

WORLD HEALTH  
ORGANIZATION



ORGANISATION MONDIALE  
DE LA SANTÉ

REGIONAL OFFICE FOR THE WESTERN PACIFIC  
BUREAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE OCCIDENTAL

COMITE REGIONAL

WPR/RC46/15

Quarante-sixième session  
Manille  
11-15 septembre 1995

8 août 1995

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 16 de l'ordre du jour provisoire

## SANTE GENESIQUE

Au cours des dernières décennies, plusieurs pays de la Région ont fait des progrès remarquables dans le domaine des services de santé génésique et ont réussi à réduire considérablement l'incidence de la morbidité et de la mortalité chez les femmes et les enfants. Dans beaucoup de pays toutefois, les femmes n'ont toujours pas facilement accès à des services de santé génésique de haute qualité et la survie des enfants reste encore aléatoire.

Les principaux problèmes actuellement posés dans de nombreux pays en ce qui concerne la santé génésique sont les suivants : forte parité ; accouchements trop rapprochés sans assistance médicale adéquate ; accès insuffisant aux contraceptifs ; grossesses non désirées ; avortements fréquents ; nombre croissant de jeunes ayant des rapports sexuels non protégés, ce qui peut contribuer à la propagation des maladies sexuellement transmissibles et à l'augmentation des taux de fécondité.

A l'aide des données disponibles, le présent rapport examine rapidement la situation dans certains pays de la Région et montre l'existence de grandes disparités en ce qui concerne la santé génésique. Le progrès passe nécessairement par la coordination des efforts de nombreux secteurs, dont celui de la santé qui est, au premier chef, responsable de l'élaboration des stratégies, de la formulation des politiques et de la mise en oeuvre de programmes ayant pour but d'améliorer la santé génésique.

Les Etats Membres sont priés d'examiner leurs propres activités dans le domaine de la santé génésique et d'élaborer des programmes appropriés, conformément aux résolutions adoptées sur cette question par plusieurs autres organes des Nations Unies et en étroite coopération technique avec l'OMS.

## **1. INTRODUCTION**

Par santé génésique on entend l'ensemble des systèmes, des fonctions et des processus de reproduction, à tous les stades de la vie. Cette notion suppose que les individus et les couples puissent mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et exempte de dangers et qu'ils aient la capacité et la liberté de procréer quand ils le désirent et autant de fois qu'ils le désirent.

Il faut, pour cela, que chaque individu, abstraction faite de sa condition sociale, de sa race ou de toute autre de ses caractéristiques, soit informé de l'existence de méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale et de régulation de la fécondité et qu'il puisse utiliser la méthode de son choix. Cela est particulièrement important dans le cas des adolescents qui ont une vie sexuelle active. Il importe donc d'offrir des services de soins appropriés, capables de veiller à la santé des femmes enceintes et au bon déroulement des accouchements et de donner aux couples les meilleures chances d'avoir des enfants bien portants.

### **1.1 Principes fondamentaux**

La politique de l'OMS a été guidée par les résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA32.42, WHA38.22, WHA40.27, WHA41.9, WHA42.42, WHA43.10, et WHA47.9), du Conseil exécutif (EB95.R10) et du Comité régional (WPR/RC39.R10 et WPR/RC39.R12) pour qui la santé génésique est l'une des principales composantes de la santé en général et fait partie des droits fondamentaux de l'être humain et qui insistent pour que l'on étudie plus attentivement la question et pour que l'on tente d'améliorer la situation.

La définition de la santé génésique donnée par l'OMS a été adoptée dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et développement (CIPD), tenue au Caire (Egypte), en septembre 1994 (voir Annexe 1).

Dans une résolution datée du 19 décembre 1994 (A/RES/49/128, para. 22), l'Assemblée générale des Nations Unies a approuvé le Programme d'action de la Conférence et notamment demandé "aux institutions spécialisées et à tous les organismes apparentés du système des Nations Unies de réexaminer et, si nécessaire, de remanier leurs programmes et leurs activités en fonction du Programme d'action et de prendre les mesures voulues pour assurer pleinement et

efficacement son application, en tenant compte des besoins particuliers des pays en développement..."

Toutes ces résolutions servent de point de départ à l'action entreprise par les Etats Membres et tiennent lieu de guides pour le soutien à apporter par les organismes et institutions des Nations Unies.

## **1.2 Progrès du programme**

Au cours des 20 à 30 dernières années, plusieurs éléments du programme de santé génésique ont été mis en oeuvre afin d'améliorer la santé des mères et des enfants. Les efforts ont souvent consisté à offrir des méthodes de régulation de la fécondité pour réduire les déséquilibres dus à une croissance démographique plus rapide que ne le permettaient les ressources économiques du pays.

Dans certains cas, le programme a fait l'objet d'une promotion pour des raisons de santé plus que pour des raisons démographiques ; en d'autres occasions, le souci de réduire la croissance démographique, joint à des considérations d'ordre social et environnemental, l'a emporté sur les préoccupations d'ordre purement sanitaire.

Un nouvel et solide argument vient d'apparaître, à savoir qu'il faut laisser aux couples, et en particulier à la femme, la liberté de choisir d'avoir des enfants au moment souhaité et en aussi grand nombre que voulu.

Jusqu'ici néanmoins, les composantes du programme n'ont, pour la plupart, pas donné lieu à un effort coordonné. La tendance a été à opérer indépendamment : dans le domaine de la santé maternelle et infantile et de la planification familiale, l'attention s'est surtout portée sur les services de surveillance prénatale et d'accouchement ; les dispensaires pour les maladies sexuellement transmissibles ne se sont intéressés qu'aux maladies spécialement liées à la sexualité ; et les activités d'éducation pour la santé ont été axées sur divers aspects des questions de santé sans, pour autant, donner aux individus et aux couples les avis et les conseils qui auraient pu leur permettre de prendre, en toute connaissance de cause, des décisions concernant la vie sexuelle et la fondation d'une famille.

En outre, les femmes ont souvent été considérées comme les "cibles" des programmes de planification familiale, au lieu d'en être les protagonistes et l'on ne s'est guère préoccupé de connaître leurs opinions et leurs préoccupations lors de la mise en place de programmes de santé maternelle et infantile et de planification familiale. Les utilisatrices des moyens de contraception ont été recrutées

par les responsables des services, sans qu'il eut été dûment tenu compte de leur éducation et de leurs motivations, ou des valeurs culturelles ou morales de la population.

La santé des enfants a fait l'objet d'efforts considérables à l'échelle nationale et internationale. On a beaucoup investi dans le Programme élargi de vaccination, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la prise en charge des infections respiratoires aiguës, la promotion de l'allaitement maternel, la surveillance de la croissance de l'enfant et la nutrition. Associés à l'amélioration générale des conditions sociales et économiques dans de nombreux pays et à l'adoption de meilleures méthodes d'assainissement et d'hygiène, les efforts entrepris dans ces divers domaines ont fortement contribué au déclin de la mortalité infantile et à l'amélioration des chances de survie de l'enfant.

Dans la plupart des pays en développement toutefois, les gains considérables enregistrés dans le domaine de la santé du nourrisson et de l'enfant ne se sont pas accompagnés d'une amélioration correspondante dans le domaine de la santé maternelle.

La prise de conscience grandissante de l'ampleur des besoins en matière de santé génésique et les préoccupations croissantes inspirées par la santé des mères ont amené à concevoir, en 1987, le programme pour une "maternité sans risque" et à adopter, par la suite, le concept de la "santé génésique".

### **1.3 Orientations futures**

Le programme de santé génésique demande à être mis en oeuvre dans le contexte des services de santé et des soins de santé primaires. Il devrait inclure et promouvoir les éléments ci-après dans un ensemble cohérent d'activités qui se renforcent mutuellement :

1. Conseils, information, éducation, communication et services en matière de planification familiale ;
2. Education et services pour la surveillance prénatale, l'accouchement sans risque, la surveillance post-natale, l'allaitement maternel et les soins aux mères et aux nourrissons ;
3. Prévention et traitement approprié de l'infécondité ;
4. Prévention des avortements et prise en charge de leurs conséquences ;

5. Prévention et traitement des infections des organes génitaux, des maladies sexuellement transmissibles et des autres affections touchant la santé génésique ;
6. Information, éducation et conseils sur la sexualité humaine, la santé génésique et la procréation responsable.

Les stratégies de santé génésique sont essentiellement mises en oeuvre par le secteur de la santé. Elles exigent toutefois l'appui coordonné et continu de nombreux autres organismes, secteurs et organes politiques dans une approche multidisciplinaire et intégrée, à l'échelle mondiale, régionale et nationale.

Au nombre des principaux organismes qui peuvent être appelés à intervenir dans la mise en oeuvre des stratégies de santé génésique figurent les organisations non gouvernementales et les organes gouvernementaux actifs dans les secteurs de la santé et de l'éducation, parmi lesquels les départements de l'éducation, de la protection sociale, du travail, de la justice et des affaires religieuses, ainsi que les associations professionnelles et scientifiques, les organisations bénévoles et les médias.

Cette mise en oeuvre exige l'entente de nombreux groupes. Elle doit passer par un processus qui conduise à un consensus, avec la participation de la communauté, en tenant compte des besoins, des points de vue et des milieux culturels différents. Il n'est plus possible de considérer les individus, et les femmes en particulier, comme des récipiendaires passifs de services.

## **2. ESTIMATIONS DE LA MAUVAISE SANTE GENESIQUE DANS LE MONDE**

Les données concernant l'étendue des problèmes posés par la santé génésique sont rares, souvent peu fiables et inexacts. Les informations sont inadéquates et sous-déclarées.

Les données dont on dispose incitent à penser qu'il existe de vastes secteurs de préoccupations. D'après des analyses récentes (Banque mondiale et OMS), la mauvaise santé génésique est responsable de plus de 30 % de la morbidité et des incapacités chez les femmes, contre 12 % chez les hommes.

Les femmes en âge de procréer sont les premières victimes de la mauvaise santé génésique. Les problèmes liés à la grossesse et à l'accouchement sont les principales causes d'années de vie perdues chez les femmes de ce groupe d'âge, suivis par les maladies sexuellement transmissibles qui représentent 8,9 % du taux de morbidité chez les femmes, contre 1,5 % chez les hommes du même groupe d'âge.

Le tableau 1 donne des estimations de la mauvaise santé génésique dans le monde.

La mortalité maternelle est, sans doute, le principal indicateur qui, à lui seul, reflète le mieux les inéquités dans la distribution des ressources ou dans les prestations de services entre les pays et dans les pays.

En 1994, 99,2 % de la totalité des décès maternels se sont produits dans les pays en développement, dont 14 % dans des pays d'Asie de l'est et du sud-est. Vu ce que l'on sait de la qualité des données dans ce domaine, il est raisonnable de croire que, dans de nombreux pays, la mortalité maternelle est sous-déclarée.

**Tableau 1. Estimations de la mauvaise santé génésique dans le monde**

Catégorie	Millions (dans le monde)
Couples dont les besoins en planification familiale ne sont pas satisfaits*	120
Couples inféconds*	60-80
Décès maternels +	0,5
Morbidité maternelle sévère +	20
Mortalité périnatale +	7,2
Nourissons de faible poids à la naissance +	23
Avortements pratiqués dans des mauvaises conditions +	20
Infections à VIH d'ici à l'an 2000*	30-40
Cas de SIDA d'ici à l'an 2000*	12-18
Maladies sexuellement transmises curables +	298
Mutilations sexuelles féminines*	85-110

\* Nombre total

+ Nombre annuel

Source : *Achieving Reproductive Health for All (WHO/FHE/95.6)*.

Bien souvent, les complications fréquentes de la grossesse et de l'accouchement ne sont pas non plus signalées. Elles peuvent pourtant être responsables d'incapacités permanentes chez la mère

comme chez l'enfant. Dans la plupart des pays en développement, il n'existe pas de données disponibles sur la morbidité maternelle.

Les complications les plus courantes de la gestation, qui peuvent être à l'origine de souffrances la vie durant si elles ne sont pas convenablement traitées, sont l'incontinence urinaire, les fistules vésicovaginales et rectovaginales, le prolapsus utérin, les inflammations pelviennes et l'infécondité.

L'identification tardive des complications de l'accouchement et les pratiques obstétricales fautives sont souvent cause, chez l'enfant, de dommages permanents, pouvant aller de simples traumatismes physiques mineurs (traces de forceps, par exemple) à des incapacités majeures, comme la paralysie cérébrale et les atteintes cérébrales dues à l'asphyxie pendant la naissance. La présence de *Neisseria gonorrhoeae* dans les organes génitaux de la mère peut être cause de cécité permanente chez l'enfant, si aucune mesure de prophylaxie n'est prise.

### 3. MORTALITE MATERNELLE ET INFANTILE DANS LA REGION

Les habitudes culturelles et les restrictions alimentaires ont fréquemment diverses répercussions sur le processus de reproduction. Dans certains pays, par exemple, dans les derniers mois qui précèdent l'accouchement, les femmes ne sont censées manger que du riz gluant salé, régime qui est entraîné des carences en vitamines. Ailleurs, un oedème généralisé est jugé bon pour la femme enceinte. Dans d'autres pays encore, les liquides corporels des femmes sont considérés comme polluants et les femmes doivent souvent accoucher sans assistance aucune. Dans plusieurs pays de la Région, certaines croyances selon lesquelles, par exemple, le colostrum ne doit pas être donné aux enfants nouveau-nés, empêchent l'allaitement maternel et prolongent, par conséquent, le saignement utérin pendant le postpartum.

Depuis quelques dizaines d'années, les pays nouvellement industrialisés ont accompli des progrès remarquables dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile (en République de Corée, par exemple, le taux de mortalité maternelle a été ramené de 83 pour 100 000 naissances vivantes en 1970 à 30 pour 100 000 naissances vivantes dans les années 90, et le taux de mortalité infantile a été réduit de 115 pour 1000 naissances vivantes en 1960 à 12,26 pour 1000 naissances vivantes en 1990 ; en Malaisie, le taux de mortalité maternelle est tombé de 63 pour 100 000

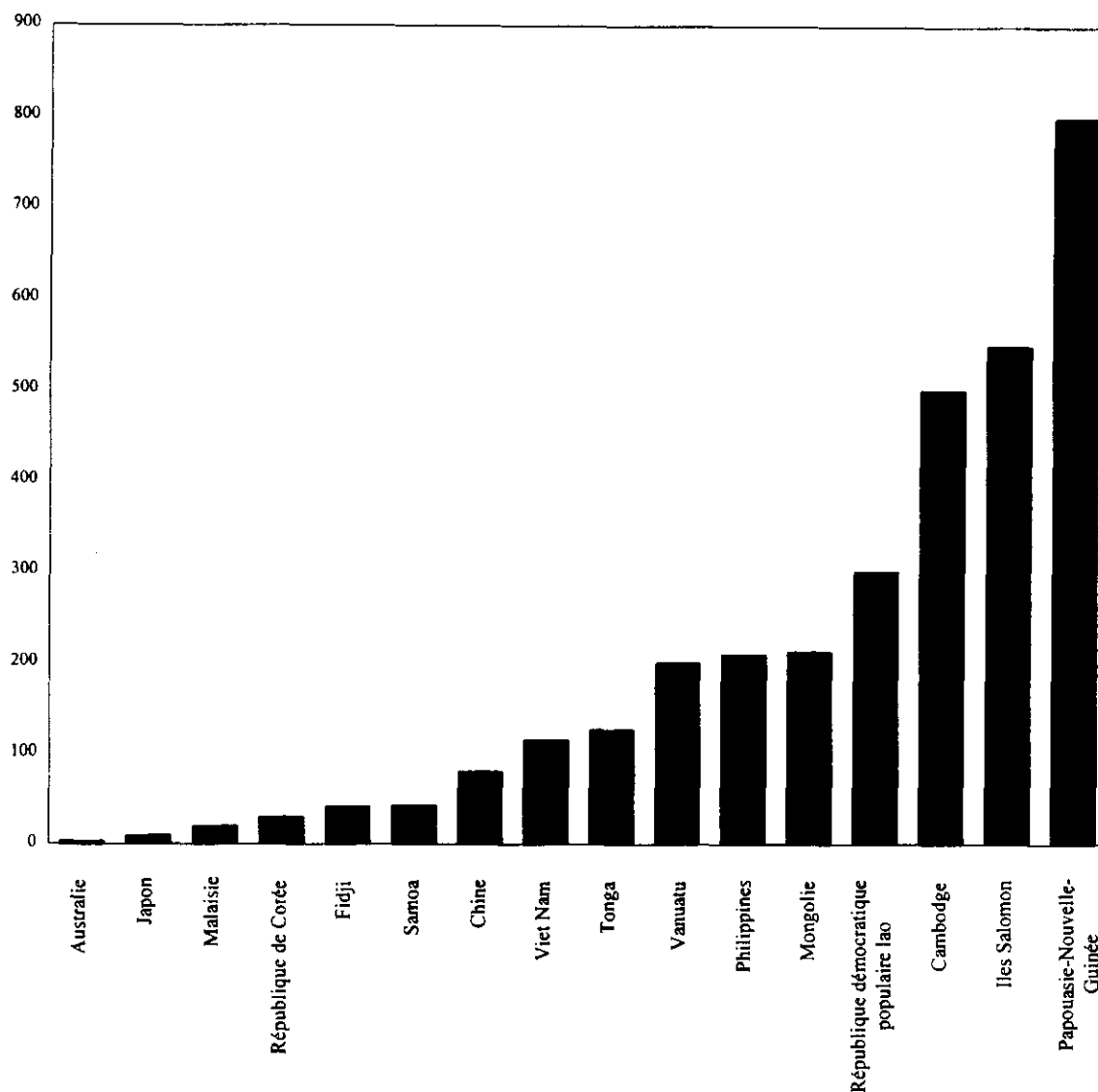
naissances vivantes en 1980 à 20 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 et le taux de mortalité infantile a chuté de 99 pour 1000 naissances vivantes en 1960 à 12,20 pour 1000 naissances vivantes en 1990). Des améliorations considérables n'en devraient pas moins se produire dans bien d'autres pays où les chiffres de la mortalité maternelle et infantile restent encore supérieurs aux cibles régionales. Les taux de mortalité maternelle et les taux de mortalité infantile dans un certain nombre de pays de la Région sont indiqués dans l'Annexe 2.

La Figure 1 permet de se faire une idée d'ensemble des taux de mortalité maternelle dans certains pays de la Région.



**Figure 1. Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)  
dans certains pays de la Région du Pacifique occidental**

**Taux  
pour 100 000**



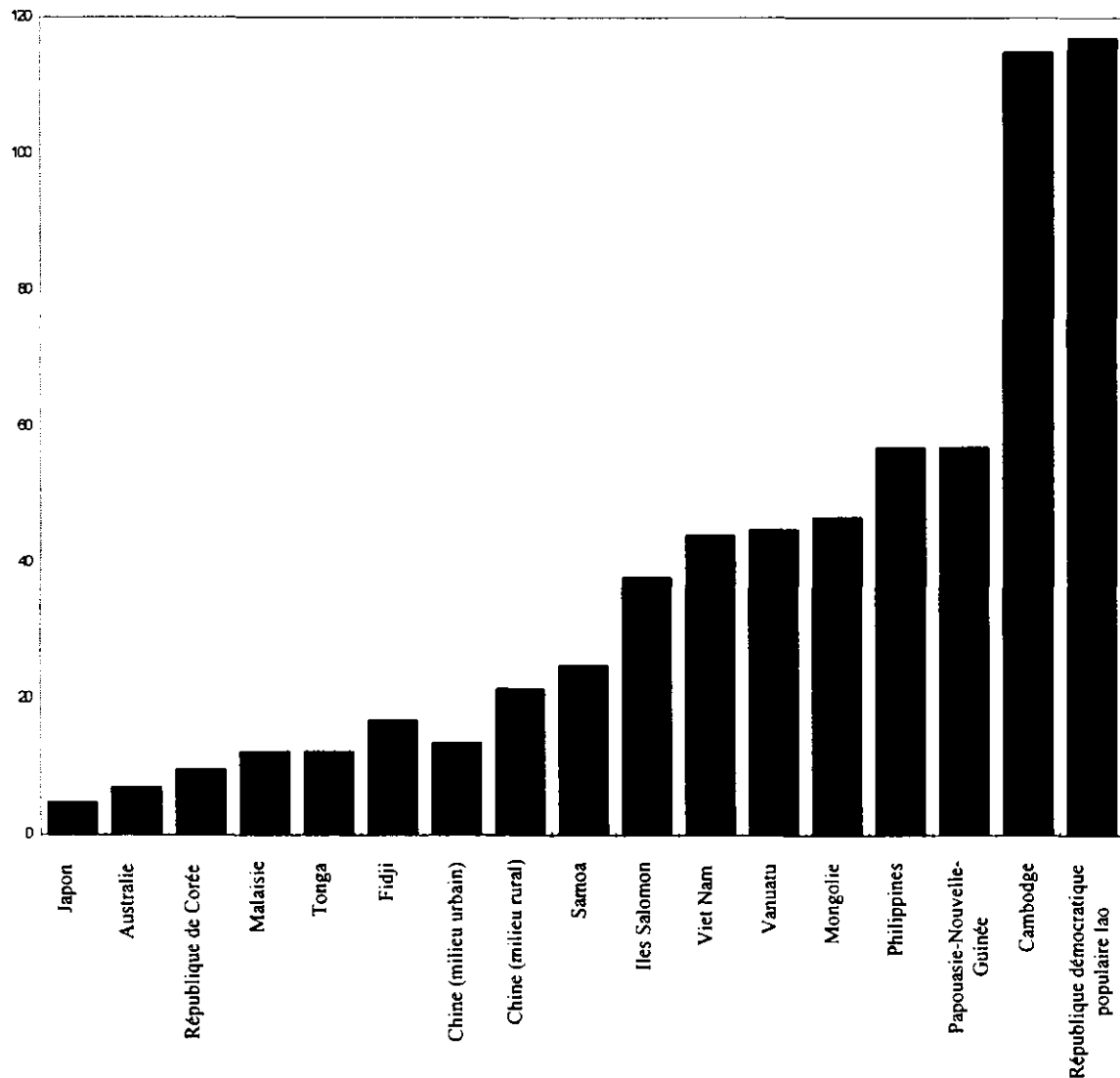
**Taux de mortalité maternelle :** Nombre de décès entièrement ou partiellement dus à l'état de la mère pendant la grossesse ou l'accouchement ou dans les 42 jours suivant l'accouchement ou l'expulsion du produit de la conception, pour 100 000 naissances vivantes.

**Cible régionale :** Taux de mortalité maternelle inférieur à 300 pour 100 000 naissances vivantes.

Comme le montre la Figure 2, il existe une évolution parallèle du taux de mortalité infantile, qui est plus élevé lorsque le taux de mortalité maternelle est lui-même élevé, et vice versa.

**Figure 2. Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes) dans certains pays de la Région du Pacifique occidental**

**Taux  
pour 100 000**



**Taux de mortalité infantile :** Nombre de décès d'enfants de moins de 1 an pour 1000 naissances vivantes.

**Cible régionale :** Taux de mortalité infantile inférieur à 50 pour 1000 naissances vivantes.

**Note :** La mortalité maternelle et infantile est plus élevée lorsque le taux de prévalence de la contraception est plus faible, et vice versa.

## 4. PROTECTION ET PROMOTION DE LA SANTE

### 4.1 Planification familiale

L'utilisation de moyens de contraception n'est certainement pas le seul facteur qui affecte les taux de mortalité, car il y a d'autres éléments tout aussi importants, comme l'éducation, et en particulier celle des femmes, la situation socio-économique et le développement des services de santé.

Il est clair toutefois que la disponibilité et l'usage de moyens de contraception, qui permettent d'espacer, de retarder ou de limiter les naissances, de contrôler la fécondité et d'éviter les grossesses non désirées (fréquemment suivies d'avortements) et qui protègent contre les maladies sexuellement transmissibles (grâce au préservatif), sont l'un des principaux facteurs de bien-être des mères et des enfants.

Dans la plupart des pays de la Région, les données sur l'emploi des méthodes de contraception sont peu fiables ou incomplètes. Le système d'enregistrement ne permet pas d'identifier facilement les femmes ou les couples qui ont besoin d'être réapprovisionnés et les données sont souvent fournies trop tardivement et de façon trop peu cohérente pour pouvoir être sérieusement utilisées dans la gestion, l'identification des endroits à haut risque génésique ou l'évaluation des programmes.

Les taux élevés d'acceptation sont parfois suivis de taux également élevés d'abandon ; les gains réalisés par le programme peuvent, par conséquent, être négligeables.

Le taux élevé d'abandon est généralement signe de mécontentement chez les clientes. Il peut s'expliquer par de très nombreuses raisons : effets secondaires, manque de conseils, absence de motivation, difficultés d'ordre logistique, problèmes de réapprovisionnement, inaccessibilité des services, pressions morales ou religieuses, rumeurs ou idées erronées au sujet des répercussions possibles sur la fécondité, sur la santé des enfants à naître, etc.

La planification familiale reste l'intervention essentielle dans le cadre des services de santé génésique. Dans bien des pays toutefois, le programme de planification familiale pâtit du manque de services d'obstétrique et de gynécologie compétents, capables de traiter les effets secondaires des contraceptifs ou d'offrir des méthodes de régulation de la fécondité plus complexes (stérilisation ou pose d'implants sous-cutanés, par exemple) inaccessibles au premier niveau de prise en charge.

Dans un petit nombre de pays (Cambodge, Chine, Papouasie-Nouvelle-Guinée, République démocratique populaire lao et Viet Nam), le choix des méthodes de contraception reste encore relativement limité aux méthodes de régulation de la fécondité qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité (dispositifs intra-utérins, stérilisation, contraceptifs injectables). Ces méthodes sont souvent sous le contrôle des services et non de l'utilisateur.

Les déficiences et l'inadéquation des services de planification familiale sont souvent reflétées dans les taux élevés d'interventions pour évacuation de l'utérus (par aspiration notamment en début de grossesse ou en cas de suspicion de grossesse) et le nombre des avortements. Ces méthodes, largement employées dans quelques pays, sont bien souvent passées sous silence en raison de leurs implications politiques, religieuses ou morales. Dans les pays où il est illégal, l'avortement est, la plupart du temps, pratiqué dans des conditions médicalement dangereuses qui entraînent des taux élevés de complications.

D'un autre côté, en raison des difficultés ou des réticences éprouvées par les femmes à avorter lorsque l'avortement est illégal, des grossesses non désirées continueront, sans doute, à être involontairement menées à terme, ce qui peut avoir diverses conséquences psychologiques et sociales pour les parents, mais aussi pour les enfants dont la naissance n'a pas été souhaitée.

La détermination du sexe de l'enfant avant la naissance pose un problème nouveau qui demande à être étudié d'urgence dans un contexte approprié. Les avortements effectués en fonction du sexe de l'enfant sont déjà à l'origine de déséquilibres démographiques (115 à 120 garçons pour 100 filles dans certains pays de la Région). La poursuite de cette tendance pourrait poser de gros problèmes sociaux et éducatifs.

Le Tableau 2 donne les taux de prévalence de la contraception, les taux de fécondité totaux et les taux de croissance démographique, d'après les dernières informations parvenues de source officielle.

**Tableau 2. Taux de prévalence de la contraception, taux de fécondité total et  
taux de croissance démographique dans certains pays de la Région**

Pays	Taux de prévalence de la contraception* (%)	Taux de fécondité total**	Taux annuel de croissance démographique (%)	Année
Australie	...	1,90	1,49	1990-1995
Brunéi Darussalam	...	3,10	3,00	1991/1992
Cambodge	...	4,80	2,80	1993-1995
Chine	...	2,20	1,16	1992
Fidji	32,20	3,00	1,10	1988/1990
Guam	...	3,65	2,23	1994
Hong Kong	12,80	1,20	2,40	1993/1994
Iles Cook	47,00	...	1,11	1991
Iles Marshall	...	7,23	4,17	1988/1990
Iles Solomon	41,00	6,40	3,50	1986/1991
Japon	...	1,60	0,40	1990-1995
Kiribati	30,20	4,30	2,24	1990/1994
Macau	...	2,80	4,70	1992
Malaisie	34,20	3,30	2,30	1990/1992
Mongolie	...	2,53	1,30	1994
Nioué	...	...	-0,40	1991
Nouvelle-Calédonie	...	2,90	1,75	1994
Nouvelle-Zélande	...	2,10	3,45	1993
Papouasie-Nouvelle-Guinée	5,00	5,40	2,33	1990-1993
Philippines	23,00	3,30	2,25	1994
Polynésie française	...	2,80	1,99	1993
Republique de Corée	77,10	1,75	0,98	1990/1993
République démocratique populaire lao	18,00	6,70	2,60	1992/1994
Samoa	20,00	4,76	0,50	1991
Samoa américaines	...	5,00	1,90	1988/1990
Singapour	67,00	1,80	2,00	1988/1993
Tonga	35,70	3,60	2,22	1994
Tuvalu	...	3,00	1,20	1991/1993
Vanuatu	7,20	5,10	2,80	1989
Viet Nam	40,00	3,10	1,83	1993

... Données non disponibles.

\*Taux de prévalence de la contraception : pourcentage de femmes en âge de procréer (14 à 49 ans) qui utilisent une méthode de contraception.

\*\*Taux de fécondité total : Nombre d'enfants nés d'une même mère.

Sources : Réponses des pays à un questionnaire sur la santé génésique, 1995.

*WHO/WPR Data Bank on Socioeconomic and Health Indicators* (Banque de données sur les indicateurs socio-économiques et sanitaires du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental), juin 1994.

#### 4.2 Services pour la sécurité des accouchements

Plusieurs pays de la Région connaissent encore de gros problèmes en ce qui concerne l'expansion de la couverture de leurs services de santé et la prestation de soins appropriés et de grande qualité. Lorsqu'ils existent, ces services sont souvent inadéquats et ne peuvent pas fournir à toutes les femmes les conseils, les encouragements et les soins voulus pendant la grossesse, l'accouchement et la période du post-partum.

Les communautés qui vivent dans les régions montagneuses de la Chine, de la Papouasie-Nouvelle-Guinée, des Philippines, de la République démocratique populaire lao et du Viet Nam ou les habitants de zones rurales éloignées ou d'îles isolées du Pacifique n'ont guère, ou même pas du tout, accès à des services de santé génésique. Les membres de ces communautés ou de ces groupes peuvent ne pas être approvisionnés en contraceptifs ou n'avoir qu'un choix limité à une ou deux méthodes de contraception. La demande de contraception peut être d'ailleurs, très limitée, car les services de motivation, d'éducation et de conseils sont souvent absents de ces régions.

En conséquence, la fécondité incontrôlée et la multiparité viennent aggraver encore les problèmes dus au manque de soins médicaux appropriés et il est souvent impossible de traiter les urgences obstétricales.

Même dans les pays où il existe des services médicaux pouvant assurer une bonne prise en charge obstétricale, les accouchements ont souvent lieu à la maison, en présence d'accoucheuses traditionnelles, de parentes ou de sage-femmes qualifiées (voir Tableau 3).

Aux Philippines, où 90 % de la population est couverte par des services médicaux, 75 % des accouchements se produisent à la maison, dont 50 % avec l'assistance d'accoucheuses traditionnelles locales. Pour améliorer la santé et le bien-être des mères et des enfants, l'une des premières choses à faire est donc souvent d'obtenir une évolution dans le domaine de l'éducation et dans les attitudes culturelles. En bien des endroits de la Région, l'accouchement est communément considéré comme un événement naturel, comme faisant partie du processus de reproduction des êtres humains et ne nécessitant pas de services médicaux de prévention, à moins qu'il n'y ait (ou jusqu'à ce qu'il y ait) des signes évidents de maladie.

**Tableau 3. Couverture prénatale et pourcentage d'accouchements assistés  
par du personnel de santé qualifié, des accoucheuses traditionnelles  
ou des membres de la famille, dans certains pays de la Région du Pacifique occidental**

Pays	% de femmes enceintes subissant 3 examens prénatals	% de parturientes assistées par un médecin	% de parturientes assistées par une infirmière/sage-femme	% de parturientes assistées par une accoucheuse traditionnelle/une parente	Année
Australie	99,9	99,9		...	1994
Brunéi Darussalam	100,0	96,5	1,2	2,2	1993
Cambodge	52,0	1,0	42,0	57,0	1995
Chine	milieu urbain 98,4 milieu rural 70,0	84,5		...	1994
Fidji	100,0	100,0		...	1994
Hong Kong	99,3	100,0		0	1993
Iles Cook	100,0	8,2	91,8	0	1991
Iles Marshall	76,0	15,8	83,4	0,8	1993/1994
Iles Salomon	58,0	72,0		...	1989
Japon	100,0	100,0		...	1991
Kiribati	88,0	71,8		28,2	1993
Macau	35,0	100,0		...	1988/1991
Malaisie	70,6	95,0		5,0	1993
Mongolie	97,4	28,8	69,7	1,5	1994
Nioué	100,0	28,6	71,4	0	1994
Nouvelle-Calédonie	97,0	0,9	97,2	1,9	1994
Nouvelle-Zélande	...	...	...	...	...
Papouasie-Nouvelle-Guinée	64,0	33,0		...	1994
Philippines	32,7	27,8	31,5	40,7	1991
Polynésie française	95,0	98,0		...	1993
RDP lao	8,0	...	...	...	1994
République de Corée	97,7	90,8	7,2	2,0	1991/1994
Samoa	52,0	76,3		23,7	1992
Samoa américaines	95,0	96,4		...	1991
Singapour	100,0	89,9	9,9	0,2	1993
Tonga	97,3	6,7	83,4	8,7	1994
Tuvalu	9,9	...	...	...	1993
Vanuatu	...	65,0		35,0	1993
Viet Nam	14,6	12,7	60,0	24,4	1993

... Données non disponibles.

Sources : Réponses des pays à un questionnaire sur la santé génésique, 1995.

*WHO/WPR Data Bank on Socioeconomic and Health Indicators* (Banque de données sur les indicateurs socio-économiques et sanitaires du Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental), juin 1994.

Les services de soins prénatals (trois visites au moins pendant la période prénatale), qui permettent de rechercher les signes éventuels de danger (hypertension, anémie, anomalies de la croissance fœtale, etc.), de vacciner la mère contre le tétanos et d'administrer les autres médicaments nécessaires, sont bien développés dans les pays où le taux de mortalité maternelle se situe au-dessous de 60 à 80 pour 100 000 naissances vivantes (voir Figure 1). Des efforts considérables sont toutefois encore nécessaires dans les pays de la Région pour améliorer l'utilisation, la qualité et la couverture de ces services.

Plusieurs instruments et matériels de formation conçus par l'OMS (fiche maternelle tenue à domicile, dossier mère-enfant, module de formation pour les accoucheuses traditionnelles, module de formation des sage-femmes en vue de 5 grandes urgences obstétricales, manuel de planification familiale et conseils en matière de santé génésique, etc.) peuvent contribuer à l'expansion et à l'amélioration des services de santé génésique.

L'effort considérable de persuasion récemment entrepris à la fois par l'OMS et par l'UNICEF, joint aux tentatives faites pour diffuser le concept de l'hôpital "ami des bébés" et obtenir l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, a augmenté, dans certains pays, le pourcentage et la durée de l'allaitement maternel, ce qui a amélioré d'autant l'état nutritionnel des nourrissons tout en ayant certains avantages supplémentaires sur le plan psychologique (resserrement des liens entre la mère et l'enfant).

#### **4.3 Maladies sexuellement transmissibles**

Les méthodes de diagnostic et les systèmes de déclaration des maladies sexuellement transmissibles et des autres infections des organes génitaux sont très médiocres dans la plupart des pays en développement de la Région. Il peut n'être pas possible de rassembler des données exactes sur les maladies sexuellement transmissibles et sur la prévalence de la stérilité autrement que par des enquêtes spéciales (qui sont coûteuses) car, pour des raisons de confidentialité, les patients évitent souvent de recourir aux services de santé publics et se font généralement traiter par des praticiens privés.

Les données disponibles donnent toutefois à penser que dans de nombreux pays, et en particulier au sein des groupes à haut risque, les maladies sexuellement transmissibles posent un problème extrêmement préoccupant et peuvent faciliter la propagation du VIH/SIDA. Le rapport



annuel sur le SIDA et sur les maladies sexuellement transmissibles (WPR/RC46/7) donne davantage d'informations là-dessus.

#### **4.4 Prévention de l'avortement et prise en charge de ses conséquences**

Les mesures de prévention et la bonne prise en charge médicale permettant de minimiser les conséquences de l'avortement, qu'il soit légal ou non, comptent au nombre des tâches les plus importantes et les plus difficiles du programme de santé génésique.

Il est largement admis que l'avortement n'est pas un moyen de planification familiale et qu'il ne faudrait négliger aucun effort pour en réduire le nombre grâce aux méthodes de contraception. Il semble néanmoins de plus en plus prouvé que l'avortement pose un problème de santé publique majeur. Des avortements continuent à être pratiqués, quelle que soit la rigueur de la législation du pays et sans qu'il soit tenu compte des dangers que courent les patientes.

En offrant des méthodes de contraception plus variées et plus sûres, on pourrait faire diminuer le taux des avortements. Mais le recours à l'avortement, pour quelque raison que ce soit (médicale, psychologique, économique, démographique ou personnelle), ne pourra jamais être totalement éliminé et continuera à représenter une grande menace pour la vie des femmes, s'il ne se situe pas dans un contexte médical adéquat.

Dans la Région, seuls le Japon, la République de Corée et Singapour établissent régulièrement des statistiques assez exactes sur les avortements légaux tandis que, dans d'autres pays, seules des enquêtes spéciales peuvent révéler les dimensions réelles du problème.

#### **4.5 Information, éducation et conseils**

Les activités d'information, d'éducation et de communication sur les questions ayant trait à la santé génésique et à la sexualité restent l'un des éléments cruciaux du programme de santé génésique et l'un des principaux défis à relever.

Dans les messages à visée didactique, il faut tenir compte de la variété des comportements, des règles morales ou des croyances religieuses, des divers arrière-plans culturels et du caractère personnel et intime de certains comportements.

Par ailleurs, ce qui peut paraître acceptable et naturel dans une certaine culture peut ne pas l'être dans une autre. L'élaboration de réponses adoptées à la diversité culturelle restera donc l'un des plus gros problèmes à résoudre dans les années à venir.

Grâce à la coopération intersectorielle, il est possible d'élaborer des stratégies convenables d'éducation et de communication afin de réduire le nombre des grossesses d'adolescentes et de diminuer le nombre des maladies sexuellement transmissibles. En outre, cette coopération peut contribuer à faire mieux connaître les principes d'hygiène à observer pendant la grossesse et pendant la période du post-partum, à réduire les craintes inspirées par les effets secondaires de la contraception et à élargir le choix des méthodes de contraception offertes aux femmes et aux couples.

Enfin, des stratégies spéciales seront nécessaires pour amener les hommes à jouer un plus grand rôle dans la planification familiale et à assumer davantage de responsabilités dans la fonction parentale.

## **5. CONCLUSION**

Depuis quelques dizaines d'années, des progrès remarquables ont été enregistrés dans plusieurs pays de la Région en ce qui concerne la santé génésique. Mais même si la mortalité maternelle et infantile a été considérablement réduite, dans quelques pays pourtant, le processus de la reproduction reste très périlleux. La fécondité non contrôlée peut souvent avoir de nombreuses répercussions à long terme et affecter la santé des femmes, des enfants et de la communauté toute entière; elle peut même avoir des conséquences mortelles. Les grossesses non désirées et inopportunes ont souvent de graves effets médicaux, psychologiques, économiques et sociaux pour la femme comme pour sa famille. Les familles trop nombreuses et la croissance démographique rapide ont une influence négative sur l'environnement et sur le processus de développement dans bien des pays.

En de nombreux endroits, il n'existe pas de services de santé maternelle et infantile adéquats et accessibles à une grande partie de la population. Des disparités persistent entre les pays et à l'intérieur même des pays. Par ailleurs, les femmes n'ont bien souvent aucun choix en matière de reproduction. Leurs opinions sont fréquemment négligées lorsque l'on met en place des programmes de santé génésique. La sexualité, la reproduction, l'avortement et les maladies concomitantes sont

influencés par les méthodes d'éducation, les attitudes morales ou religieuses et les croyances culturelles. Ce sont des questions qui ne sont ordinairement mentionnées ou discutées qu'en privé. Les activités d'information, d'éducation, de motivation et de conseil ou la promotion des contraceptifs peuvent être parfois ressenties comme une ingérence dans des domaines purement personnels et privés, plutôt que comme des sujets intéressant la santé publique.

Le personnel de santé est souvent mal équipé, même pour faire face simplement aux problèmes liés à la reproduction et, à plus forte raison, aux problèmes posés par la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles et l'octroi de conseils en la matière.

Les programmes d'études et les cours de remise à jour des connaissances destinés aux personnels de santé demandent à être actualisés ou améliorés, de façon à permettre aux agents de santé de mieux s'acquitter de leurs tâches et d'offrir des services de meilleure qualité.

Dans plusieurs pays, il faut redéfinir les services de santé. Les services de santé génésique fournis à chaque niveau du système de santé doivent être réétudiés en fonction de l'expansion, de l'élargissement de la couverture et de la formulation de politiques et de programmes d'action. En certains endroits de la Région, la surmédicalisation et les interventions médicales inutiles donnent souvent un caractère pathologique à un événement physiologique naturel, accroissant d'autant les risques de santé et les frais médicaux. Dans les pays où les taux de mortalité maternelle et infantile sont déjà bas, il ne serait possible de les faire reculer encore qu'au prix d'investissements très lourds et en ayant recours à des technologies complexes.

Dans les pays où la mortalité maternelle reste supérieure à 100 pour 100 000 naissances vivantes, l'application systématique de techniques relativement simples et peu coûteuses, jointe à l'amélioration des systèmes d'orientation-recours, à la meilleure formation du personnel de santé et à l'élargissement de la couverture des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale, pourrait néanmoins réduire de façon spectaculaire les chiffres de morbidité et de mortalité chez la mère comme chez le nourrisson.

Tous les Etats Membres sont donc priés d'examiner leurs services actuels de santé génésique et d'élaborer les stratégies les plus appropriées pour améliorer encore la situation des femmes et des enfants.



ANNEXE 1

**DROITS ET SANTE EN MATIERE DE REPRODUCTION<sup>1</sup>**

"Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles".

---

<sup>1</sup> Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement. Le Caire (Egypte), septembre 1994 (A/CONF.171/13).



ANNEXE 2

**TAUX DE MORTALITE MATERNELLE (POUR 100 000 NAISSANCES  
VIVANTES) ET TAUX DE MORTALITE INFANTILE  
(POUR 1000 NAISSANCES VIVANTES) DANS CERTAINS PAYS  
DE LA REGION DU PACIFIQUE OCCIDENTAL  
(Au 30 juin 1995)**

Pays	Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	Taux de mortalité infantile (pour 1000 naissances vivantes)	Année (dernière)
Australie	3,4	7,0	1992/1993
Brunéi Darussalam	70	8,4	1994
Cambodge	500	115,0	1995
Chine	80	milieu urbain 13,5 milieu rural 21,5	1993
Fidji	41,1	16,8	1989-1990
Guam	...	9,5	1994
Hong Kong	11	4,8	1994
Iles Cook	189	26	1991
Iles Marshall	...	63,0	1988
Iles Salomon	549	38,0	1984
Japon	9	4,8	1991-1995
Kiribati	225	65,0	1990
Macau	30	7,3	1992
Malaisie	20	12,2	1992
Mongolie	212	46,8	1994
Nioué	0	22,0	1994
Nouvelle-Calédonie	16	10,1	1994
Nouvelle-Zélande	11,7	7,2	1993
Papouasie-Nouvelle-Guinée	800	57,0	1993
Philippines	209	57,0	1990/1993
Polynésie française	...	9,4	1993
République de Corée	30	9,61	1990/1991
République démocratique populaire lao	300	117,0	1991/1992
Samoa	43	25,0	1992
Samoa américaines	...	14	1990
Tonga	126	12,2	1994
Tuvalu	0	41,0	1991/1993
Vanuatu	200	45,0	1989/1993
Viet Nam	115	44,2	1993

... Données non disponibles.