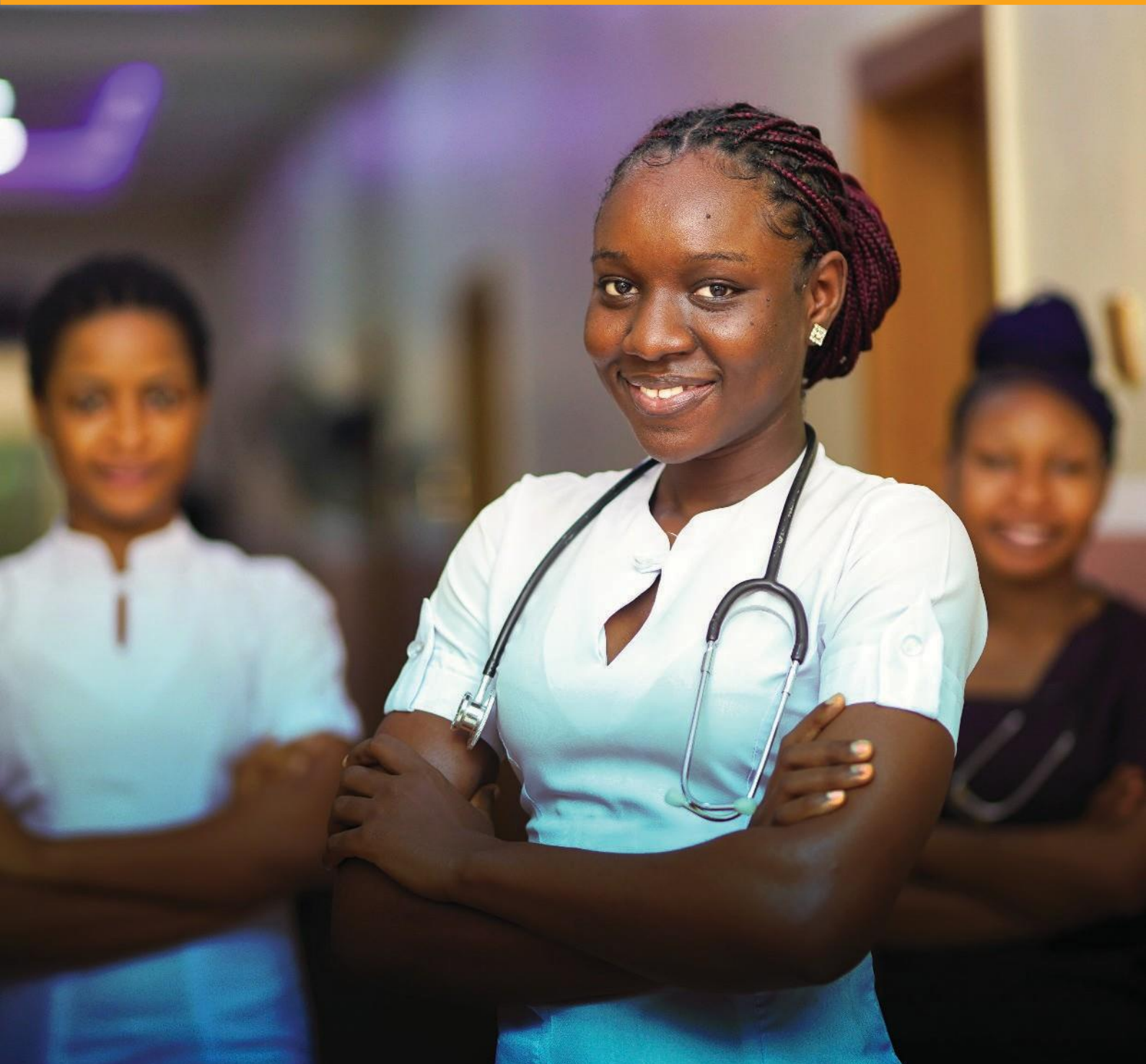


LA SITUATION DU LEADERSHIP DES FEMMES EN SANTÉ MONDIALE



WGH

ORGANISATION WOMEN IN
GLOBAL HEALTH

INTRODUCTION

LE PARADOXE EN LIEN AVEC LA FEMME : LES FEMMES CONSTITUENT LA MAJORITÉ DU PERSONNEL DE SANTÉ ET DEVAIENT DE CE FAIT ÊTRE DES RESPONSABLES DE LA SANTÉ

Les femmes occupent environ 70 % des postes d'agents de santé dans le monde, plus de 80 % des postes d'infirmières et plus de 90 % des postes de sages-femmes¹. Elles dispensent la majorité des soins non rémunérés, font le gros du travail domestique dans les familles et les communautés, et prennent la majorité des décisions en matière d'achat et d'utilisation des produits de santé. Les femmes sont responsables de la prestation des soins de santé à 5 milliards de personnes et apportent une contribution estimée à 3 000 milliards de dollars par an dans le domaine de la santé à l'échelle mondiale, dont la moitié sous forme de travail non rémunéré. Pourtant, les femmes n'occupent que 25% des postes de direction dans le domaine de la santé.

Si les postes de responsabilité étaient répartis proportionnellement (en supposant que les femmes et les hommes ont le même mérite), et du fait que les femmes représentent 70 % du personnel de santé, 70 % des dirigeants du secteur de la santé seraient des femmes. Ce qui ne correspond pas du tout à la situation actuelle, car les hommes représentent moins de 30 % du personnel de santé et occupent 75 % des postes de responsabilité. L'agent de santé par défaut est une femme, et le responsable de la santé par défaut devrait l'être aussi. C'est le « paradoxe en lien avec la femme » que nous cherchons à expliquer.

Dans la plupart des pays, les femmes constituent la majorité des jeunes médecins, infirmières, pharmaciens et dentistes. Selon les indiscrétions, les femmes peuvent aussi occuper des postes de responsabilité dans le domaine de la santé. Les hommes sont promus, alors que les femmes ne le sont pas du tout. Elles font face à d'énormes obstacles pour accéder à des postes de direction à tous les niveaux. Le même problème a été signalé dans certains pays pour les infirmiers, bien que minotaires, occupent un nombre disproportionné de postes de responsabilité.⁴

Se fondant sur une approche multidimensionnelle, ce rapport examine les raisons pour lesquelles les principaux groupes cibles de la plupart des organisations et programmes de santé mondiale et les femmes des pays à revenu faible et intermédiaire sont les moins représentés au sein des instances dirigeantes de la santé à l'échelle mondiale. Il s'agit ici d'une autre dimension du paradoxe en lien avec la femme. En outre, nous cherchons à mettre en évidence le fait que le leadership dans le domaine de la santé est aussi diversifié que les femmes elles-mêmes. Bien que la majorité des femmes travaillant dans le secteur de la santé n'occupent pas de fonctions officielles de direction, elles sont à l'origine du changement à tous les niveaux du secteur de la santé, tant sur le plan communautaire que mondial. Dans le même temps, les femmes veulent être reconnues, bénéficier d'une progression de carrière égale et aspirent à des postes de prise de décision de haut niveau et aux avantages qui en découlent. Les travailleuses de la santé ont un droit égal à la diriger. Ceci est aussi valable pour les millions de travailleuses de la santé communautaire qui subventionnent actuellement la santé mondiale par leur travail non rémunéré.⁵



“

« La présence insuffisante des femmes est l'un des symptômes d'un système défaillant où la gouvernance ne tient pas compte du sexe, de la géographie, de l'orientation sexuelle, de la race, du statut socio-économique ou des disciplines rattachées au domaine de la santé et au delà, excluant ainsi les femmes qui offrent un éclairage et une expertise uniques ».

Dr Kim van Dalen et al.⁶

LE LEADERSHIP TRANSFORMATEUR EN MATIÈRE DE GENRE

L'inégalité entre les sexes au niveau du leadership dans le domaine de la santé n'est pas un problème exclusivement féminin. Nous ne pouvons pas faire reposer la responsabilité du changement sur les seules épaules des femmes dirigeantes. Les femmes ne devraient pas avoir à changer pour être compétitives dans des systèmes et des cultures conçus pour les hommes. Les approches traditionnelles visaient à encourager les femmes à s'affirmer davantage et à « montrer leur importance », mais elles subissent des réactions négatives lorsqu'elles se comportent d'une manière qui ne correspond pas au stéréotype de leur sexe.

Pour que cette situation change, tous les dirigeants du secteur de la santé doivent promouvoir délibérément des politiques sexospécifiques comme base de systèmes de santé solides et efficaces. Le **leadership transformateur en matière de genre** est une approche destinée aux dirigeants de tous les genres. Il améliore les résultats en matière de santé en s'attaquant aux obstacles juridiques, culturels et sociaux qui empêchent les femmes travaillant dans le secteur de la santé au niveau mondial d'accéder à des postes de gestion, de direction et de gouvernance. Il repose sur les principes suivants :

- > Promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes dans tous les domaines, en allant au-delà des approches superficielles et en œuvrant pour un changement significatif et transformateur, qui s'attaque aux causes profondes de l'inégalité entre les hommes et les femmes et redéfinit les relations de pouvoir inégales.
- > Valider le leadership de la femme dans tous les secteurs de la santé, afin de le redéfinir et de le légitimer là où il se manifeste et est le plus nécessaire.
- > Éviter les stéréotypes ou les normes existantes qui empêchent les femmes d'être reconnues comme des leaders et d'accéder au leadership sans avoir à adopter l'archétype patriarcal.



"Il ne s'agit pas tant d'écarter les garçons que d'élargir le cadre pour que les hommes et les femmes accèdent au marché du travail, contribuent à l'économie, génèrent de la croissance, aient des emplois..."

Christine Lagarde,
Présidente de la Banque centrale européenne

L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LE LEADERSHIP FAVORISERA UNE MEILLEURE SANTÉ POUR TOUS



"La représentation équitable des sexes est plus qu'un simple impératif moral. Lorsqu'elle dépasse le simple symbolisme, elle conduit à une prise de décision plus intelligente, plus éthique et plus efficace" ⁷

Groupe de travail sur le genre et le COVID-

Les études portant sur un éventail de périodes et de cadres géographiques révèlent que les femmes politiques accordent la priorité aux politiques familiale et sociale et aux questions de parité entre les sexes.^{89 20} Augmenter le nombre de femmes jouant un rôle de chef de file en santé peut amplifier la portée de ces études, en accordant une plus grande priorité à des questions telles que la santé sexuelle et génésique, qui concernent les femmes et accentuent les inégalités entre les hommes et les femmes.^{31 32} Les données provenant de 159 pays ont montré que les gouvernements ayant un nombre important de femmes au parlement sont plus enclins à adopter des lois qui prennent en compte la question du genre, y compris des lois sur le harcèlement sexuel, le viol, le divorce et la violence domestique.³³ Cependant, au rythme où vont les choses, il faudra plus de 80 ans pour atteindre la parité hommes-femmes dans les gouvernements. Il n'y a que six pays où les femmes occupent au moins la moitié des sièges à la chambre basse ou à la chambre unique.³⁴

Si nous parvenons à atteindre notre but, les avantages d'un leadership égal pour les femmes dans le secteur de la santé favoriseront la justice économique pour les femmes et apporteront également un « triple dividende pour les deux sexes » beaucoup plus large.³⁵

Le potentiel du personnel de santé: triple dividende en termes de genre

DIVIDENDE SANTÉ

Lorsque les femmes ont la possibilité d'accéder à des postes de direction, leur expertise professionnelle et leurs points de vue renforcent les systèmes de santé et la prestation des soins de santé. Un personnel de santé égalitaire, s'appuyant sur un travail sûr et décent pour tous, et favorisant une progression de carrière égale pour les femmes, est de nature à attirer de nouvelles recrues pour combler les postes vacants et retenir les femmes compétentes. Ce qui permet de disposer de systèmes de santé plus solides. Ainsi, les objectifs en matière de santé mondiale tels que la couverture sanitaire universelle pourront être atteints.

DIVIDENDE EN TERMES DE GENRE

Si davantage de femmes accèdent à des postes de direction et à des emplois formels dans le secteur de la santé, les travailleuses de la santé gagneront en revenu et en autonomie, et ce au profit des familles. Les hommes et les femmes en début de carrière auront également davantage de modèles féminins de haut niveau, ce qui permettra de briser les stéréotypes sexistes selon lesquels les hommes sont des "leaders naturels".

DIVIDENDE ÉCONOMIQUE & SOCIAL

Les nouveaux emplois créés et occupés par les femmes dans le secteur de la santé stimuleront la croissance économique et auront des retombées plus larges pour la société. Un personnel de santé représentatif des deux sexes en termes d'effectifs est un motif de satisfaction pour les concernés.

LE PERSONNEL DE SANTÉ EST FORTEMENT MARQUÉ PAR LA SÉGRÉGATION ENTRE LES SEXES

Dans le secteur de la santé, la ségrégation entre les sexes au niveau professionnel est plus forte que dans d'autres secteurs économiques. Le présent rapport aborde la question de la **ségrégation professionnelle verticale et celle de la ségrégation professionnelle horizontale qui prévalent dans le secteur de la santé. La première forme de ségrégation se définit** comme une sous ou une surreprésentation des femmes et des hommes à des postes de responsabilité. La deuxième forme de **ségrégation se définit comme** une sous ou une surreprésentation des femmes ou des hommes dans les professions ou les secteurs de la santé. En témoigne le faible nombre d'hommes dans le secteur des soins infirmiers dans la plupart des pays, et autant pour les femmes qui pratiquent la chirurgie, un domaine qui exige des compétences solides. La ségrégation professionnelle favorise un écart de rémunération entre hommes et femmes de 24 % dans le secteur de la santé au niveau mondial. Cet écart est plus élevé d en comparaison à d'autres secteurs économiques.³⁶ En outre, les femmes sont plus disposées que les hommes à exercer des fonctions non rémunérées dans le domaine de la santé, par exemple en tant qu'agents de santé communautaires.³⁷ La répartition déséquilibrée des pouvoirs entre les hommes et femmes résultant de la ségrégation professionnelle crée un environnement propice au harcèlement sexuel au travail. Il pourrait causer un problème majeur pour les femmes travaillant dans le secteur de la santé, mais qui rarement est pris en compte ou fait l'objet d'une sanction.³⁸

Analyse

Selon un récent rapport des Nations unies, il faudra 140 ans pour que les femmes obtiennent une représentation égale aux postes de direction sur le lieu de travail.¹⁹ Pourtant, aucune raison ne justifie une si longue attente pour les femmes exerçant dans le secteur de la santé. Ce secteur est l'un des secteurs économiques les plus importants qui enregistrent la croissance la plus forte. Ce secteur emploie 234 millions de personnes dans le monde.²⁰ C'est l'une des sources d'emploi les plus importantes pour les femmes. Le défi n'est pas d'attirer les femmes dans le secteur, mais de supprimer les obstacles qu'elles rencontrent pour accéder à des postes de direction. Les femmes ont droit à une représentation égale dans les instances dirigeantes du secteur de la santé, ce qui est un droit et une question de justice sociale et économique. Les femmes sont fières de la contribution qu'elles apportent au secteur de la santé, elles sont parfaitement conscientes des injustices auxquelles elles sont confrontées et elles exigent des changements.

La pandémie a mis en lumière le rôle essentiel joué par les femmes travaillant dans le secteur de la santé. Elle a aussi révélé le besoin urgent d'un leadership équitable et diversifié. Au bout de trois ans, les travailleuses de la santé sont épuisées et traumatisées. Les préjugés sexistes inhérents aux politiques et aux pratiques des systèmes de santé ont été illustrés lors de la pandémie par des pénuries d'équipements de protection individuelle (EPI) qui ont touché davantage les femmes que les hommes, parce que les femmes se situaient plus bas dans la hiérarchie (par exemple, dans les rôles d'agents de santé communautaire de première ligne). En outre, l'EPI était essentiellement conçu pour « l'homme par défaut », ce qui signifie qu'il n'était pas adapté aux femmes, les laissant exposées aux infections et sans dignité personnelle puisqu'elles ne pouvaient pas utiliser les toilettes pendant les longues périodes de travail.²¹

“

«Nous sommes en situation de crise. Les femmes n'attendront pas plus longtemps. C'est une tragédie pour elles et pour nous tous si nous perdons des travailleuses de la santé dévouées et hautement qualifiées. Si nous voulons vraiment mettre en place des systèmes de santé au service de tous, nous devons éliminer les inégalités qui ont écarté les femmes du leadership et commencer à les écouter».

Dr Roopa Dhatt,
Directrice & Co-fondatrice,
Women in Global Health

Il est urgent d'opérer un changement radical en matière d'équité entre les sexes au sein du personnel de santé, afin de protéger et de retenir les travailleuses de la santé épuisées et démoralisées. Elles sont essentielles aux systèmes de santé et à la réalisation des objectifs mondiaux en matière de santé, y compris la couverture sanitaire universelle (CSU).

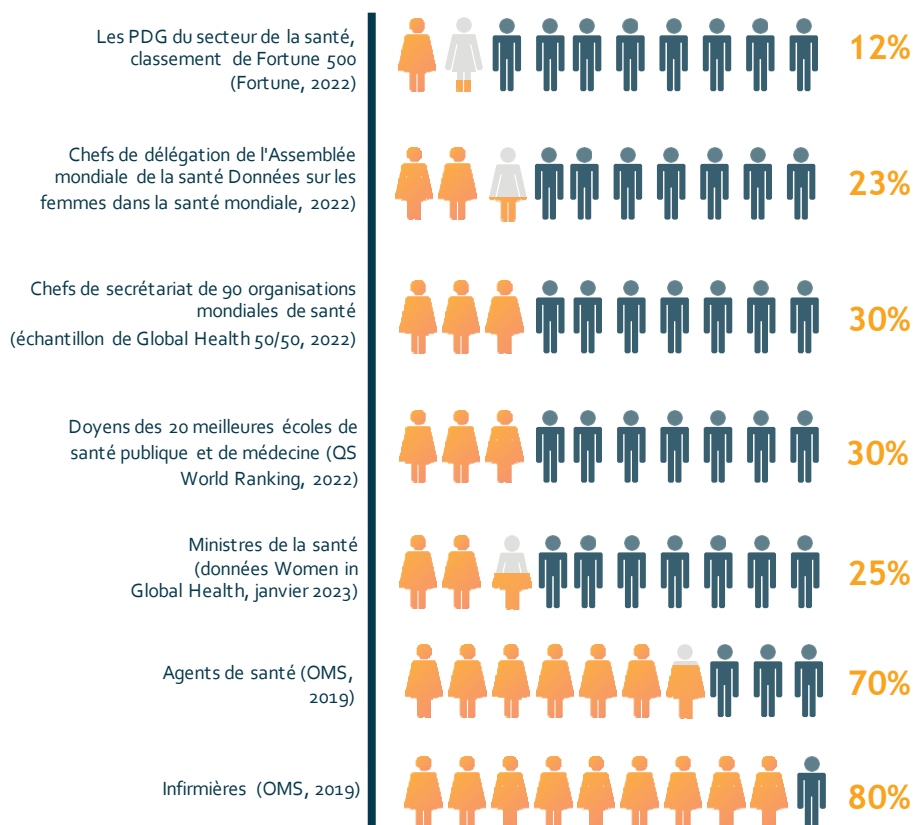
Malgré un consensus croissant sur le fait qu'il est urgent d'augmenter le nombre de femmes occupant des postes de direction dans le domaine de la santé mondiale, il existe peu de données sur les expériences vécues par les femmes pouvant occuper ces postes.²² Ce rapport répond à cette lacune en présentant la situation des femmes et de leur leadership dans le domaine de la santé mondiale, y compris de nouvelles données provenant de l'Inde, du Kenya, du Nigeria et d'ailleurs, afin de comprendre l'expérience des femmes, les obstacles, ainsi que les solutions pour y faire face.²³



CONCLUSIONS

I. LES FEMMES RESTENT MINORITAIRES DANS LES INSTANCES DIRIGEANTES DU SECTEUR DE LA SANTÉ MONDIALE : LES PROGRÈS SONT AU POINT MORT

Une nouvelle analyse de WGH confirme qu'au cours des cinq dernières années, le statut des femmes dans le leadership mondial en matière de santé est resté inchangé. Les femmes n'occupent encore que 25 % des postes de direction. Alors que la proportion d'entreprises du secteur de la santé du classement Fortune 500 dirigées par des femmes est passée de 5 % à 12 %, le nombre de femmes ministres de la santé est passé de 31 % à 25 %, reflétant l'état du leadership politique des femmes dans le monde, où seulement un cinquième des ministres du gouvernement sont des femmes.²⁴ Entre 2018 et 2022, la proportion de délégations de l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) dirigées par des femmes est passée de 27 % à 23 %. L'analyse de WGH révèle que 83% des délégations présentes aux réunions de l'AMS au cours des sept dernières décennies étaient composées d'une majorité d'hommes, et qu'aucune AMS ne comptait plus de 30% de femmes comme chefs de délégation.²⁵



Pyramide du leadership des femmes en santé mondiale (2023)

Des progrès ont été accomplis dans certains secteurs, mais les barrières sont presque intactes.

Les 13 principales organisations mondiales impliquées dans le domaine de la santé et ²⁶ engagées en faveur du Plan d'action mondial (PAM) pour une vie saine et le bien-être de tous ont progressé vers la parité hommes-femmes au niveau du leadership. En février 2023, les femmes occuperont 61 % des postes de direction dans les agences du PAM.²⁷ Cependant, seules 5 des 13 agences sont dirigées par des femmes. L'effet de plafond de verre est particulièrement évident chez les femmes originaires des pays les plus ciblés par les dites organisations : seule une des 13 agences est dirigée par une femme originaire d'un pays à faible revenu.

²⁶ Organisations engagées en faveur du Plan d'action mondial: Gavi Alliance, le Mécanisme de financement mondial pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), l'Organisation internationale du travail, le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, l'ONUSIDA, le PNUD, le FNUAP, l'UNICEF, l'UNITAID, l'ONU Femmes, l'OMS, le Groupe de la Banque mondiale et le Programme alimentaire mondial.

La proportion des femmes dans les instances dirigeantes du secteur de la santé varie considérablement entre l'Inde, le Kenya et le Nigeria.

- > Au Kenya, la recherche menée par WGH a révélé que malgré les défis d'une culture très patriarcale, les femmes occupent 42 % des postes de direction de niveau intermédiaire et 40 % des postes de direction de niveau hiérarchique supérieur dans le secteur de la santé.
- > Toutefois, au Nigeria, les femmes se heurtent à un « plafond de verre » pour accéder aux postes les plus élevés. Environ un tiers des postes de direction dans les organisations de santé sont occupés par des femmes. Cependant, seulement 5 sur 30 des postes réservés aux ministres/secrétaires d'état et 1 sur les 28 postes réservés aux directeurs des centres médicaux fédéraux reviennent aux femmes.
- > En Inde, les femmes occupent en moyenne 28 % des postes de direction dans les organisations nationales de santé, à l'exception du Conseil des infirmières où les femmes sont majoritaires et occupent 75 % des postes de direction. Toutefois, les moyennes peuvent être trompeuses et certaines organisations telles que le Pharmacy Council of India ne comptent pratiquement pas de femmes à des postes de direction.

II. LES FEMMES ONT PERDU DU TERRAIN DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PENDANT LA PANDÉMIE DE COVID-19

La pandémie de COVID-19 est venue s'ajouter aux inégalités existantes entre les hommes et les femmes.²⁸⁻²⁹ Les femmes travaillant dans le secteur de la santé doivent généralement faire face à un double fardeau : un nombre élevé de patients, de longues heures de travail, un stress et des risques importants au travail, ainsi que des soins non rémunérés à domicile et dans la communauté. Les travailleurs de la santé ont perdu la vie à cause du virus et un grand nombre d'entre eux sont touchés par le "COVID de longue durée".³⁰ Il est compréhensible que les femmes quittent le secteur de la santé à tous les niveaux dans un contexte de "grande démission", qui menace d'aggraver la pénurie mondiale de 10 millions de travailleurs de la santé et de réduire la représentation des femmes dans les instances dirigeantes.

Les épidémies précédentes nous enseignent que l'exclusion des femmes et de leurs points de vue dans la prise de décision au cours d'une pandémie peut avoir des conséquences potentiellement fatales.³¹ Sans une masse critique de femmes à la table de discussions, les politiques de confinement n'ont pas toujours considéré les services de maternité et de santé sexuelle et reproductive comme des soins essentiels. L'accès à l'avortement sans risque a également été restreint pour de nombreuses femmes.³²

La pandémie de COVID-19 a reconfirmé le besoin urgent d'un leadership équitable et diversifié dans le domaine de la santé. Toutefois, la pandémie a également révélé la fragilité de la position des femmes dans le leadership mondial en matière de santé. : Lors de la réunion du conseil exécutif de l'OMS de janvier 2022, seuls 6 % des membres du conseil exécutif étaient des femmes, alors que ce chiffre atteignait 32 % en 2020. Une étude de WGH réalisée en 2020 a révélé que 85 % des 115 groupes de travail nationaux sur le COVID-19 étaient composés majoritairement d'hommes. C'est la preuve que les femmes ont été exclues du processus décisionnel pendant la pandémie, bien qu'elles constituent la majorité des travailleurs du secteur.

“

« Le fait que les responsables en santé mondiale soient des hommes m'a beaucoup frappé au cours de cette pandémie. Beaucoup de femmes ont tendance à être des numéros 2, ce qui fait qu'elles n'ont ni pouvoir de décision, ni possibilité d'expression »

Dr Ayoade Alakija,
Envoyé spécial de l'OMS pour l'Accélérateur d'outils
d'accès au COVID-19



III. L'APPLICATION D'UNE APPROCHE INTERFONCTIONNELLE MONTRE QUE CERTAINS GROUPES DE FEMMES SONT LES PLUS EXCLUS DES POSTES DE RESPONSABILITÉ DANS LES SERVICES DE SANTÉ

Les conditions qui permettent ou entravent la progression de carrière des femmes n'affectent pas tous les groupes de femmes de la même manière.³⁴ Même si les défis peuvent être similaires, d'autres variables confusionnelles telles que - la géographie, la race, l'ethnicité, l'orientation sexuelle, le statut socio-économique, la caste, la classe, etc. constituent des expériences vécues et des opportunités différentes pour toutes les femmes.³⁵ Les données de McKinsey & Company, dont le siège est aux États-Unis, montrent que, bien qu'elles représentent un employé sur cinq à un poste de début de carrière, les femmes de couleur n'occupent que 5 % des postes de responsabilité dans la catégorie des cadres supérieurs. En outre, le nombre de postes de direction occupés par des hommes blancs passe à 23 % au niveau des postes de début de carrière et à 59 % s'agissant des postes réservés aux cadres supérieurs.³⁶ Une étude menée dans le secteur de la santé en Afrique du Sud confirme, la thèse selon laquelle la question raciale est intimement liée à l'appartenance sexuelle dans les expériences vécues et l'évolution de carrière des femmes noires occupant des postes de direction.³⁷

Selon le contexte, certains groupes de femmes seront confrontés à des obstacles supplémentaires. Dans certains pays à faible revenu, les faibles niveaux d'éducation et d'alphabétisation limitent l'accès de certaines femmes à certains postes dans le secteur de la santé, empêchant ainsi leur accès à des postes de direction. Malgré leur rôle essentiel dans la prestation des soins de santé primaires et l'animation de la communauté, les femmes exerçant en qualité d'agents de santé communautaire n'ont généralement pas de manière formelle, la possibilité d'occuper des postes de responsabilité.

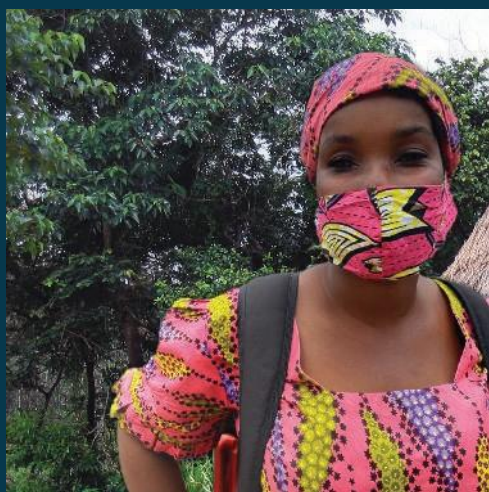
Le *Prix des héroïnes de la santé* décerné annuellement par Women in Global Health donne de la visibilité et célèbre la contribution exceptionnelle de certaines femmes qui travaillent dans le domaine de la santé, mais qui n'occupent pas des fonctions officielles à un degré donné de responsabilité.

*"On a dit qu'un jeune [homme] blanc était plus compétent pour occuper le poste pour lequel j'étais qualifiée, mais j'ai fini par le former. Je suis une femme noire. Les dichotomies et les préjugés sur le lieu de travail sont une chose horrible"*³⁸



Mme Margaret Odera, agent de santé communautaire, Kenya

Depuis des années, Mme Odera, agent de santé communautaire (ASC) non rémunéré, mène une campagne pour que les ASC comme elle soient reconnus comme des membres essentiels des équipes de soins de santé. Le souhait est qu'ils soient rémunérés équitablement pour leur travail. L'objectif principal de Mme Odera est de créer une association nationale des agents de santé communautaire au Kenya. Elle a mené avec succès la mise en place du réseau des défenseurs des agents de santé communautaires au Kenya, afin de défendre les droits de ces derniers à la rémunération et au respect au sein du système de soins de santé. Son témoignage a inspiré plus d'un millier d'autres ASC à se former à la défense des droits de l'homme.



Mme Ramatu Jalloh, agent de santé communautaire, Sierra Leone.

Ramatu a placé les travailleurs de la santé de première ligne sur la scène mondiale pendant la pandémie de COVID-19. Son action passionnée a conduit à la création du Fonds d'action COVID-19 pour l'Afrique, qui a recueilli 20 millions de dollars US. L'aide reçue servira à fournir plus de 100 millions de pièces d'EPI à des centaines de milliers d'agents de santé de première ligne dans le monde. Ramatu a inspiré un réseau croissant de défenseurs des ASC dans le monde entier, qui écoutent ses discours et constatent que la défense des ASC par les ASC peut être un véritable catalyseur de changement.

VI-EN FONCTION DES CONTEXTES ET DES CULTURES, LES FEMMES FONT FACE A DES DIFFICULTÉS COMMUNES D'ACCES AU LEADERSHIP EN MATIERE DE SANTÉ

Malgré les différences de culture et de contexte socio-économique, les recherches de WGH en Inde, au Kenya et au Nigeria ont confirmé l'existence de nombreux défis communs liés au leadership des femmes travaillant dans le secteur de la santé. Les données qualitatives recueillies auprès de plus de 100 répondants confirment qu'il est nécessaire d'agir à tous les niveaux pour modifier les normes et les préjugés sexistes persistants, qui discriminent les femmes dans leur foyer, sur leur lieu de travail et dans la société.

DÉFI 1 : LES NORMES ET LES RÔLES LIÉS AU GENRE LIMITENT LA PARTICIPATION DES FEMMES AU TRAVAIL ET AU LEADERSHIP

Les trois pays étudiés dans le cadre de ce rapport, à savoir l'Inde, le Kenya et le Nigeria tendent vers une culture patriarcale, où les normes et les stéréotypes de genre considèrent les postes de responsable comme des postes masculins, tandis que les femmes sont censées s'occuper des tâches domestiques. Les normes patriarcales au sein des familles et des communautés peuvent limiter la participation des femmes à la main-d'œuvre.^{39 40} L'Inde a un faible niveau de participation des femmes à l'économie formelle au niveau mondial et dans sa propre région, avec seulement 24% de femmes dans la main-d'œuvre, contre 79% d'hommes.⁴¹ En Afrique subsaharienne, les taux de participation des femmes à la vie active stagnent malgré l'augmentation du niveau d'éducation des femmes.⁴²



"Depuis mon enfance, je considère ce qui suit comme une vérité de l'évangile. La tâche principale des femmes est de s'occuper du ménage. Il est difficile de remettre en question cette notion, même dans le milieu familial, lorsque tout le monde autour de vous ne cesse de l'affirmer. Lorsque je me suis mariée, ma belle-mère m'a dit très explicitement que mon travail consistait à faire du 'Seva' (servir) pour mon mari et mon futur fils"

Médecin, Inde

Les participants à l'étude dans les trois contextes évoqués ont décrit comment les normes culturelles empêchent les femmes d'accéder à des postes de responsabilité.



"Vous savez, notre environnement culturel n'encourage pas vraiment les femmes à se lancer dans l'entrepreneuriat. On nous apprend toujours à suivre plutôt qu'à diriger. Il faut beaucoup d'efforts pour surmonter cela"

Médecin, Nigeria



"Ils ne pensent pas que je suis la première personne apte à occuper un poste de direction. Selon eux, je n'aurais pas la capacité d'organiser et de gérer les finances, par exemple. Les hommes pensent que le travail d'une femme est de s'occuper des enfants"

Répondant, en rapport avec l'étude menée, Section recherche, bureau de WGH, Inde

Les personnes interrogées au Kenya sont conscientes de l'impact des attitudes patriarcales, en particulier de la part des conjoints, sur les ambitions professionnelles des femmes. Les attentes des conjoints, des familles et des communautés peuvent empêcher les femmes de postuler ou d'occuper des postes donnés, en particulier si elles ne sont pas soutenues ou encouragées par leur famille proche.



"Il existe des cultures qui croient fermement que les femmes ne devraient pas occuper des postes de responsabilité. Et parfois, lorsque vous occupez un poste de responsabilité et que ce n'est pas le cas pour votre conjoint, cela entraîne déjà des conflits et peut même avoir un impact sur vos relations de couple. Et parfois, les femmes peuvent hésiter à assumer ces rôles"

Médecin, Kenya

DÉFI 2 : LES FEMMES VICTIMES DE DISCRIMINATION LIÉE À LA "PÉNALITÉ DE LA MATERNITÉ"

La "pénalité de la maternité" fait référence aux différentes formes de discrimination auxquelles sont confrontées les mères qui travaillent et celles qui cherchent un emploi. En règle générale, les politiques de ressources humaines dans le secteur de la santé et dans d'autres secteurs ont été conçues pour s'adapter à « l'homme par défaut », son mode de vie et aux attentes sexospécifiques quant à son rôle dans la société et la famille. La mise en œuvre des politiques sur le lieu de travail peut tenir compte du fait que la menstruation, la grossesse, la fausse couche, l'allaitement et la ménopause sont "une exception", bien que les femmes soient majoritaires dans le personnel de santé. Même les femmes sans enfants peuvent être désavantagées dans leur progression de carrière, partant de l'idée d'avoir des enfants à l'avenir ; et qu'elles sont donc "moins aptes" à être promues que leurs homologues masculins. Le « **syndrome de la prime masculine** » repose sur le fait suivant : les agents de santé masculins profitent du fait que les femmes sont défavorisées par la réglementation et les politiques existantes, et que ces dernières sont été conçues pour les hommes.

La "pénalité de la maternité" est l'une des formes les plus persistantes et les plus manifestes de préjugés sexistes. Les mères et les mères potentielles subissent une pénalité sous la forme d'une compétence et d'un engagement perçus comme dérisoires, d'attentes professionnelles plus fortes, d'une probabilité moindre d'embauche, de réembauche et de promotion et de salaires faibles dès le départ.⁴³ Au Nigeria, les personnes interrogées ont déclaré qu'elles avaient dû renoncer à des promotions car les institutions ne prennent pas de dispositions spéciales pour les femmes enceintes, et s'efforcent même de trouver des moyens de les pénaliser. Des femmes ont déclaré avoir été « punies pour être tombées enceintes » dans l'exercice de leurs fonctions dans des lieux d'affectation éloignés, à leur retour de congé de maternité. En Inde, ce médecin est confronté à une discrimination similaire :

“

" J'ai dû refuser une promotion lorsque j'étais enceinte. On m'a conseillé un repos complet au lit en raison de complications précoces. On m'a proposé une promotion à ce moment-là, mais il s'agissait d'un poste à occuper hors du lieu de travail habituel et il m'a été difficile d'accepter ce nouveau poste. J'ai perdu cette offre. À l'époque, je regrettais de m'être mariée et d'être tombée enceinte "

Le double fardeau des rôles et des responsabilités à la maison et sur le lieu de travail, dicté par les attentes sociales concernant le rôle d'une femme en fonction de son sexe, crée également des difficultés pour les femmes qui aspirent à exercer des fonctions à un niveau de responsabilité donné :

“

« Si vous êtes débordée par les tâches ménagères et qu'il vous manque de l'aide, vous êtes déjà fatiguée avant d'arriver au travail et n'êtes pas en mesure de donner le meilleur de vous-même. Il suffit donc d'être capable de répartir certaines tâches au travail ou même de les déléguer, s'il n'y a pas de collaborateur, pour ne pas se sentir débordé et avoir l'énergie de continuer à assumer les fonctions de chef. »

Médecin, Kenya

Le retour d'un congé de maternité peut être une période particulièrement difficile, s'il n'y a pas un minimum de collaboration. :

"La période qui a suivi l'accouchement a été particulièrement traumatisante pour moi. J'étais déchirée entre les soins à donner à mon enfant et les réflexions sur ma situation précaire au travail"

Infirmière, Inde

"Il y a donc beaucoup de refus d'offres d'emploi à cause de la grossesse. Il faut veiller au bien être de l'enfant, vous savez, c'est à dire du bébé. Lorsque vous revenez, vous constatez que la situation n'est plus la même. Il faut beaucoup d'efforts pour revenir à..."

Médecin, Kenya

"Certaines choses sont vraiment essentielles pour nous, les femmes. Je connais deux femmes qui souffrent de dépression suite à l'accouchement et personne ne semble les comprendre"

Médecin, Nigéria

Il n'y a rien de "naturel" ou d'inévitable dans la discrimination que subissent les femmes au travail dans le secteur de la santé en raison de leurs rôles social, reproductif et sexospécifique. Il est possible de concevoir des politiques sur le lieu de travail pour tous les sexes et leurs besoins spécifiques. Étant donné que les femmes constituent la majorité du personnel de santé, il est logique, d'un point de vue économique, de concevoir des politiques qui répondent à leurs besoins, ce qui leur permettrait de rivaliser sur un pied d'égalité pour les postes de direction et de satisfaire leur droit à la justice économique.

« L'inégalité des sexes est le fait de l'homme, ce qui signifie que cela peut être corrigé »

Professeur Asha George⁴⁴

DÉFI 3 : LES STÉRÉOTYPES LIÉS AU LEADERSHIP DÉCOURAGENT ET PÉNALISENT LES FEMMES

Les entretiens avec les femmes dirigeantes des trois pays étudiés montrent que la perception actuelle de la notion de cadre compétent s'appuie sur des aspects tels que l'affirmation de soi, l'ambition, le dynamisme, l'autonomie et la persévérance, considérés comme des traits du comportement stéréotypé masculin. Les femmes dirigeantes, cependant, peuvent ne pas être perçues comme des dirigeantes potentiellement compétentes parce que ces comportements contredisent les stéréotypes de la féminité.⁴⁵

Lorsque les femmes présentent des caractéristiques associées au stéréotype masculin, elles sont qualifiées d'"autoritaires" ou d'agressives. En Inde, une médecin de haut rang n'a pas été promue du fait qu'elle avait une « attitude agressive et autoritaire ». Il lui a été demandé de s'engager par écrit auprès de l'administration à adopter une attitude « plus conciliante ».

Ces stéréotypes ont un impact sur le parcours potentiel des femmes en matière de leadership :

En outre, les femmes dirigeantes qui adoptent un leadership plus empathique peuvent être accusées d'être « trop émotives ». Nos données confirment que le leadership des femmes est mise à mal par les stéréotypes :

“

« Lorsque vous travaillez avec des hommes et que vous rendez dans des bureaux en tant que responsables pour demander des services, ils vous regardent parfois d'une certaine manière, comme si vous n'étiez pas à votre place. Ils vous regardent comme si vous étiez une espèce faible ».

Infirmière, Kenya

“

« ...les femmes acceptées sont celles à qui l'on demande de servir le thé, parce que c'est ce à quoi la société est habituée. Même lorsqu'une femme occupe un poste de direction, on lui dit qu'elle ne doit ni trop parler, ni s'affirmer, juste à cause de la société »

Clinicienne, Kenya

Les stéréotypes liés au genre, qui consolident les normes sociales selon lesquelles les femmes doivent être « vues et non entendues », signifient que les femmes ne sont pas aptes à occuper des postes de responsabilité dans le domaine de la santé :

“

« Vous n'êtes pas censée être entendue, quelque chose comme ça. Ainsi, dans le cas des élections, prenons l'exemple de mon université, aucune femme n'a atteint le niveau de vice-recteur à la faculté de médecine. Et tout cela, parce que lors du vote, ils vous mettront en minorité ».

Professeur, Nigeria

Nos recherches au Nigéria ont montré que les hommes ont davantage la « grâce d'échouer » que les femmes. Les femmes notent qu'elles doivent montrer qu'elles méritent leur poste, mais pas de la même manière que les hommes. Ceci s'explique par le fait que le leadership est perçu à la lumière des stéréotypes liés au genre, et que les dirigeants, femmes et hommes peuvent être jugés selon des **critères différents**. Des études montrent que les femmes qui excellent dans des domaines traditionnellement réservés aux hommes sont considérées comme compétentes, mais moins appréciées que leurs homologues masculins.⁴⁶

Les recherches menées par le bureau de WGH au Pakistan auprès de 85 femmes dirigeantes dans le domaine de la santé ont révélé des cas de discrimination similaires. Plus d'un tiers des personnes interrogées ont déclaré qu'elles ne bénéficiaient pas des mêmes possibilités d'avancement professionnel que les hommes ayant la même expérience et les mêmes qualifications. Quarante pour cent des personnes interrogées ont indiqué que les hommes étaient l'obstacle le plus important au leadership des femmes. A cela s'ajoutent le népotisme et l'absence de politiques favorables aux femmes sur le lieu de travail. 65% des femmes interrogées ont été confrontées à des obstacles, quant à la progression de leur carrière | raison de leur sexe.

D'après les données recueillies en Inde, au Kenya et au Nigeria, les femmes déclarent fréquemment qu'elles ont l'impression de devoir travailler deux fois plus pour être prises au sérieux dans un environnement où la majorité des postes de responsabilité sont occupés par les hommes.



“

« Oui, les hommes et les femmes sont soumis à des normes différentes. On suppose que les hommes sont plus aptes à diriger parce qu'ils n'exercent que des activités à l'extérieur du foyer. Parce que mon mari (qui est aussi médecin) travaille hors du domicile, il est considéré comme une personne « responsable ». Or, personne ne m'a jamais proposé un poste de responsabilité, alors que je gère à la fois la maison et le travail ».

Dentiste, Inde

“

"Malheureusement, les hommes ont plus de facilité dans certains cas. Ils doivent travailler dur pour prouver de quoi ils sont capables. Mais ça s'arrête là. Mais une femme doit non seulement travailler dur, mais aussi prouver à chaque fois qu'elle a la capacité d'occuper un poste de direction au même titre, voire mieux qu'un homme. Ce besoin constant de prouver que son profil est de loin préférable à celui d'un homme pour relever les défis du leadership peut être embarrassant et fatigant"

“

« ...la vérité est que les stéréotypes de genre existent encore dans notre société. C'est certainement un grand défi pour chaque femme dirigeante de briser ce mur de stéréotypes afin d'exceller. Elle doit prouver encore et encore qu'elle peut tout gérer, de la gestion des finances à la conduite d'une voiture, en passant par la direction d'une entreprise avec une perfection absolue ».

Médecin,
..

V. LES GOUVERNEMENTS ONT PRIS DES ENGAGEMENTS MONDIAUX EN FAVEUR DE L'ÉGALITÉ ENTRE LES FEMMES ET LES HOMMES DANS LA PRISE DE DÉCISION, MAIS CES ENGAGEMENTS N'ENTRAÎNERONT DES CHANGEMENTS QUE S'ILS SONT MIS EN ŒUVRE

Engagements pris dans le cadre des objectifs de développement durable **ODD 3 : Bonne santé et bien-être**, **ODD 5 : L'égalité entre les hommes et les femmes** et l'**ODD 8 : Le travail décent et la croissance économique**, la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé et la déclaration politique de la réunion de haut niveau des Nations unies de 2019 sur la santé universelle constituent une solide plateforme de changement pour l'égalité entre les femmes et les hommes et fixent la date butoir à 2030. Ces éléments s'appuient sur les engagements pris en faveur de l'égalité des sexes dans le processus décisionnel dans le cadre des conventions et d'accords mondiaux datant de plus de 70 ans. Cependant, nos recherches ont confirmé que ces engagements ne sont pas mis en œuvre assez rapidement ou avec suffisamment de responsabilité au niveau national.

Au Kenya, la Constitution stipule que pas plus de deux tiers des membres des organes publics électifs ne doivent être du même sexe, mais ce n'est pas encore une réalité : ... « *des politiques de façade* ». Mais les stratégies de mise en œuvre sont très médiocres". Bien qu'elles aient droit à un congé de maternité rémunéré de 26 semaines, les femmes travaillant dans le secteur privé de la santé en Inde ont indiqué que, bien qu'elles aient droit à un congé de maternité conformément à la loi, ce congé n'était pas disponible dans la pratique. Le droit du travail nigérian prévoit un congé de maternité de trois mois, mais il n'est pas universellement appliqué.

Toutefois, les personnes interrogées ont indiqué que lorsqu'une femme dirige une unité ou un département, les chances de bénéficier des droits sont plus élevées. Au Nigeria, aucune politique ne reconnaît les questions liées à la menstruation et à la ménopause, tels que le syndrome prémenstruel. Il n'existe pas non plus de protection contre les problèmes de santé tels que la dépression post-partum.

Les lois protégeant les femmes varient considérablement d'un pays à l'autre. Elles sont généralement appliquées de manière inadéquate et ne protègent souvent pas les femmes. Se contenter de mettre en place des politiques n'est pas suffisant. Pour que les politiques aient un impact significatif, des mesures d'accompagnement doivent être mises en place pour faciliter la mise en œuvre et favoriser un changement de culture. Les lois couvrant le harcèlement sexuel et les incidences de la discrimination fondée sur le sexe au Nigeria sont décrites comme "peu nombreuses et vagues".



“

"...si vous êtes infirmière et que vous avez un bébé, le gouvernement ne vous donnera rien... C'est triste."

Infirmière,
Nigeria

“

« ...toutes ces politiques sont en place... mais la situation est restée la même ... [jusqu'à ce que] les femmes commencent à occuper des postes de [responsabilité] et s'assurer que ces politiques fonctionnent ».

Médecin, Kenya

En Inde, une infirmière en chef travaillant dans un hôpital public a déclaré que le médecin-chef lui avait explicitement dit qu'elle devait accepter ses avances sexuelles si elle voulait être promue. Si les femmes portent plainte, elles en subissent les conséquences.

L'existence de lacunes⁴⁷ dans ces lois suggère qu'elles peuvent être difficiles d'accès ou inefficaces pour certains cadres tels que le million d'agents de santé communautaire de l'institution ASHA, exclusivement des femmes, qui ne sont pas reconnues comme faisant partie des effectifs des agents de l'État.

VI. L'ÉGALITÉ DES SEXES DANS LE LEADERSHIP AU NIVEAU NATIONAL PERMETTRA DE PROMOUVOIR LES TALENTS FÉMININS DANS LE LEADERSHIP MONDIAL EN MATIÈRE DE SANTÉ



« Le fait d'être une femme devient en soi une barrière.... C'est elle qui décide de chaque pas, petit ou grand que fait une femme ».

Médecin, Inde

Les décisions prises au niveau national permettent de désigner les personnes qui occuperont des postes de direction dans le domaine de la santé mondiale. A titre d'exemple, le WGH suit l'équilibre hommes-femmes au niveau des chefs de délégation à l'Assemblée mondiale de la santé (AMS), la plus haute instance mondiale chargée de définir les politiques de santé. La nomination des chefs de délégation n'est toutefois pas décidée par l'OMS ou tout autre organisme mondial. C'est un acte relevant de chacun des 193 États membres des Nations unies qui envoient des délégations à l'Assemblée mondiale de la santé. **Les recherches menées par WGH sur les tendances dans le temps prévoient qu'il faudra à certains pays plus de 100 ans pour atteindre la parité hommes-femmes dans la composition de leurs délégations à l'Assemblée mondiale de la santé, si les tendances actuelles se poursuivent.**⁴⁸ En bref, si les gouvernements ne nomment pas de femmes à des postes de responsabilité dans le domaine de la santé mondiale, leur représentation dans les principaux organes de décision en matière de santé restera inégale.

Avec un plus grand nombre de femmes bien connues et soutenues dans leur leadership au niveau national, il sera possible de mettre fin à ce statu quo et ce parti pris au niveau mondial en faveur des dirigeants masculins. Pour accéder aux postes les plus élevés dans le domaine de la santé mondiale, les femmes ont besoin d'un soutien politique plus fort afin de générer le capital politique nécessaire pour être parrainées dans des postes de direction gouvernementaux et multilatéraux. Le préjugé de « l'homme par défaut » dans le leadership mondial en matière de santé perpétue le "syndrome de la prime masculine", où les hommes continuent à bénéficier injustement d'une voie claire vers les postes de direction parce que les femmes bien qualifiées ont été exclues de la compétition.

La situation de la santé mondiale est révélatrice d'un problème plus large dans la gouvernance mondiale. En effet, une nouvelle analyse de Global Women Leaders Voices for Change & Inclusion de 33 des plus grandes organisations multilatérales du monde révèle que depuis 1945, seuls 47 des 382 dirigeants étaient des femmes (12 %) ; et malgré les progrès récents, seul un tiers de ces organisations sont actuellement dirigées par une femme.⁵⁰

Tant que les barrières sociétales liées au genre ne seront pas levées et que les préjugés systémiques à l'encontre des femmes perdureront, les hommes, composante majoritaire des responsables de la santé au niveau national, continueront à être au centre de la prise de décision en matière de santé mondiale. Les problèmes auxquels les femmes sont confrontées dans les systèmes de santé nationaux sont reproduits au niveau mondial, où les femmes sont souvent exclues du mentorat politique nécessaire lorsque les nominations à des postes de direction dans le domaine de la santé sont confirmées par le vote des États membres ou des blocs politiques régionaux d'États, par exemple lors de l'élection des directeurs régionaux de l'OMS.

"Pour remédier à cette insuffisance du système multilatéral, il faut commencer par impliquer les femmes"⁴⁹



VII. LES FEMMES SAVENT CE DONT ELLES ONT BESOIN POUR ACCÉDER AU LEADERSHIP EN MATIÈRE DE SANTÉ

Les femmes de l'Inde, du Kenya et du Nigeria qui ont participé à notre recherche ont proposé de nombreuses solutions pour améliorer leurs possibilités de leadership et celles d'autres femmes. A titre d'exemple, les politiques favorables à la famille, telles que le travail flexible, le congé parental amélioré et l'aide à la garde des enfants permettent une répartition plus équitable des tâches et de la gestion de la garde des enfants entre les hommes et les femmes, de sorte que les uns et les autres puissent réaliser leur potentiel sur le plan professionnel. En outre, la mise en place de politiques sur le lieu de travail est nécessaire pour répondre aux besoins spécifiques des femmes, par exemple en ce qui concerne la gestion de la ménopause et des salles pour les mères qui reprennent le travail.

“

« ...dans notre département, il y a une salle pour les mères où elles peuvent exprimer du lait... Je pense que ce sont des choses qui peuvent aider à améliorer la participation des femmes au leadership ».

Infirmière, Kenya

Un plus grand nombre de femmes dirigeantes permettra de gonfler le nombre de modèles et de mentors pour les hommes et les femmes, brisant ainsi les stéréotypes selon lesquels les hommes sont des "leaders naturels".⁵¹ Les femmes de tous les pays étudiés ont reconnu l'**importance des modèles et des mentors**.

“

"...ma mère était une dirigeante communautaire. ... en la voyant occuper une poste de responsabilité à un jeune âge, j'ai grandi en sachant qu'il n'y a rien qu'une femme ne puisse faire"

Infirmière,
..

“

« ...en fait, la personne qui m'a inspirée est mon ancienne chef de service, un professeur en soins infirmiers à l'époque où je travaillais dans un hôpital...elle m'a dit, pourquoi toutes ces jérémiades ? ... Elle a décelé mon potentiel et s'est assuré que j'étais au bon endroit ».

Professeur, Nigeria

Les effets positifs du mentorat peuvent avoir des répercussions intergénérationnelles positives.

“

"Le mentorat permet un apport considérable de connaissances. Ainsi, si je suis une femme et que j'ai bénéficié d'un mentorat sur un sujet, je souhaiterais également encadrer d'autres femmes. Ainsi, au cas où la femme deviendrait dirigeante, il y aurait au moins un mentorat qu'une autre femme dirigeante lui aurait donné. Nous ne gardons donc pas notre mentorat pour nous, nous partageons les connaissances que nous avons acquises"

Infirmière, Kenya

“

« Ceux d'entre nous qui avons eu le privilège de recevoir une éducation, des compétences et d'acquérir de l'expérience, voire le pouvoir, devons être des modèles pour la prochaine génération de dirigeants ».

Professeur Wangari Maathai,
Militante sociale, écologiste et politique,
première femme africaine à recevoir le prix Nobel.

Outre le soutien individuel et le mentorat, l'importance de l'analyse politique et du pouvoir pour savoir à quel niveau de responsabilité intervient la prise de décision, l'action collective et au niveau des réseaux, constituent des éléments clés et avérés en faveur du pour leadership des femmes.

“

"Les femmes qui exercent la profession médicale ne sont pas suffisamment unies et communiquent pas entre elles. Si c'était le cas, rien ne nous arrêterait"

Infirmière, Inde

VIII. L'APPORT DES FEMMES DU SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA TRANSFORMATION DU LEADERSHIP

Malgré les difficultés communes signalées, les femmes de notre pays affirment leur droit à l'égalité en matière de leadership et proposent des solutions politiques réalistes pour lever les obstacles auxquels elles sont confrontées. En même temps, elles sont conscientes que leur perception de ce qui fait un bon dirigeant remet en question les stéréotypes sexistes des hommes en tant que "dirigeants naturels", qui accordent une plus grande valeur sociale, par exemple, aux stéréotypes de force et d'agressivité et sous-estiment les traits considérés comme plus féminins, tels que la compassion et l'empathie. C'est sans doute une autre dimension du paradoxe XX que des traits comme la compassion soient sous-évalués chez les dirigeants des structures de santé, dont la raison d'être est de s'occuper des personnes dans un état de vulnérabilité prononcé.

Nos résultats montrent que les femmes exerçant dans le secteur de la santé, qui sont des responsables ou qui aspirent à l'être, redéfinissent la notion de leadership en matière de santé dans leur travail et rejettent les stéréotypes de genre sur ce qui constitue un leadership efficace dans leur secteur d'activité. Les propos des personnes interrogées ci-dessous trouvent un écho auprès des femmes leaders politiques qui redéfinissent elles aussi le leadership selon leurs propres termes.

“

"Je pense que pour être un leader, il faut savoir faire preuve **d'empathie et être abordable.. Les femmes sont bonnes à mon avis, parce qu'ils sont généralement émotifs et qu'ils établissent des liens avec les gens de manière sensible"**

Chef de service, Inde

“

«... la capacité de **travailler avec d'autres personnes, de les comprendre, de les apprécier et de les amener à donner le meilleur d'eux-mêmes** est l'une des principales qualités du leadership

Médecin, Nigéria

“

"Si vous êtes un leader, vous devez être en mesure d'**encadrer les personnes qui vous entourent afin qu'elles atteignent le même niveau que vous, voire qu'elles le dépassent. Pour moi, le leadership est également synonyme d'innovation, vous devez être capable de trouver de nouvelles idées.**"

Infirmière, Kenya

“

"Le leadership consiste à donner l'exemple et à diriger avec brio. Vous devez montrer **l'exemple et devenir un guide et une source de référence pour les futures générations de femmes.** Il s'agit pour moi d'un objectif à la fois personnel et politique ».

Médecin, Inde

“

"C'est toujours **l'effort collectif qui garantit le succès.** Oui, j'ai organisé le secteur de la santé et formé plusieurs équipes pour s'assurer que les activités soient menées au bon moment. Mais même dans ce cas, **je n'étais pas seule** : nous avons demandé l'avis d'experts et tenu des discussions approfondies avec des spécialistes. Et je n'ai pas hésité à prendre des décisions"⁵²

KK Shailaja
Ancien ministre de la santé de l'État du Kerala, Inde

“

"J'espère laisser derrière moi la pensée selon laquelle, on peut être gentille et rigoureuse à la fois. **Empathique mais décisive. Optimiste mais concentrée. Je pense que vous pouvez être un leader différent** ».

Jacinda Ardern
Ancien premier ministre de la Nouvelle-Zélande

RECOMMANDATIONS

Le secteur de la santé est l'un des plus grands secteurs économiques au monde, avec des millions de femmes travaillant dans des contextes nationaux très divers. Il existe de grandes tendances entre les pays, mais aussi de profondes différences dans les niveaux de ressources, la composition de la main-d'œuvre et la place qu'y occupent les femmes. Toute recommandation doit donc être adaptée aux spécificités du contexte et adopter une optique interfonctionnelle pour analyser les schémas de désavantage dans ce contexte. Sur la base des résultats obtenus en Inde, au Kenya et au Nigeria et de notre analyse du contexte mondial, nous formulons les recommandations générales suivantes pour remédier au paradoxe en lien avec la femme de la sous-représentation des femmes dans les instances dirigeantes du secteur de la santé :

i. Donner aux femmes la possibilité de diriger

Il existe dans le secteur de la santé des femmes expertes qui ont une connaissance approfondie des systèmes de santé et, souvent, de la santé de leurs communautés. Les gouvernements et les employeurs doivent permettre à ces femmes de s'épanouir, et non de devenir autonomes, en supprimant les obstacles qui se dressent sur leur chemin :

> Créer des opportunités de leadership sur mesure pour les femmes issues de milieux marginalisés qui n'ont pas eu accès à l'éducation formelle et aux qualifications. Reconnaître et récompenser les femmes qui jouent un rôle de premier plan au sein de leur communauté, de manière informelle, et leur offrir des possibilités d'avancement dans des parcours professionnels formalisés.

> Les millions de femmes qui travaillent comme agents de santé communautaire, mais ne faisant pas partie des effectifs officiels du personnel de santé ont besoin d'une régularisation, afin de mieux utiliser leur expertise et favoriser leur progression de carrière.

ii. Agir avec diligence pour résorber les inégalités entre les hommes et les femmes dans le domaine de la santé mondiale

Les femmes ne sont pas marginalisées dans le domaine de la santé mondiale par manque de talent ou de mérite. Les désavantages historiques les ont regroupés dans des rôles moins prestigieux et moins bien rémunérés. Il convient de mener une action délibérée pour rééquilibrer les règles du jeu :

> Promouvoir des listes de présélection exclusivement féminines, en particulier pour les postes de direction dans le domaine de la santé mondiale qui n'ont jamais été occupés par une femme. Dans le cas des listes de présélection exclusivement féminines, comme leur nom l'indique, seules les femmes sont invitées à poser leur candidature et à figurer sur les listes de présélection lors des exercices de sélection. Cela garantit qu'une femme sera sélectionnée pour le poste. Ces mesures d'action positive peuvent être introduites à titre provisoire jusqu'à ce que les déséquilibres historiques aient été éliminés.

> Introduire le principe de la rotation des dirigeants : Dans les universités publiques du Kenya, une personne n'est autorisée à occuper un poste de direction que pendant une période déterminée, après quoi une autre personne doit être envisagée. Ce système bénéficie aux femmes qui peuvent être empêchées d'accéder à des rôles lorsque les gens refusent de lâcher le pouvoir.

> Action collective intentionnelle des organisations : Les 13 agences du GAP se réunissent et élaborent des stratégies sur les mesures nécessaires pour favoriser l'égalité des sexes dans la prise de décision en matière de santé mondiale, notamment en augmentant la représentation des nombreuses femmes talentueuses et qualifiées des pays à revenu faible et moyen.

iii. Accroître la visibilité des femmes exerçant dans le secteur de la santé

Les candidates manquent souvent de visibilité lorsqu'il s'agit d'accéder à des postes de direction. La société civile et les réseaux professionnels de femmes, y compris le WGH, peuvent soutenir les femmes dirigeantes potentielles :

> Créer des listes/bases de données ouvertes contenant des informations accessibles au public sur les femmes travaillant dans le secteur de la santé aux niveaux national et mondial.

> Créer des plates-formes permettant à diverses femmes actives du secteur de la santé, en particulier les femmes issues des pays à revenu faible ou intermédiaire et de groupes marginalisés, de participer à des événements en lien avec la santé mondiale.

> Travailler avec des chasseurs de têtes à mettre en contact avec les femmes qualifiées.

iv. Mobiliser les hommes pour qu'ils s'engagent en tant qu'alliés et mettent fin au "syndrome de la prime masculine"

Les hommes ont une responsabilité commune dans la réalisation de l'équité entre les sexes et un rôle crucial à jouer en tant qu'alliés des femmes, pour mettre fin aux préjugés systémiques qui les confortent dans leur position de leaders par défaut dans le domaine de la santé. Les hommes ont également une responsabilité particulière, celle d'impulser le changement puisqu'ils représentent la majorité des responsables de la santé. Les gouvernements et les organisations doivent prendre des mesures, notamment:

- > Éduquer les hommes et les garçons : inclure l'égalité entre les hommes et les femmes dans les programmes scolaires et les formations sur le lieu de travail.
- > Accroître le nombre et rendre visibles les leaders transformationnels masculins qui défendent l'équité entre les sexes.
- > Prévoir le coaching et le mentorat proactifs pour les jeunes professionnels, sous la conduite des hommes qui défendent l'égalité des sexes dans l'ensemble du secteur de la santé.
- > Normaliser le congé de paternité et d'autres politiques favorables à la famille qui modifient les normes de genre, afin de répartir les tâches d'administration des soins de manière égale entre les femmes et les hommes.

v. Mettre fin au préjugé de « l'homme par défaut » ; donner la priorité à la mise en œuvre et à l'obligation de rendre compte au sujet des politiques favorables aux femmes

La mise en œuvre des politiques organisationnelles visant à promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes comprendra les éléments suivants :

- > Octroi d'un congé parental pour tous les parents, y compris un congé de maternité rémunéré et sécurité de l'emploi pour les femmes.
- > Des cadres juridiques garantissant l'absence de discrimination à l'égard des femmes sur le lieu de travail, y compris la protection des femmes contre la perte de leur emploi pour cause de grossesse ou de maternité.
- > Des options de travail flexibles pour tous les parents et les soignants, afin de permettre aux femmes de retourner au travail après l'accouchement.
- > Prévoir des espaces sûrs pour les mères allaitantes, tout en reconnaissant que la travailleuse par défaut, contrairement à l'homme par défaut, peut avoir besoin d'un soutien pour l'allaitement, ainsi que d'équipements de protection individuelle (EPI) qui permettent de prendre soin des menstruations et de la ménopause.
- > Mettre en place une législation forte pour lutter contre le harcèlement sexuel dans l'emploi, assortie de mesures de responsabilisation pour garantir l'application de la loi.



vi. Soutenir les mouvements de femmes pour accélérer l'action collective

Les organisations féminines - existant à l'échelle locale et mondiale - sont les mieux placées pour soutenir les femmes et améliorer l'équité entre les sexes, mais elles ne disposent pas de ressources politiques et financières nécessaires.

- > Les donateurs devraient accorder des financements ciblés pour soutenir les organisations féminines nationales et transfrontalières, et soutenir la création de réseaux politiques pour les femmes et les alliés, en reconnaissant qu'ils contribuent de manière essentielle à la santé pour tous.
- > Les employeurs devraient promouvoir les réseaux d'entraide entre les femmes à tous les niveaux et pour les femmes de tous les milieux.
- > Les lois devraient soutenir les syndicats et les négociations collectives conformément aux conventions internationales et aux meilleures pratiques.

vii. Approfondir la compréhension et la base factuelle des politiques avec un accent sur la recherche et la collecte des données

Ce rapport a mis en évidence un large éventail de domaines dans lesquels les recherches doivent se poursuivre, tandis que des faits plus consistants sont requis pour prendre des mesures éclairées. L'institution WGH recommande :

- > Que les recherches futures adoptent une approche interfonctionnelles, en commençant par générer des données plus désagrégées afin de comprendre la manière dont les différents désavantages s'entrecroisent avec le sexe et l'identité de genre dans différents contextes et se manifestent dans les parcours de leadership.
- > Les gouvernements devraient recueillir et publier des données ventilées par sexe sur les responsables de la santé à tous les niveaux et sur les différents cadres.
- > D'autres études de pays sont nécessaires pour documenter et comparer la situation des femmes du secteur de la santé dans un plus grand nombre de pays.
- > Rechercher les raisons de l'échec de la mise en œuvre des politiques en faveur des femmes, et d'identifier les lacunes, par exemple sur les questions telles que la gestion des menstruations, de la ménopause et de l'allaitement, en vue de prise de nouvelles mesure.
- > Faire des recherches ciblées avec les hommes pour comprendre pourquoi les préjugés persistent, et comment communiquer efficacement sur la nécessité d'un leadership transformateur en matière de genre et mobiliser plus efficacement les institutions alliées.
- > Poursuivre la constitution d'une base de données sur la manière dont l'exploitation, les abus et le harcèlement sexuels ont un impact négatif sur les femmes et leur leadership.
- > Recueillir des données et et plus de preuves afin d'élaborer un solide argumentaire en faveur de l'égalité des sexes, en tant qu'investissement judicieux dans le domaine de la santé dans le cadre de la réalisation du "triple dividende du genre".



MOT DE LA FIN



WGH | WOMEN IN
GLOBAL HEALTH

Il est temps de rétablir l'égalité dans le leadership en matière de santé mondiale

Women in Global Health a entrepris cette recherche sur l'état du leadership des femmes en santé mondiale, afin d'évaluer le rythme des changements au niveau mondial, l'impact de la pandémie et d'axer nos recommandations sur l'expérience nationale en Inde, au Kenya et au Nigéria. Notre principale conclusion est que les femmes sont encore largement sous-représentées dans les instances dirigeantes du secteur de la santé, ce qui a un impact négatif sur les femmes concernées et sur les systèmes de santé. C'est donc l'affaire de tous. Les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé exigent des changements et réclament le droit de concourir équitablement pour les postes de direction.

Des engagements, vieux de plusieurs décennies, ont confirmé le droit des femmes à l'égalité dans la prise de décision, mais l'évolution est lente et pourrait s'être arrêtée. Nos conclusions concernant l'Inde, le Kenya et le Nigeria montrent que le déséquilibre entre les sexes dans le domaine de la santé ne disparaîtra pas sitôt. Les femmes travaillant dans le secteur de la santé se voient refuser leur droit à un leadership égal, tandis que les systèmes de santé sont privés de l'expertise des dirigeants qui les connaissent le mieux. Les préjugés systémiques mis en évidence par cette recherche illustrent le fait que les politiques sur les ressources humaines appliquées sur les lieux de travail sont conçues pour l'homme par défaut, et donnent aux hommes un avantage sur les femmes en matière d'accès au leadership. Les hommes bénéficient de ce « **syndrome de la prime masculine** », parce qu'ils sont avantagés par la législation et que les femmes sont éliminées de la compétition.



"Dès le premier jour, on attend littéralement de vous que vous fassiez mieux que votre frère et tous les autres, mais en même temps, on vous dit que vous n'êtes pas assez bonne ».

Médecin,
...

La réponse n'est pas de "corriger les femmes" pour qu'elles s'adaptent aux systèmes et à la culture du lieu de travail, qui favorisent le leadership masculin- le syndrome de la prime masculine...mais de s'attaquer aux préjugés systémiques qui constituent des obstacles pour les femmes. Sans une action urgente, une autre génération de femmes dans le secteur de la santé sera désavantagée dans sa carrière. Tous les dirigeants du secteur de la santé doivent adopter une approche transformatrice de l'égalité des sexes, afin d'instaurer délibérément l'équité au sein du personnel de santé et dans les rôles décisionnels en matière de santé mondiale. Si nous atteignons notre but, la santé peut devenir un secteur exemplaire, générateur d'enseignements en matière d'égalité des sexes pour le reste de l'économie. Nous savons comment y remédier et les gains potentiels pour les systèmes de santé, le changement social et la croissance économique font de l'égalité des sexes au niveau du personnel de santé un investissement conséquent.

Des changements seront nécessaires à tous les niveaux, en partant des cadres juridiques et politiques individuels et nationaux jusqu'aux conventions mondiales. Comblar l'écart entre les hommes et les femmes en matière de leadership dans le domaine de la santé est une base essentielle pour des systèmes de santé solides et la santé pour tous. Toutefois, les femmes interrogées dans le cadre de cette étude demandent plus que de simples mesures politiques, afin qu'elles puissent travailler plus facilement dans le cadre des rôles sexospécifiques existants. Elles demandent des mesures politiques transformatrices en matière d'égalité des sexes, par exemple des politiques favorables à la famille qui permettront intentionnellement un partage plus équitable du travail et de la garde des enfants entre les hommes et les femmes, afin que les uns et les autres puissent réaliser leur potentiel au travail.



"C'est un impératif moral d'autonomiser les femmes qui travaillent dans le secteur de la santé et de les impliquer à des niveaux plus élevés du leadership mondial en matière de santé

S.E. Maria Fernanda Espinosa, membre
d n Ex-présidente de GWL Voices
de l'Assemblée générale des Nations unies

WOMEN IN GLOBAL HEALTH



L'organisation Women in Global Health (WGH) a été fondée en 2015, lorsque quatre femmes du secteur de la santé se sont rencontrées sur les réseaux sociaux, indignées par le fait que les femmes sont majoritaires dans le secteur de la santé, mais elles n'occupent qu'un faible nombre de postes de direction dans le domaine de la santé mondiale. Aujourd'hui, nous sommes une organisation à but non lucratif enregistrée sous le numéro 501(c)(3) comprenant 47 bureaux dans 44 pays, plus de 6 000 membres et 100 000 sympathisants dans plus de 100 pays. Nous sommes une organisation féminine, la plus grande et la plus militante qui revendique l'égalité des sexes en matière de leadership, d'opportunités de carrière et de rémunération, des conditions de travail sûres et décentes, ainsi que l'égalité des sexes en matière de couverture sanitaire universelle et de préparation et de réponse aux urgences sanitaires. Nous bâtissons des alliances et avons initié une dynamique pour que les femmes impliquées dans le domaine de la santé mondiale soient entendues. Nous œuvrons pour un monde où les femmes de toutes les régions du monde vont avoir la possibilité de devenir des leaders en santé mondiale et de favoriser l'amélioration de la santé pour tous.

Remerciements

Ce dossier a été réalisé par Women in Global Health (WGH). Les principaux auteurs de ce rapport sont : Mlle Rachel Thompson, Mme Abhijit Dhillon et Mme Ann Keeling, avec la collaboration de : Dr Kavita Bhatia, Dr Roopa Dhatt, Mme Shifa Fatima, Mme Áine Markham, Mme Cecilia Garcia Ruiz, Mme Jashodhara Dasgupta et Mme Blerina Vila. Le rapport politique a été conçu par Mme Rabia Rauf avec la collaboration de Mme Ana Gutierrez. Nous remercions les membres de WGH qui ont contribué à la rédaction de ce rapport, notamment Mme Catherine Menganyi, le Dr Peju Adeniran et le Dr Roomi Aziz. Nous remercions les équipes de recherche nationales sans lesquelles ce rapport n'aurait pas été possible : au Kenya, Mme Lucy Meng'anyi, Dr Ruth Mbugua, Mme Lynda Jebet, Mme Catherine Chacha, Dr Joy Karamana, Dr Marie-Claire Wangari, Dr Purity Wambui et Dr Catherine Mwangi ; en Inde : Mme Bhanupriya Rao et son équipe, Dr Preethi John, Dr Shubha Nagesh et Dr Sumegha Asthana ; au Nigeria, Dr Peju Adeniran et Mme Bukky Shaba et Vivid Rain. En outre, nous remercions le groupe de recherche du WGH dirigé par le Dr Kim van Daalen pour ses importantes publications antérieures, ainsi que le bureau du WGH au Malawi pour son excellente analyse du paysage, dont nous nous sommes inspirés dans le présent rapport.

ABRÉVIATIONS

ASC : Agent de santé communautaire

OSC : Organisation de la société civile

VS: Violence sexistes

PRE : Pays à revenu élevé

CII : Conseil international des infirmières

OIT : Organisation international du travail

PRFI : Pays à revenu faible et intermédiaire

ONG : Organisation non gouvernementale

EPI : Équipement de protection individuelle

PEAHS: Prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels

ODD: Objectifs de développement durable

EAHS: Exploitation, abus et harcèlement sexuels

CSU : Couverture sanitaire universelle

ONU : Organisation des Nations Unies

PNUD: Programme des Nations Unies pour le développement

WGH : Women in Global Health

AMS : Assemblée mondiale de la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

Women in Global Health. Note d'information : La situation du leadership des femmes en santé mondiale : Le paradoxe en lien avec la femme- les femmes dans la santé mondiale, 2023.

RÉFÉRENCES

- ¹ Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K. et al. Gender equity in the health workforce : analysis of 104 countries. [Internet]. Organisation mondiale de la santé ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314.22>
- ² Langer A, Meleis A, Knaul FM, Atun R, Aran M, Arreola-Ornelas H, et al. Les femmes et la santé : la clé du développement durable. Lancet ; 2015. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60497-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60497-4/fulltext)
- ³ Boniol M, Mclsaac M, Xu L, Wuliji T, Diallo K. et al. L'égalité entre les sexes au niveau du personnel de santé : analyse portant sur 104 pays. [Internet]. Organisation mondiale de la santé ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>
- ⁴ Investir dans le pouvoir du leadership infirmier : que faut-il faire ? IntraHealth International, Nursing Now, Johnson & Johnson ; 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/attachment-files/investing-nurse-leadershipreport.pdf>
- ⁵ Les femmes dans la santé mondiale. Subventionner la santé mondiale : Le travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé [Internet]. Les femmes dans la santé mondiale ; 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2022/07/Pay-Women-Report-July-7-Release.pdf>
- ⁶ Van Daalen KR, Bajnoczki C, Chowdhury M, et al. Symptômes d'un système brisé : les écarts entre les sexes dans la prise de décision COVID-19. BMJ Global Health ; 2020. Disponible sur <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33004348/>
- ⁷ Bali S, Dhatt R, Lal A Gender and COVID-19 Working Group, et al. Off the back burner : diverse and gender-inclusive decision-making for COVID-19 response and recovery. BMJ Global Health ; 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://gh.bmj.com/content/bmjgh/5/5/e002595.full.pdf>
- ⁸ Bolzendahl C & Brooks C. Women's Political Representation and Welfare State Spending in 12 Capitalist Democracies. Forces sociales ; 2007. Disponible à l'adresse suivante <http://www.jstor.org/stable/4494997>
- ⁹ Beaman L, Dufo E, Pande R, Topalova P. Female Leadership raises Aspirations and Educational Attainment for Girls : Expérience de l'Inde dans la mise en oeuvre des politiques Science ; 2012. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3394179/>
- ¹⁰ Macmillan R, Shofia N & Sigle W. Gender and the Politics of Death : (genre et politique de la mort) Représentation féminine, contexte politique et de développement et santé de la population, sujet débattu par un panel national. Démographie ; 2018. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0697-0>
- ¹¹ Downs JA, Mathad JS, Reif LK et al. The ripple effect : why promoting female leadership in global health matters. Action santé publique ; 2016. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/pha/2016/0000006/0000004/art00002>
- ¹² Lee N, Wong F L, Jamison P, et al. Implementation of the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program : the beginning. Cancer ; 2014. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1002/cncr.28820>
- ¹³ Asiedu, E. et al. Effect Of Women's Representation In Parliament And The Passing Of Gender Sensitive Policies ; 2018 Disponible sur : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311314>
- ¹⁴ Union interparlementaire. Les femmes au Parlement 2021. [Internet]. Union interparlementaire ; 2022. Disponible à l'adresse <https://www.ipu.org/resources/publications/reports/2022-03/women-in-parliament-in-2021>
- ¹⁵ Dhatt R, Keeling A. Delivered by Women, Led by Women : L'avenir du leadership en matière de santé mondiale [Internet]. De leader à leader ; 2021. Disponible sur <https://onlineibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ltl.20568>
- ¹⁶ Gomis R, Carrillo P, Kapsos S, Mahajan A. New data shine light on gender gaps in the labour market. [Internet]. Organisation internationale du travail ; 2023. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgre-ports/---stat/documents/publication/wcms_870519.pdf

¹⁷ Les femmes dans la santé mondiale. Subventionner la santé mondiale : Le travail non rémunéré des femmes dans les systèmes de santé [Internet]. Les femmes dans la santé mondiale ; 2022. Disponible sur <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2022/07/Pay-Women-Report-July-7-Release.pdf>

¹⁸ Les femmes dans la santé mondiale. Ses histoires : Mettre fin à l'exploitation sexuelle, aux abus et au harcèlement des travailleuses de la santé [Internet]. Les femmes dans la santé mondiale ; 2022. Disponible à l'adresse suivante : <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2023/02/Health-Too-Policy-Report.pdf>

¹⁹ UN Women. Progrès réalisés dans la réalisation des objectifs de développement durable : The Gender Snapshot 2022 [Internet]. UN Women ; 2022. Disponible à l'adresse suivante : https://www.unwomen.org/sites/default/files/2022-09/Progress-sur-les-objectifs-du-developpement-durable-les-objectifs-du-sexe-2022-fr_o.pdf

²⁰ Organisation internationale du travail. Améliorer les conditions d'emploi et de travail dans les services de santé. Genève. Organisation internationale du travail ; 2017. Disponible à l'adresse suivante : https://www.ilo.org/sector/activities/sectoral-meetings/W-CMS_548288/lang--en/index.htm

²¹ Les femmes dans la santé mondiale. Note d'information : Est-ce bon pour les femmes ? Des EPI sûrs et décents pour les femmes travaillant dans le secteur de la santé [Internet]. Les femmes dans la santé mondiale ; 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://womeningh.org/wp-content/uploads/2022/11/W-Rapport-GH-Fit-for-Women-2021.pdf>

²² Riche CT, Reif LK, Nguyen NT, Alakiu GR, Seo G, Mathad JS, et al. Mobiliser nos leaders : Étude qualitative concernant plusieurs pays rinaionale pour augmenter de façon significative la représentation des femmes dans le leadership en santé mondiale. Gautier L, éditeur. PLOS Global Public Health ; 2023. Disponible à l'adresse suivante : <https://journals.plos.org/globalpublichealth/article?id=10.1371/journal.pgph.0000646>

²³ Les résultats présentés ici proviennent de diverses sources : Nouvelles données qualitatives issues des études nationales menées par WGH en Inde, au Kenya et au Nigeria ; nouvelles recherches menées par les bureaux de WGH au Malawi, au Pakistan et en Inde ; recherches publiées par GTM ; analyse des documents et collecte de données secondaires sur le leadership des femmes dans le domaine de la santé.

²⁴ Union interparlementaire. Les femmes au pouvoir en 2023. De nouvelles données révèlent que des progrès ont été réalisés, mais qu'il existe un écart important entre les régions. [Internet]. Union interparlementaire ; 2023. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ipu.org/news/press-releases/2023-03/women-in-power-in-2023-new-data-shows-progress-wide-regional-gaps\(en%20anglais\)](https://www.ipu.org/news/press-releases/2023-03/women-in-power-in-2023-new-data-shows-progress-wide-regional-gaps(en%20anglais))

²⁵ van Daalen KR, Chowdhury M, Dada S, et al Does global health governance walk the talk ? Représentation des sexes dans les assemblées mondiales de la santé, 1948-2021 BMJ Global Health 2022;7. Disponible sur <https://gh.bmj.com/content/7/8/e009312?rss=1>

²⁶ Liste des institutions : Gavi, l'Alliance du vaccin, Facilité mondiale de financement pour les femmes, les enfants et les adolescents (GFF), 'Organisation internationale du travail, Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, ONUSIDA, PNUD, FNUAP, IUNICEF, UNITAID, UNWOMEN, 'OMS, Groupe de la Banque mondiale et Programme alimentaire mondial.

²⁷ WGH : Analyse des informations disponibles sur les sites web des agences de GAP, février 2023

²⁸ Prigione O. Commission européenne, "Rapport sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'UE" ; 2021. Disponible sur le site : https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/aid_development_cooperation_fundamental_rights/annual_report_ge_2021_en.pdf (droits fondamentaux relatifs à la coopération portant sur l'aide au développement, rapport annuel 2021, pdf)

²⁹ Dang H et Nguyen C. Gender Inequality During the COVID-19 Pandemic : (inégalité des sexes pendant la pandémie du Covid-19) Revenu, dépenses, épargne et perte d'emploi. Développement mondial ; 2021. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.iza.org/publications/dp/13824/gender-inequality-during-the-covid-19-pandemic-income-expenditure-savings-and-job-loss>

³⁰ Al-Oraibi A, Naidu JS, Chaka A, et al Prevalence of long COVID-19 among healthcare workers : a systematic review and meta-analysis protocol BMJ Open ; 2022. (Prévalence du Covid long chez les agents de santé : examen systématique et protocoles de méta-analyse, BMJ-Open, 2022) Disponible à l'adresse suivante : <https://bmjopen.bmj.com/content/12/12/e065234>

³¹ Human Rights Watch. Négligés et non protégés : L'impact de l'épidémie de Zika sur les femmes et les filles dans le nord-est du Brésil . Human Rights Watch ; 2017. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.hrw.org/report/2017/07/13/neglected-and-unprotect-ed/impact-zika-outbreak-women-and-girls-northeastern#:~:text=We%20found%20that%20the%20Zika,on%20sexual%20and%20reductive%20rights.>

³² Bayefsky MJ , Bartz D , Watson KL . (auteurs) L'avortement possible pendant la pandémie de Covid-19 - tout en assurant l'accès aux soins de santé de base. The New England Journal of Medicine ; 2020. (magazine de médecine) Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2008006>

³³ Brownell G. A Nigerian Doctor's Fight for Equitable Access to Vaccines. [Internet] The New York Times ; 2022 Mar 7. (combat d'un médecin nigérian pour un accès équitable de tous aux vaccins) Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nytimes.com/2022/03/07/health/ayoade-alakija-covid-vaccines.html> (vaccins covid)

³⁴ Zeinali Z, Muraya K, Govender V. et al. Intersectionality and global health leadership : interfonctionnalité et leadership en santé mondiale) La parité ne suffit pas. Human Resources for Health ; 2019 Disponible sur le site <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0367-3>

³⁵ Bowleg L. Le problème de l'expression "femmes et minorités" : L'interfonctionnalité - un cadre théorique important pour la santé publique. American Journal of Public Health ; 2012. (revue américaine de médecine) Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3477987/>

³⁶ McKinsey. (Cabinet McKinsey) Les femmes dans les systèmes de soins de santé : Passer de la première ligne à l'échelon supérieur. Rapport. McKinsey ; 2020 Disponible à l'adresse : <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare/our-insights/women-in-healthcare-moving-from-the-front-lines-to-the-top-rung>

³⁷ Shung-King M, Gilson L, Mbachu C, Molyneux S, Muraya KW, Uguru N, et al. Leadership experiences and practices of South African health managers : what is the influence of gender ? -(une étude qualitative exploratoire. (Expériences de leadership et bonnes pratiques des responsables sanitaires sud africains: quelle est l'influence du sexe? Une étude qualitative exploratoire) Revue internationale pour l'équité en santé ; 2018

³⁸ Catalyst. (rôle catalyseur) L'exposé sur les expériences vécues par les femmes sur le lieu de travail incite les leaders antiracistes à se mobiliser (rapport) [Internet]. Catalyseur. [Disponible à l'adresse suivante : <https://www.catalyst.org/reports/antiracism-workplace-leadership>

³⁹ Nainar, Vahida, Patriarchy in South Asia - Structures and Relations (31 mai 2013). (Le Patriarcat en Asie du sud: structure et relations) Analyse et Kritik, juin 2013, disponible sur SSRN : <https://ssrn.com/abstract=2317080> ou <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2317080> (site)

⁴⁰ Zawaira T, Clance M, Chisadza C. Social institutions, Gender Attitudes and Female Labor Force Participation in Sub-Saharan Africa. (institutions sociales, attitudes entre les sexes et participation des femmes à la vie active en Afrique subsaharienne) South African Journal of Economics ; 2022. (Revue d'économie) Disponible sur le site : <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/saje.12336>

⁴¹ ONU Femmes: L'état de l'autonomisation économique des femmes dans le bassin de l'océan Indien : Aperçu sur l'Inde <https://interactive.unwomen.org/multimedia/infographic/economicempowermentindianocean/en/india.html>

⁴² Ibid

⁴³ Correll SJ, Benard S, Paik A. Getting a Job. (Recherche d'un emploi) La maternité est-elle pénalisée ? American Journal of Sociology ; 2007. (Revue américaine de sociologie) Disponible sur le site : <https://sociology.stanford.edu/publications/getting-job-there-motherhood-penalty#:~:text=Le%20laboratoire%20experiment%20a%20constaté%20que,les%20mères%20C%20mais%20pas%20contre%20les%20pères.> (site)

⁴⁴ Exemples: domaine de la santé mondiale. L'inégalité entre les hommes et les femmes est le fait de l'homme, ce qui signifie qu'elle peut être modifiée. [Internet]. Exemples : domaine de la santé mondiale ; 2022. Disponible sur le site ! : <https://www.exemplars.health/stories/gender-inequality-is-man-made> (l'inégalité entre les sexes est le fait de l'homme)

⁴⁵ Catalyst. (catalyseur) Infographie : Le dilemme de la double contrainte pour les femmes dirigeantes - Catalyst [Internet]. Catalyseur. 2018. Disponible sur le site : <https://www.catalyst.org/research/infographic-the-double-bind-dilemma-for-women-in-leadership/>

⁴⁶Rudman LA, Moss-Racusin CA, Phelan JE, Nauts S. Status incongruity and backlash effects : La défense de la hiérarchie des sexes favorise les préjugés à l'égard des femmes dirigeantes. *Journal of Experimental Social Psychology* ; 2012. (Revue de psychologie, 2012) Disponible sur le site : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022103111002514>

⁴⁷Karwa S. India's Workplace Harassment Law Has Failed Informal, Marginalised Workers [Internet]. (échec d'application de la loi anti harcèlement sexuel en milieu de travail, cas des travailleurs marginalisés) BehanBox. (référence) 2022 [cité le 2 janvier 2023]. Disponible sur le site :

<https://behanbox.com/2022/10/03/indias-workplace-harassment-law-has-failed-informal-marginalised-workers/> (site)

⁴⁸van Daalen KR, Chowdhury M, Dada S, et al Does global health governance walk the talk ? (la gouvernance de la santé mondiale lie-t-elle l'acte à la parole?) Représentation des sexes dans les assemblées mondiales de la santé, 1948 -2021 *BMJ Global Health* 2022;7. Disponible sur le site: <https://gh.bmj.com/content/7/8/e009312?rss=1>

⁴⁹GWL Voices. Organisation GWL Voices. Les chiffres sont importants : Pour les insuffisances des systèmes multilatéraux, il faut commencer par impliquer les femmes. *GWL Voices* ; 2023. (organisation GWL Voices) Disponible sur le site: <https://gwlvoices.com/download/numbers-matter-to-fix-the-multilateral-system-start-by-including-women/?wpdmdl=8500&refresh=6407036fbo2c0167818123150> Ibid -(site de l'article)

⁵¹S'attaquer aux normes sociales - changer la donne en matière d'inégalités entre les hommes et les femmes. 2020 *Perspectives de développement humain*. New York : Programme des Nations unies pour le développement ; 2020. Disponible sur le site https://hdr.undp.org/system/files/documents/hdperspectivesgsnipdf_1.pdf