



Femmes et santé : 20 ans après la Déclaration et le Programme d'action de Beijing

Rapport du Secrétariat

1. Le Conseil exécutif a pris note d'une version antérieure de ce rapport à sa cent trente-sixième session.¹ En réponse aux observations, des données supplémentaires ont été ajoutées aux paragraphes 4 à 9 ci-dessous.
2. La Déclaration et le Programme d'action de Beijing, qui ont résulté de la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes (Beijing, du 4 au 15 septembre 1995), ont défini 12 domaines d'action visant à réaliser au niveau mondial l'égalité entre les hommes et les femmes, ainsi que l'autonomisation de ces dernières ; l'un de ces domaines d'action concernait les femmes et la santé.
3. Le présent rapport décrit les difficultés concernant l'amélioration de la santé des femmes, ainsi que les priorités en la matière, dans le cadre de l'examen de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (Beijing+20). Il aborde également l'élaboration de buts de développement durable pour l'après-2015 et l'actualisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, pour lesquelles une approche exhaustive du sujet des femmes et de la santé est indispensable.
4. Au cours des 20 dernières années, les gouvernements ont fait des progrès dans la mise en application des engagements pris à Beijing. Dans l'ensemble, on a constaté des avancées dans la réduction des taux de mortalité de la mère et, plus largement, des taux de mortalité et de morbidité de l'enfant, des objectifs faisant partie des cibles fixées dans les objectifs du Millénaire pour le développement. À l'échelle mondiale les taux de mortalité maternelle ont presque diminué de moitié entre 1990 et 2013, avec une accélération des progrès depuis 2005. La baisse traduit en particulier l'attention accrue accordée par la communauté internationale à l'amélioration de la santé de la femme et de l'enfant, dans le contexte de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies lancée en 2010. Le nombre de femmes mourant de causes liées à la maternité a chuté selon les estimations de 380 pour 100 000 naissances vivantes en 1990 à 201 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2013.

¹ Voir le document EB136/18 et le compte-rendu analytique du Conseil exécutif à sa cent trente-sixième session, onzième séance, section 1.

5. À l'échelle mondiale, entre 1990 et 2013, l'espérance de vie moyenne pour les hommes et pour les femmes a augmenté de sept années, passant de 64 à 71 ans. En comparaison des hommes, les femmes ont un risque inférieur de près de la moitié de mourir de l'usage nocif d'alcool et ont une moins grande probabilité d'avoir jamais consommé du tabac ou des produits dérivés. Elles ont également moins de risques de mourir à la suite d'accidents de la circulation, de suicides ou d'actes de violence interpersonnelle.

6. L'utilisation des services de santé par les femmes, en particulier des services de santé sexuelle et génésique, a augmenté dans certains pays, notamment dans les domaines de la planification familiale, du dépistage du cancer du col de l'utérus, des soins prénatals et des accouchements dans des établissements de santé. En 2012, 69 % des accouchements ont eu lieu en présence de personnel qualifié, une proportion sensiblement plus élevée que les 57 % et les 58 % en 1990 et en 2000 respectivement ; l'accès aux soins prénatals s'est amélioré, passant de 37 % en 1990 à 52 % en 2012 pour les femmes vivant dans des régions classées en développement par les objectifs du Millénaire pour le développement.¹ De 1990 à 2015, le recours à des méthodes modernes de contraception a augmenté, passant de 48 % à près de 58 % et le nombre des naissances chez des mères adolescentes a diminué dans le monde entier. En Asie du sud, on a observé également des progrès dans le contexte de la baisse du nombre de mariages d'adolescents. Les taux de scolarisation des filles dans le monde et l'intensification de la participation des femmes à la vie politique – deux déterminants de la santé des femmes – sont à la hausse dans de nombreuses régions du globe.

UN PROGRAMME INACHEVÉ

7. Malgré les progrès, les sociétés trahissent encore les femmes en matière de santé, plus cruellement dans les pays pauvres et parmi les femmes les plus démunies de chaque pays. La discrimination fondée sur le sexe pénalise la santé des femmes. Les différences entre les sexes dans le domaine de la santé restent une question essentielle à suivre.

8. En 2013, l'espérance de vie des femmes était encore en retard dans la Région africaine (60 ans) et dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et de la Méditerranée orientale (70 ans) contre 78 à 80 ans dans les autres Régions de l'OMS.² En 2012, 48 % des 6,2 millions de décès dus à des maladies transmissibles, des affections maternelles, périnatales ou liées à la nutrition et la même proportion des 18,1 millions de décès dus à des maladies non transmissibles ont concerné les femmes. Toutefois, par rapport aux hommes, les femmes meurent de manière disproportionnée de certaines affections et comptent pour plus de la moitié des décès par carence alimentaire, diabète et autres perturbations du système endocrinien. Plus de la moitié des décès par maladies cardiovasculaires concernent les femmes et plus de la moitié de ceux-ci surviennent dans les Régions de l'Afrique, de l'Europe et du Pacifique occidental. Dans la Région africaine, plus de la moitié des décès par tumeurs malignes concernent les femmes.

9. Tout indique que les progrès ont été lents et inégaux sur des sujets fondamentaux du Programme d'action de Beijing relatifs aux femmes et à la santé comme la nutrition, la santé sexuelle et génésique, le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles, ainsi que la violence à l'égard des femmes. Les engagements sur la couverture des services de santé, tels qu'exprimés dans divers accords internationaux, dont la Conférence internationale sur la population et le développement (1994)

¹ <http://www.un.org/millenniumgoals/2014%20MDG%20report/MDG%202014%20English%20web.pdf>.

² Statistiques sanitaires mondiales 2015. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2015.

et dans les objectifs du Millénaire pour le développement n'ont pas encore été tenus. Malgré des progrès, les dernières estimations indiquent qu'à l'échelle mondiale, moins de 75 % des accouchements se font en présence de personnel qualifié, les besoins non satisfaits en matière de planification familiale dépassent les 10 % et l'usage des contraceptifs a une prévalence inférieure à 65 %. Il existe des différences entre les pays : dans les pays développés, presque toutes les naissances ont lieu en présence de personnel qualifié, contre seulement la moitié en situation de ressources insuffisantes. En matière de contraception, les besoins non satisfaits sont deux fois plus élevés dans les pays à faible revenu que dans ceux à revenu élevé. L'usage des contraceptifs a une prévalence de 41 % dans les pays à faible revenu, mais de 69 % dans les pays à revenu élevé. La disponibilité de données de qualité pour comprendre les raisons des progrès irréguliers demeure difficile. Dans une faible proportion des décès maternels seulement, la cause est bien établie et peut servir à orienter les politiques et les programmes ; les données disponibles montrent la part croissante des causes indirectes de la mortalité maternelle, dans lesquelles on retrouve des affections compliquant la grossesse et l'accouchement, notamment les maladies non transmissibles. Le corollaire en est le développement des besoins au niveau de la couverture des services de santé pour les femmes en âge de procréer au-delà des sujets fondamentaux du Programme d'action de Beijing. Il convient de faire plus, comme l'illustrent les données contenues dans les paragraphes suivants.

10. Les mauvais résultats en matière de santé sexuelle et génésique représentent un tiers de la charge de morbidité totale dans le monde pour les femmes âgées de 15 ans à 49 ans, les rapports sexuels non protégés constituant un facteur de risque majeur de décès et de handicap parmi les femmes et les jeunes filles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En outre, à l'échelle mondiale, on estime à 222 millions en 2012 le nombre de femmes dont les besoins en matière de contraception moderne ne sont pas satisfaits.

11. Même si le taux mondial de mortalité maternelle a presque été divisé par deux entre 1990 et 2013, ce rythme de progression ne suffit pas pour atteindre la cible de l'objectif du Millénaire pour le développement 5, qui consistait à réduire ce taux de 75 % d'ici 2015. La charge de la mortalité maternelle reste inacceptable : en 2013, on estime à 289 000, le nombre de femmes décédées suite à des complications pendant la grossesse et l'accouchement et en 2008, on estime à 22 millions le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité (soit la moitié des avortements provoqués cette année-là), presque tous dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. En outre, près de 30 % des femmes souffrent d'anémie.

12. En 2013, presque 60 % des nouvelles infections par le VIH parmi les jeunes âgés de 15 ans à 24 ans ont concerné les filles et les jeunes femmes. La tuberculose est souvent associée à l'infection par le VIH et fait partie des principales causes de décès dans les pays à revenu faible pour les femmes en âge de procréer et les femmes adultes âgées de 20 ans à 59 ans.

13. Les infections sexuellement transmissibles, qui sont le plus souvent dues au papillomavirus humain, touchent de façon disproportionnée les femmes et les adolescentes. Environ 70 % des cas de cancer du col de l'utérus dans le monde sont causés par les deux types pathogènes les plus répandus du papillomavirus humain. Pendant la grossesse, la syphilis non traitée est à l'origine d'environ 212 000 mortinaissances et morts fœtales précoces, et d'environ 92 000 décès néonataux.

14. Une femme sur trois âgée de 15 ans à 49 ans a été victime de violence physique et/ou sexuelle exercée par un partenaire intime ou de violence sexuelle exercée par d'autres que son partenaire,¹ avec de nombreuses conséquences à court et à long terme sur la santé.

15. Plus de 125 millions de femmes et de fillettes ont subi une mutilation sexuelle et une jeune fille sur trois dans les pays en développement (à l'exception de la Chine) est mariée avant ses 18 ans. Ces deux pratiques préjudiciables ont eu des conséquences négatives pour la santé des jeunes filles, des femmes et de leurs nourrissons.

NOUVELLES PRIORITÉS DANS LE DOMAINE DES FEMMES ET DE LA SANTÉ

16. Les **adolescentes** représentent une grande part de la population dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les taux de grossesse chez les adolescentes sont généralement élevés dans ces pays, qui abritent environ 95 % des 13 millions de jeunes filles âgées de 15 à 19 ans qui accouchent chaque année dans le monde et dans lesquels les complications liées à la grossesse et à l'accouchement font partie des causes principales de décès parmi ces jeunes filles. En 2008, le nombre des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité chez les jeunes filles âgées de 15 ans à 19 ans a été estimé à 3 millions. Les effets défavorables des grossesses chez les adolescentes touchent aussi la santé des nourrissons ; en effet, les taux de décès périnataux sont supérieurs de 50 % chez les enfants de mères de moins de 20 ans par rapport à ceux dont la mère a entre 20 ans et 29 ans. Les nouveau-nés de mères adolescentes ont en outre plus de chances d'avoir un petit poids de naissance, ce qui peut augmenter le taux des risques sanitaires à long terme pour les nourrissons.²

17. En 2012, la plupart des décès prématurés de femmes dus à des **maladies non transmissibles** (82 % ou 4,7 millions) dans le groupe d'âge des 30-70 ans se sont produits dans des pays à revenu faible ou intermédiaire et les taux de mortalité chez les femmes de 15 à 59 ans y étaient supérieurs à ceux des pays à revenu élevé.

18. Les femmes sont touchées différemment par plusieurs facteurs de risque des maladies non transmissibles. Dans la plupart des pays, les jeunes filles et les femmes ont une activité physique plus limitée que les hommes, et de nombreux facteurs entrent en jeu dans ce domaine, par exemple les revenus, une mobilité limitée, l'accès aux soins de santé, ainsi que les hiérarchies et les rôles au sein du foyer. Dans certaines Régions de l'OMS, par exemple la Région européenne et la Région des Amériques, plus de 50 % des femmes sont en surpoids.³

19. À l'échelle mondiale, le tabagisme est responsable d'environ 9 % des décès de femmes dus à des maladies non transmissibles et le risque d'effets nocifs du tabac sur la santé des femmes s'accroît avec la pauvreté. La consommation de tabac par la mère est associée à des risques pendant la grossesse, notamment des risques de grossesse extra-utérine, de naissance prématurée, de problèmes de placenta, de fausse couche et de mortinaissance.

¹ Voir le document EB136/12 intitulé *Rapport de situation mondial sur la violence et la santé*, dont le Conseil exécutif a pris note à sa cent trente-sixième session (voir le compte-rendu analytique de la onzième séance, section 1).

² Voir le document A68/15 pour de plus amples renseignements sur la santé des adolescents et des détails sur le projet d'évaluation d'un cadre pour une action accélérée en faveur de la santé des adolescents en général.

³ Voir le document A68/10, intitulé *Commission OMS pour mettre fin à l'obésité de l'enfant : informations actualisées*.

20. La consommation abusive d'alcool, de drogues illicites et d'autres substances psychoactives par les jeunes filles et les femmes, en particulier pendant la grossesse, est en hausse dans de nombreuses régions du monde, ce qui a des conséquences sanitaires importantes, aussi bien à l'échelle de la société qu'à l'échelle individuelle. En 2012, on estimait à 4 % les décès des femmes imputables exclusivement à la consommation d'alcool.

21. La bronchopneumopathie chronique obstructive est l'une des principales causes de maladie et de décès chez les femmes plus âgées, souvent à la suite de la consommation de tabac. À l'échelle mondiale, la pollution de l'air ambiant provoque 173 000 décès de femmes souffrant de bronchopneumonie chronique obstructive, et la pollution de l'air à l'intérieur des habitations se solde par 453 000 décès de femmes.¹ Dans les pays à revenu faible, le principal facteur de risque pour les femmes est l'exposition à la pollution de l'air intérieur causée par l'utilisation de combustibles solides pour le chauffage et la cuisine.

22. Les traumatismes consécutifs à un accident de la route sont parmi les cinq principales causes de décès pour les adolescentes et les femmes en âge de procréer dans la plupart des Régions de l'OMS.

23. Les cancers féminins entraînent des taux de mortalité et de morbidité élevés, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les inégalités très répandues dans l'accès à la détection et au dépistage précoces entraînent des variations importantes des issues cliniques et de la survie après le traitement. Le cancer du sein, principale cause de décès due au cancer chez les femmes (1,7 million de nouveaux cas et 0,5 million de décès en 2012), est principalement diagnostiqué à des stades avancés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire ; les soins palliatifs sont alors la seule option. Avec 528 000 nouveaux cas et 270 000 décès estimés en 2012, le cancer du col de l'utérus est le quatrième cancer le plus répandu chez les femmes à l'échelle mondiale. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, il s'agit de la troisième cause de décès due au cancer chez les femmes ; dans la plupart des cas, les malades n'ont eu qu'un accès limité au dépistage et au traitement des lésions précancéreuses, ce qui entraîne un diagnostic à un stade avancé de la maladie.

24. Les troubles mentaux entraînent environ 7 % de la charge de morbidité mondiale pour les deux sexes, et environ 25 % des handicaps. Le suicide est la deuxième cause majeure de décès des femmes de 20 à 59 ans dans le monde. Celles-ci sont plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété que les hommes. Les tendances des problèmes de santé mentale varient entre les hommes et les femmes en raison des responsabilités et des rôles respectifs de chacun, des différences biologiques et des variations des contextes sociaux. Dans les pays à revenu faible, les femmes ont bien moins accès aux services de santé mentale que les hommes.

25. À l'échelle mondiale, les femmes représentent une part plus importante des **personnes âgées**. Traditionnellement, les femmes ont eu la charge de la plupart des soins non rémunérés dans la famille afin de s'occuper à la fois des enfants et des personnes âgées ; pour cela, elles ont souvent dû renoncer à un emploi rémunéré. Les conséquences lorsque ces femmes vieillissent sont les suivantes : risque accru de pauvreté, accès plus limité à des services sociaux et de soins de qualité, risque accru de mauvais traitements, problèmes de santé et accès limité à une pension de retraite. En outre, plusieurs problèmes de santé graves propres aux personnes âgées, notamment la démence, sont plus répandus chez les femmes. Pourtant, celles-ci ont plus de difficultés à accéder aux traitements dont elles ont besoin.

¹ Données sur la pollution de l'air à l'intérieur des habitations : http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/HAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1 ; et http://www.who.int/phe/health_topics/outdoorair/databases/AAP_BoD_results_March2014.pdf?ua=1.

RÉPONSE DES SYSTÈMES DE SANTÉ

26. Au nombre des obstacles qui perdurent au sein des systèmes de santé pour atteindre les objectifs de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing, on compte l'absence de mesures réactives en matière de sexospécificité, comme le manque de données et d'analyses par sexe, ce qui fait que les services de santé ne tiennent le plus souvent pas compte des besoins particuliers des femmes et des déterminants de la santé qui leur sont propres. Pour lever ces obstacles, il convient de s'attaquer aux sujets transversaux suivants.

27. **Déterminants structurels de la santé des femmes.** Les facteurs biologiques qui sont fonction du sexe interagissent avec les inégalités fondées sur le sexe, l'âge, la race, l'appartenance ethnique et la classe sociale pour moduler l'exposition des femmes aux risques sanitaires, leur expérience de la maladie, l'accès aux services de santé et leur état de santé. Les inégalités entre les hommes et les femmes dans l'allocation de ressources, par exemple les revenus, l'éducation, la participation économique, sociale et politique, les soins et la nutrition, sont fortement associées à un mauvais état de santé et à une réduction du bien-être.

28. **Inégalités en matière d'accès aux soins de santé.** Les femmes sont toujours discriminées dans l'accès à des services de soins de santé de qualité dans de nombreux pays. Il existe des poches de faible couverture du système de santé et les services dans les zones rurales et les bidonvilles sont souvent de qualité médiocre. Les femmes autochtones, celles qui vivent avec un handicap et celles qui sont vulnérables pour d'autres raisons, manquent également de services de qualité. La couverture des services de santé est rendue plus faible encore par les obstacles liés au sexe pour l'accès à la prévention, au traitement et aux soins. Par exemple, les maladies cardiovasculaires sont un facteur de risque semblable pour les hommes et les femmes, et elles sont pourtant la principale cause de décès chez les femmes âgées. Les préjugés contre les femmes (des dispensateurs de soins et dans la recherche en santé) font souvent que les femmes reçoivent un diagnostic tardif, sont soumises à moins d'examen relatifs aux maladies cardiovasculaires et reçoivent un traitement inadapté.¹

29. L'impossibilité pour les femmes d'obtenir les services de santé nécessaires (notamment en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies) est également le reflet de lacunes des systèmes de santé qui ne peuvent pas être rectifiées uniquement en ciblant les interventions sur les femmes. La pénurie d'agents de santé motivés possédant les compétences appropriées au bon endroit limite la disponibilité et la qualité des services dans de nombreux pays. La prestation de services est en outre souvent compromise par le manque d'accès à des médicaments et à des produits médicaux de qualité, par des systèmes de financement de la santé qui exigent un paiement préalable en liquide et par des systèmes d'information qui ne fournissent pas des renseignements exacts ou en temps opportun. Résoudre ces problèmes de façon intégrée pour toutes les maladies et tous les programmes améliorera de façon significative la santé et le bien-être des femmes.

30. **Qualité des soins.** Malgré des décennies de progrès médicaux et d'innovations en matière de soins de santé jusque-là inédits, la qualité des soins en général, et pour la santé des femmes en particulier, est souvent médiocre. Une étude récente de l'OMS sur la santé des mères et des nouveau-nés a montré que pour faire baisser nettement la mortalité maternelle, il faudra adopter une approche exhaustive des soins d'urgence et améliorer dans l'ensemble la qualité des soins prodigués aux mères.²

¹ OMS. Panorama mondial de l'hypertension. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2013.

² Enquête multipays de l'Organisation mondiale de la Santé sur la santé de la mère et du nouveau-né, 2010-2012. Voir http://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/nearmiss/en/ et les liens présentés (consulté le 2 décembre 2014).

31. **Suivi et redevabilité.** Garantir ces fonctions sous-tend la promotion et la protection de la santé et des droits des femmes. La Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant, mise sur pied afin de mesurer les résultats de la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de l'enfant du Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, a recommandé de fonder la redevabilité sur un certain nombre de principes fondamentaux : clarté au sujet de la responsabilité des parties prenantes concernant les actions à mener ; précision des mesures ; vérification indépendante ; examen impartial, transparent et participatif ; et recommandations claires concernant les actions à venir. La redevabilité s'inscrira aussi dans le cadre de suivi relatif à l'actualisation de la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent.

32. Alors que la date limite approche pour les objectifs du Millénaire pour le développement, les parties prenantes sont en train d'adopter une nouvelle vision dans le but de faire progresser la santé et le développement des femmes, des enfants et des adolescents par l'intermédiaire d'une nouvelle stratégie mondiale.¹ En se fondant sur le programme de développement inachevé et en l'élargissant, cette stratégie permettrait de mettre sur pied les actions nécessaires pour mettre fin à la mortalité évitable de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, ainsi que de promouvoir la santé et le bien-être des femmes, des enfants et des adolescents. Elle mettrait l'accent sur l'investissement dans l'accès universel à la santé sexuelle et génésique intégrée et sur les droits de l'homme, et fixerait des buts partagés avec les secteurs qui permettent d'améliorer la santé, notamment l'éducation, la nutrition, ainsi que l'eau et l'assainissement, entre autres. Cette stratégie tendrait à faire converger les pays à revenu élevé et les pays à revenu faible en une génération, afin que les femmes, les enfants et les adolescents des pays à revenu faible ne soient pas plus susceptibles de mourir de causes évitables que ceux des pays à revenu élevé, et afin de garantir que la santé des femmes s'inscrive dans un large programme incluant la santé des enfants et des adolescents. Elle porterait en outre une attention spéciale à l'atténuation des inégalités au sein d'un même pays et à la situation dans les États fragiles.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

33. L'Assemblée est invitée à prendre note du présent rapport et à donner des indications supplémentaires concernant le leadership de l'OMS pour relever les défis et répondre aux nouvelles priorités en lien avec la santé des femmes dans le cadre d'une stratégie plus large relative à la santé des femmes et des enfants.

= = =

¹ Comme cela a été énoncé très récemment lors de la consultation des parties prenantes de Chaque femme, chaque enfant sur la redevabilité dans le domaine de la santé des femmes et des enfants : jeter les bases de l'après-2015 (Genève, 6 et 7 novembre 2014).