



Conseil économique
et social

Distr.
GÉNÉRALE

E/CN.6/1995/3/Add.3
27 février 1995
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

COMMISSION DE LA CONDITION DE LA FEMME
Trente-neuvième session
New York, 15 mars-4 avril 1995
Point 3 b) de l'ordre du jour provisoire*

PRÉPARATIFS DE LA QUATRIÈME CONFÉRENCE MONDIALE SUR
LES FEMMES : LUTTE POUR L'ÉGALITÉ, LE DÉVELOPPEMENT
ET LA PAIX : EXAMEN ET ÉVALUATION DE L'APPLICATION
DES STRATÉGIES PROSPECTIVES D'ACTION DE NAIROBI POUR
LA PROMOTION DE LA FEMME

Deuxième opération d'examen et d'évaluation de
l'application des Stratégies prospectives d'action
de Nairobi pour la promotion de la femme

Rapport du Secrétaire général

Additif

II. LES PROBLÈMES LES PLUS PRÉOCCUPANTS

C. Inégalités dans l'accès aux services de santé
et aux services connexes

1. Dans les Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme, la santé est l'un des trois sous-thèmes – les autres étant l'emploi et l'éducation – des trois objectifs de la Décennie des Nations Unies pour la femme : égalité, développement et paix. En déterminant les mesures à prendre pour appliquer les Stratégies de base à l'échelon national, on a défini un certain nombre de mesures portant sur des domaines particuliers.

2. En même temps qu'étaient reconnus le rôle vital que jouent les femmes qui fournissent des soins de santé, ainsi que la nécessité de renforcer les services de base chargés de dispenser des soins de santé, on a pris conscience de la nécessité de veiller au bon état de santé des femmes à tous les âges de la vie et de reconnaître l'importance de la participation des femmes à la réalisation

* E/CN.6/1995/1.

de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000. Les Stratégies insistent sur la nécessité d'accroître la présence des femmes aux échelons supérieurs – postes techniques et de gestion – dans les établissements de santé, en prenant les mesures qui s'imposent dans le domaine législatif et dans celui de la formation, ainsi que les mesures voulues pour changer les attitudes et la composition du personnel de santé.

3. Elles insistent également sur le fait qu'il importe que la famille tout entière bénéficie d'une éducation sanitaire, ainsi que sur la nécessité de coordonner l'action promotionnelle, préventive et curative en matière de santé, et d'assurer l'accès à l'eau et aux installations sanitaires, les femmes étant associées à tous les stades de la planification et de l'exécution des projets relatifs à l'eau et à l'assainissement. Elles soulignent aussi qu'il est nécessaire d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel qui interdit toute pression commerciale faisant obstacle à l'allaitement maternel qui constitue un objectif prioritaire, d'exécuter des programmes de vaccination des enfants et des femmes enceintes, de faire en sorte qu'il n'y ait pas d'écart entre le nombre de filles et de garçons vaccinés, de mettre fin à la commercialisation de médicaments dangereux et aux pratiques nuisibles à la santé, et de garantir l'accès aux médicaments essentiels.

4. Les Stratégies recommandent que les femmes et les enfants disposent d'une alimentation adéquate et que des dispositions soient prises pour réduire l'incidence d'affections liées à la nutrition telles que l'anémie chez les femmes de tous âges, en particulier les jeunes femmes.

5. Elles reconnaissent également que pour les femmes, la faculté de contrôler leur fécondité est un élément important pour l'exercice de tous leurs autres droits. Elles recommandent d'assurer aux femmes des services de santé adaptés à leurs besoins particuliers et de réduire les taux excessivement élevés de mortalité maternelle. Elles préconisent également de renforcer les éléments de santé maternelle et infantile et de planification de la famille dans les services de soins de santé primaires, de dispenser l'information voulue sur les questions de planification de la famille et de mettre en place des services dans ce domaine, les couples et les individus ayant le droit fondamental de décider librement et en pleine connaissance de cause du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances. Étant donné que les grossesses d'adolescentes ont pour effet d'augmenter les taux de morbidité et de mortalité, il est urgent de mettre au point des politiques propres à retarder l'âge de la première grossesse, et il importe de changer les attitudes discriminatoires à l'égard des femmes et des filles par le biais de l'éducation en matière de santé. Il importe également de veiller à ce que soient disponibles des méthodes anticonceptionnelles conformes aux droits de l'homme reconnus par la communauté internationale et adaptées à l'évolution des valeurs individuelles et culturelles.

6. Les Stratégies mettent aussi l'accent sur la nécessité d'encourager les organisations locales de femmes à participer aux activités de soins de santé primaires, et d'appliquer les indicateurs propres à chaque sexe pour évaluer la santé des femmes, ainsi que sur la nécessité de se soucier davantage de risques de santé liés à l'activité professionnelle et de concilier responsabilités professionnelles et familiales.

7. Dans sa résolution 1990/15 (qu'il a adoptée sur la recommandation de la Commission de la condition de la femme, à sa trente-quatrième session), le Conseil économique et social a adopté les recommandations et conclusions découlant de la première opération d'examen et d'évaluation de l'application des Stratégies prospectives d'action de Nairobi pour la promotion de la femme, dont le texte figure en annexe à cette résolution. On trouvera ci-après les recommandations les plus détaillées découlant de ce processus d'examen.

"15. Depuis le début des années 80, on observe dans diverses parties de toutes les régions en développement une baisse au niveau sanitaire et nutritionnel des femmes imputable, notamment, à une réduction des dépenses de santé par habitant. Cette situation est particulièrement alarmante car la santé maternelle et néonatale est essentielle à la survie de l'enfant. Les taux de mortalité infantile et juvénile se sont élevés dans plusieurs pays où, depuis des décennies, ils diminuaient.

Recommandation XIII. Les gouvernements, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales, ainsi que le public, doivent prendre conscience du déclin de la santé des femmes dans les pays en développement. Il faudrait que l'amélioration de la santé des femmes, grâce à des services de santé appropriés et accessibles, figure parmi les priorités dans le cadre de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

Les femmes constituent la majorité des personnes dispensatrices de soins de santé dans la plupart des pays. Elles devraient être en mesure de jouer un rôle plus important dans la prise de décisions concernant la santé. Les gouvernements, les organisations internationales non gouvernementales et les organisations de femmes devraient lancer des programmes visant à améliorer la santé de la femme en lui assurant l'accès à des programmes adéquats de santé maternelle et infantile, de planification de la famille et de maternité sans danger, à des programmes de nutrition, à des services spécialisés concernant les maladies particulières aux femmes et à des services de soins de santé primaires, dans le cadre de l'objectif de la santé pour tous d'ici à l'an 2000.

L'Organisation mondiale de la santé et d'autres organismes des Nations Unies devraient mettre au point des programmes d'urgence pour faire face à la dégradation de la situation sanitaire des femmes, surtout dans les pays en développement, en accordant une attention particulière à la nutrition, à la santé maternelle et aux services de soins et d'hygiène publique.

16. L'accès des femmes à l'information et aux services concernant la population et la planification de la famille ne s'améliore que lentement dans la plupart des pays. La possibilité pour une femme de contrôler sa propre fécondité continue d'être un facteur essentiel lui permettant de protéger sa santé, d'atteindre ses objectifs personnels et d'assurer la solidité de sa famille. Toutes les femmes devraient être en mesure de planifier et d'organiser leur vie.

Recommandation XIV. Les gouvernements, les organisations non gouvernementales et les mouvements féminins devraient élaborer des programmes permettant aux femmes de mettre à exécution leurs décisions concernant le choix du moment et l'espacement des naissances de leurs enfants. Ces programmes devraient comprendre des programmes d'éducation en matière de population fondés sur les droits des femmes et sur leur rôle dans le développement, ainsi que sur le partage des responsabilités familiales avec les hommes et les garçons. Des services sociaux devraient être mis en place pour aider les femmes à concilier les exigences de leur vie familiale et de leur emploi.

Il faudrait élaborer des programmes de planification de la famille ou élargir ceux qui existent pour permettre aux femmes de mettre à exécution leurs décisions concernant le choix du moment et l'espacement des naissances et pour assurer une maternité sans danger.

Le Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies, le Fonds des Nations Unies pour la population, l'Organisation mondiale de la santé et d'autres organismes des Nations Unies devraient élaborer en collaboration des programmes liant le rôle des femmes dans le développement aux questions de population.

17. Au cours des cinq dernières années, l'augmentation de la consommation et de l'abus d'alcool, de stupéfiants et de substances psychotropes a eu des incidences néfastes sur la santé physique et psychologique des femmes.

Recommandation XV. Les gouvernements et les autres autorités nationales compétentes devraient élaborer des politiques et des programmes nationaux concernant les rapports entre la santé des femmes et la consommation et l'abus d'alcool, de stupéfiants et de substances psychotropes. Des mesures fermes de prévention et de réadaptation devraient être prises.

En outre, il faudrait redoubler d'efforts pour réduire les risques de maladie professionnelle chez les femmes et pour décourager l'utilisation illicite des drogues.

18. L'émergence, depuis la Conférence de Nairobi, de nouvelles menaces pesant sur la santé et la condition de la femme, comme l'augmentation alarmante des maladies sexuellement transmises et la pandémie du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), exige que les institutions médicales et sociales prennent des mesures de toute urgence.

Recommandation XVI. Il est nécessaire d'accorder une attention plus grande à la question des femmes et du sida et d'intégrer les efforts en la matière dans le Programme mondial de lutte contre le sida mis en oeuvre par l'Organisation mondiale de la santé. Des mesures urgentes et des recherches pratiques doivent également être entreprises par les institutions sociales à tous les niveaux et, en particulier, par les organismes des Nations Unies, les comités

nationaux de lutte contre le sida et les organisations non gouvernementales pour informer les femmes de la menace que représente le sida pour leur santé et leur condition."

1. La santé des femmes : aperçu général

8. Dans le rapport de situation sur les femmes, la santé et le développement¹ qu'il a présenté en 1991 à la quarante-quatrième Assemblée mondiale de la santé, le Directeur général de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) notait que la santé des femmes était soumise à l'influence de facteurs biologiques, environnementaux, sociaux, économiques et culturels². Il indiquait également que la santé des femmes, leur statut et leurs multiples contributions représentaient des liens fondamentaux entre la santé d'une population et ses perspectives de développement durable – perspectives qui, malgré les progrès remarquables des années 60 et 70, s'étaient estompées dans les années 80³.

9. Si l'on veut fixer des objectifs en ce qui concerne la santé des femmes, il faut commencer par reconnaître non seulement que leur situation sanitaire est différente de celle des hommes, mais aussi que les paramètres utilisés pour l'analyser et l'évaluer sont empruntés à des modèles sexistes. La discrimination sexuelle a eu tendance à être occultée par le problème général de la pauvreté et du sous-développement. Dans la pratique, les femmes et les filles souffrent beaucoup plus en raison de leur condition inférieure dans la société.

10. Si la plupart des indigents du monde souffrent d'une mauvaise santé et d'une alimentation insuffisante, dans maints pays, en particulier en Asie du Sud, les femmes et les filles sont, en général, davantage touchées par la malnutrition que les hommes et les garçons du même âge. Dans bon nombre de pays, la nourriture est répartie entre les membres de la famille en fonction de leur statut et non de leurs besoins nutritionnels.

11. La santé des femmes est reléguée au second rang sous l'effet conjugué de facteurs biologiques mais aussi sociaux, politiques et économiques. Bien souvent, les femmes qui en sont victimes pâtissent d'un manque de connaissances, d'informations et de qualifications, n'ont pas de pouvoir d'achat, et ne peuvent exercer des activités rémunératrices ni accéder aux services de santé essentiels. La santé doit être appréhendée de manière holistique.

12. Des services de santé fiables et de qualité favorisent le développement durable. Les réductions les plus importantes du taux de fécondité ont été provoquées par les effets conjugués de l'amélioration de la situation économique et sociale des femmes, de l'éducation et de l'accès à des services de soins génésiques.

13. Bien qu'au sein de la famille et parfois de la collectivité, les femmes soient les principales dispensatrices de soins de santé, souvent, elles ne peuvent bénéficier de soins de santé à l'extérieur. Par exemple, les statistiques montrent que dans bien des pays, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à être hospitalisées, à se voir prescrire des médicaments, à être traitées à temps par des médecins qualifiés et à survivre aux maladies ordinaires. Du fait de leur accès restreint aux services de santé, elles sont

moins à même de s'occuper non seulement de leur propre santé, mais également de celle de leurs enfants, ce qui a pour effet de maintenir la mortalité infantile à un taux élevé.

14. Pour garantir l'égalité d'accès des femmes aux services de santé publique, il est essentiel de mettre en place des stratégies axées sur les besoins spécifiques des femmes en matière de santé. En effet, les hommes et les femmes, en général, ne souffrent pas des mêmes maladies. Les femmes sont bien plus susceptibles de souffrir de maladies liées à leur rôle génésique : maladies sexuellement transmissibles, anémie et complications liées à la grossesse, entre autres. Si l'on veut remédier à ces problèmes de santé, il faut donc adopter des stratégies différentes pour les hommes et les femmes.

15. Soumis à une pression économique croissante au cours des quatre dernières années, 37 des pays les plus démunis ont réduit leurs dépenses de santé de 50 %. Certains pays évoquent les programmes sociaux spécialement menés pour compenser les effets des politiques d'ajustement structurel.

16. Un des principaux éléments mentionnés par de nombreux pays est l'importance des soins de santé primaires, que la plupart des pays en développement s'attachent à promouvoir. Afin de fournir les mêmes soins aux femmes, qu'elles habitent la ville ou la campagne, beaucoup de pays ont adopté le système de soins de santé primaires, qui s'articule autour de la planification familiale, des soins de santé maternelle et infantile, de la vaccination et du renforcement du traitement des maladies, et aussi de la prévention des maladies sexuellement transmissibles et du virus du sida.

17. En Asie et dans le Pacifique, les politiques relatives à la santé des femmes ont, en général, privilégié la santé génésique. Le contrôle de la fécondité et la planification familiale ont été, en règle générale, les principaux objectifs des politiques et programmes de santé menés dans le passé.

18. Certains pays constatent que la féminisation de l'enseignement et des services de santé a entraîné une baisse de prestige de ces professions et une diminution des rémunérations qu'elles offrent. Plusieurs rapports nationaux reconnaissent les compétences des femmes dans le domaine de l'aide aux accouchements et des pratiques médicales traditionnelles, et aussi concernant divers aspects de l'automédication, bien que ces pratiques n'aient pas encore été pleinement prises en compte dans leur système de santé.

19. De nombreux pays n'ont pas encore élaboré de politique relative à la santé des femmes en dehors des objectifs de santé génésique. Dans les rapports présentés, l'amélioration générale de la santé des femmes est souvent liée aux tendances démographiques et à la modernisation des infrastructures. La santé est perçue comme résultant de l'effet conjugué de facteurs favorisant une meilleure qualité de vie.

20. Bon nombre de pays notent la contribution qu'ont apportée certains programmes de santé, tels que le programme élargi de vaccination, à l'amélioration de la santé des femmes, ainsi que la contribution des organisations non gouvernementales locales qui participent aux campagnes sanitaires.

21. Les centres de santé ruraux sont, en général, en diminution et en bien plus mauvais état que les centres de santé urbains. Dans un pays, par exemple, les habitants des campagnes vont deux fois par an dans leur centre de santé, contre quatre fois pour les citadins.

2. Santé et environnement

22. Le maintien des cycles et systèmes écologiques planétaires sur lesquels repose toute forme de vie est la première condition sine qua non d'une bonne santé. Toutefois, sous l'effet conjugué de l'accroissement de la population, de la croissance de la production et de l'application de modèles de consommation non viables, les ressources naturelles ont considérablement diminué, ce qui menace de rompre l'équilibre écologique dont la santé et la survie dépendent.

23. Dans les pays en développement, où la population continue de s'accroître, il est très difficile d'améliorer les conditions de vie en raison de la pénurie des ressources. En 1990, on estimait que 1,5 milliard de personnes n'avaient pas accès à de l'eau salubre et que près de 2 milliards de personnes ne disposaient pas d'installations d'évacuation des excréments.

24. De nombreux pays ont adhéré à l'objectif visant à garantir l'accès de tous à une eau salubre d'ici à l'an 2000. Certains rapports indiquent que des progrès ont été réalisés en ce qui concerne l'éducation sanitaire et l'application de technologies peu coûteuses. Dans un pays, par exemple, on s'efforce d'économiser de l'énergie en produisant à moindre coût du charbon de bois et en améliorant le fonctionnement des réchauds à charbon de bois.

3. La santé : une composante de la vie tout entière

25. Dans le cas des femmes, il importe au plus haut point d'envisager la santé dans la perspective de la vie tout entière, étant donné que les conditions sanitaires existant à un moment quelconque de la vie d'une femme influent non seulement sur les périodes ultérieures, mais aussi sur les générations suivantes. Il est utile aussi d'examiner des questions ou des thèmes communs, afin de définir un cadre à partir duquel un programme d'action réaliste pourra être élaboré.

26. Dans le monde, pour 100 naissances féminines, on compte 105 naissances masculines. L'être humain du sexe féminin étant biologiquement plus résistant, cet excédent d'enfants mâles est pour la nature le moyen d'équilibrer le rapport des sexes dans la population. D'ordinaire, le nombre des filles qui survivent dépasse rapidement celui des garçons, mais dans certaines régions du monde, ce déséquilibre ne disparaît jamais.

27. L'intervention humaine, c'est-à-dire le manque d'intérêt pour les filles, favorise la survie des garçons. Dans plusieurs pays de la région de l'Asie et du Pacifique, les parents préfèrent avoir des garçons plutôt que des filles, si bien que les enfants sont traités différemment selon leur sexe. Les statistiques montrent que les filles risquent plus que les garçons de mourir avant d'atteindre l'âge de 5 ans, malgré l'avantage biologique naturel dont elles bénéficient. Au Bangladesh, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 175 pour 1 000 naissances vivantes chez les filles, contre 160 pour

les garçons. Au Népal, ces chiffres sont de 187 chez les filles et 173 chez les garçons. La situation est beaucoup plus inquiétante dans certaines régions de grands pays comme l'Inde et la Chine où il y a une forte préférence pour les garçons. En Inde, on compte 957 filles âgées de 4 ans au plus pour 1 000 garçons.

28. La préférence des parents pour les garçons est plus marquée en Asie du Sud et au Moyen-Orient, mais elle ne se limite pas à ces régions. En Colombie, le nombre de décès frappant les enfants âgés de 1 à 2 ans est de 75 chez les garçons contre 100 chez les filles. Selon des indications empiriques récentes, la mortalité infantile excessive chez les filles existe aussi en Amérique latine et dans les Caraïbes, particulièrement dans les pays peu développés où l'espérance de vie est faible.

29. Dans le monde, au moins 2 millions de filles par an risquent de subir des mutilations génitales. L'OMS estime que 90 millions de femmes ont déjà été soumises à des pratiques entrant dans cette catégorie, entre l'âge de 2 et de 15 ans, en fonction de la coutume locale, mais le plus souvent entre 4 et 8 ans. La plupart vivent en Afrique, parfois en Asie, et, de plus en plus, en Europe et en Amérique du Nord, en raison des phénomènes de migration.

30. De nombreux gouvernements ont publiquement dénoncé cette pratique et certains ont promulgué des lois interdisant la mutilation génitale des filles ou adopté des programmes destinés à persuader les gens d'abandonner cette pratique. Plusieurs pays signalent l'existence de pratiques traditionnelles dangereuses et leurs conséquences sur la santé des femmes. Par contre, un rapport souligne l'existence de pratiques culturelles bénéfiques, comme le respect des anciens, l'aide dont ils bénéficient, les réseaux d'entraide et l'allaitement naturel.

4. Les adolescentes

31. Plus de 50 % de la population mondiale est âgée de moins de 25 ans, et sur le milliard et demi de jeunes âgés de 10 à 24 ans, 80 % vivent dans des pays en développement. Bien que les taux de fécondité aient diminué dans de nombreuses régions, ils restent très élevés chez les adolescentes et sont parfois en hausse. On estime aujourd'hui que près de 15 millions d'enfants (soit 10 % du total des naissances) naissent chaque année de mères adolescentes.

32. Les adolescentes sont plus sujettes aux problèmes de santé génésique que leurs homologues masculins. L'âge des premiers rapports sexuels est en baisse dans le monde entier. Par exemple, une enquête menée au Nigéria révèle que 43 % des écolières dans la tranche d'âge des 14 à 19 ans sont sexuellement actives. Pendant les années 80, 30,2 % des adolescentes en Jamaïque et 12,7 % au Mexique étaient sexuellement actives avant l'âge de 15 ans. La proportion de jeunes filles de moins de 20 ans utilisant des contraceptifs lors de leur premier rapport était de 40 % en Jamaïque, 21 % au Mexique et 8,5 % au Guatemala.

33. Le taux de conception chez les jeunes filles de 15 à 19 ans est de 18 % en Afrique, 8 % en Amérique latine, 5 % en Amérique du Nord et 3 % en Europe. Au Venezuela, le nombre de naissances chez les adolescentes de moins de 15 ans a augmenté de 32 % entre 1980 et 1988. Dans les Caraïbes, 60 % des premières naissances sont le fait d'adolescentes, dont la plupart ne sont pas mariées.

34. Chaque année, un quart des 500 000 femmes qui meurent de problèmes liés à la grossesse ou à l'accouchement sont des adolescentes. Une étude menée au Bangladesh montre que la mortalité maternelle est cinq fois plus élevée dans la tranche d'âge de 10 à 14 ans que dans celle de 20 à 24 ans.

35. Il est particulièrement urgent de s'attaquer au problème, si l'on songe au nombre des intéressées. En 1990, les jeunes filles âgées de 15 ans au plus formaient 40 % de la population féminine en Égypte et au Maroc, 44 % en Algérie et en Mauritanie, 45 % en Éthiopie et au Mali, 46 % à Djibouti et en Somalie, 48 % au Nigéria, en Ouganda et en République-Unie de Tanzanie, 50 % en Côte d'Ivoire et 52 % au Kenya. La préoccupation croissante suscitée par la situation des femmes et des jeunes filles a poussé l'Association sud-asiatique de coopération régionale (ASACR) à déclarer l'année 90 Année des petites filles.

36. Certains pays signalent une augmentation de l'espérance de vie des filles par rapport à celle des garçons. Un pays constate que, grâce à la présence de services médicaux et d'antennes sanitaires dans tous les villages, l'espérance de vie à la naissance est passée de 2 à 66 % pour les filles, soit une augmentation de 127 %, entre 1981-1982 et 1992-1993.

37. De nombreux pays indiquent qu'ils ont des programmes visant à faire revenir les mères adolescentes dans les écoles secondaires. Beaucoup ont introduit des cours d'éducation à la vie familiale dans leurs programmes scolaires. Un pays décrit un programme de conseils dispensés par d'autres jeunes dans le cadre de l'Union chrétienne féminine (YWCA).

5. Santé génésique

38. La grossesse et la maternité sont les facteurs qui influent le plus sur la santé des femmes de 15 à 45 ans. Malgré les progrès réalisés dans plusieurs domaines, la morbidité et la mortalité féminines périnatales sont encore trop élevées dans de nombreuses régions du monde. C'est au niveau de la mortalité liée à la maternité que les disparités sont les plus fortes entre les différents pays. Sur les 150 à 200 millions de grossesses enregistrées dans le monde chaque année, environ 23 millions donnent lieu à des complications graves telles que des hémorragies de la délivrance, des affections hypertensives, des éclampsies, des infections puerpérales et des fausses couches. Dans un demi-million de cas, ces complications ont une issue fatale pour la mère.

39. Quatre-vingt-dix-neuf pour cent de ces décès surviennent dans les pays en développement. L'incidence de la mortalité liée à la maternité est pratiquement nulle dans certains pays, alors qu'elle est extrêmement forte dans d'autres (elle est 1 600 fois plus élevée dans certains pays pauvres que dans les pays industrialisés). Selon diverses sources d'information, dans certains pays, 25 à 50 % des décès de femmes en âge de procréer sont liés à la grossesse et à ses complications.

40. En Europe centrale et orientale (excepté en Roumanie et en Albanie), le taux de mortalité liée à la maternité est environ deux fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays européens. En Roumanie et en Albanie, ce taux – qui était largement lié aux mauvaises conditions dans lesquelles les avortements étaient pratiqués – a considérablement chuté depuis que l'avortement

a été légalisé. Les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses figurent parmi les principales causes de mortalité liée à la maternité dans tous les pays sauf en Azerbaïdjan, où les décès survenant à la suite d'avortements ne semblent pas être enregistrés de la même façon. En Fédération de Russie, on compte près de 200 avortements pour 100 naissances.

41. Par rapport aux données sur la mortalité liée à la maternité dont on disposait il y a cinq ans, la grossesse et l'accouchement présentent aujourd'hui moins de risques pour les femmes dans la plupart des pays d'Asie et dans certaines régions d'Amérique latine. On ne dispose toutefois pas encore de données suffisantes pour dresser un bilan complet de la situation. Néanmoins, les grossesses multiples, qui risquent de compromettre gravement la santé et la nutrition des enfants mis au monde, sont encore très fréquentes dans de nombreuses régions.

42. Si l'on ne parvient pas à améliorer la situation, c'est parce qu'on a souvent tendance à vouloir résoudre à la hâte des problèmes dont les causes sont profondes. Or, on ne peut pas réduire les risques liés à la maternité sans agir simultanément et massivement sur l'ensemble des éléments à l'origine de ces problèmes, notamment dans le domaine de la législation, des services sociaux et des droits des femmes. Pour ce qui concerne plus précisément le secteur de la santé, il convient de renforcer l'ensemble de l'infrastructure sanitaire dans la plupart des pays où la mortalité maternelle est élevée. Il s'agit notamment de mobiliser davantage les collectivités, de développer les soins périnataux, d'améliorer les conditions d'hygiène et de sécurité dans lesquelles se déroulent les accouchements, ainsi que la formation des sages-femmes et, surtout, d'orienter à temps les patientes vers des spécialistes en cas de complications.

43. La plupart des pays ont approuvé les engagements pris par la communauté internationale de réduire de 50 % la mortalité infantile d'ici à l'an 2000. De nombreux pays mentionnent l'Initiative pour une maternité sans risque adoptée en 1987 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Ils ont indiqué que la création de services de protection maternelle et l'amélioration des services existants à tous les niveaux du système de soins étaient le meilleur moyen de réduire la mortalité liée à la maternité. Il convient en outre de souligner l'importance de la qualité des services de santé génésique, et notamment de la planification familiale, ainsi que des soins de santé primaire. De nombreux pays constatent une amélioration des soins de santé visant à réduire la mortalité maternelle. Plusieurs rapports font état de la mise en oeuvre de programmes nationaux de protection de la santé maternelle et de campagnes de sensibilisation à la santé génésique et à la planification familiale. Plusieurs pays signalent que des campagnes d'éradication du tétanos ont été lancées dans le cadre de leurs programmes élargis de vaccination.

6. Fécondité

44. Les taux de fécondité calculés à partir de la natalité totale ont continué à diminuer dans toutes les régions. Au niveau mondial, le taux de fécondité a chuté de 10,5 % en 1985-1990 par rapport à 1975-1980, le nombre de naissances

par femme étant passé de 3,8 à 3,4. Le taux de fécondité totale allait de 8,5 (au Rwanda) à 1,27 (en Italie).

45. L'Afrique subsaharienne est la seule région du monde en développement qui n'a pas encore connu de réduction généralisée de la fécondité. En effet, la fécondité n'a commencé à diminuer que dans trois pays de cette région – au Botswana, au Kenya et au Zimbabwe – et l'on comptait 7,5 naissances par femme en Éthiopie en 1992.

46. Depuis la Conférence de Nairobi, la réduction du taux de fécondité totale s'est poursuivie dans toutes les sous-régions d'Asie et du Pacifique. Entre 1985 et 1992, il est tombé de 2,42 à 2,19 dans les pays en développement de l'Asie de l'Est et de 3,69 à 3,37 dans les pays de l'Asie du Sud-Est. Il a été ramené de 4,71 à 4,36 en Asie du Sud, et de 4,92 à 4,61 dans les îles du Pacifique. Dans les pays développés de la région, à savoir l'Australie, le Japon et la Nouvelle-Zélande, le taux de fécondité totale, qui était déjà tombé à 1,71 en 1985, n'était plus que de 1,56 en 1992.

47. Dans de nombreux pays des Caraïbes, les taux de fécondité totale ont enregistré une chute de près de 50 %, tombant d'environ 6,0 à 3,0 au cours des 30 dernières années et ils devraient encore diminuer au cours des 10 prochaines années.

48. Bien que les taux de fécondité aient diminué dans le monde entier, de nombreuses femmes sont encore mal informées et n'ont pas accès aux services de soins nécessaires, ou ne peuvent pas en bénéficier pour des raisons financières ou culturelles. Seuls 27 % des couples utilisent des moyens contraceptifs; dans les pays en développement, les grossesses involontaires touchent 140 millions de femmes. Chaque année, plus de 20 millions de femmes se font avorter dans des conditions dangereuses, parce qu'elles n'ont pas accès aux soins et aux services nécessaires – notamment en matière de planification familiale –, parce que les méthodes de contraception sont trop onéreuses, parce qu'elles sont mal informées et que la loi restreint le recours à l'avortement. Si 15 millions d'entre elles survivent à leur interruption de grossesse, c'est souvent au prix de séquelles durables, et 60 000 à 100 000 y perdent la vie.

49. Un pays signale qu'en 1992, pour la première fois depuis la mise en place de services de planification familiale, ces services ont accueilli plus d'hommes que de femmes (55 hommes pour 45 femmes); ce phénomène est dû à une prise de conscience croissante de la gravité relative des effets secondaires inhérents aux moyens de contraception utilisés par les femmes. Dans certains pays, la quasi-totalité de la population utiliserait des contraceptifs; les femmes sexuellement actives n'employant aucun moyen de contraception ne seraient que 4 %. Les programmes de protection et de soins maternels ont été renforcés au cours des dernières années. Dans un pays ayant signalé la création de services de conseils familiaux, on compte 1,4 conseiller pour 2 000 femmes.

7. Cancer du col de l'utérus et maladies sexuellement transmissibles

50. On constate une augmentation de tous les types de cancers chez les femmes. Les plus fréquents, tant dans les pays développés que dans les pays en

développement, sont les cancers de l'estomac, du sein, du col de l'utérus, du colon et du rectum.

51. Le cancer du col de l'utérus est le plus fréquent chez les femmes de la plupart des pays en développement et figure au deuxième rang dans le monde parmi les différents types de cancers observés chez les femmes. D'après les estimations, sur les 450 000 nouveaux cas qui se déclarent chaque année, 300 000 auraient une issue fatale. (On dénombrerait en fait 900 000 cas de cancer du col de l'utérus si l'on tenait compte de ceux qui ne sont pas diagnostiqués à un stade précoce.)

52. Le cancer du sein est l'une des principales causes de mortalité féminine dans les pays développés. L'incidence des cancers du sein et le nombre de décès qui leur sont imputables augmentent d'année en année. Comme pour les cancers du col de l'utérus, le diagnostic précoce des cancers du sein joue un rôle essentiel dans la réduction de la mortalité.

53. La prévalence des maladies sexuellement transmissibles est plus élevée chez les femmes que chez les hommes de moins de 20 ans. Dans un pays industrialisé, sur 6 millions de femmes chez lesquelles des maladies sexuellement transmissibles ont été diagnostiquées, 3 millions étaient des adolescentes.

54. Un certain nombre de pays indiquent que des campagnes de sensibilisation ont été engagées. Plusieurs pays signalent la mise en place de programmes de dépistage précoce du cancer du sein.

8. VIH/sida

55. Vers le milieu des années 80, le sida s'est imposé tant dans les pays développés qu'en développement, comme un grave problème de santé qui menace de compromettre les progrès appréciables obtenus dans la réduction de la morbidité et de la mortalité. Si les femmes semblaient peu touchées par l'épidémie de sida, il y a 10 ans, aujourd'hui près de la moitié des adultes récemment contaminés sont des femmes. Ces dernières sont plus vulnérables à la maladie pour des raisons biologiques mais aussi en raison de leur condition sociale inférieure.

56. L'OMS estime que plus de 14 millions d'adultes et d'enfants sont séropositifs depuis le début de la pandémie, et elle prévoit que ce chiffre pourrait atteindre 30 à 40 millions d'ici à l'an 2000. Plus d'un demi-million d'enfants séropositifs auraient été contaminés par leur mère. L'épidémie touche les individus à un âge où leur participation est indispensable pour s'occuper des jeunes et des personnes âgées. L'OMS estime que d'ici à l'an 2000, 13 millions de femmes auront contracté le sida.

57. C'est en Afrique subsaharienne que la pandémie de sida fait le plus de ravages. L'OMS avait estimé qu'en 1992, 1,5 million d'adultes dans la région développeraient la maladie et que plus de 7 millions seraient contaminés par le VIH. Dans cette région, le VIH se transmet essentiellement par des relations hétérosexuelles, et parmi la population contaminée, la proportion d'hommes était pratiquement égale à celle des femmes. Dans les 15 pays d'Afrique de l'Est, d'Afrique centrale et d'Afrique de l'Ouest, où, en 1990, plus de 1 % de la

population adulte était contaminée, le taux d'espérance de vie à la naissance déjà très faible (environ 50 ans en 1985-1990), ne devrait pas évoluer d'ici à l'an 2000. Presque autant de femmes que d'hommes étant porteuses du virus, l'OMS estime qu'au cours des années 90, la mortalité infantile pourrait augmenter de 50 % par transmission mère-enfant dans la plupart des pays d'Afrique subsaharienne. En Éthiopie, l'évolution observée entre 1987 et 1993 fait apparaître une réduction du rapport homme-femme pour la période 1987-1993 (2,4 : 1 contre 1,4 : 1).

58. En Amérique du Nord, en Europe et en Australie, le VIH était à l'origine essentiellement transmis à la suite de rapports homosexuels, mais de plus en plus d'hétérosexuels et de drogués deviennent des agents de transmission de la maladie, surtout en Amérique du Nord. Selon des estimations de l'OMS, les chiffres pour 1992 atteindraient 1,6 million de cas de VIH et près de 350 000 cas de sida. En Amérique latine, ce sont les Caraïbes et les zones urbaines du Brésil qui sont les plus touchées. On estime qu'à l'heure actuelle, environ un million de personnes pourraient être contaminées par le VIH dans la région.

59. C'est en Asie et dans le Pacifique que l'on observe la plus forte augmentation de cas de VIH/sida parmi les femmes, dont beaucoup sont mariées et n'ont qu'un seul partenaire. L'Inde et la Thaïlande sont les pays les plus gravement touchés. On ne dispose d'aucun chiffre pour l'ensemble de la région, mais les estimations sont d'environ un million de personnes pour l'Inde et de 400 000 personnes pour la Thaïlande.

60. L'OMS a mis en place un Programme mondial de lutte contre le sida en 1987. En 1990, plus de 150 pays avaient créé des comités nationaux de lutte contre le sida afin de coordonner les programmes nationaux. Le fait que les autorités nationales se refusent à admettre l'existence de la contamination par le VIH et sa véritable ampleur constitue une partie du problème à résoudre. Il faut aussi lutter contre la discrimination dont sont victimes les personnes touchées par le VIH/sida, laquelle est souvent liée aux préjugés qui frappent les maladies sexuellement transmissibles et à la fausse conviction que le VIH peut se transmettre par de simples contacts sociaux.

61. La stratégie définie dans le Programme mondial de lutte contre le sida souligne l'importance d'une approche fondée sur le sexe, mettant en lumière la vulnérabilité sociale, physique et économique des femmes. Dans la plupart des pays où le VIH/sida constitue déjà une grave menace ou est sur le point de le devenir, des comités nationaux chargés de mettre au point des programmes de prévention ont été créés. Plusieurs pays consacrent des ressources à la recherche et à la fourniture de conseils, de matériaux d'éducation et d'une assistance technique. Des campagnes nationales d'éducation et de prévention ont été lancées dans de nombreux pays, et plusieurs ont inclus des cours de prévention dans les programmes scolaires. Quelques pays ont fait état d'une collaboration étroite avec les ONG pour la formation d'animateurs de groupes d'entraide afin d'améliorer ainsi les services.

9. Conséquences de la violence sur la santé

62. Même si, dans la plupart des cas, elle n'est pas dénoncée, la violence à l'égard des femmes a pris des proportions alarmantes, comme on le verra plus loin à la section D. Ce n'est que récemment que la violence domestique et le viol ont été considérés comme un problème de santé publique, même s'ils constituent une cause importante de morbidité et de mortalité féminines. La violence à l'égard des femmes est à l'origine de traumatismes psychologiques et de dépressions, de blessures, de maladies sexuellement transmissibles et de contamination par le VIH, et peut conduire au suicide et au meurtre.

63. Il n'existe aucun chiffre précis sur la fréquence de la violence domestique et du viol, mais d'après les données disponibles on sait qu'ils représentent environ 5 % de l'ensemble des problèmes de santé des femmes âgées de 15 à 44 ans, dans les pays en développement. Dans les pays industrialisés, où l'incidence de la maladie est nettement plus faible, cette proportion atteint jusqu'à 19 %. Dans ces pays, les actes de brutalité causeraient plus de blessures aux femmes que les accidents de la route, les agressions et le viol, pris globalement.

64. En Asie, les ONG ont joué un rôle capital en informant le public du problème. En collaboration avec les gouvernements de nombreux pays, elles fournissaient une aide et des conseils juridiques aux victimes de la violence, participaient à la gestion de centres d'aide psychologique et de foyers accueillant les femmes battues.

10. Santé et vieillissement

65. Depuis 1970, l'espérance de vie des femmes a augmenté de huit ans dans les pays à revenu faible et intermédiaire et de cinq ans dans le monde, mais celle des hommes a augmenté plus encore.

66. Dans les années à venir, le nombre de femmes âgées de plus de 65 ans augmentera aussi bien dans les pays industrialisés que dans les pays en développement; ce nombre passera de 330 millions en 1990 à 600 millions en 2015. Les femmes de plus de 50 ans représentent plus d'un tiers de la population féminine aux États-Unis. En outre, les femmes comptent pour environ 59 % de la population américaine âgée de 65 ans et plus et pour 72 % des plus de 85 ans. En revanche, en Lituanie, comme en Pologne et dans d'autres États nouvellement indépendants, l'espérance de vie des femmes a diminué.

67. Beaucoup de ces femmes âgées souffriront de maladies chroniques associées au vieillissement telles que l'ostéoporose et la démence sénile, ou de conséquences de l'abandon telles que la malnutrition, l'aliénation et la solitude. On manque encore d'informations détaillées sur la santé des femmes âgées, en particulier dans les pays en développement. L'ostéoporose touche 10 % des femmes âgées de plus de 60 ans dans le monde. Dans un pays industrialisé, l'ostéoporose cause chaque année 1,3 million de fractures osseuses. La plupart des femmes souffrant de cette maladie se trouvent réduites à un état de dépendance totale.

68. Lorsque les femmes consultent un médecin, celui-ci a souvent tendance à prescrire des tranquillisants plutôt que d'approfondir l'examen, surtout dans le cas des femmes âgées. Une étude effectuée en Amérique du Nord a montré que les femmes âgées de plus de 60 ans se voyaient prescrire 2,5 fois plus de médicaments psychotropes que les hommes du même âge.

69. De nombreux pays industrialisés s'inquiètent de voir la demande de services de santé augmenter avec l'accroissement du nombre de personnes âgées. En ce qui concerne la prise en charge de ces personnes, certains pays en développement remettent en avant l'importance des réseaux de solidarité traditionnels au sein des familles et des collectivités.

11. Malnutrition

70. Il est particulièrement important que les filles et les femmes aient une alimentation suffisante et équilibrée. Du fait de pratiques discriminatoires dans l'alimentation des enfants, les fillettes souffrent parfois de malnutrition protéo-calorique, d'anémie et de carences en éléments micronutritifs. À âge égal, la population féminine est généralement plus touchée par la malnutrition que la population masculine. Dans de nombreux pays en développement, les rations alimentaires sont réparties au sein du ménage en fonction du statut de ses membres plutôt que de leurs besoins nutritionnels.

71. La malnutrition des fillettes peut entraîner des problèmes à l'accouchement, tels arrêt du travail, fistules et asphyxie du nouveau-né. Parce que les femmes ont besoin de plus de fer que les hommes et qu'elles tendent à en absorber moins du fait de la répartition des rations alimentaires, 43 % des femmes et 51 % des femmes enceintes souffrent d'anémie dans le monde. Un tiers des femmes en âge de procréer qui ne sont pas enceintes sont anémiques. Dans les pays en développement, 56 % des femmes enceintes souffrent de cette carence et jusqu'à 7 % d'entre elles sont gravement atteintes. Pratiquement toutes les adolescentes dans les pays en développement souffrent d'une carence en fer.

72. Parce que leurs mères souffrent d'une carence en iode, 30 000 enfants sont mort-nés et plus de 120 000 naissent atteints de crétinisme chaque année. La carence en iode, qui touche au moins 25 % des adolescentes, est la cause la plus fréquente du retard mental, mais aussi la plus facile à éviter. Elle entraîne également des goitres et des lésions cérébrales et engendre des troubles de la fonction génératrice des femmes. Dans les pays en développement, 43 % des femmes âgées de 15 ans et plus connaissent des retards de croissance dus à la malnutrition protéo-calorique des fillettes.

73. De nombreux pays ont fait savoir qu'ils avaient adopté l'objectif du Sommet mondial pour le développement social consistant à réduire d'un tiers, d'ici à l'an 2000, les cas d'anémie ferriprive. Certains ont amélioré leur système de contrôle de l'état nutritionnel de la population. Beaucoup d'autres font état d'une incidence directe des programmes d'ajustement structurel sur cet état nutritionnel.

12. Santé mentale

74. Des études effectuées dans les collectivités et des analyses des traitements prescrits montrent que les femmes souffrent beaucoup plus que les hommes de problèmes de santé mentale et que cette vulnérabilité est étroitement liée à leur situation matrimoniale, à leur travail et à leur rôle social. L'épidémiologie fait apparaître de plus en plus clairement que les troubles mentaux sont liés à l'aliénation, à l'impuissance et à la pauvreté, phénomènes plus répandus parmi les femmes.

75. Plusieurs rapports indiquent que les services de santé sont désormais orientés vers les soins préventifs plutôt que curatifs. Quoique la plupart des mesures prises dans le domaine de la santé concernent encore les maladies somatiques, l'importance du bien-être général est de plus en plus reconnue.

13. Substances nocives

76. Au cours des 30 prochaines années, les décès liés au tabagisme feront plus que doubler, si bien qu'à partir de l'an 2020, bien plus d'un million de femmes adultes mourront chaque année de maladies dues au tabagisme. Dans les pays en développement, les femmes fument de plus en plus et, partout dans le monde, elles sont particulièrement ciblées par la publicité pour les cigarettes. En France, une enquête effectuée récemment parmi des étudiants a montré que le tabagisme est à présent plus courant chez les filles que chez les garçons. Par ailleurs, il semble que la consommation d'autres drogues se généralise rapidement parmi les filles.

77. Quelque 30 millions de femmes souffrent de maladies dues à l'abus d'alcool. La cirrhose alcoolique tue 300 000 femmes chaque année. Cinquante pour cent des femmes battues le sont pour des raisons liées à l'alcool.

78. Les problèmes liés à la consommation de drogues illicites par les femmes sont sous-estimés, dans la mesure où, dans de nombreux pays, les statistiques ne sont pas ventilées par sexe. Certains pays font état d'une nouvelle approche des services de santé, fondée sur une action à la fois biologique, psychologique et sociale au lieu d'être axée exclusivement sur la santé des mères et des enfants.

Notes

¹ Document WHO/FHE/WHD/92.5.

² Ibid., par. 16.

³ Ibid., par. 10.
