Cochabamba, la liste d'un poste de santé ne contient ni pilules, ni diaphragmes, ni préservatif masculin; elle ne propose qu'une seule taille de dispositifs intra-utérins. Au Mali, il y a quelques années une gynécologue de l'hôpital se plaignait de n'avoir qu'une seule grande taille de diaphragme qui ne convenait pas à bon nombre de femmes.
- On identifie les principaux axes de l'usage irrationnel des médicaments et les dangers qu'ils font courir : usage abusif d'antibiotiques et d'injections, sous-utilisation de produits efficaces, usage de produits dangereux et inefficaces. Les ordonnances sont souvent inutilement chargées, et il sera être difficile pour le patient de suivre conformément la prescription. En effet il est fort possible qu'il n'achètera pas l'ensemble des médicaments prescrits (en effectuant une sélection arbitraire des médicaments), ou arrêtera le traitement plus tôt que prévu.
- La corruption sévissant un peu partout permet notamment aux médecins, infirmiers, aides-soignants du système public de vendre, à un prix élevé, des médicaments qui devraient être distribués gratuitement ou vendus à des prix très abordables.
- Il arrive que les médicaments essentiels soient souvent plus chers dans les services publics que dans les structures privées.
- On sait qu'il y a un fort recours à l'automédication, à la médecine traditionnelle, particulièrement chez les femmes. En fait on ne peut établir avec exactitude les relations entre les symptômes, le diagnostic (médecins mal formés, auto-diagnostic), la prescription (problèmes de corruption, de clientèle), l'achat des médicaments et cela encore moins dans une perspective de genre.

Il n'est pas sans intérêt de revenir à l'« empowerment » (renforcement du pouvoir) des femmes évoquée plus haut pour essayer de formaliser le(s) modèle(s) dans lequel/lesquels les femmes peuvent exercer leurs choix; par ailleurs cela permet de distinguer la personne qui s'occupe d'un malade de celle qui décide, les deux ne se recouvrant pas toujours et ne recouvrant pas toujours la notion de responsabilité :

- Qui décide, de se faire soigner ou de faire soigner qui, en fonction du type et de la nature de la maladie ?

Dans l'hypothèse où ce serait la femme :

- Décide-t-elle seule de faire soigner ?

- Décide-t-elle avec son mari (ou tout autre membre, masculin ou féminin, de la famille paternelle ou maternelle) ?
- Décide-t-elle seule du système médical — moderne ou traditionnel — auquel elle aura recours ? Quelles sont les raisons de ce choix : raisons médicales, sociologiques, religieuses, ou raisons économiques qui incluent, outre le prix de la consultation et des médicaments, le temps nécessaire, les transports, mais plus particulièrement l'aide financière éventuelle, et plus ou moins complète, du mari ou du père ? Sur ce point, de nombreuses études montrent que les femmes doivent assumer de plus en plus les frais de santé et d'scolarité.
- Comment les frais sont-ils répartis ? Sont-ils entièrement ou en partie à la charge de la femme. Dans le dernier cas, avec l'aide de qui ?

Avoir des réponses à ces questions permettrait d'avancer dans la compréhension des relations de genre appliquées au domaine des médicaments essentiels.

Pauvreté, femmes et médicaments

« Nous restons confrontés à des défis formidables, disait le Dr. Gro Harlem Brundtland, Directeur-général de l'OMS. Ils sont liés avant tout à la persistance de la pauvreté. Les déséquilibres sont frappants » (OMS, 1998).

Les habitants des pays en développement supportent plus de 90% des maladies et n'ont cependant accès qu'à 10% des ressources consacrées à la santé.

Plus de 5 milliards de personnes dans le monde — les trois-quarts de l'humanité — sont pauvres et 70% des personnes vivant dans la pauvreté absolue sont des femmes; elles sont 62% à vivre dans des pays ou des régions où le PIB est inférieur à 1000 dollars et dans lesquels, au cours des années 80, la croissance annuelle de ce même PIB fut inférieure à 10 dollars ou, dans bien des cas, négative. En 1984, le revenu des femmes en Argentine est tombé de 50% au dessous de celui des hommes (Nations unies, 1991). Fait lourd de conséquences, 30% des femmes dans le monde sont des femmes chefs de famille. Ce phénomène qui s'accompagne d'une forte féminisation de la pauvreté, ne cesse d'augmenter (Khoury, 1996).

Pauvres dans les zones rurales, on en a vu plus haut les principales raisons; pauvres dans les zones urbaines parce que non qualifiées, elles sont confinées dans le secteur informel, très varié dans ses formes mais très unifié dans l'extrême modicité des revenus. Les deux situations impliquent des horaires très lourds et des conditions de travail difficiles, voire dangereuses. Les femmes urbaines pauvres expérimentent aussi des conditions de logement très insalubres, notamment par leur manque d'aération (qui entraîne chez les enfants des maladies respiratoires), par leur alimentation en eau insuffisante du point de vue de la qualité et de la quantité.

La pauvreté ne cesse d'augmenter sous l'effet de plusieurs raisons dont quelques-unes sont toujours invoquées : la mondialisation, les crises économiques, les programmes d'ajustement structurel (PAS). Ces programmes, destinés à mieux intégrer les économies nationales dans l'économie de marché mondialisée, ont

des effets destructeurs pour les femmes car « elles renforcent, pour beaucoup d'entre elles, l'inégalité des rapports de genre, en accroissant leur vulnérabilité économique et en augmentant leur charge de travail ». Ce qu'écrit Jayati Ghosh (1998) à propos des effets des PAS sur les femmes en Inde est valable (partout dans le monde les études le confirment) pour tous les pays : « accès aux éléments de première nécessité, tels que la nourriture, les vêtements et le logement... accès à l'instruction et à la formation professionnelle, ce qui permettrait aux femmes d'abandonner les emplois non qualifiés et à faible productivité, accès aux nécessités de la reproduction et de l'éducation des enfants, mais aussi aux soins de santé et autres services sociaux... contrôle sur l'allocation des ressources... Chacun de ces points sont touchés négativement par la réduction des dépenses gouvernementales dans le cadre des mesures de stabilisation, mais aussi par le retrait de l'Etat... et par la dépendance renforcée à l'égard des marchés ». Les réductions des dépenses sociales ont non seulement des effets directement négatifs sur les conditions de vie et de travail des femmes et, de ce fait, sur la santé, l'alimentation et l'éducation des enfants, mais aussi elles peuvent forcer les femmes à entrer sur le marché du travail pour des raisons économiques. « Dans ce contexte, il n'y a pas de quoi applaudir la féminisation du travail, que l'on attribue parfois aux politiques de libéralisation » associées, dans la réalité, à des conditions de travail tenant de l'exploitation mais aussi à un déclin des revenus familiaux puisque bien souvent les hommes perdent leur emploi en même temps.

En Asie (Eviota, 1998), les niveaux de salaires réels et de revenus ont chuté alors que les prix montaient, obligeant les femmes à augmenter leurs activités dans le secteur informel pour pouvoir acheter de la nourriture souvent moins abondante et moins riche. « Ainsi, en périodes d'ajustement structurel, les taux de malnutrition et de mortalité infantile ont augmenté, comme ont cru les grossesses à haut risque et les bébés au poids de naissance très faible ». Il faut souligner les conséquences sur l'environnement dans la mesure où les politiques pour l'exportation ont exigé la construction de grandes infrastructures et de projets industriels « responsables de déplacements de communautés rurales et souvent, une fois en fonctionnement, répandant des produits chimiques toxiques dans leurs environs ». Il faut souligner, encore une fois, que ce type de politiques oblige les pays, dont l'une des principales richesses est l'agriculture, à produire toujours plus de cultures d'exportation — puisqu'il faut toujours plus exporter pour améliorer la balance des paiements — au détriment des cultures vivrières dont les femmes sont responsables. Les paysannes, elles aussi, doivent acheter des aliments, en période de soudure, et cela au prix du marché, c'est-à-dire, de plus en plus cher.

Au Zimbabwe, les PAS sont mis en œuvre en 1991, un an après, les frais de maternité augmentent; dans le principal hôpital de Harare, le montant de la caution pour couvrir les frais d'accouchement, le prix de la chambre, et de l'anesthésie, sont passés de 140 à 500 Z\$. « Comme un homme nous l'a dit, je gagne 300 Z\$ par mois, comment ma femme peut-elle se rendre à la maternité pour 500 Z\$? » (Kanji et Jazdowska, 1998). On pourrait multiplier les exemples d'appauvrissement qui affectent les hommes et encore plus les femmes depuis la mise en place des PAS afin de satisfaire au diktat du libéralisme; nombreux sont ceux, et particulièrement l'UNICEF, qui ont demandé au FMI et à la Banque Mondiale de conduire leurs réformes avec « un visage humain ». Cependant si l'expression est désormais utilisée, les résultats ne sont pas probants.

Il en est du visage humain comme du genre : on en parle beaucoup et on en fait peu. « C'est comme si les politiques sociales étaient utilisées comme des trousseaux de première urgence pour traiter ceux qui ont été blessés ou frappés d'ostracisme par un modèle économique dont le but exclusif est la croissance économique et non l'équité. Les politiques sociales sont utilisées comme des éléments compensant les dommages provoqués par les politiques économiques. Certains se demandent si les récents investissements dans le domaine de la santé faits par les banques de développement international ne pourraient pas avoir les mêmes conséquences » (Antezana et Velasquez, 1996). Les ravages du dogmatisme néolibéral ne cessent de se faire sentir.

Achat des médicaments et relations de genre

Les objectifs du Programme OMS pour les médicaments essentiels, élaboré dans le but de pourvoir aux besoins sanitaires du plus grand nombre, sont l'équité dans l'accessibilité aux médicaments essentiels, la qualité et l'usage rationnel des médicaments. Introduit depuis près de 25 ans, ce concept « n'a toujours pas donné tous les résultats escomptés, preuve que le bien-fondé technique et économique n'est pas toujours gage de viabilité économique ». Un des atouts importants de ce Programme, particulièrement en ce qui concerne l'équité, repose sur le prix des médicaments génériques, de 50 à 70% plus bas que celui des mêmes médicaments vendus avec un nom de marque. L'équité implique la possibilité pour tous d'avoir accès financièrement aux médicaments. Les gouvernements financent parfois, partiellement ou complètement, les médicaments essentiels pour permettre aux pauvres de se les procurer plus facilement, mais cela ne veut pas toujours dire que ces derniers peuvent les acheter.

Le problème subsiste dans son injustice et sa brutalité :

- Ce sont les pauvres, les plus démunis, parmi lesquels se trouvent les femmes et les enfants pour les raisons que l'on a exposées, qui doivent acheter les médicaments. De plus, bien souvent lorsque la maladie se déclare, les ressources du ménage sont encore un peu plus fragilisées. Pour ceux qui ne connaissent pas la pauvreté, il est quasiment impossible d'imaginer ses implications concrètes; si acheter des allumettes peut être difficile, qu'en sera-t-il des médicaments ?
- C'est cette population qui peut le moins se défendre contre les abus et les dysfonctionnements notés plus haut. En outre, les femmes parce qu'elles ne reçoivent pas de considération en tant que femmes, en tant que pauvres, en tant qu'analphabètes. Il est à noter qu'il est estimé que 62% des femmes dans les pays les moins avancés sont analphabètes. Ce problème s'aggrave sous l'effet des crises économiques, avec l'inscription des fillettes à l'école qui diminue car celles-ci doivent aider leurs mères à la maison.
- On évoquera les systèmes communautaires comme une possibilité d'aide mais, dans l'analyse du pouvoir faite précédemment, on a pu remarquer que ces systèmes étaient loin d'être efficaces.

- On peut alors parler des programmes de soins de santé primaires (SSP), mais certaines se demandent « s'ils ne sont pas devenus des soins de santé primaires pour les pauvres ou des soins de santé sélectifs qui contribuent à la médicalisation du sous développement » (Thébaud, 1986). En définissant une stratégie plus sélective, qui s'attaquerait non plus au problème de santé dans son ensemble, mais à une série de maladies considérées comme prioritaires, « les soins de santé primaires dits sélectifs représentent un risque de régression dans la conception de politiques de santé pertinentes pour le Tiers-Monde » (Grodos, 1991). On peut aussi évoquer l'initiative de Bamako, lancée en 1987 par l'UNICEF pour rendre les SSP accessibles à tous; pour ce faire, on s'est appuyé sur la fourniture de médicaments essentiels dans des structures périphériques où ils sont vendus plus chers que leur prix de revient; ainsi, les fonds récoltés (les consultations sont également payantes) contrôlés par les communautés devaient servir à couvrir les frais de fonctionnement, à renouveler les stocks. L'implication des communautés à tous les niveaux de l'intervention, recommandée par la Conférence d'Alma-Ata est certes louable, mais un examen des modes de sélection des agents, de leur formation et de leur place dans le système montre « qu'ils sont souvent utilisés pour permettre une plus grande extension d'une intervention professionnelle qui a du mal à rejoindre la base, plus qu'ils ne sont l'occasion d'un travail réel à partir des dynamiques des communautés et avec elles » (Corin, 1985). Ces défauts s'expliquent le plus souvent par l'insuffisante présence des femmes dans l'ensemble des processus.

A la lumière de ces quelques faits, on comprend que les femmes aient massivement accès à l'automédication, qu'elles achètent les médicaments, traditionnels ou occidentaux, dans le système privé, public ou le marché parallèle et illicite. Il faut souligner que les femmes, même pauvres, peu ou pas éduquées, sont généralement d'excellentes gestionnaires. Dans les conditions qui leur sont faites et en fonction des phénomènes de saisonnalité, elles gèrent, au mieux de la survie familiale, leur désir de soigner leur enfant mais aussi leur temps, les transports, l'autorité du mari, et leurs finances. Par exemple, 75% des ménages utilisent l'automédication au Bénin, 94% au Togo, 86,4% au Nigéria, 55,6% au Burkina Faso (Chungong, inédit). Devant l'énormité de ces chiffres, on est obligé de penser que les personnes agissent ainsi non par négligence, ou ignorance mais, beaucoup plus simplement, par manque d'option.

L'automédication

L'automédication qui peut aussi avoir des aspects positifs est inévitablement associée à l'un des objectifs du Programme pour les médicaments essentiels, l'usage rationnel des médicaments; ce dernier est mis en danger, dans le secteur public comme dans le secteur privé, par les ordonnances surchargées (parfois de 5 à 6 médicaments), l'abus des antibiotiques, des injections, les « conseils » donnés par les vendeurs à la sauvette, les médicaments périmés, etc., mais aussi par le manque de médicaments ou de personnel qualifié. Il existe également d'autres causes comme celles de la non conformité au traitement qui relève non seulement de l'ignorance mais aussi du souhait de contrôler sa propre vie en refusant certains effets des médicaments ou en supprimant la prise lors de la disparition des symptômes.

L'automédication est également liée aux perceptions qui entourent certaines maladies : au Nigéria, le pourcentage de mères qui avaient appris à préparer la thérapie de réhydratation orale est passé de 6 à 47%; néanmoins, seulement 9,5% de ces femmes traitaient les épisodes diarrhéiques selon cette technique (Jinadu et al., 1988). « Il n'est pas rare de rencontrer des enfants d'animatrices en rééducation nutritionnelle, gravement atteints de malnutrition. L'animatrice possède un ensemble de connaissances qu'elle n'est pas en mesure d'appliquer dans sa vie quotidienne, soit parce que ses conditions d'existence ne le lui permettent pas, soit parce que ce savoir introduit une contradiction trop importante avec les connaissances acquises auparavant » (Bonnet, 1990). La question, importante, est ainsi posée de savoir si l'acquisition d'une nouvelle connaissance conduit obligatoirement à un nouveau comportement.

Près d'un tiers de la population mondiale ne dispose pas encore régulièrement des médicaments essentiels les plus nécessaires (et pourtant 30 à 40 médicaments suffiraient à soigner 80 à 90% des cas présentés dans un centre de santé). La situation pharmaceutique mondiale est indissolublement liée à la situation sanitaire mondiale, qui dépend elle-même de la situation socio-économique. « Le recul économique de nombreux pays en développement dans les années 80 s'est accompagné d'une détérioration de l'infrastructure sociale... Si dans les prochaines années, les systèmes publics d'approvisionnement en médicaments s'affaiblissent et s'effondrent... les communautés seront contraintes de trouver elles-mêmes des solutions à leurs problèmes de santé (et, pour cela) à recourir au secteur privé et aux marchés informels, qui ne peuvent en aucun cas se substituer au secteur public ». Tous les responsables se penchent sur la manière de mettre en œuvre les réformes de la santé incluant celle du secteur de la pharmacie qui puissent améliorer la situation présente et future. Comment s'attaquer à la pensée unique du marché comme seule réponse performante à tous les problèmes ? On le sait : « une approche de l'allocation des ressources sociales seulement en termes de marché conduit à l'inéquité car les marchés ne peuvent résoudre les problèmes de redistribution... là où les objectifs sociaux sont moins prioritaires que les objectifs économiques, si des objectifs d'équité sont recherchés, les politiques doivent être déterminées au travers de « la main visible » du gouvernement » (Madrid, Velasquez et Fefer, 1998).

Les auteurs du document cité insistent sur le fait qu'une réforme doit être « spectaculaire » (« dramatic ») et se caractériser par « la discontinuité avec les anciennes manières de penser, planifier et fonctionner ». C'est dans cette optique résolument novatrice que l'on peut essayer de faire des recommandations et de proposer des mesures afin d'introduire la notion de genre dans les programmes de médicaments essentiels, afin d'améliorer l'équité d'accessibilité et l'usage rationnel de ces médicaments.

Propositions : politiques et recherches

Etant donné les distorsions, les biais qui sont à œuvre dans les relations de genre et placent les femmes dans une position d'infériorité sociale, culturelle et économique par rapport aux hommes, on mettra très souvent l'accent sur les femmes dans ces propositions et ces recommandations afin de tenter de rééquilibrer la situation. Cet ensemble est placé dans la double optique d'une autonomie renforcée des femmes et de l'indispensable acquisition de nouvelles connaissances.

Selon l'OMS, la santé n'est pas seulement l'absence de maladie mais aussi, et peut-être encore plus, un état de bien-être physique, mental et social dont on a essayé de montrer qu'il est largement différent, selon que l'on appartienne au genre masculin ou féminin. La définition, si l'on veut la prendre au sérieux, inclut donc nécessairement l'égalité des genres et, en conséquence, une approche heuristique de la différence sur le double plan du politique et du médical assez éloignée, avouons-le, de ce que l'on pourrait nommer « l'obsession génésique ».

Sans vouloir être grandiloquent, introduire la perspective de genre dans les politiques des médicaments essentiels est une décision dont on ne doit pas sous-estimer les aspects extrêmement novateurs, pour ne pas dire révolutionnaires. Cela implique, dès le départ, une mise en œuvre résolument holistique dans laquelle l'OMS ne peut être le seul acteur mais devrait pouvoir assumer, légitimement, l'initiative face à tous ses autres partenaires.

On distinguera les propositions à mettre en œuvre sur le plan des politiques générales, des politiques pragmatiques, et des recherches institutionnelles, biomédicales et socioculturelles.

Politiques générales

- Prendre les mesures nécessaires, à l'échelle internationale et nationale pour qu'un certain nombre de statistiques ayant trait à la santé et aux médicaments soient désagrégées par sexe; ce type de données est absolument nécessaire pour valider les connaissances que ce soit par pays ou que ce soit dans une optique comparative. Ces données ne peuvent non plus être ignorées d'un point de vue scientifique ou dans le contexte de mondialisation actuel.
- S'efforcer d'obtenir des partenaires avec lesquels l'OMS entretient des relations de travail — qu'ils soient internationaux, régionaux, nationaux, non gouvernementaux, que ce soit dans le cadre de structures fixes ou non, comme par exemple lors d'ateliers — qu'ils veillent à ce que les femmes soient représentées dans les différentes instances selon le principe de la parité; ce principe ayant été réaffirmé par le nouveau Directeur-général de l'OMS. Cette nécessité de la parité doit être également respectée dans les différentes structures de terrain, comme les comités de commune par

exemple. Il faut en effet que les femmes puissent participer en exprimant leurs points de vue et leurs besoins à tous les niveaux de l'élaboration et de la mise en place des politiques de réformes de santé et des politiques de médicaments essentiels; cela implique par ailleurs de prévoir des mécanismes permettant à l'information de circuler entre la base et le sommet. La situation actuelle où les femmes agissent à l'échelon local sans qu'on entende leur voix à l'échelle locale ou macro-économique doit cesser si l'on veut réellement que la prééminence et le pouvoir masculins soient partagés de façon plus juste. De plus, et cette condition est importante, les femmes doivent être non seulement présentes dans les instances de réflexion, mais elles doivent y être en nombre suffisant pour que les hommes puissent abandonner la « surdité culturelle » avec laquelle ils protègent leur pouvoir.

- Le mauvais état de santé des femmes et des hommes n'est pas seulement dû à des causes cliniques, il faut y ajouter tous les problèmes liés à l'accès aux médicaments, les conditions de vie désastreuses et une pauvreté endémique. On a donné quelques exemples de l'interrelation des facteurs qui rendent compte, dans certains cas, des problèmes spécifiques des femmes et de leurs relations aux médicaments. Même si vouloir remédier à cette situation représenté une gageure, il faut essayer. Avant de faire quelques propositions, soulignons que nombreux sont ceux et celles qui critiquent vivement le manque de coordination et de collaboration, sur le terrain, entre donateurs internationaux, mais aussi entre ces derniers et les décideurs nationaux. Il n'est pas lieu ici d'analyser les raisons de ces cloisonnements, préjudiciables en premier lieu aux populations; on doit seulement noter que le fonctionnement par projet, dont tout le monde se plaint également, renforce gravement ces dysfonctionnements, permet les malversations et les phénomènes de corruption.

Ce qui est écrit ne représente évidemment qu'une ébauche de la coordination des actions à mettre en œuvre.

Politiques pragmatiques

- Beaucoup de choses ont été écrites sur les systèmes de financement des médicaments, beaucoup de réflexions sous-tendent ce point majeur d'une distribution équitable. La résolution sur « la stratégie pharmaceutique » adoptée par consensus le 22 mai 1999 lors de la cinquante-deuxième Assemblée mondiale démontre la volonté de l'OMS de surveiller et d'analyser les conséquences des accords commerciaux sur le secteur pharmaceutique et la santé publique privilégiant ainsi la santé sur l'économie (Résolution WHA52.19). Beaucoup d'expériences sont menées pour tenter de mettre en place des solutions alternatives; il faudrait le plus rapidement possible y intégrer les femmes. Par ailleurs, il serait souhaitable de conceptualiser avec la collaboration des femmes du terrain quelques unes des solutions qu'elles pourraient suggérer, solutions alternatives ou d'adaptation de ce qui est déjà en place. Etant les principales acheteuses de médicaments pour elles et leurs enfants (les hommes semblant s'occuper seuls d'eux mêmes), il ne fait pas de doute qu'elles puissent faire des propositions réalistes. Il est vrai qu'elles n'ont pas ou très peu d'argent, il est également vrai qu'elles veulent passionnément soigner leurs enfants, il est encore vrai qu'elles savent innover devant les difficultés et il est prouvé qu'elles

remboursent leurs dettes mieux que les hommes. Le système, si répandu en Afrique, des « tontines » pourrait être étudié de ce point de vue, ou encore celui des coopératives de femmes.

- L'usage rationnel des médicaments dépend principalement d'une bonne information. De nombreuses expériences montrent que, pour les populations défavorisées, souvent analphabètes, ce sont les messages radio et les affiches simples qui sont les plus efficaces. Il serait judicieux de promouvoir des campagnes d'information destinées plus spécialement au public féminin qui passe de longues heures dans les centres de santé lesquels, malheureusement, n'offrent que très rarement quelque chose à entendre ou à voir. Cependant, ces messages devraient être composés avec soin car « le récepteur ne reçoit pas passivement le sens, il le reconstruit en fonction de contextes, de contraintes et de stratégies multiples. Autour d'un message s'opèrent des interactions et des négociations incessantes. L'acteur social 'de base' si démuné ou dominé soit-il, n'est jamais un récipiendaire qui n'aurait le choix qu'entre soumission et révolte » (de Sardan, 1990). Si les femmes sont les premières utilisatrices de médicaments, si les femmes sont pauvres mais savent, par obligation, gérer leur budget, elles seraient certainement intéressées à entendre des informations bien faites sur les avantages médicaux ainsi que financiers, des médicaments essentiels et à s'efforcer d'en tirer profit. Sur un autre plan, les femmes forment souvent des groupes ou des associations qui pourraient constituer des groupes cibles et, pourquoi pas, des groupes de pression. Savoir inclure les femmes dans la réflexion, l'élaboration des projets, ne peut déboucher que sur une efficacité accrue. Il serait donc très important d'élaborer, avec des groupes de femmes, quelques campagnes d'information/sensibilisation, de les expérimenter et d'en comparer les résultats avec celles qui sont conçues sans elles.

Recherches institutionnelles

Les ruptures de stocks, l'absence de certains médicaments, parfois parmi les plus courants, si souvent dénoncées diminuent la confiance des malades envers le système médical, nuisent à leur santé et les poussent à se tourner vers les systèmes parallèles et illicites pour y trouver des produits de substitution. De grands efforts sont effectués pour améliorer les systèmes d'achats nationaux mais il semble que les systèmes de distribution du central au local soient moins bien maîtrisés particulièrement dans le système public. Il faudrait donc, entre autres :

- Mieux connaître le processus de sélection des médicaments essentiels par niveau d'institution sanitaire.
- Mesurer la fréquence des ruptures de stocks en fonction des types de médicaments et plus particulièrement de ceux qui sont nécessaires aux femmes et aux enfants, les lieux où elles se produisent le plus souvent et les raisons pour lesquelles elles se produisent.
- Etablir la liste des médicaments destinés aux femmes et aux enfants qui sont peu ou pas achetés et en analyser les raisons.

- Dans les 34 pays ayant institué des systèmes de facturation aux usagers et dans les 17 pays d'Afrique subsaharienne qui utilisent des fonds communautaires de roulement des évaluations ont été faites (OMS, Le Point, 1998-1999) dont on peut prédire, sans trop de risques de se tromper, que la ou les variables genre n'ont pas été prises en compte. Néanmoins, il est peut être possible d'extraire des renseignements spécifiques à des données recueillies. Sinon, dans la mesure où ce type d'évaluation sera mené de nouveau, il faudrait y adjoindre cette nouvelle variable. En parcourant les publications, on voit qu'il existe de nombreux instruments d'évaluation, d'analyse, dans lesquels on pourrait adjoindre la variable genre, ce qui ferait gagner un temps précieux pour la constitution d'une banque de données sur ces questions. Un des problèmes importants est celui de la volonté politique afin de rationaliser et de rendre cohérent du point de vue du genre un ensemble de dispositifs déjà existants, et cela à moindre frais.

Tout ceci ne peut que concourir à l'amélioration, réclamée, des statistiques pharmaceutiques et à leur affinement.

Sur un autre plan, il pourrait être envisagé de passer en revue les politiques nationales pharmaceutiques afin d'examiner comment les femmes y sont intégrées aux niveaux de la conception, de l'élaboration et de la mise en œuvre et de prendre les mesures nécessaires à cette intégration (« *mainstreaming* »).

Recherches biomédicales

D'une manière générale, il existe une absence d'études sur l'impact que les différences physiques et biologiques entre les hommes et les femmes peuvent avoir sur l'épidémiologie et l'étiologie des maladies, tout en prenant en considération l'effet des facteurs socio-économiques (lieu, condition, environnement du travail par exemple). On a déjà mentionné le « biais masculin » des recherches sur les maladies et sur les médicaments qui font l'hypothèse de l'identité des résultats sur les deux sexes, or, on sait, pour ne citer que quelques cas, qu'il existe une métabolisation différenciée des médicaments, des effets différents des maladies tropicales :

- Il faudrait donc essayer de remédier à ces distorsions, en incluant systématiquement les femmes dans les recherches, actuelles et à venir, étudiant les effets des médicaments.
- Par ailleurs, on manque de données sur les effets du cycle menstruel sur le métabolisme et la pharmacocinétique des médicaments, mais aussi de données sur les effets de la ménopause.
- Il faudrait donc non seulement envisager de nouvelles recherches du point de vue des relations de genre, en utilisant des méthodologies, techniques et instruments adéquats, mais aussi appliquer ces derniers aux recherches en cours afin de gagner du temps.
- Enfin, il serait souhaitable de favoriser, chaque fois que c'est possible, un travail interdisciplinaire qui puisse analyser les résultats médicaux en interrelation avec l'environnement socioculturel.

Recherches sociologiques

Dans cet ordre d'idées, les recherches à mener sont très nombreuses et il n'est pas question, ici, d'en dresser une liste complète. On peut néanmoins indiquer quelques axes d'orientation :

Des recherches appliquées

Le Point (OMS, 1998-1999) relate un certain nombre d'expériences ou d'initiatives : la décentralisation (permettant aussi de déboucher, à notre avis, sur une quantification des besoins de médicaments en fonction de l'environnement et de la saisonnalité), le système de réapprovisionnement dans un dispensaire ghanéen, un groupe de recherche sur les médicaments essentiels au sein de Médecins sans Frontières (MSF) présents dans 50 pays, au contact de populations très diverses, notamment les réfugié/es, la réforme du secteur de la santé au Pakistan, traitement relevant de la communauté au Mali, le système provincial d'achats groupés en Thaïlande, le système de distributeur exclusif dans deux Provinces d'Afrique du Sud, la réforme du Guatemala sur les médicaments essentiels, l'amélioration de la qualité des soins dans les postes de santé communaux de la Province de Haïphong au Viet Nam. Cette liste n'est certainement pas exhaustive, elle témoigne cependant d'un fort désir d'innovation et de la richesse des expériences, expériences circonscrites, disposant d'un personnel qualifié et convaincu auquel on peut faire appel sans trop de difficultés. Dans toutes ces situations, mais selon leurs spécificités, on pourrait construire des questionnaires ou des grilles d'enquête permettant de recueillir des données de base importantes qui constitueraient un apport supplémentaire sur certains aspects de la relation des femmes aux médicaments :

- Système de prise de décision (cf. plus haut).
- Accessibilité aux médicaments :
 - disponibilité dans les institutions sanitaires;
 - accessibilité géographique (temps de transport et dépenses y afférant);
 - accessibilité financière (prix abordable ou non).

D'autres aspects peuvent également être pris en compte :

- interrelations entre l'usage rationnel, ou non, et les niveaux éducatifs et socio-économiques des femmes;
- compatibilité ou non entre les emplois du temps des femmes et les heures d'ouverture des centres de santé, dispensaires et ses conséquences;
- rôle des femmes et des groupes de femmes dans les structures locales de décision.

D'autres paramètres simples pourraient être ajoutés selon le pays, sa zone, l'expérience menée, etc.

Des recherches de type fondamental

Dans le cadre des relations de genre, il serait intéressant de mener une étude doublement comparative (hommes-femmes/trois pays présentant des situations culturelles, religieuses, sociologiques, économiques, politiques, historiques différentes) autour de l'usage rationnel des médicaments, nécessaire pour le succès des politiques des médicaments essentiels.

Tout d'abord, y a-t-il des spécificités, chez les hommes et chez les femmes, dans l'usage des médicaments ? Si oui, il faut les observer, les décrire, les analyser, non seulement dans une optique économique, fondamentale il est vrai, mais aussi dans leur contexte symbolique.

Les hommes possèdent le droit à la « mobilité » de la parole qui leur permet de parler publiquement, de façon discursive et innovatrice alors que les femmes sont culturellement dépourvues de ce type de parole. Cette opposition recouvre celle du public/privé si utilisée dans l'analyse des relations de genre (l'agora, espace des hommes; la maison, espace des femmes). Cela implique que le dominant peut dominer le savoir, alors que le dominé ne le peut pas.

Par ailleurs, il est une autre constatation qui montre les difficultés de mettre en pratique un nouveau savoir. Difficultés quelque peu expliquées par le non recouvrement de différents systèmes nosologiques, relevant d'une culture traditionnelle et de la culture occidentale, mais aussi par notre méconnaissance du fonctionnement des structures cognitives lorsqu'elles doivent intégrer, voire cumuler, des savoirs souvent conflictuels fondés sur une réalité purement médicale dans un cas, et socio-religieuse dans un autre. Cependant, nous ne savons pas si ces difficultés sont plus difficiles à dépasser pour les femmes que pour les hommes.

Est-ce que cet ensemble très schématiquement présenté entraîne des comportements différents chez les hommes et chez les femmes vis-à-vis des maladies et la manière de les soigner, maladies dont le sens symbolique s'inscrit dans une vision du monde partagée par les deux genres ?

Les recherches devraient, bien évidemment, se référer à des entités nosographiques semblables, même si leur étiologie diffère selon les sociétés.

Conclusion

Vouloir introduire la notion de genre dans les politiques des médicaments essentiels, comme dans n'importe quelle autre politique globale, est difficile mais possible.

« L'introduction de la vision féministe brouille, obscurcit sans aucun doute l'apparente clarté du discours fourni jusqu'alors par les travaux scientifiques mais cette complexité nouvelle qui s'inscrit dans le nouveau cadre théorique de la notion de genre devrait constituer plus un défi qu'un prétexte à renoncement... Si les changements, les évolutions peuvent être appréhendés, ils ne le seront qu'en tenant compte de l'interaction des parties multiples où doivent être dorénavant inclus le masculin et le féminin... La notion de genre appartient à une transformation théorique radicale dans la mesure où elle impose de « révéler le passé comme idéologique ». Elle implique une cassure du savoir dont on doit admettre l'universalité dans la pratique sociale mais dont on doit, encore bien plus, récuser l'existence dans l'élaboration et la pratique du savoir » (Bisilliat, 1996).

Il faut donc changer le cadre de références dans lequel les politiques et les actions pharmaceutiques se sont inscrites jusqu'alors; il faut penser deux là où l'on a toujours pensé un. Les modestes propositions faites vont dans ce sens. Cela apportera un surcroît de compréhension qui, n'en doutons pas, aidera certainement à se rapprocher de l'objectif d'équité des politiques des médicaments essentiels.

Bibliographie

- Andric I. 1987. *Titanic et autres contes juifs*. Paris : Belfond.
- Antezana FS, Velásquez G. 1996. *Health economics : Drugs and health sector reform*. Geneva : WHO Task Force on Health Economics. (WHO/TFHE/96.2).
- Augé M. 1986. *L'anthropologie de la maladie*. L'Homme, 26(1-2) : 81-90.
- Bisilliat J (ed). 1985. *Femmes et politiques alimentaire : actes du Séminaire international sur la place des femmes dans l'autosuffisance et les stratégies alimentaires, ORSTOM - CIE, 14-18 jan. 1985, Paris*. Paris : ORSTOM.
- Bisilliat J. 1996. *Les femmes dans les sociétés du Sud : la cassure du savoir* [thèse de doctorat]. Paris : Université de Paris 1.
- Boltanski L. 1993. *La souffrance à distance*. Paris : Métailié.
- Bonino M. 1994. Psychosocial determinants of the use of maternal child health services in areas of poverty. in : Wijeyaratne P, Hatcher Roberts, J, Kitts J, Jones Arsenault L. (eds.) *Gender, health and sustainable development : a Latin American perspective. Proceedings of a workshop held in Montevideo, Uruguay, 26-29 April 1994*. Ottawa : IDRC.
- Bonnet D. 1990. *Anthropologie et santé publique : une approche du paludisme au Burkina Faso*. in : Fassin D, Jaffre Y. *Société, développement et santé*. Paris : Ellipses/AUPELF.
- Corin E. 1985. *La santé : nouvelles conceptions, nouvelles images*. in : Dufresne J, Dumont, F, Martin Y (eds.) *Traité d'anthropologie médicale : L'institution de la santé et de la maladie*. Sainte-Foy : Presses Universitaires du Québec.
- Coutras J. 1992. *L'insertion différentielle des sexes dans l'espace urbain*. Cahiers du GEDISST, N° 5.
- Defossez AC, Fassin D, Viveros M. 1992. *Femmes, santé, société : temps de changement*. in : *Mujeres de los Andes : condiciones de vida y salud*. Bogotá : Universidad Externado de Colombia/Instituto Francés de Estudios Andinos.
- Dupâquier J. 1999. *Où va la population mondiale ?* Le Monde, 27 mai.
- Euréka. 1997. No. 22/23 (septembre-décembre).
- Eviota EU. 1998. *Les femmes, l'économie et l'Etat en Asie*. Alternatives Sud, 5(4) : 101-121.
- Fassin D. 1992. *Pouvoir et maladie en Afrique : anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar*. Paris : Presses universitaires de France.
- Gautier A. à paraître. *Les Conférences Internationales et la régulation des naissances*. in : Venner F (ed) *La régulation des naissances*, Paris : Berg International.
- Ghosh J. 1998. *Genre et macro-économie*. Alternatives Sud, 5(4) : 33-43.
- Glick LB. 1967. *Medicine as an ethnographic category: the Gimi of the New Guinea highlands*. Ethnology, 6 : 31-56.
- Grodos D. 1991. *Soins de santé*. in : Singleton M. (dir) *Soins de santé primaires en Afrique : cause perdue ?* Cahiers du CIDEP, N°12.
- Hours B. 1995. *Entretien avec Marc Augé*. Journal des Anthropologues, 60 : 15-18.
- Hurtig M-C, Kail M, Rouch H. 1991. *Sexe et genre : de la hiérarchie entre les sexes*. Paris : CNRS.

- Jinadu MK, Olusi SO, Alade OM, Ominiya CL. 1988. *Effectiveness of primary health-care nurses in the promotion of oral rehydration therapy in a rural area of Nigeria*. International Journal of Nursing Studies, 25(3) : 185–190.
- Kanji N, Jazdowska, N. 1998. *L'ajustement structurel et les femmes au Zimbabwe*. Alternatives Sud, 5(4) : 139–160.
- Khoury El. A. 1996. *Les femmes chefs de famille : état de la recherche et réflexions méthodologiques*. in : Bisilliat J. (dir.) Femmes du Sud, chefs de famille. Paris : Karthala.
- Kitts J, Hatcher Roberts J. 1996. *Droit de la santé : au-delà de la grossesse et de la reproduction*. Ottawa : CRDI.
- La Boétie E. de 1550 ? *Discours de la servitude volontaire*. Paris : Ed. Mille et une nuits, 1995.
- Lindqvist S. 1999. *Exterminez toutes ces brutes*. Paris : Le Serpent à Plumes.
- Madrid I, Velásquez G, Fefer E. 1998. *Pharmaceuticals and health sector reform in the Americas : an economic perspective*. Washington : WHO/PAHO.
- Mathieu NC (dir) 1985. *L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes*. Paris : EHESS.
- Nations unies. 1991. *Les femmes dans le monde : des chiffres et des idées 1970–1990*. New York.
- Okojie CE. 1994. *Gender inequalities of health in the Third World*. Social Science and Medicine, 39(9) : 1237–1247.
- Olivier de Sardin J-P. 1990. *Sociétés et développement*. in : Fassin D, Jaffre Y. Société, développement et santé. Paris : Ellipses/AUPELF.
- OMS. 1994. *La santé des femmes : vers un monde meilleur. Rapport de la première réunion de la Commission Mondiale pour la santé des femmes*. Genève.
- OMS. 1997. *Rôles des secteurs public et privé dans le domaine pharmaceutique : incidences sur l'équité en matière d'accès et sur l'usage rationnel des médicaments*. (Série « Economie de la Santé et Médicaments », no. 5). Genève : Programme d'Action pour les Médicaments essentiels. (OMS/DAP/97.12).
- OMS. 1998. *Suivi et évaluation des politiques pharmaceutiques nationales et mesure des effets du travail de DAP*. Genève : Programme d'Action pour les Médicaments essentiels. (DAP/MAC(10)/98.6).
- OMS. 1998–1999. *Médicaments Essentiels : Le Point* (numéro double), no 25 et 26.
- Poloni A. 1995. *Anatomie d'une conférence internationale : Dakar 1994. La connaissance ordinaire d'une utopie normative*. Revue française des Affaires sociales, 49(no. hors série) : 59-85.
- Priest L. *Most medical research ignores women patients*. Toronto Star. 1994.
- Rathgeber EM, Vlassoff C. 1993. *Gender and tropical diseases : a new research focus*. Social Science and Medicine, 37(4) : 513–520.
- Smyke P. 1991. *Women and health*. London : Zed Books.
- Tabet P. 1985. *Fertilité naturelle, reproduction forcée*. in : Mathieu NC (dir) L'arraisonnement des femmes : essais en anthropologie des sexes. Paris : EHESS.
- Thébaud A, Lert F. 1985. *Maladie subie, maladie dominée, industrialisation et technologie médicale : le cas de la tuberculose*. Social Sciences and Medicine, 21(2)129–137.
- Viveros M. 1990. *La relation entre médecins et malades*. in : Fassin D, Jaffre Y. Société, développement et santé. Paris : Ellipses/AUPELF.
- World Bank. 1993. *World Development Report 1993 : Investing in health*. New York : Oxford University Press for the World Bank.

Zurayk, H, Younis N et Khattab, H. 1994. *Comment repenser la politique de planification familiale à la lumière des recherches sur la santé génésique*. Revue internationale des Sciences sociales, 141 : 493-511.

