



UN LIBRARY

MAR 28 1980

A/CONF.94/9

UN/SA COLLECTION

**CONFÉRENCE MONDIALE  
DE LA DÉCENNIE  
DES NATIONS UNIES  
POUR LA FEMME:**

**Egalité,  
développement  
et paix**

**Copenhague, Danemark  
14-30 juillet 1980**

EXAMEN ET EVALUATION DES PROGRES ACCOMPLIS DANS L'APPLICATION DU  
PLAN D'ACTION MONDIAL : LA SANTE

Point 8 de l'ordre du jour provisoire



80-05584

TABLE DES MATIERES

<u>Chapitre</u>	<u>Paragraphes</u>	<u>Pages</u>
I. INTRODUCTION .....	1 - 17	1
A. Les femmes, la santé et le développement ...	2 - 3	1
B. Santé et disparités socio-économiques .....	4 - 10	2
C. L'importance de la santé des femmes .....	11 - 13	3
D. Indices traditionnels de la situation sanitaire .....	14 - 17	4
II. EXAMEN DES PROGRES ACCOMPLIS DEPUIS 1975 : ANALYSE DES REPONSES DES PAYS .....	18 - 121	6
A. Tendances relevées en ce qui concerne l'état de santé des femmes .....	18 - 38	6
1. Espérance de vie, taux de mortalité maternelle et infantile .....	18 - 28	6
2. Etat de santé comparé des hommes et des femmes .....	29 - 38	9
B. Problèmes de santé particuliers aux femmes .	39 - 54	10
1. Grossesse et accouchement .....	39 - 42	10
2. Pratiques culturelles nuisant à la santé des femmes .....	43 - 45	12
3. Environnement et style de vie .....	46 - 49	12
4. Effets du progrès technique .....	50 - 52	13
5. Les femmes victimes de violences .....	53 - 54	14
C. Amélioration de la prestation de services de santé .....	55 - 67	15
D. Amélioration de la participation des femmes aux services de santé .....	68 - 83	18

TABLE DES MATIERES (suite)

<u>Chapitre</u>	<u>Paragraphes</u>	<u>Pages</u>
E. Nutrition .....	84 - 95	21
F. Education sanitaire et nutritionnelle .....	96 - 103	24
G. Amélioration de la planification de la famille .....	104 - 121	25
1. Planification de la famille .....	104 - 113	25
2. Stérilisation .....	114 - 115	27
3. Avortement .....	116 - 121	28
III. OBSTACLES ET PRIORITES .....	122 - 144	30
A. Obstacles .....	122 - 134	30
1. Obstacles aux améliorations de l'état de santé des femmes et des services de santé .....	122 - 124	30
2. Obstacles à la participation des femmes à la prestation des services de santé ..	125	30
3. Obstacles à l'amélioration de la nutrition .....	126 - 128	31
4. Obstacles à la planification de la famille .....	129 - 134	31
B. Priorités pour 1979-1985 .....	135 - 144	32
IV. CONCLUSIONS .....	145 - 152	35

/...

## I. INTRODUCTION

1. Le rapport du Secrétaire général a été établi par le secrétariat de la Conférence mondiale de 1980 de la Décennie des Nations Unies pour la femme, en application de la résolution 3490 (XXX) de l'Assemblée générale du 12 décembre 1975 et des résolutions 2060 (LXII) et 1978/28 du Conseil économique et social du 12 mai 1977 et du 5 mai 1978, respectivement. On y examine et évalue les efforts entrepris au niveau national pour appliquer le Plan d'action mondial en vue de la réalisation des objectifs de l'Année internationale de la femme 1/, en particulier les objectifs minimaux énoncés au paragraphe 46 du Plan. Ce rapport se fonde principalement sur les réponses de 86 gouvernements au questionnaire établi et distribué par le Service de la promotion de la femme du Centre pour le développement social et les affaires humanitaires et contient une analyse des progrès accomplis et des obstacles rencontrés dans le domaine de la santé. Même parmi les pays développés, il n'a pas toujours été possible d'obtenir des données aussi détaillées que celles qui étaient demandées dans le questionnaire, et il y a parfois eu des écarts entre les taux fournis par les gouvernements eux-mêmes et ceux qui provenaient de sources officielles de l'Organisation des Nations Unies. Dans certains cas, les données fournies par les pays étaient plus récentes que les dernières données disponibles à l'Organisation des Nations Unies. Ces données sont utiles en ce qu'elles indiquent les tendances et les inégalités dans la condition et dans les services sanitaires, et les changements qui sont survenus dans la première moitié de la Décennie pour la femme. A cet égard, les résultats n'ont pas été compromis par ces écarts, bien que l'on se soit efforcé de garantir la meilleure exactitude possible. Il n'a pas été possible de décrire les changements dans tous les pays; on a choisi dans chaque région des exemples, qui servent seulement à illustrer la situation et ne doivent pas être généralisés.

### A. Les femmes, la santé et le développement

2. La santé, droit individuel fondamental, est aussi une nécessité vitale pour le développement des ressources humaines et est étroitement liée à l'enseignement, à l'emploi et à la participation à la vie politique. La santé, en tant qu'élément essentiel pour la pleine intégration des femmes au développement, a des incidences sur la société en général et sur les générations futures. La réalisation des objectifs économiques que se fixent les pays est impossible sans une véritable compréhension de l'importance cruciale des soins de santé pour les femmes et de leur participation à la prestation de services.

3. Mis à part les résolutions spécifiques du Plan mondial d'action dans le domaine de la santé, et des séminaires qui ont été organisés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ces dernières années 2/, les questions relatives à la santé de la femme et à ses implications pour le développement n'ont guère retenu l'attention des conférences internationales. La Conférence internationale sur les

1/ Rapport de la Conférence mondiale de l'Année internationale de la femme, Mexico, 19 juin-2 juillet 1975 (Publication des Nations Unies, numéro de vente F.76.IV.1), chap. II, sect. A.

2/ Réunion sur la femme et la santé de la famille, tenue à Genève du 20 au 30 novembre 1978, et séminaire de l'OMS sur les pratiques traditionnelles affectant la santé des femmes et des enfants, tenu à Khartoum du 10 au 15 février 1979.

soins de santé primaires tenue à Alma Ata du 16 au 12 septembre 1978 a insisté sur une approche plus préventive et globale que curative et fragmentée du problème de la santé (voir Déclaration d'Alma Ata 3/). Bien que les problèmes de la santé des femmes n'aient pas été spécifiquement mis en relief, la nouvelle importance qu'on leur donne, si elle est bien planifiée et appliquée, pourrait assurer l'intégration complète des femmes, en tant que consommatrices, participantes et responsables, aux activités liées à la santé. A la lumière de la Déclaration d'Alma Ata, l'Organisation mondiale de la santé encourage actuellement l'intégration des systèmes de soins de santé occidentaux et traditionnels, pour maximiser les avantages de chacun afin de fournir des soins de santé adéquats pour tous dès l'an 2000.

#### B. Santé et disparités socio-économiques

4. La mauvaise santé est un indicateur important du dénuement économique et de la marginalisation. En raison des inégalités économiques qui caractérisent la plupart des pays, les niveaux de nutrition, de santé, les possibilités d'accès à un logement adéquat et à des services de santé sont souvent extrêmement différents : les femmes appartenant aux groupes à faible revenu courent donc de plus grands risques dans le domaine de la santé.

5. L'inégalité sociale entre et à l'intérieur même des pays et la discrimination fondée sur le sexe sont sous-jacents aux problèmes de santé des femmes. Il existe un rapport entre la pauvreté et le faible niveau d'espérance de vie 4/. Les différences d'un pays à l'autre et à l'intérieur des pays en ce qui concerne l'espérance de vie traduisent les différences de niveau de vie, ainsi que les inégalités, évidentes dans le système économique mondial actuel et perpétuées par ce dernier, qui avantage les pays dont l'économie est relativement moins tributaire de l'agriculture et des produits du secteur primaire en tant que principale ressource nationale.

6. Les facteurs socio-économiques, culturels et liés à l'environnement qui jouent au niveau macro-économique (sur les plans international et national) et au niveau micro-économique (à l'échelon de la communauté, de la famille et de l'individu), créent et maintiennent des relations d'inégalité entre les nations, et un dénuement économique de certains groupes, notamment des femmes, qui ont des conséquences préjudiciables à leur santé. La santé est devenue un facteur central de déséquilibre à l'échelle mondiale, et comporte des incidences importantes pour le nouvel ordre économique international (voir résolution 34/58 de l'Assemblée générale, du 29 novembre 1979).

7. L'inégalité sur le plan mondial se manifeste dans le contrôle qu'exercent les pays développés sur les connaissances et la technique médicales, la prestation des services sanitaires ainsi que les conceptions, les méthodes et les programmes d'enseignement et de formation sanitaires des spécialistes et des agents des services de santé.

---

3/ Voir Soins de santé primaires : Rapport sur la Conférence internationale sur les soins de santé primaires, Alma Ata, 6 au 12 septembre 1978, Genève, organisée conjointement par l'Organisation mondiale de la santé et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978), p. 2.

4/ Preston S., "The Changing relation between mortality and level of economic development", Population Studies, vol. 29 (2 juillet 1975), p. 231 à 248.

8. Ce contrôle se manifeste dans les décisions prises dans les pays développés en ce qui concerne les problèmes de santé des pays en développement, dans les expériences tentées avec de nouveaux médicaments, les programmes de régulation de la fécondité appliqués par des méthodes brutales, et la promotion irréfléchie de produits pharmaceutiques, de préparations alimentaires, de tabac et d'alcool.

9. On ne peut espérer que l'industrialisation, des techniques médicales plus perfectionnées ou une régulation de la fécondité résoudre tous les problèmes sociaux et sanitaires des femmes. Mais c'est la façon dont les politiques dans ce domaine tiennent compte des intérêts de la femme et la mesure dans laquelle les femmes participent et influent sur les décisions relatives à ces politiques qui ont une importance cruciale.

10. Le développement et l'industrialisation peuvent avoir à la fois des avantages et des inconvénients pour les femmes. Dans tous les pays, les économies nationales recourent maintenant très largement à la main-d'oeuvre féminine dans l'industrie. Mais on a accordé peu d'attention aux effets de ce volume de travail supplémentaire et des risques d'accident du travail particuliers sur la santé des femmes, ou aux effets sur la santé et le bien-être de leur famille. Là où des industries à forte intensité de capital ont été mises en place, des mécanismes de convention collective ainsi que des mesures adéquates garantissant la sécurité du travail sont souvent inexistantes : ce phénomène a des conséquences sur la santé des femmes; c'est le cas en Asie, dans les Caraïbes et en Amérique centrale, où l'on utilise de plus en plus la main-d'oeuvre féminine dans les industries tournées vers l'exportation 5/.

### C. L'importance de la santé des femmes

11. Alors que, comme les hommes, les femmes peuvent contracter toutes sortes de maladies, les exigences particulières à la grossesse, la lourde charge du travail des femmes dans les zones rurales comme dans les zones urbaines et leur condition généralement inférieure dans la société, les exposent à de nombreux autres problèmes de santé. Les femmes sont aussi exposées à la violence dans les ménages, à l'exploitation sexuelle et au viol.

12. Il existe un rapport étroit entre la malnutrition et l'infection. Les maladies dues à la nutrition et à l'environnement telles que l'anémie, le goitre, les maladies métaboliques et la malnutrition ont des conséquences bien plus graves sur les femmes, et peuvent avoir des effets préjudiciables sur le fœtus pendant la grossesse. Le type de travaux qu'exécutent les femmes les expose à l'infection quand elles soignent les malades et les rendent porteuses de maladies. La pollution de l'environnement ainsi que l'exposition aux radiations et aux produits chimiques toxiques peuvent être dangereuses pour les femmes surtout pendant une grossesse. Ces facteurs, outre leur rôle dans l'intégration sociale des enfants, imposent aux femmes un fardeau qui peut entraîner un mauvais état de santé chronique, de l'anxiété, et d'autres problèmes psychologiques qui ont un impact sur la famille et la société en général.

---

5/ Voir "Participation effective des femmes au développement", Rapport du Secrétaire général (A/33/238 et Corr.1), par. 94 à 96.

13. L'approche du problème de la santé des femmes devrait être globale et dynamique et tenir compte de l'évolution des besoins des femmes au cours de leur vie, de l'évolution du rôle de la femme à l'intérieur et à l'extérieur de la famille, et des changements socio-économiques de la société.

D. Indices traditionnels de la situation sanitaire

14. En général, les femmes ont une espérance de vie plus longue que celle des hommes, en raison peut-être de facteurs génétiques et du fait que les risques de décès résultant d'accidents de voiture ou de travail, de maladies du coeur, ou pulmonaires et du cancer sont moins grands pour elles 6/, mais le taux de morbidité est probablement plus élevé chez les femmes à cause de leur rôle de reproduction et de leur situation généralement inférieure dans la société 7/.

15. Les taux d'espérance de vie et de mortalité ne permettent pas de se faire une idée complète de certaines conditions de mauvaise santé. Les taux de morbidité constituent peut-être de meilleurs indicateurs de l'état de santé comparé des hommes et des femmes eu égard à leurs implications épidémiologiques et du fait qu'ils permettent de se rendre compte des principaux problèmes de santé nécessitant une solution. Les difficultés surgissent quand il s'agit de définir les limites de la morbidité et lorsqu'il faut rassembler des données 8/.

16. Les tendances vers une réduction des taux de mortalité infantile et maternelle dans les pays en développement peuvent être dues à un meilleur accès aux soins de santé et à l'extension des mesures de santé publique. Certains processus socio-économiques préjudiciables à la santé et caractéristiques du sous-développement semblent se produire concurremment et peuvent compromettre tout progrès enregistré dans le domaine des soins de santé 9/. Des processus tels que la croissance rapide de la population, l'exode rural massif, le chômage et le sous-emploi, aggravent

---

6/ Certaines études récentes indiquent cependant une prédisposition des femmes au type A des caractéristiques de comportement (c'est-à-dire une conduite nerveuse, un mode de vie agressif et trépidant), aux maladies coronaires et à l'hypertension. Voir Ingrid Waldron, "Coronary-prone behaviour patterns, blood pressure, employment and socio-economic status in women", Journal of Psychosomatic Research, vol. 22, p. 79 à 87.

7/ Voir par exemple la section intitulée "Women and Health" dans The International Journal of Health Services (1975)

8/ L'OMS a établi par exemple un point limite pour l'anémie lors d'une grossesse (11 grammes d'hémoglobine par décilitre); tous les pays cependant n'adhèrent pas à cette limite.

9/ Christina Laurell et al.; "Disease and rural development: a sociological analysis of morbidity in two Mexican villages", The International Journal of Health Services, vol. 7, No 3 (1977)

les problèmes de santé publique et en accélèrent la multiplication du fait qu'ils favorisent la prolifération des taudis, le surpeuplement, la transmission des maladies infectieuses, la prostitution, l'alcoolisme et la toxicomanie 10/.

17. Les stéréotypes culturels dont sont victimes les femmes d'une part, et le fait que l'on n'est pas parvenu à reconnaître les différences des caractéristiques sanitaires qui existent entre les hommes et les femmes d'autre part, empêchent la planification et l'application de programmes de santé pour les femmes. Les véritables programmes qui visent à répondre aux besoins spécifiques des femmes et à améliorer la santé de ces dernières ne sont pas considérés comme prioritaires dans les budgets et les politiques de la plupart des gouvernements. Il est urgent de reconnaître le rapport inhérent qui existe entre la santé des femmes et le développement social et économique, qui comporte des conséquences importantes sur l'égalité et la paix.

---

10/ Cette tendance a fait l'objet de nombreuses études. Voir en particulier J. Gugler et W. G. Flanagan, Urbanization and Social Change in West Africa (Cambridge, Cambridge University Press, 1978); F. Sai, "Special nutritional considerations in the urban and peri-urban setting", dans J. H. Beaton et J. M. Bengoa (eds), Nutrition in Preventive Medicine, Major Deficiency Syndromes, Epidemiology and Approaches to Control, Organisation mondiale de la santé, Série de monographies No 62 (Genève, 1976).



## II. EXAMEN DES PROGRES ACCOMPLIS DEPUIS 1975 : ANALYSE DES REponses DES PAYS

### A. Tendances relevées en ce qui concerne l'état de santé des femmes

#### 1. Espérance de vie, taux de mortalité maternelle et infantile

18. Le niveau sanitaire d'un pays est mesuré habituellement par le taux de mortalité infantile. Cependant, les taux de mortalité maternelle sont tout aussi importants du fait qu'ils représentent la mortalité chez des femmes jeunes en âge de procréer, et en raison du rôle prépondérant des femmes dans la nutrition et la survie de leurs enfants, dans les activités visant à assurer l'existence matérielle de la famille et dans l'apprentissage pour les enfants de la vie en société. La mortalité maternelle est également un indicateur de l'état de santé des femmes, car elle reflète l'importance du rôle de la grossesse et la qualité des soins de santé donnés pendant l'accouchement 11/.

19. Plus les taux de mortalité infantile diminuent, plus l'espérance de vie augmente. La structure par âge d'une population peut toutefois influencer sur les taux bruts de mortalité. L'on prévoit que les taux bruts de mortalité augmenteront dans les pays plus avancés, passant de 9,2 (1970-1975) à 0,4 (1975-1980) et diminueront dans les pays moins avancés, où ils tomberont de 13,2 à 12,0 12/.

20. Certains pays n'ont pas communiqué de renseignements sur l'espérance de vie, la mortalité maternelle et la mortalité infantile; des estimations officielles ont été utilisées pour y suppléer 13/. On a constaté une variation marquée entre les zones rurales et urbaines, et entre les différents groupes socio-économiques et ethniques.

21. La région relevant de la Commission économique pour l'Afrique a fourni les données suivantes. Le Ghana a cité deux estimations qui indiquent une espérance de vie de 46 ans pour les femmes en 1974 et de 52 ans en 1977. Le Zaïre a signalé une espérance de vie plus élevée pour les femmes des zones urbaines et pour les femmes du niveau socio-économique le plus élevé. Le Togo a signalé une espérance de vie de 56 ans en 1975 pour les femmes des zones urbaines et de 48 ans pour les

---

11/ S. Preston et J. Weed. Les causes de décès responsables des variations par pays et dans le temps dans les différences de mortalité par sexe. Rapport de statistiques sanitaires mondiales, Vol. 29, No 3, (Genève, 1976), p. 189 à 214.

12/ World Population Trends and Prospects by Country, 1950-2000 : Summary Report of the 1978 Assessment (ST/ESA/SER.R/33).

13/ Les sources utilisées comprennent : World Population Trends and Prospects by Country ...; Annuaire démographique, 1977 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.78.XIII.1); Rapport de statistiques sanitaires mondiales, Vol. 1; Mouvement de la population et causes de décès, (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978).

femmes des zones rurales, ainsi que des différences marquées entre les zones urbaines et rurales en ce qui concerne les taux de mortalité maternelle (43 et 85 p. 100 000 naissances vivantes en 1975 respectivement). Le Ghana a signalé une diminution de la mortalité infantile, qui est tombée de 133 à 120 pour 1 000 naissances vivantes entre 1969 et 1977. Les taux de mortalité infantile et maternelle étaient généralement encore très élevés partout dans la région; seule Maurice a signalé un taux de mortalité infantile inférieur à 50 pour 1 000 naissances vivantes (48,7 en 1975 et 33,8 en 1978).

22. Les réponses pour la région de la Commission économique et sociale pour l'Asie et le Pacifique (CESAP) ont montré que l'espérance de vie varie beaucoup suivant les pays et qu'elle allait de 42 ans au Népal en 1978 à 78 ans au Japon en 1977. L'Australie, l'Inde, le Japon, le Népal, la Nouvelle-Zélande, les Philippines et Singapour ont signalé un allongement de l'espérance complète de vie. Les femmes avaient une espérance de vie plus élevée que les hommes dans l'ensemble des pays de la région, sauf en Inde et au Népal 14/. Des écarts entre les zones rurales et urbaines sont également apparus. En Papouasie-Nouvelle-Guinée, l'espérance de vie pour les femmes a passé de 48,9 ans à 51,7 ans dans les zones rurales et de 58,7 ans à 60,8 ans dans les zones urbaines.

23. La Nouvelle-Zélande a signalé une espérance de vie de 74,6 ans en 1978; cette espérance est toutefois inférieure de 10 ans pour les femmes maories et le taux de mortalité infantile diminue chez les non Maoris alors qu'il a augmenté légèrement chez les Maoris. Le Japon a signalé une diminution de la mortalité infantile, qui est tombée de 10 à 9 p. 1 000 naissances vivantes entre 1975 et 1977; l'Inde et le Népal ont signalé des taux supérieurs à 120. En Inde, les naissances vivantes ont été évaluées à 130 p. 1 000 en 1972, allant de 85 pour 1 000 dans les zones urbaines à 150 pour 1 000 dans les zones rurales. Sri Lanka a signalé un taux de mortalité maternelle de 120 p. 100 000 naissances vivantes en 1975 (les statistiques des Nations Unies ont indiqué un taux de 170,3 p. 100 000 en 1968 dans ce pays) 15/.

24. L'espérance de vie dans les pays membres de la Commission économique pour l'Amérique latine (CEPAL) variait entre 45 ans (Bolivie) et 76 ans (Cuba) en 1975. Les comparaisons de niveaux socio-économiques ont montré un plus grand écart dans l'espérance de vie que les distinctions entre zones rurales et zones urbaines. Le Honduras, par exemple, a signalé entre les femmes des zones rurales et celles des zones urbaines une différence de 11 ans dans l'espérance de vie (50 ans et 61 ans respectivement), et entre les femmes de haut et de faible niveau économique, une différence de 18 ans (66 ans pour les premières et 48 ans pour les secondes).

---

14/ A l'échelle mondiale, selon les estimations, l'espérance de vie est plus élevée pour les hommes que pour les femmes en Inde, au Pakistan et à Sabah (Malaisie), et légèrement plus élevée ou identique au Bangladesh, en Iran, en Papouasie-Nouvelle-Guinée et en Haute-Volta. Annuaire démographique, op. cit.

15/ Il existe donc une tendance à la diminution de la mortalité par rapport aux chiffres de 1968; voir l'Annuaire démographique, 1978....

25. Cuba a cité une baisse du taux de mortalité infantile de 22,3 p. 1 000 naissances vivantes; l'Argentine a signalé que la mortalité infantile différentielle a diminué entre 1970 et 1976, tombant de 31 à 29 dans les zones urbaines et de 129 à 83 dans les zones rurales. Le Pérou et le Venezuela ont indiqué une diminution de la mortalité infantile, tandis que les données fournies par le Paraguay indiquent une augmentation. De manière générale, la mortalité maternelle a diminué 16/. Le Venezuela a signalé une diminution de 22 p. 100 dans la mortalité maternelle entre 1970 et 1974 (le taux est passé de 90 à 70 p. 100 000 naissances vivantes). Cette baisse est due à une diminution du nombre de décès imputables aux maladies infectieuses (60 p. 100), à la toxémie (22 p. 100), aux avortements (21 p. 100) et aux hémorragies (15 p. 100).

26. Les données pour la région relevant de la Commission économique pour l'Asie occidentale (CEAO) proviennent de statistiques officielles. L'espérance de vie pour les femmes dans cette région a été évaluée à 51,6 ans pour la période 1970-1975 et devrait atteindre 53,9 ans pour la période 1975-1980 (médiane) 17/. Les estimations font apparaître que la mortalité infantile a diminué au Koweït et a augmenté en Iraq 16/.

27. Dans la région relevant de la Commission économique pour l'Europe (CEE), l'espérance de vie était plus élevée pour les femmes que pour les hommes et dépassait 75 ans dans la plupart des pays. La Turquie a signalé que l'espérance de vie pour les femmes était passée de 59,9 ans à 62,8 ans entre 1970 et 1975. Les taux de mortalité infantile en 1977-1978 variaient, allant de 7,7 p. 1 000 naissances vivantes en Suède à 31,2 en Roumanie. Sept pays avaient des taux inférieurs à 12 (Danemark, Finlande, Islande, Pays-Bas, Norvège, Suède et Etats-Unis). La Turquie a encore signalé que la mortalité infantile était plus élevée dans les zones rurales que dans les zones urbaines (11,9 contre 16,1 p. 1 000 naissances vivantes).

28. Les réponses ont indiqué une diminution des taux de mortalité infantile et maternelle, ainsi qu'une amélioration de l'espérance de vie pour les femmes, tendances qui confirment les prévisions faites à l'échelle mondiale 18/. Toutefois, de telles généralisations ne révèlent pas une persistance, voire une aggravation des taux de mortalité chez certains groupes, et ne mettent pas en évidence dans certains cas un mauvais état de santé chez les femmes. L'espérance de vie pour les femmes varie beaucoup, allant de 32 ans en Sierra Leone à 79 ans en Islande; les taux de mortalité infantile et maternelle varient beaucoup à l'intérieur des pays et entre les pays.

---

16/ Annuaire démographique, 1978....

17/ World Population Trends and Prospects by Country ..., p. 65 et 60.

18/ Ibid., p. 62 et 57.

## 2. Etat de santé comparé des hommes et des femmes

29. Certains pays ont établi leur réponse en se fondant sur l'amélioration de l'espérance de vie des femmes, qui peut constituer un élément de comparaison valable dans les pays développés. D'autres cependant ont supposé que l'état de santé était lié aux services de santé dont les femmes pouvaient bénéficier.

30. Quatre pays de la CEA ont déclaré que la santé des femmes, en particulier dans les régions rurales, était moins bonne que celle des hommes parce que leurs tâches étaient plus pénibles, qu'elles disposaient de services sanitaires insuffisants dans ces régions et qu'elles manquaient d'assistance technique dans leurs travaux. La Sierra Leone, par exemple, a indiqué que les femmes avaient une santé moins bonne parce qu'elles travaillaient pendant un nombre d'heures plus élevé et parce qu'elles étaient plus vulnérables du fait qu'elles mettaient les enfants au monde; de plus, elles ne pouvaient accéder facilement aux services de santé, car elles étaient moins instruites et plus soumises aux contraintes de la tradition.

31. Dans la région de la CESAP, l'Inde a indiqué que l'état de santé des femmes était moins bon que celui des hommes pour diverses raisons : les femmes n'étaient pas suffisamment au courant de l'existence de services médicaux, elles se mariaient tôt et avaient des grossesses fréquentes, elles accomplissaient un travail manuel très pénible et elles hésitaient souvent à s'adresser aux services de planification de la famille. L'Australie a cité une enquête sur la morbidité, effectuée en 1977-1978, qui montre que les taux à cet égard sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes pour ce qui est des affections musculaires et du squelette, des troubles de la nutrition et du métabolisme ainsi que des troubles génito-urinaires (compte non tenu de la grossesse).

32. Dans la région de la CEPAL, Cuba a déclaré que les femmes jouissaient d'une meilleure santé parce que des soins spéciaux étaient prévus à leur intention. Le Honduras a souligné qu'en se fondant sur l'espérance de vie, on pouvait dire que la santé des femmes était meilleure que celle des hommes. D'autres pays ont indiqué que la santé des femmes était moins bonne que celle des hommes. Le Paraguay a indiqué que les carences nutritionnelles et les accouchements constituaient les principaux problèmes des femmes. Le Pérou a souligné l'insuffisance des soins médicaux tandis que la Colombie a indiqué que c'était entre 15 et 45 ans, période pendant laquelle elles étaient en âge de procréer, que les femmes étaient les plus vulnérables. L'Argentine a cité des chiffres concernant un certain nombre de maladies plus répandues chez les femmes que chez les hommes, y compris l'arthrite, les affections musculaires et du squelette, l'anémie, le diabète, la maladie de la vésicule biliaire et le cancer des intestins.

33. Les pays de la CEAO ont signalé d'une manière générale que la condition sanitaire des femmes restait mauvaise. Le Liban a indiqué que l'état de santé des femmes, en particulier des femmes enceintes et des mères allaitantes dans les zones rurales et périurbaines, était mauvais en raison des grossesses fréquentes, des travaux domestiques et agricoles pénibles, de l'anémie et du manque de centres de santé maternelle.

/...

34. Dans la région de la CEE, les pays de l'Europe de l'Est ont souligné l'égalité entre les hommes et les femmes en matière de soins de santé et de condition sanitaire. La République fédérale d'Allemagne a mentionné des enquêtes de 1976 et 1977 qui ont montré que les femmes souffraient davantage d'asthme, d'affections musculaires et du squelette, de troubles génito-urinaires et de troubles psychologiques. Chypre, la Roumanie et les Etats-Unis ont estimé que, compte tenu de leur espérance de vie, les femmes jouissaient d'une meilleure santé que les hommes.

35. Afin de se faire une meilleure idée des différences entre la santé des hommes et celle des femmes, il conviendrait d'obtenir des données et de mettre au point des indicateurs reflétant les différences entre les taux de morbidité des hommes et des femmes et l'inégalité d'accès aux services de santé. Une étude de l'OMS consacrée à ce thème a montré qu'"il existait dans chaque pays deux sous-classes distinctes de population, les hommes et les femmes, possédant chacune des taux de morbidité et de mortalité propres qui pouvaient être très différents" 19/.

36. La réunion préparatoire régionale de la CEAO pour la Conférence mondiale des Nations Unies pour la femme, 1980, a signalé que les pays rencontraient des difficultés à fournir les données demandées et a souligné la nécessité de demander aux régions d'établir des questionnaires simplifiés en vue d'obtenir des informations à jour sur les problèmes et les besoins particuliers des femmes ainsi que sur les programmes qui les intéressent (voir E/ECWA/SHDS/CONF.4/7).

37. Il conviendrait d'établir des indices simples qui puissent être utilisés au niveau des villages. Si l'on constate un écart important entre l'état de santé des hommes et celui des femmes, il pourra être nécessaire d'obtenir d'autres types de données intéressant la quantité de travail, la situation nutritionnelle, l'exposition à des maladies et la dominance de problèmes de santé propres aux hommes et aux femmes. Il est plus important encore de reconnaître le plus tôt possible l'existence d'une morbidité particulière chez certains groupes de femmes vulnérables, de continuer à observer les différences entre les femmes rurales et urbaines ainsi que l'évolution du profil des maladies dans ces zones.

38. Les données disponibles mettent en évidence les besoins particuliers des femmes en matière de soins de santé, et la persistance de grandes disparités dans les taux de mortalité ruraux/urbains entre les femmes appartenant à diverses classes sociales et entre les pays situés à des niveaux de développement différents. Ces disparités persistent en dépit de l'amélioration générale des trois indicateurs.

## B. Problèmes de santé particuliers aux femmes

### 1. Grossesse et accouchement

39. Pendant une grande partie de sa vie adulte, la femme est féconde. La menstruation, la grossesse et la ménopause sont des fonctions normales, mais elles sont source de problèmes de santé particuliers lorsque les conditions de vie ne sont pas optimales. Non seulement une femme enceinte doit s'alimenter davantage, mais

---

19/ E. Royston, "Statistical enquiry : on female mortality". (Organisation mondiale de la santé, rapport de mission, 1977).

hémorragie, toxémie, infection et avortement peuvent compliquer sa grossesse et aboutir à un état morbide ou même au décès de la mère et/ou de l'enfant. Dans certains pays en développement, les décès consécutifs à l'accouchement sont une des principales causes de décès chez les femmes en âge de procréer.

40. On a mis en évidence certains facteurs de risque universels qui augmentent les possibilités d'une mauvaise issue de la grossesse : grossesses trop fréquentes, trop précoces ou trop tardives, perte antérieure d'un enfant et malnutrition 20/. Certaines pratiques culturelles comme l'infibulation peuvent aussi aboutir à des complications. La mortalité, quelles qu'en soient les causes, augmente avec le nombre d'enfants qui suivent le troisième 21/.

41. La fécondité déclinant et l'espérance de vie augmentant, le temps passé en grossesses tend à diminuer, mais les femmes sont nombreuses à souffrir de mauvaise santé et de malaises chroniques dus à la descente d'organes, à la malnutrition et à l'anémie. Aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement, les femmes ont tendance à se résigner à ces maux et ne cherchent pas à se soigner, soit parce que les soins ne sont prévus qu'en cas de maladie grave, soit parce qu'elles ne peuvent abandonner leur travail soit qu'elles craignent d'encourager la discrimination dans l'emploi. C'est ainsi que bien des maladies chroniques restent sans traitement.

42. La grossesse chez les adolescentes pose un problème social et médical aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement 22/. Les filles se marient et ont leur premier enfant plus tôt dans certains pays : au Bangladesh, en Inde et au Népal, par exemple, plus de 70 p. 100 des filles se marient entre 15 et 20 ans. En cas de grossesse non désirée, une adolescente célibataire est obligée dans certains pays soit de se marier, soit de se faire avorter, soit de faire adopter son enfant, soit de l'élever seule 23/. Les adolescentes sont surreprésentées dans les statistiques sur l'avortement et tentent plus facilement que les autres des avortements tardifs et donc très risqués 24/.

---

20/ Pour une approche des soins de santé maternelle et infantile fondée sur la notion de risque, Organisation mondiale de la santé, publication offset No 39 (Genève, 1978).

21/ Kitagawa et Hauser cité dans S. Preston, J. Weed, op. cit. p. 189 à 214.

22/ A. Parker et al, eds., "Fertility in adolescence", Journal of Biosocial Science, Supplément No 5 (1978).

23/ Besoins sanitaires des adolescents, Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques No 609 (Genève, 1977).

24/ La grossesse et l'avortement pendant l'adolescence, Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques No 583 (Genève, 1979).

## 2. Pratiques culturelles nuisant à la santé des femmes

43. Tout en reconnaissant les nombreux effets heureux des pratiques traditionnelles par lesquelles les femmes protègent leur santé, il faut prêter attention à certaines pratiques culturelles dont les effets sont nocifs. Certains tabous alimentaires imposés pendant la grossesse peuvent priver la mère et l'enfant de certains éléments nutritifs essentiels. L'obstétrique traditionnelle qui parfois recourt à des méthodes peu hygiéniques et précipite la délivrance par exemple peut nuire aussi bien à la mère qu'à l'enfant.

44. Il est prouvé que le lait produit pendant les trois ou quatre jours qui suivent l'accouchement (colostrum) est une source riche en aliments nutritifs et en anticorps. Dans certaines sociétés, même dans celles où l'allaitement est une pratique bien établie, on croit que cet aliment vital est dangereux et on le néglige parfois 25/.

45. L'excision et l'infibulation peuvent entraîner des complications au moment de la grossesse. La deuxième Conférence régionale sur l'intégration des femmes au développement tenue à Lusaka du 3 au 7 décembre 1979 a condamné les pratiques de mutilation sexuelle, mais a également critiqué les campagnes internationales mal informées menées contre ces pratiques, et a appelé les gouvernements africains et les organisations féminines à chercher une solution au problème.

## 3. Environnement et style de vie

46. Les conditions sanitaires et un cadre de vie défectueux, une eau insalubre ou fournie en quantité insuffisante, le surpeuplement et la malnutrition sont parmi les causes les plus importantes de la fréquence des maladies infectieuses. De plus, les femmes jouent dans la préparation des aliments, auprès des malades, des nourrissons, et - traditionnellement - des accouchées, un rôle qui les expose à devenir agents de transmission des maladies. Le rôle et la condition sanitaire de la femme sont directement liés à des causes majeures de décès chez les nourrissons, comme la diarrhée et le marasme 26/. Le tétanos qui atteint les mères comme les nourrissons peut être évité par la vaccination de la mère avant l'accouchement 27/.

47. Le profil de morbidité des sociétés industrialisées montre une prédominance des maladies chroniques et de la dégénérescence, alors que les maladies infectieuses et les épidémies caractérisent les pays en développement. Il est ironique de

---

25/ Valerie Hull, "Women, doctors and family health care : some lessons from rural Java", Studies in Family Planning, Vol. 10, No 11 (novembre 1979).

26/ Le marasme est une forme extrême de malnutrition souvent liée dans les pays en développement à un sevrage précoce.

27/ Les pratiques peu hygiéniques utilisées lors de l'accouchement et du sectionnement du cordon ombilical provoquent le tétanos. Voir par exemple, S. Chen, "Tetanus neo-natorum in West Malaysia", Journal of Tropical Medicine and Hygiene, Vol. 77.

constater que l'évolution actuelle des pays en développement, qui entraîne un vieillissement de la population et modifie le style de vie, risque d'avoir pour résultat un profil de morbidité aujourd'hui plus caractéristique des pays développés : troubles cardiovasculaires, cancer, maladies liées au "stress", utilisation accrue de drogues et de tabac, et maladies causées par la pollution atmosphérique et pollution industrielle 28/.

48. Les problèmes d'utilisation des drogues sont souvent envisagés uniquement sous l'angle de la toxicomanie et de l'abus des stupéfiants, mais de graves problèmes de santé découlent d'un usage abusif ou inapproprié de drogues thérapeutiques ou de drogues socialement acceptables comme l'alcool et le tabac. Dans les pays en développement, on n'a pas encore mis au point les mécanismes juridiques appropriés à la lutte contre la promotion irresponsable et le "dumping" de drogues thérapeutiques par les firmes internationales qui les fabriquent. On a pu établir un lien entre la consommation d'alcool, de tabac et de stupéfiants, et la faiblesse du poids à la naissance ou d'autres effets sur le fœtus 29/. L'étude des tendances récentes révèle que dans certains pays développés, à mesure qu'augmente le nombre de femmes qui fument, la proportion de cancers des poumons s'élève chez elles, et parfois même plus rapidement que chez les hommes 30/. Plusieurs pays développés ont fait état de problèmes d'utilisation et d'abus de drogues. Le Canada a indiqué une "surmédicalisation des femmes" et a évoqué certaines tentatives faites pour convaincre les jeunes de ne pas fumer, alors que d'autres pays, comme l'Australie et les Etats-Unis, ont noté que pour réduire la consommation de tabac, il fallait une éducation sanitaire.

49. La migration à grande échelle et le déséquilibre démographique peuvent nuire à la santé des femmes. Des ressources insuffisantes et le manque de possibilités d'emploi peuvent pousser à émigrer des familles entières ou, suivant la société, uniquement les hommes ou les femmes. Dans beaucoup de cas, la vie de famille s'en trouve perturbée, les systèmes traditionnels de maintien de la famille bouleversés et il ne reste plus aux femmes qu'à assumer la charge de soutien unique de la famille, ce qui leur impose un surcroît de travail au détriment de leur santé.

#### 4. Effets du progrès technique

50. Alors que les techniques appropriées et les inventions qui réduisent le travail ont l'heureux effet d'alléger le travail des femmes, les rapides progrès des techniques industrielles et médicales à l'échelle mondiale sont à l'origine de nouveaux problèmes dans le domaine de la santé. Il est absolument nécessaire de

---

28/ A. R. Omran, "The epidemiological transition; a theory of the epidemiology of population change", Millbank Memorial Fund Quarterly, Vol. XLIX, No 4 (1971), première partie, p. 509.

29/ Il existe quelques documents à ce sujet, par exemple P. Rothstein et J. B. Gould, "Born with a habit : infants of drug addicted mothers", Pediatric Clinics of North America, Vol. 21 (1974), p. 307.

30/ F. Foster, Différences entre les sexes dans la mortalité et la morbidité dues au cancer, Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, Vol. 31, No 4 (Genève, 1978).



poursuivre les recherches sur les effets des techniques et des médicaments nouveaux utilisés dans les traitements médicaux, et sur les effets chimiques et physiques des innovations techniques qui présentent certains risques pour les femmes, à la maison, au travail et à l'extérieur. La contamination de l'air, des aliments et de l'eau par des déchets chimiques et radioactifs touchent la population en général mais du fait que ce sont elles qui portent les enfants, les femmes peuvent être tout particulièrement vulnérables.

51. Faute d'une base de données satisfaisante, il est difficile de déterminer exactement dans quelle mesure les différences biologiques entre hommes et femmes exposent ces dernières à de plus grands risques lorsqu'elles sont soumises aux mêmes dangers professionnels que les hommes. La question se pose de savoir si ces différences ne pourraient pas être le prétexte de mesures discriminatoires à l'égard des femmes. Beaucoup d'emplois occupés surtout par les femmes comportent des risques spécifiques qui ont de ce fait une plus grande importance pour les femmes. Chez les femmes enceintes, c'est au cours des trois premiers mois - souvent avant que la grossesse ne soit diagnostiquée - que le fœtus est victime des lésions les plus graves, mais il ne faut pas oublier que ce qui est toxique pour le fœtus et pour la femme peut l'être aussi pour l'homme 31/.

52. Le problème posé par le travail dans un environnement toxique qui risque de léser le fœtus ou les capacités procréatrices de la mère, ne sera pas résolu par des mesures discriminatoires comme l'exclusion des femmes de certains emplois. Il faut assurer à tous un cadre de travail sain par des mesures sociales et une réglementation au niveau des entreprises.

#### 5. Les femmes victimes de violences

53. On se préoccupe depuis plusieurs années de la violence au foyer et de la violence envers les enfants, aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. Les victimes de viols et autres délits d'ordre sexuel et de violence au foyer sont presque toujours des femmes, mais nombre d'entre elles ne cherchent pas assistance par crainte de la publicité et du scandale, ou parce qu'elles se croient coupables d'avoir provoqué l'agression ou pensent qu'une action de la police ne serait d'aucune utilité 32/. On terrorise parfois les enfants pour les empêcher de se plaindre, sauf s'ils portent la trace de sévices corporels.

54. Les causes fondamentales de la violence et les moyens de lutte contre la violence et l'agression sexuelle les plus efficaces ne seront déterminées qu'après recherches. Les femmes ont besoin d'un soutien économique pour pouvoir s'échapper

---

31/ Une enquête a été faite sur le nombre croissant de cas de fausses couches de malformations congénitales et d'infécondité dues aux gaz anesthésiants chez les femmes qui travaillent en salle d'opération. Voir un rapport récent de P. J. Tomlin, "Health problems of anaesthetists and the families in the West Midlands", British Medical Journal, No 6166 (mars 1979), p. 779-784.

32/ J. R. Evrard et E. M. Gold, "Epidemiology of sexual assault victims", Obstetrics and Gynaecology, Vol. 53, No 3 (mars 1979), p. 381 à 387.

de chez elles en cas de violence. Les rôles stéréotypés dévolus aux hommes et aux femmes et la condition inférieure de la femme dans la famille et dans la société créent des conditions qui exposent les femmes à la violence; leur dépendance économique et sociale les empêche d'agir. Dans bien des pays, des groupements féminins se sont mobilisés en faveur des femmes et des enfants victimes de violence domestique 33/. Dans leurs réponses, deux pays, l'Australie et l'Inde mentionnaient précisément des centres fonctionnant sous la responsabilité du gouvernement et offrant des secours d'urgence aux femmes et à leurs enfants victimes de violences.

### C. Amélioration de la prestation de services de santé

55. Environ 80 p. 100 des médecins du monde entier sont concentrés dans les grands centres urbains, alors que la majorité de la population mondiale vit dans les zones rurales. Dans les pays en développement, moins de 15 p. 100 de la population peut couvrir à pied la distance qui la sépare d'une quelconque installation sanitaire 34/. Dans les pays en développement, entre 60 et 80 p. 100 des femmes enceintes sont assistées pendant l'accouchement par une sage-femme traditionnelle 35/. La majeure partie du budget de la santé passe dans des traitements compliqués, faisant appel à des techniques perfectionnées, d'où un écart croissant entre les services de soins de santé qui s'offrent aux riches et ceux qui s'offrent aux pauvres. L'utilisation de personnel qualifié peut être limitée par des considérations d'ordre financier. Le personnel médico-sanitaire qualifié est concentré dans les villes et tend à émigrer des pays moins avancés vers les pays plus avancés 35/.

56. La Conférence internationale des soins de santé primaires d'Alma-Ata a cherché les moyens d'améliorer les soins de santé pour tous. En résumé, la déclaration d'Alma-Ata énonce que "l'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière ... doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre /du/ développement ... /et/ comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes

---

33/ E. Pizzey, "Scream Quietly or the Neighbours will hear" (Harmondsworth, Middlesex Penguin Books, Ltd., 1974). Voir aussi "International self help movements, women and health", Isis, Vol. 8 (1978).

34/ M. McHale et J. McHale, Children in the World Today (Houston, University of Houston, 1979).

35/ Traditional Birth Attendants (Genève, Organisation mondiale de la santé, 1978), p. 7.

de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels" 36/.

57. La fourniture de services de santé maternelle et infantile est un bon point de départ à l'amélioration de la prestation de services de santé et à l'amélioration de l'état de santé des femmes. Il faut employer une approche multi-sectorielle faisant appel à un personnel sanitaire qualifié, aux collectivités et aux départements gouvernementaux compétents dans divers domaines, notamment la santé publique, la protection sociale, l'enseignement et l'agriculture.

58. Des pays de toutes les régions ont indiqué que des efforts avaient été entrepris pour intensifier, développer et améliorer la prestation des services de santé, en particulier dans les zones rurales, en mettant l'accent sur la santé maternelle et infantile. On trouvera ci-après un aperçu de quelques-uns des progrès réalisés depuis 1975.

59. Dans la région de la CEA, la Somalie a indiqué qu'elle s'employait à former davantage de sages-femmes, à développer la santé maternelle et infantile et les services médicaux dans les écoles, à accorder aux femmes qui travaillent des temps de pause pour l'allaitement et à protéger les femmes enceintes employées dans l'industrie. La Jamahiriya arabe libyenne a indiqué qu'elle avait institué des soins médicaux gratuits et créé des centres de santé maternelle et infantile qui effectuaient également les vaccinations obligatoires et suivaient le développement de l'enfant. La Sierra Leone a indiqué une extension de ses centres de consultation et le lancement d'un programme coordonné visant à fournir des soins de santé primaires dans les zones rurales, avec la participation des Ministères de la santé, de l'agriculture, de l'éducation et du développement rural. On recrutait des femmes pour travailler au niveau du village et à tous les niveaux des services de santé.

60. Maurice a indiqué une amélioration de son infrastructure sanitaire, un développement des soins de santé primaires et des services de santé maternelle et infantile ainsi que la formation en cours d'emploi de personnel paramédical. Les services mobiles incluaient des dispensaires, des vaccinateurs itinérants et des services de consultations dentaires, de soins prénatals et de planification de la famille. Le Botswana avait étendu son programme relatif aux services de santé de base en encourageant la participation de la collectivité à ces services et en créant des dispensaires et des postes sanitaires ruraux.

61. Dans la région de la CESAP, le Japon et Singapour ont indiqué que les services de santé étaient satisfaisants et très largement utilisés. Les Philippines et Sri Lanka ont indiqué qu'elles avaient largement recours à du personnel paramédical, principalement des femmes, pour améliorer les soins de santé dans

les zones rurales. Le Bangladesh et le Pakistan ont encouragé la participation d'organisations de femmes et de coopératives féminines rurales ainsi que la formation de femmes au niveau du village. L'Inde a mis au point des programmes sanitaires orientés vers :

- a) La lutte contre les maladies transmissibles et leur éradication;
- b) La promotion des services de santé dans le domaine des soins et de la prophylaxie;
- c) L'intensification de la formation et du recyclage du personnel médical et paramédical;
- d) Le renforcement des centres de soins de santé primaires dans les zones rurales.

62. L'Australie et la Nouvelle-Zélande se sont déclarées préoccupées par le niveau de santé des populations autochtones. L'Australie a mis en oeuvre un programme de santé des collectivités qui s'étendra aux zones rurales et s'emploie à former des aborigènes au métier d'agents sanitaires; elle a également fourni des fonds à divers centres de santé pour les femmes.

63. Dans la région de la CEA0, le Liban a fait état de forages de puits pour améliorer l'approvisionnement en eau dans un plus grand nombre de villages, la poursuite de la mise en place d'un réseau de centres de soins de santé primaires dans les zones rurales, avec l'assistance du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (FISE), et une augmentation des services mobiles. L'Iraq a exprimé l'espoir que d'ici 1985 toute la population aurait accès aux services de santé. Bahreïn a mentionné la prestation de soins aux personnes âgées et la protection des travailleuses, en particulier pendant la grossesse, et a également fait mention de dispositions permettant aux femmes d'avoir des pauses pendant les heures de travail pour continuer d'allaiter.

64. Dans la région de la CEE, les pays de l'Europe orientale ont souligné que leur Constitution garantissait le droit à une gamme complète de services de santé comprenant des réseaux ruraux reliés aux centres régionaux spécialisés. Ils ont signalé qu'ils accordaient une grande attention à la protection de la santé des femmes et que les femmes enceintes et les mères de famille bénéficiaient de prestations et d'une assistance spéciales. Par exemple, la Pologne a exposé la politique adoptée en 1970-1975, qui portait sur le développement des soins de santé jusqu'en 1990. Ce plan prévoit un ensemble de soins de santé maternelle et infantile, la surveillance des enfants depuis la première enfance jusqu'à 18 ans, complétée par des soins médicaux dans les foyers et à l'école. La Yougoslavie a déclaré qu'il existait en moyenne un dispensaire de maternité pour 7 500 femmes âgées de plus de 15 ans. Les pays scandinaves ont également indiqué qu'il existait un réseau complet de services offrant une surveillance médicale depuis la naissance, et se poursuivant à l'âge adulte.

/...

65. En Israël, 90 p. 100 de la population était couverte par une assistance médicale en 1976, à savoir 97 p. 100 de la population juive et 65 p. 100 de la population non juive. Les services de santé maternelle et infantile étaient intégrés aux services de santé généraux pour fournir des soins de santé à tous les niveaux, y compris aux malades chroniques, aux handicapés et aux personnes âgées. La Turquie a déclaré qu'une législation avait été mise en vigueur en 1978 pour réintégrer tous les médecins dans le secteur public et éliminer les cliniques privées.

66. Les Etats-Unis ont donné une description des programmes spéciaux exécutés par les Etats pour accroître les effectifs de personnel qualifié, améliorer les transports d'urgence et l'accès aux zones rurales et pour atteindre les femmes à haut risque dans les zones urbaines et rurales. Le Canada comme les Etats-Unis ont noté que certains groupes ne bénéficiaient pas de soins de santé appropriés, en particulier les populations autochtones. Dans ces deux pays, les agents sanitaires indiens et esquimaux reçoivent une formation en vue d'améliorer les soins de santé.

67. L'accès aux services sanitaires varie énormément en fonction du degré d'urbanisation et du niveau économique et social ainsi que des races et des minorités. Certains pays tentent de réduire ces différences au moyen de programmes s'adressant aux minorités et aux groupes à haut risque ainsi qu'aux zones rurales et ont recours aussi bien à des approches novatrices telles que les dispensaires itinérants qu'aux sages-femmes traditionnelles, aux agents sanitaires locaux et aux agents sanitaires autochtones. Mis à part les programmes de soins de santé maternelle et infantile, peu de pays ont fait mention de programmes s'adressant spécifiquement aux femmes.

#### D. Amélioration de la participation des femmes aux services de santé

68. L'amélioration de la participation des femmes à la prestation des services de santé dépend non seulement du nombre de femmes concernées, mais aussi des occasions qui leur sont offertes d'améliorer leurs compétences, d'élargir la portée de leur travail et de participer sur un pied d'égalité à tous les niveaux de la profession médicale.

69. Les femmes sont traditionnellement chargées du soin des malades, au sein de la famille, mais aussi de la collectivité, en qualité de sages-femmes et de guérisseuses traditionnelles. La plupart des agents sanitaires sont des femmes, mais elles sont plus nombreuses au bas de l'échelle professionnelle. Là où il faut exercer une autorité et prendre des décisions, on trouve généralement des hommes.

70. L'échec du modèle médical occidental, qui n'a pas réussi à répondre aux besoins en matière de santé des populations des pays en développement, a suscité un renouveau d'intérêt pour le rôle important joué par les guérisseurs traditionnels, et la nécessité de combiner les systèmes médicaux modernes et traditionnels. La Chine offre un exemple d'intégration réussie, et l'on trouve d'autres modèles en

Inde et en Indonésie, à Sri Lanka, aux Philippines et au Cameroun 37/. Les accoucheuses traditionnelles présentent un certain nombre d'avantages : elles sont intégrées à la culture et à la collectivité dans lesquelles elles travaillent, elles occupent des positions de confiance et prêtent volontiers leur concours.

71. Toutefois, l'intégration de plus en plus poussée des guérisseuses traditionnelles ne constitue pas une solution aux problèmes posés par la participation égale des femmes aux soins médicaux. Elle risque de légitimer, dans le domaine des soins de santé primaires, le transfert d'une part croissante de responsabilités aux femmes, qui sont déjà surchargées de travail. Les agents sanitaires traditionnels devraient avoir l'occasion d'acquérir de nouvelles compétences et de nouvelles techniques, de conserver leur statut professionnel, de participer à la planification et à la prise de décisions et aussi d'être promues à de plus hautes responsabilités.

72. De nombreux pays n'ont pas été en mesure de fournir les renseignements demandés sur la participation des femmes aux diverses catégories du secteur de la santé pour la période à l'examen. Certaines catégories, comme la catégorie paramédicale, n'étaient pas suffisamment définies, et d'autres, comme celle des sages-femmes, n'étaient pas incluses dans l'enquête. En Nouvelle-Zélande, une loi anti-discriminatoire interdisait d'indiquer le sexe du personnel infirmier. Toutefois, les données disponibles permettent une comparaison d'ensemble des tendances.

73. C'est en général par l'intermédiaire des soins infirmiers que les femmes rentrent dans la profession médicale. Dans la plupart des pays développés, plus de 95 p. 100 du personnel infirmier sont des femmes. Dans certains pays en développement, notamment dans la région de la CEA, les obstacles culturels et l'insuffisance de l'éducation reçue par les jeunes filles ont limité le nombre de femmes prêtant des soins infirmiers, bien que la situation aille en s'améliorant. Deux des taux les plus faibles indiqués pour 1975 et 1978 correspondaient au Togo (23 et 22 p. 100) et au Lesotho (34 et 40 p. 100). Le Lesotho a fait savoir que 99 p. 100 des étudiants en soins infirmiers étaient des femmes; la Sierra Leone a déclaré que les femmes recevaient maintenant une meilleure instruction, en vue d'augmenter leur participation aux soins infirmiers.

74. Grâce à l'expansion rapide des services de santé et à la demande pressante de personnel qualifié, les hommes et les femmes ayant suivi une formation peuvent accéder à des positions auxquelles il leur aurait été difficile de parvenir en d'autres circonstances. Cette tendance est corroborée dans la réponse de Maurice, qui fait état de l'arrivée tardive des femmes dans les métiers du secteur de la santé, mais indique qu'elles sont choisies de préférence aux hommes dans les services hospitaliers, dans les centres de planification de la famille et en tant que personnel auxiliaire. En 1975, les femmes représentaient 17 p. 100 des cadres, et 22 p. 100 en 1978. En 1975 et 1978, 62 p. 100 du personnel infirmier et 29 p. 100 du personnel paramédical étaient des femmes mais la proportion de gynécologues femmes était tombée de 12 à 8 p. 100.

---

37/ Voir Promotion et développement de la médecine traditionnelle, Organisation mondiale de la santé, Série de rapports technique No 622 (Genève, 1978).

75. Dans la région de la CEAO, l'Iraq n'a donné de chiffres que pour les institutions gouvernementales, d'où il ressort que les femmes représentent 32 p. 100 des médecins spécialistes, 30 p. 100 des généralistes, 48 p. 100 du personnel infirmier et 71 p. 100 des pharmaciens. Le Liban a signalé que la participation des femmes aux échelons supérieurs ne s'était guère accrue, mais qu'elle avait beaucoup augmenté pour le personnel paramédical (de 50 p. 100 en 1975 à 82 p. 100 en 1978), les étudiants en médecine (de 12 à 16 p. 100) et les étudiants en hygiène publique (17 à 50 p. 100).

76. Dans la région de la CESAP, au Bangladesh, les femmes servaient d'organisatrices des programmes de planification de la famille au niveau des villages, en général sous le contrôle de personnel paramédical masculin. En Inde, de plus en plus de femmes recevaient des bourses de formation. Le cinquième plan quinquennal de l'Inde envisageait l'amélioration qualitative de l'éducation et de la formation du personnel sanitaire, et l'utilisation de plus en plus fréquente d'agents sanitaires des collectivités, qui transmettraient leurs compétences à des agents sélectionnés dans les villages. Les femmes représentaient 20 p. 100 des médecins, 91 p. 100 du personnel infirmier et 24 p. 100 des étudiants en médecine.

77. Le Sri Lanka a signalé une augmentation du nombre de médecins femmes, d'infirmières, d'infirmières dentaires, de sages-femmes et d'agents bénévoles féminins; les responsabilités des infirmières dentaires et des sages-femmes avaient été étendues aux opérations locales, et aux soins dispensés aux femmes enceintes et aux nourrissons (aucun chiffre n'a été communiqué). En Papouasie-Nouvelle-Guinée, 71 p. 100 du personnel infirmier étaient des femmes. Aux Philippines, on s'occupait de la formation des "hilotes" (sages-femmes traditionnelles), et les femmes participaient de plus en plus nombreuses aux activités communautaires et représentaient un pourcentage de plus en plus important du personnel médical et sanitaire. Dans le cadre d'un projet parrainé par l'OMS, visant à offrir des services de planification de la famille dans les zones rurales, un programme de formation des infirmières a été mis en place, dans le but d'élargir leurs responsabilités.

78. En Australie, plus de 80 p. 100 du personnel sanitaire est féminin : 96 p. 100 du personnel infirmier, 85 p. 100 ou plus du personnel paramédical et 17 p. 100 des médecins généralistes (on n'a pas fourni de chiffres pour les autres catégories de médecins). Le pourcentage de femmes étudiants en médecine est passé de 31 à 35 p. 100 pour la période 1975-1978. En Nouvelle-Zélande, 22 p. 100 des responsables étaient des femmes, et la proportion des femmes dans les études de médecine était passée de 42 à 46 p. 100 entre 1977 et 1978.

79. Dans tous les pays de la CEPAL qui ont communiqué des chiffres, les femmes représentaient plus de 95 p. 100 du personnel infirmier et de 80 à 95 p. 100 du personnel paramédical. La proportion de femmes étudiants en médecine était passée à Cuba de 30 à 35 p. 100 et au Pérou de 15 à 20 p. 100 pour la période 1975-1978. Le Pérou a déclaré que 5 p. 100 des cadres supérieurs étaient des femmes, et ce chiffre était de 20 p. 100 pour Cuba.

/...

80. Dans la région de la CEE, la Hongrie, la Pologne et la Roumanie ont donné des chiffres corroborant la proportion considérable de femmes dans les professions médicales, et la différence de répartition selon le sexe. En Roumanie, en 1978, les femmes représentaient 25 p. 100 des gynécologues, 58 p. 100 des médecins généralistes, 88 p. 100 du personnel infirmier, 91 p. 100 du personnel paramédical et 68 p. 100 des étudiants en médecine.

81. Les femmes représentaient 4 p. 100 des gynécologues au Canada, 10 p. 100 au Danemark et 15 p. 100 au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Chypre (67 p. 100 en 1978) et la Turquie (23 p. 100 en 1975) avaient le plus faible pourcentage d'infirmières. La Suède a fait état de propositions visant à instituer un système de quotas là où le pourcentage d'hommes ou de femmes était inférieur à 30 p. 100. Les Etats-Unis ont cité un projet visant à faciliter l'entrée des femmes de langue espagnole dans le système de prestation des soins de santé, afin de conférer à ces soins une dimension bilingue et biculturelle. Dans tous les pays, les femmes étaient moins nombreuses que les hommes à exercer le métier de gynécologue.

82. Le nombre de femmes accédant à la profession médicale et autres professions connexes augmente, mais elles sont toujours reléguées dans le secteur des soins infirmiers, de la technologie, de l'assistance sociale et de la recherche. La plupart des pays qui ont déclaré encourager la promotion de la femme ont mentionné les secteurs précités. Bien qu'il n'existe pas à proprement parler de discrimination à l'égard des femmes, c'est à elles qu'il revient de surmonter les obstacles sociaux qui entravent leur accès aux échelons supérieurs de la profession médicale. L'augmentation de la proportion d'étudiantes en médecine réduira probablement cet écart dans la profession médicale dans les dix années à venir. Les chiffres communiqués par les Etats-Unis ont montré que 27 p. 100 des médecins hommes et 39 p. 100 des médecins femmes avaient moins de 35 ans.

83. Etant donné que le rythme de travail des médecins femmes tend à favoriser les professions salariées, les professions exercées dans les hôpitaux ou la professions enseignante, la nature de la pratique médicale peut également changer. On s'est inquiété des chances de voir les femmes persévérer dans la profession médicale dans certains pays occidentaux (Australie, Royaume-Uni et Etats-Unis), où l'on a craint que les femmes aient un taux d'abandon plus élevé que les hommes, et qu'elles aient été formées en vain 38/. On a proposé de limiter le nombre des étudiantes en médecine. En l'absence de barrières juridiques, les préjugés des comités de nomination (hommes et femmes) et les attitudes des femmes elles-mêmes pourront influencer sur le type de travail médical accessible aux femmes.

#### E. Nutrition

84. Les rapports entre la nutrition et la santé sont d'une importance cruciale pour les femmes. Un régime alimentaire approprié est indispensable au développement normal du pelvis à l'époque de la puberté et au remplacement du sang perdu au cours de la menstruation, ainsi que pour assurer la nutrition supplémentaire

---

38/ Voir par exemple I. Fett, "Australian medical graduates in 1972", Medical Journal of Australia, Vol. I, 18 mai 1974.



nécessaire pendant la grossesse. Une malnutrition grave risque de retarder l'époque de la puberté, de perturber la menstruation et de contribuer à la stérilité. Les coutumes traditionnelles qui empêchent la consommation de quantités suffisantes de protéines et de vitamines, ainsi que les facteurs d'environnement tels que le manque d'iode, peuvent avoir de graves conséquences pour les femmes, en particulier au cours de la grossesse. Une bonne nutrition maternelle améliore les chances de mener à bien la grossesse, à la fois pour la mère et le nourrisson. Une étude de l'Organisation mondiale de la santé a montré qu'il existe une corrélation entre l'augmentation du taux de mortalité périnatale et la détérioration de la condition socio-économique de la mère 39/.

85. Les femmes jouent également un rôle crucial dans la production, le traitement, le transport, la distribution, la préparation et la consommation des aliments. Il importe donc que les femmes puissent agir à tous les niveaux où il y a des décisions à prendre concernant les programmes alimentaires et nutritionnels, ainsi que l'éducation nutritionnelle.

86. Dans les pays en développement, l'allaitement maternel et l'espacement des naissances sont des facteurs essentiels pour la survie des nourrissons. Les taux de mortalité infantile passent une seconde fois par un sommet au moment du sevrage. Le lait maternel constitue le plus économique et le meilleur des aliments pour le nourrisson, qu'il protège contre la gastro-entérite et les allergies alimentaires et auquel il transmet les anticorps de la mère, l'allaitement au sein ayant par ailleurs une action très importante pour retarder le retour de l'ovulation et de la fécondité 40/. Les cas d'infection et de malnutrition et les décès sont plus nombreux chez les enfants sevrés prématurément. Il est donc extrêmement important que la mère qui allaite se nourrisse convenablement, pour l'enfant comme pour elle-même.

87. La publicité faite par l'industrie des aliments pour nourrissons dans les pays en développement est directement liée à la désaffection à l'égard de l'allaitement maternel, ce qui a eu sur les plans alimentaire et social des conséquences désastreuses aussi bien pour la mère que pour l'enfant 40/. Dans une déclaration publiée récemment sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, l'OMS et le FISE se sont engagés à faire campagne en faveur de l'allaitement maternel et contre l'action promotionnelle et publicitaire tendant à faire vendre les aliments pour nourrissons 41/.

---

39/ Main Findings of the Comparative Study of Social and Biological Effects of Perinatal Mortality, Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, Vol. 31, No 1 (Genève, 1978).

40/ Pour l'analyse d'ensemble, voir D. B. Jelliffe et E. F. P. Jelliffe, Human Milk in the Modern World, (Oxford, Oxford University Press, 1978).

41/ La déclaration commune publiée le 12 octobre 1979 proclamait entre autres que "l'allaitement au sein devrait commencer aussitôt que possible après la naissance ...", "pour assurer un allaitement dans les meilleures conditions, il convient d'éviter de pratiquer par ailleurs l'allaitement au biberon - eau et formule de synthèse - ...", "on ne devrait jamais se servir des services de santé pour assurer la promotion de l'allaitement artificiel".

88. L'anémie nutritionnelle entraîne de graves conséquences pour les femmes. Dans certaines régions, où l'anémie est tellement répandue qu'elle est devenue l'état normal, les femmes sont particulièrement exposées. On évalue que parmi les 500 millions de femmes des pays en développement (à l'exclusion de la Chine), environ la moitié des femmes qui ne sont pas enceintes et les deux tiers des femmes enceintes sont anémiques, le total des femmes anémiques dans ces pays étant d'environ 230 millions. Les femmes en âge de procréer sont particulièrement exposées de deux façons : lorsqu'elles ne sont pas enceintes ou allaitantes, les pertes de sang dues au cycle menstruel entraînent une diminution continue du niveau d'hémoglobine, qui doit être compensée par une nutrition appropriée, alors que la grossesse entraîne une augmentation du fer que la femme doit consommer pour assurer le développement du fœtus.

89. Les pays de toutes les régions s'inquiètent des questions de nutrition et des risques particuliers auxquels les femmes et les jeunes enfants sont exposés. La privation d'aliments et la malnutrition protéique constituent de graves problèmes dans la région de la CEA. Tous les pays ont reconnu la nécessité de programmes de surveillance nutritionnelle, d'amélioration de l'alimentation et d'éducation nutritionnelle. La Mauritanie a effectué des enquêtes sectorielles sur la nutrition et a mis sur pied un programme de protection de la famille portant sur la santé, la nutrition et l'hygiène. Le Togo a indiqué qu'il avait élaboré des plans visant à étudier les moyens permettant d'améliorer les techniques de préparation et de conservation des aliments. La Sierra Leone a indiqué qu'elle avait effectué une enquête sur la nutrition, ainsi qu'une étude des coutumes et des croyances concernant les aliments.

90. Tous les pays de la CESAP qui ont répondu avaient effectué des enquêtes sur la nutrition afin de faciliter la formulation et la mise en oeuvre d'une politique de l'alimentation. C'est ainsi par exemple qu'en Australie on a effectué des recherches sur les habitudes alimentaires de plusieurs groupes. Au Népal, le Ministère de la santé a fait des recherches sur la valeur nutritionnelle des aliments produits sur le plan local. En 1976-1977, le Pakistan a effectué une étude sur les micro-éléments nutritionnels, qui a montré que la malnutrition protéique constituait le plus grave problème dans ce pays.

91. Les pays de la région de la CEPAL ont signalé qu'ils avaient pris des mesures spéciales pour intégrer les programmes nutritionnels aux programmes d'éducation sanitaire et agricole et aux programmes d'alimentation complémentaire, ainsi qu'à l'enseignement scolaire et communautaire. Des organisations féminines et des coopératives de production et de distribution de denrées alimentaires ont été créées dans un grand nombre de pays.

92. Des mesures du même ordre ont été prises dans la région de la CEA0 pour identifier les problèmes de nutrition, exécuter des programmes et créer des coopératives. L'Iraq a indiqué qu'il avait étudié les besoins nutritionnels des femmes enceintes et des mères allaitantes, des hommes et des femmes âgés et des jeunes enfants. Le Liban a élaboré, avec la participation du Ministère de l'agriculture, d'établissements d'enseignement, d'organismes de développement, un plan visant à créer des coopératives vivrières et à améliorer la qualité de la distribution des aliments.

93. Un grand nombre des pays de la CEE ont estimé que les programmes de nutrition étaient généralement satisfaisants, mais la priorité a été accordée aux groupes qui ont des besoins spéciaux et pour lesquels des programmes d'appoint diététique ont été mis sur pied. On a recensé les problèmes suivants : régimes alimentaires déséquilibrés, excès de matières grasses et de calories, influence nocive de la publicité, nécessité d'améliorer l'état nutritionnel de la population autochtone et problèmes liés à l'alcoolisme et à l'usage du tabac.

94. Les femmes enceintes, les adolescents et les nourrissons constituent dans toutes les régions les groupes les plus exposés et un grand nombre de pays ont reconnu le problème nouveau que pose le nombre croissant de femmes âgées. La plupart des pays se préoccupent des problèmes de sous-alimentation, mais certains autres ont mentionné les problèmes de la suralimentation et de l'obésité. Même dans les pays développés, il existe des zones dominées par la pauvreté et la sous-alimentation. Le fait que les grandes sociétés de production alimentaire utilisent les organes d'information pour encourager la vente d'aliments à faible valeur nutritionnelle pose un problème à la fois dans les pays développés et dans les pays en développement.

95. Les programmes nutritionnels ne peuvent pas être efficaces si les aliments et la technologie ne sont pas disponibles ou si les aliments essentiels sont financièrement hors de portée des groupes les plus désavantagés. Les programmes d'alimentation complémentaire ne sont que des palliatifs et ne doivent pas être considérés comme des solutions permanentes.

#### F. Education sanitaire et nutritionnelle

96. De nombreux programmes relatifs à l'éducation sanitaire et nutritionnelle partent du principe que les problèmes de santé découlent de l'ignorance des populations et qu'un transfert d'information entraînerait automatiquement une modification des comportements <sup>42/</sup>. Se fonder sur de telles hypothèses, c'est sous-estimer le volume de connaissances que de nombreuses sociétés ont acquises dans le domaine de la santé et de la nutrition et qui, malgré certains aspects négatifs, a de nombreux effets positifs sur la santé, permettant à la collectivité d'être autosuffisante et de survivre. Les femmes ont, par tradition, joué un rôle important en ce qui concerne la divulgation des connaissances dans ce domaine.

97. La plupart des pays ont indiqué que la réalisation des programmes s'effectuait par les écoles, les services de santé et les moyens d'information. Peu d'indications ont été données sur leur contenu ou leur efficacité.

98. Les pays de la CEA ont déclaré que les programmes d'éducation sanitaire avaient été renforcés depuis 1975. Ainsi, la République-Unie du Cameroun a mentionné une campagne visant à réduire les carences en calcium et en protéines, les goûtes endémiques et l'anémie nutritionnelle.

---

<sup>42/</sup> "Who is ignorant? Rethinking food and nutrition education under changing socio-economic conditions" (Rapport de l'Union internationale des sciences de la nutrition, Committee on Nutrition Education Workshop; Tanzania Food and Nutrition Center, Dar-es-Salam, 1978).

99. Les pays de la CESAP ont dit que leurs moyens d'action étaient les organes d'information et les séminaires tenus au sein de la collectivité, ainsi que des projets spéciaux de progrès social et de développement communautaire. L'Australie a mentionné une contradiction entre les dépenses en matière d'éducation sanitaire et la publicité pour les produits à faible valeur nutritionnelle, le tabac et l'alcool.

100. Le Bangladesh et Sri Lanka ont fait état de programmes exécutés par l'intermédiaire de clubs de mères, avec l'aide d'agents bénévoles ayant subi une formation. L'Inde a déclaré que la nutrition figurait au programme de formation des agents sanitaires, dont le rôle était d'informer les mères pendant les visites à domicile. Parmi les pays de la CEPAL, Cuba, la Colombie, le Honduras et le Paraguay avaient des programmes d'éducation sanitaire dans les écoles et les zones rurales. Tous les pays qui ont envoyé des réponses ont mentionné les programmes de formation spéciaux à l'intention des éducateurs sanitaires.

101. Dans la région de la CEA0, la Fédération iraquienne des femmes donnait des repas gratuits dans les jardins d'enfants et les écoles primaires et participait à des programmes d'éducation sanitaire et aux activités de centres visant à réduire l'analphabétisme. Au Liban, le Bureau du progrès social, des groupes de femmes bénévoles et des organisations religieuses encourageaient l'éducation sanitaire et nutritionnelle pour les femmes des zones rurales et périurbaines.

102. Tous les pays de la CEE assuraient une éducation sanitaire par l'intermédiaire des écoles, des services de santé et des programmes de formation et de nombreux pays d'Europe orientale et de Scandinavie considéraient que la question était traitée de manière satisfaisante. Les Etats-Unis et le Canada ont fait observer qu'il ne suffisait pas d'informer mais qu'il fallait obtenir une modification des comportements. Au Canada, une campagne spéciale a été lancée afin de faire en sorte que 100 p. 100 des mères allaitent leur enfant au sein et une campagne télévisée a été organisée à l'intention des enfants âgés de 9 à 12 ans.

103. Tous les pays étaient conscients de la nécessité d'améliorer la situation nutritionnelle de la population, en particulier celle des groupes les plus vulnérables. On insistait davantage sur l'éducation nutritionnelle et une meilleure diffusion de l'information. Toutefois, la santé et la nutrition ne permettent pas d'accroître la production vivrière, d'assurer une répartition équitable des revenus et des produits alimentaires ni de régler les problèmes de malnutrition, la réalisation de ces objectifs supposant un changement dans les domaines politique et économique.

## G. Amélioration de la planification de la famille

### 1. Planification de la famille

104. Le Plan d'action mondial pour l'application des objectifs de l'Année internationale de la femme réaffirme le droit des individus et des couples d'avoir accès à l'information et aux moyens qui leur permettent de décider, de façon libre et responsable, du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, et de vaincre la stérilité. Quand l'idée de restreindre la dimension de la famille

était socialement nécessaire ou acceptable, les couples ont utilisé les moyens traditionnels de contraception suivants : allaitement prolongé au sein, abstinence, coït interrompu et avortement. La modernisation a bouleversé ces pratiques traditionnelles et notamment l'allaitement naturel.

105. La stérilité constitue un problème aussi important pour certains couples et un problème social et démographique grave dans les pays de l'Afrique au sud du Sahara, et dans certaines régions, jusqu'à 40 p. 100 des femmes auraient atteint la fin de leurs années reproductives sans avoir eu d'enfants 43/. La stérilité, une fois établie, exige des examens et un traitement complexes et les résultats peuvent être décevants. Il faudrait mettre l'accent sur la prévention de causes telles que la malnutrition, les traumatismes et les infections à la suite d'un accouchement ou d'un avortement, de même que les maladies vénériennes tant chez l'homme que chez la femme.

106. Les gouvernements ont indiqué, dans leurs réponses, que le nombre des femmes utilisant des moyens contraceptifs avait augmenté depuis 1975 44/. Dans la région de la CEA, un certain nombre de pays ont noté une utilisation accrue des services de planification de la famille tant dans les zones urbaines que dans les zones rurales (par exemple, le Ghana, le Kenya, Maurice, le Sénégal, la Sierra Leone et le Togo). Le faible taux de fécondité posait un problème dans certains pays. La Mauritanie et la Côte d'Ivoire ont dit qu'étant donné la faible densité de leurs populations respectives, elles ne jugeaient pas utile d'établir de programmes de planification de la famille encourageant la contraception. La Côte d'Ivoire a signalé qu'elle avait introduit des programmes d'éducation visant à donner à la famille la dimension souhaitée et aux nourrissons une meilleure chance de survie.

107. Tous les gouvernements de la région de la CESAP qui ont envoyé des réponses, ont indiqué qu'ils disposaient de programmes de planification de la famille et noté que les femmes faisaient davantage appel aux services dans ce domaine. Le Pakistan a souligné le rôle important joué par les sages-femmes et les agents paramédicaux locaux, de même que par les équipes d'animateurs de collectivités en ce qui concerne la distribution de contraceptifs et l'exécution de programmes d'éducation et de motivation. Le programme a été intégré dans le système de santé et de développement afin de réduire la mortalité infantile et la fécondité.

108. Au Bangladesh, grâce aux organisations féminines, on pouvait atteindre les femmes des zones rurales, par un programme intégré d'activités rémunératrices et d'enseignement non scolaire portant sur la planification de la famille, les soins aux enfants, la nutrition et l'hygiène du milieu. La Chine a fait observer

---

43/ Epidémiologie de l'infécondité, Série de rapports techniques de l'Organisation mondiale de la santé, No 582 (Genève, 1975).

44/ Pour une étude plus détaillée des programmes mondiaux de planification de la famille, voir D. Nortman et E. Hofstalter, Population and Family Planning Programmes, neuvième édition (New York, N.Y., Population Council, 1978).

que sa politique de planification de la famille avait permis de réduire le taux d'accroissement de sa population depuis 1971. Le réseau de programmes couvrait l'ensemble du pays à l'échelon du village et mettait l'accent sur l'utilisation de moyens contraceptifs, le mariage à un âge relativement tardif et la petite dimension de la famille.

109. De nombreux pays de la région de la CEPAL ont signalé que les services de planification de la famille étaient assurés principalement par le secteur privé. Cuba a déclaré que 90 p. 100 des femmes des zones urbaines et 80 p. 100 des femmes des zones rurales avaient accès à l'information sur la planification de la famille. La République dominicaine et le Pérou ont noté une utilisation accrue des services de planification de la famille.

110. Quatre pays de la CEA0 ont signalé que l'éducation et les services en matière de planification de la famille étaient assurés principalement par le secteur privé. L'Iraq a signalé que le contrôle des naissances n'était pas encouragé en raison du manque de main-d'oeuvre; cependant, l'éducation, en ce qui concerne principalement l'espacement des naissances, était favorisée. Au Liban, les services de planification de la famille se développaient et la population pouvait accéder à l'information de diverses manières. On avait commencé à modifier le code pénal qui limitait les informations relatives à la contraception.

111. La plupart des pays de la CEE ont déclaré qu'ils disposaient de nombreux services de planification de la famille, tout en reconnaissant qu'il existait des contraintes en limitant l'accès aux adolescentes. En Irlande, la vente de contraceptifs était toujours illégale mais une loi libéralisant la planification de la famille était en préparation. Un certain nombre de pays de la CEE s'efforcent d'encourager la fécondité. Un document, présenté par la Hongrie, a indiqué que les efforts visant à encourager la fécondité en limitant les possibilités d'avortement avait échoué. Les Pays-Bas étaient le seul pays de la CEE qui ait fait état de la nécessité de contrôler les naissances.

112. Les Etats-Unis d'Amérique ont noté que l'utilisation des services de planification de la famille s'était accrue entre 1975 et 1978, passant de 56 p. 100 à 85 p. 100 dans les zones urbaines et de 35 p. 100 à 80 p. 100 dans les zones rurales. Des efforts particuliers étaient déployés afin d'atteindre toutes les localités et tous les groupes de population, notamment en employant des agents sanitaires indiens, afin de desservir la population indienne.

113. Il existe encore des différences importantes entre les pays, les groupes socio-économiques et les zones rurales et urbaines en ce qui concerne l'accès à l'information et aux services en matière de planification de la famille.

## 2. Stérilisation

114. Les pays développés et les pays en développement recourent de plus en plus à la stérilisation volontaire comme méthode finale de contraception, en particulier

/...

parce qu'on a signalé que l'utilisation de contraceptif oraux pouvait avoir des effets secondaires plus graves sur les femmes relativement âgées 45/. Un certain nombre de pays ont indiqué que les femmes étaient de plus en plus nombreuses à recourir à la stérilisation, par exemple le Danemark, le Honduras, la Norvège, les Philippines et le Royaume-Uni.

115. Il existe toujours un risque que la stérilisation, si elle n'est pas contrôlée de manière appropriée, soit pratiquée sur certains groupes de population à leur insu. Les Etats-Unis ont déclaré que "le Département de la santé, de l'éducation et de la protection sociale avait émis de nouveaux règlements concernant la stérilisation des femmes, qui seraient d'une importance particulière pour les femmes appartenant aux classes défavorisées et/ou aux minorités qui, dans le passé, avaient excessivement pâti de stérilisations faites sans discernement.

### 3. Avortement

116. Plusieurs pays ont aussi mentionné spécifiquement certaines modifications introduites récemment dans la législation sur l'avortement 46/. Dans le passé, l'avortement provoqué était pratiqué pour ainsi dire dans toutes les sociétés. Depuis que la stérilisation et l'emploi de moyens de contraception modernes se sont généralisés, l'avortement a perdu de son importance en tant que moyen de contrôle des naissances 47/. L'avortement illégal, souvent pratiqué par des personnes non qualifiées dans de mauvaises conditions d'hygiène, a été l'une des causes principales de la mortalité et de la morbidité maternelles et, partant, de l'infécondité dans de nombreux pays 47/. La mortalité et la morbidité résultant de l'avortement ont diminué lorsque cette pratique est devenue légale 48/.

117. Il arrive même qu'il soit relativement difficile de se faire avorter légalement en raison du manque de services, des frais encourus et de la persistance d'attitudes religieuses restrictives. Ainsi, l'Autriche a indiqué qu'elle avait promulgué une loi sur l'avortement en 1974-1975, mais que les services nécessaires ne desservaient pas encore l'ensemble du territoire. Les Pays-Bas ont signalé qu'ils voteraient en 1979 une loi tendant à légaliser l'avortement, dont la pratique s'était en fait déjà généralisée.

118. Les autres pays qui ont mentionné des lois visant à autoriser l'avortement pour des raisons médicales et sociales étaient la Hongrie (1973-1974), la République démocratique allemande (1972-1976) et Israël (1977-1978). En revanche, les Etats-Unis d'Amérique ont cité une décision du tribunal en 1977 exemptant les

---

45/ Pour une analyse globale des tendances mondiales, voir Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, Survey of Laws on Fertility Control, Part I, Voluntary Sterilization, (New York, N.Y., 1979).

46/ Voir Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population, Survey of Laws on Fertility Control, Part II, Termination of Pregnancy (New York, N.Y., 1979).

47/ Epidémiologie de l'infécondité, Série de rapports technique de l'Organisation mondiale de la santé, No 582 (Genève, 1975).

48/ L'avortement provoqué, Série de rapports techniques de l'Organisation mondiale de la santé, No 623 (Genève, 1978), p. 16.

Etats de l'obligation de prendre à leur charge les dépenses relatives aux avortements qui n'étaient pas "médicalement nécessaires" dans le cadre des programmes sociaux principalement destinés aux femmes indigentes.

119. Les risques que présente un avortement s'accroissent au fur et à mesure de la grossesse et ce, rapidement, après le troisième mois 49/. Les avortements après le troisième mois sont pratiqués le plus souvent chez les femmes appartenant aux classes socio-économiques défavorisées et parmi les groupes d'âges les plus jeunes 50/. De nombreux pays se sont déclarés préoccupés par les grossesses d'adolescentes.

120. En résumé, il est nécessaire que les femmes de tous les âges et de tous les groupes sociaux puissent accéder plus facilement à l'information en matière de moyens contraceptifs. Les données concernant l'avortement font ressortir les groupes les plus vulnérables et reflètent l'efficacité des programmes et pratiques en matière de planification de la famille. Il apparaît donc clairement qu'il est nécessaire de mettre au point des méthodes contraceptives simples, non dangereuses et efficaces qui soient peu onéreuses, facilement accessibles et acceptables du point de vue culturel. En ce qui concerne les pays en développement, ce devrait être à eux d'évaluer et de contrôler les méthodes à utiliser sur leur territoire 51/.

121. La détermination de la dimension de la famille met en jeu de nombreux facteurs. L'adoption par les gouvernements d'une politique démographique favorable peut contribuer à éviter des problèmes ou à accélérer leur règlement et de nombreux gouvernements prennent conscience des problèmes qui se posent.

---

49/ Ibid., p. 21.

50/ Ibid., p. 31.

51/ Document de travail No 4 de la International Conference of Parliamentarians on Population and Development, reproduit dans Populi (publication trimestrielle du Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population), Vol. 6, No 3 (1979).



### III. OBSTACLES ET PRIORITES

#### A. Obstacles

##### 1. Obstacles aux améliorations de l'état de santé des femmes et des services de santé

122. Un certain nombre de pays dans les régions de la CEA, de la CESAP et de la CEAO ont fait référence à des problèmes d'accès aux zones rurales, à la mauvaise répartition des services de santé et à une pénurie de fonds et de personnel qualifié pour faire face à l'élargissement des services de santé. L'Inde et le Bangladesh ont signalé des problèmes de surpopulation et de concentration de la population dans les zones rurales. Le Ghana a mis l'accent sur les problèmes de gestion et sur la mauvaise répartition des ressources, les services hospitaliers étant concentrés dans les grandes villes, ainsi que sur l'insuffisance de la coordination avec les autres organismes.

123. Dans la région de la CEPAL, la plupart des pays ont indiqué que les principaux obstacles à l'amélioration des services de santé étaient d'ordre financier et que l'on éprouvait des difficultés à coordonner les activités des divers départements ministériels. L'Argentine a déclaré que l'un des principaux obstacles rencontrés tenait à la pénurie de ressources humaines et à la mauvaise utilisation des services par les bénéficiaires. La Colombie et la Bolivie ont signalé elles aussi que la coordination des activités des divers départements ministériels posait des problèmes.

124. Dans la région de la CEE, un grand nombre de pays estiment que leurs systèmes de santé sont suffisants pour faire face à n'importe quel problème. Les obstacles cités tenaient à la répartition inégale de l'information et des services, à l'insuffisance des finances et des ressources et à l'absence d'une base de données et d'une méthodologie appropriées. La Finlande considère que la prédominance du modèle médical et l'importance excessive accordée aux soins médicaux et aux hôpitaux constituent un problème. Le Canada a indiqué que les problèmes qui se posaient tenaient davantage à l'attitude paternaliste des médecins et à la conception masculine de la maladie qu'à l'insuffisance des services à l'intention des femmes.

##### 2. Obstacles à la participation des femmes à la prestation des services de santé

125. Excepté dans les pays de l'Europe de l'Est, la participation des femmes dans les services de santé se limite surtout aux emplois inférieurs. Les seuls obstacles qui ont été indiqués par certains pays étaient dus uniquement à la persistance des préjugés traditionnels et de l'inertie culturelle, en raison desquels les femmes étaient jugées inaptes à exercer certains emplois. Le Danemark a fait observer qu'un nombre très faible de femmes posaient leur candidature pour des emplois se situant au niveau de l'élaboration des politiques et la Norvège estime que les attitudes actuelles qui consistent à restreindre l'éventail des professions accessibles aux femmes constituent un obstacle de taille. Dans les

régions de la CEAO et de la CEA, Bahreïn a fait référence aux coûts que représente l'éducation des jeunes filles, étant donné les contraintes auxquelles les femmes sont soumises sur le plan juridique et social. Le Liban mentionne la persistance du préjugé traditionnel selon lequel les femmes seraient incapables d'occuper des postes de responsabilité. La République-Unie du Cameroun a fait observer que la durée des études médicales, qui est de six ans, constituait un obstacle psychologique qui incitait les femmes à envisager d'autres professions que la médecine et que l'on manquait d'établissements appropriés pour la formation des infirmières.

### 3. Obstacles à l'amélioration de la nutrition

126. Dans ce domaine, les obstacles qui ont été relevés sont les suivants : a) revenus faibles, chômage, inflation et coûts élevés, en particulier des aliments de base; b) faibles niveaux de production et manque de ressources humaines et financières; c) indifférence du public en ce qui concerne l'état sanitaire et nutritionnel des femmes et des enfants; d) absence de participation communautaire aux programmes nutritionnels; e) difficulté d'atteindre les populations isolées et l'absence d'organismes de décision centralisés et de politiques bien arrêtées.

127. Les carences nutritionnelles sont imputables d'une part au bouleversement des régimes alimentaires traditionnels à la suite de changements dans la production alimentaire du fait de l'apparition d'une économie de marché et de la modernisation et d'autre part à la persistance de pratiques alimentaires traditionnelles malsaines.

128. Divers pays dans les régions de la CEA et de la CESAP ont également évoqué le manque de ressources financières et la pénurie de personnel qualifié. Le Ghana a fait observer que 70 p. 100 de la population était illétrée et vivait dans de petits villages. La Jamahiriya arabe libyenne a indiqué que la nutrition n'avait pas été incluse dans de nombreux programmes de formation sanitaire et médicale. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a indiqué que la production alimentaire destinée à la consommation intérieure avait diminué par suite d'une concentration des efforts de vulgarisation sur la production de récoltes commerciales destinées à l'exportation, d'une croissance démographique annuelle de 3 p. 100 par an et d'un taux élevé de migration et que cette évolution des pratiques de production alimentaire constituait un problème important.

### 4. Obstacles à la planification de la famille

129. De nombreux pays dans diverses régions ont mentionné des problèmes sociaux, culturels, financiers ou juridiques qui restreignaient la diffusion d'informations sur la planification de la famille ou son utilisation. On a également relevé le manque de personnel qualifié et d'installations, le refus des gouvernements de reconnaître la nécessité d'adopter des politiques de planification de la famille, l'absence d'une infrastructure et la crainte des effets secondaires des contraceptifs.

130. Le Botswana a indiqué qu'en tant que chefs de famille, les hommes se méfiaient des méthodes de contraception utilisées par les femmes et que la planification de la famille était considérée comme une notion étrangère qui était contraire aux traditions familiales africaines. D'autres pays de la région de la CEA ont également exprimé des idées allant dans le même sens. Le Ghana a indiqué que les obstacles auxquels on se heurtait tenaient à l'insuffisance des finances et des ressources, au taux élevé d'analphabétisme et à l'absence de motivation.

131. Dans la région de la CESAP, le Bangladesh a indiqué qu'en raison du taux élevé d'analphabétisme, les femmes avaient du mal à choisir lorsqu'on leur proposait simultanément de les initier à des techniques nouvelles dans des domaines tels que la planification de la famille, l'agriculture, etc. Singapour a signalé que la participation marginale des hommes aux programmes de stérilisation constituait un obstacle. Le Pakistan a indiqué que ses programmes se ressentaient des insuffisances que l'on pouvait observer au niveau de l'organisation, de la formation et de la supervision ainsi que de l'absence de suivi.

132. Dans la région de la CEPAL, les obstacles supplémentaires qui entravent les progrès dans ce domaine tiennent à la difficulté de modifier les comportements à l'égard de la planification de la famille pour en faire un programme sanitaire (Paraguay); aux pressions qu'exercent les organismes extérieurs qui insistent sur l'adoption d'une politique démographique avant de donner leur appui financier dans le domaine de la planification de la famille (Bolivie), aux divisions politiques, aux traditions et à la culture (Colombie).

133. Dans la région de la CEE les principaux obstacles auxquels on se heurte sont également liés à la persistance d'attitudes culturelles et religieuses restrictives, à l'anxiété devant l'avortement et le comportement sexuel et au manque de moyens financiers et de ressources. On observe également une absence de priorités au niveau de l'élaboration des politiques et une réticence à reconnaître les besoins particuliers de certains groupes, en particulier des jeunes et des célibataires. Il est nécessaire d'améliorer les stratégies de communication pour mieux informer le public et amener des changements d'attitude.

134. Israël a indiqué qu'il était difficile d'intégrer la planification de la famille dans les services de santé compte tenu des contraintes financières actuelles. Le Canada a mentionné la nécessité d'informer le public et de changer les attitudes et a cité comme obstacle les retards en matière de législation, la résistance des milieux politiques et religieux et le manque d'intérêt dont font l'objet les mesures préventives à long terme en matière de planification de la famille en raison d'une polarisation excessive sur la question de l'avortement.

#### B. Priorités pour 1979-1985

135. Un certain nombre de pays dans toutes les régions se sont fixé des objectifs et des priorités similaires en matière de prestation de services de santé, de nutrition et de planification de la famille qui mettent l'accent à la fois sur les aspects préventifs et thérapeutiques. D'une manière générale, ils se proposent

d'accroître les moyens dont ils disposent pour former des infirmières, du personnel paramédical technique, des sages-femmes, des aide-infirmiers et des accoucheuses traditionnelles, de développer les services de santé maternelle, périnatale et infantile existants et de développer les programmes de santé et de vaccination à l'intention du public et les services d'éducation nutritionnelle et sanitaire.

136. Plusieurs pays ont cité des objectifs précis. La Jamahiriya arabe libyenne a l'intention de lancer une campagne de lutte contre les maladies contagieuses et endémiques, en particulier le trachome et la malnutrition. On s'est également fixé comme objectifs prioritaires de régionaliser les services, de développer les programmes visant à atteindre la population dans les zones isolées d'un point de vue social et géographique et d'accroître la participation communautaire.

137. L'Inde a prévu de lancer une campagne préventive contre l'anémie nutritionnelle dont devraient bénéficier un million de femmes de plus chaque année; l'Inde et les Philippines ont exposé brièvement des programmes d'ensemble visant à améliorer l'assainissement et l'approvisionnement en eau saine des centres urbains industrialisés et des villages ruraux; le Botswana s'est fixé comme priorité absolue d'améliorer les soins de santé primaires et de développer les services prénatals et postnatals de manière à atteindre 80 p. 100 de la population visée d'ici à 1985.

138. Le Danemark s'est notamment fixé comme objectif prioritaire de réaliser une enquête sur les effets des produits chimiques industriels sur les femmes enceintes et leurs enfants. Certains pays, comme les Pays-Bas, ont fait part de la nécessité de réorienter les programmes afin de rationaliser et d'accroître les services tout en tenant compte des restrictions budgétaires d'ensemble.

139. Un certain nombre de pays ont décidé de s'attacher en priorité à accroître le nombre de femmes employées à tous les niveaux dans le secteur de la santé. La Sierra Leone en particulier a indiqué qu'elle avait l'intention d'intégrer davantage les accoucheuses traditionnelles dans les services de santé. La Jamahiriya arabe libyenne a fait état de programmes pour inciter les femmes à devenir infirmières, pharmaciennes et techniciennes médicales.

140. La plupart des pays ont indiqué qu'ils s'étaient fixé des priorités et des objectifs visant à améliorer l'état nutritionnel d'ensemble de la population. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a indiqué dans sa réponse que la politique nationale alimentaire et nutritionnelle visait à réduire les problèmes nutritionnels et à accroître la production intérieure pour éviter un nouvel accroissement du volume des importations alimentaires.

141. Dans plusieurs régions, un certain nombre de pays comme le Canada et la République dominicaine accordent notamment la priorité à la modification des habitudes nutritionnelles. Au chapitre des priorités, on a également fait mention de projets visant à accroître la portée et l'impact des programmes de nutrition, à améliorer la production et le conditionnement des produits alimentaires et à étudier sous tous leurs aspects la santé et la nutrition des femmes. Le Brésil, le Pakistan ainsi qu'un certain nombre d'autres pays accordent notamment la priorité à des programmes d'alimentation complémentaire au renforcement de la nutrition

/...

dans le cadre des services de santé et à l'utilisation des moyens d'information pour l'éducation nutritionnelle. Sri Lanka a déclaré qu'elle avait l'intention de lancer un programme de nutrition communautaire au niveau des villages, de créer une ferme-école dans chaque circonscription électorale, d'entreprendre une campagne d'information pour amener le public à prendre davantage conscience des problèmes et d'entreprendre des programmes de surveillance nutritionnelle pour identifier les régions où une intervention nutritionnelle s'impose.

142. Tous les pays accordent un rang de priorité élevé à l'éducation sanitaire et nutritionnelle, que ce soit au niveau de la formation des éducateurs sanitaires, des enseignants, des travailleurs sociaux et des professionnels de la santé qu'au niveau communautaire. A Chypre, on octroie des bourses d'études supérieures dans le domaine de l'éducation sanitaire. L'Australie a indiqué qu'il était indispensable que les entreprises industrielles, les organes d'information et les consommateurs participent à l'éducation nutritionnelle au même titre que les professionnels de la santé. Le Canada espérait que grâce à l'éducation sanitaire sur une période de 15 ans, les enfants nés en 1979 seraient non-fumeurs lorsqu'ils atteindraient l'âge adulte.

143. La plupart des pays accordent la priorité aux efforts visant à encourager et à développer les programmes de planification de la famille et notamment à supprimer les obstacles juridiques qui empêchent d'atteindre tous les groupes de la communauté.

144. Un certain nombre de pays dans la région de la CEE, comme par exemple les Pays-Bas, le Royaume-Uni et les Etats-Unis d'Amérique, ont souligné la nécessité de faciliter l'accès des adolescents à l'information et aux services de planification de la famille et de mettre au point des techniques correspondant davantage à leurs besoins. Le Royaume-Uni a également fixé comme priorité de faciliter la stérilisation comme alternative à l'utilisation des contraceptifs oraux.

#### IV. CONCLUSIONS

145. Le présent document a présenté un examen et une évaluation des progrès accomplis et des obstacles rencontrés dans le domaine de la santé des femmes au cours de la première moitié de la Décennie des Nations Unies pour la femme. Comme l'indiquent l'allongement de l'espérance de vie des femmes et la baisse de la mortalité infantile et maternelle, l'état de santé des femmes s'est effectivement amélioré. De telles généralisations ne mettent cependant pas en évidence les taux de mortalité maternelle et infantile qui, chez certains groupes, sont encore élevés et vont même en augmentant; elles ne donnent pas non plus une image complète de la morbidité chez les femmes. Bien que les pays aient signalé l'adoption de mesures visant à améliorer les services de santé dans tous les secteurs, des disparités subsistent, comme en témoignent, là où des taux ont été établis, les écarts entre les groupes de niveaux socio-économiques hauts et bas, entre les femmes des zones rurales et des zones urbaines, de même qu'entre les minorités et le restant de la population. Les disparités entre les pays sont les plus évidentes. Bien que les services de santé ne supposent pas nécessairement une bonne santé, il existe un lien entre la présence de services de santé et la condition sanitaire des femmes selon leur place dans la société.

146. Les changements socio-économiques dus à un développement inégal et rapide que viennent encore compliquer une migration massive des campagnes vers la ville, une croissance rapide de la population et dans certains pays les conflits militaires, limitent l'efficacité des mesures prises par de nombreux pays pour moderniser les services sanitaires et améliorer la santé et la nutrition.

147. Le manque de ressources financières, aggravé encore par l'inflation, constitue un obstacle majeur. La mauvaise répartition des services qui favorisent les zones urbaines riches, une infrastructure insuffisante, des transports et des communications précaires causent des problèmes d'équité. L'accessibilité limitée des zones rurales gêne la prestation de services. Les problèmes de communication sont aggravés par l'analphabétisme, une prise de conscience et une information déficientes, un attachement à des croyances et à des pratiques traditionnelles qui se manifeste par la résistance à l'innovation et le manque de participation communautaire à certains programmes de santé. Les efforts physiques excessifs, caractéristiques des habitudes de travail des femmes des campagnes, non seulement les empêchent de participer aux programmes sanitaires, mais nuisent aussi à leur santé.

148. A ces problèmes s'ajoutent l'insuffisance de formation et d'encadrement du personnel sanitaire administratif, l'absence de politiques définies et un manque de coordination entre les différents organismes combiné à une pénurie de personnel qualifié. On relève des indices d'un léger accroissement de la participation des femmes aux emplois du secteur sanitaire au niveau des prises de décisions et de la planification et leur présence accrue dans les rangs inférieurs de la profession. La persistance d'attitudes sociales, religieuses et culturelles, qui ont, dans certains cas, perdu leur raison d'être, l'absence d'engagement politique et une prise de conscience insuffisante non pas des aspects démographiques mais des avantages à long terme pour la santé de la planification familiale, empêchent de nombreux groupes de femmes de pratiquer la planification familiale.

/...

149. Les constatations font apparaître grosso modo les secteurs prioritaires ci-après où l'action des gouvernements, des organisations internationales et des femmes elles-mêmes devrait s'exercer :

Des mesures de santé publique devront être prises pour protéger et améliorer l'environnement, fournir une eau salubre et aisément accessible et conserver les ressources naturelles.

On devra reconnaître les besoins sociaux et sanitaires des femmes, définis par le rôle de reproduction des femmes, mais qui dépassent ce rôle.

On devra prendre des mesures pour réduire la mortalité infantile et maternelle et éliminer l'inégalité parmi les femmes en ce qui concerne leur condition sanitaire et l'accès aux services de santé.

On devra élargir les dispositions existantes en vue de fournir des soins de santé primaires au sens large de la Déclaration d'Alma Alta, d'incorporer les médecines traditionnelles à la médecine moderne et d'éliminer les obstacles qui empêchent les femmes de participer au même titre que les hommes aux prestations de services de santé.

150. Les vastes secteurs prioritaires d'action indiqués plus haut seront définis de façon plus détaillée dans le Programme d'action pour la deuxième moitié de la Décennie des Nations Unies pour la femme.

151. Une amélioration des services de santé pour les femmes et les enfants profite à la santé de la communauté tout entière. Il importe que les femmes elles-mêmes puissent intervenir dans le processus de prestations de services de santé, non seulement à titre de consommatrices mais encore en qualité de participantes et de planificatrices actives. Il faut donc s'efforcer dès le départ de tout processus de planification sanitaire d'intégrer au système de prestations de services de santé une proportion importante de femmes qui sont profondément engagées dans les questions féminines, et cela au niveau, entre autres, de la prise de décisions. Il faut tenir dûment compte des considérations sociales, culturelles et économiques propres aux pays en développement, afin que les systèmes de prestations de services de santé y soient planifiés et mis en pratique de façon efficace et que certains problèmes qui se sont présentés dans les pays développés y soient évités.

152. Il importe, pendant la seconde moitié de la Décennie, de traduire dans les faits les mesures visant à améliorer la santé des femmes, et d'apporter ainsi une contribution positive au développement social et économique, à l'égalité et à la paix.