



## Conseil économique et social

Distr. générale  
8 décembre 2017  
Français  
Original : anglais

---

### Commission de la condition de la femme

Soixante-deuxième session

12-23 mars 2018

Suite donnée à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes  
et à la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée  
générale intitulée « Les femmes en l'an 2000 : égalité  
entre les sexes, développement et paix pour le XXI<sup>e</sup> siècle »

### **Déclaration présentée par Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women, organisation non gouvernementale dotée du statut consultatif auprès du Conseil économique et social\***

Le Secrétaire général a reçu la déclaration ci-après, dont le texte est distribué conformément aux paragraphes 36 et 37 de la résolution 1996/31 du Conseil économique et social.

---

\* La version originale de la présente déclaration n'a pas été revue par les services d'édition.



## **Déclaration**

### **Femmes rurales et santé et droits liés à la sexualité et la procréation**

Basé en Malaisie, Asian-Pacific Resource and Research Centre for Women est une organisation non gouvernementale accréditée auprès du Conseil économique et social qui travaille depuis 1993 à l'amélioration de la santé et des droits des femmes, en favorisant l'autonomisation des femmes à travers l'information et la connaissance par le suivi des engagements internationaux, la sensibilisation et la mobilisation. Nous collaborons avec des partenaires nationaux de la région Asie-Pacifique et des partenaires nationaux et régionaux des pays du Sud.

L'expérience des femmes de diverses communautés est très variée, mais il existe un point commun entre les problèmes des femmes rurales : elles sont toutes assujetties à des normes culturelles, sociales et patriarcales qui ont été institutionnalisées. Elles font face à des injustices sexistes qui sont enracinées dans l'oppression organisée à travers la classe sociale, la caste, la race et l'appartenance ethnique, entre autres facteurs (ARROW for Change, Rural Women and Sexual and Reproductive Health and Rights). Le contrôle de la sexualité des femmes et le non-respect de la santé et des droits liés à la sexualité et à la procréation des femmes représentent un aspect fondamental de ce phénomène. Lorsque les femmes et les filles n'ont pas le droit ni la possibilité de prendre des décisions concernant leur propre corps et leur propre sexualité, leur pauvreté s'aggrave du fait de grossesses non désirées, d'un mauvais état de santé et de l'impact accru de ces décisions sur leur santé et leur bien-être.

Chaque jour dans le monde, près de 830 femmes meurent de complications liées à la grossesse ou à l'accouchement. On estime qu'en 2015, environ 303 000 femmes sont mortes pendant et après la grossesse et l'accouchement. Presque tous ces décès sont survenus dans des milieux à faibles revenus et la plupart d'entre eux auraient pu être évités (Lancet, 2016). La mortalité maternelle est plus élevée en milieu rural et dans les communautés les plus pauvres. (Organisation mondiale de la Santé, 2016). La demande non satisfaite de planification de la famille dans les pays en développement est généralement plus élevée chez les femmes des 20 % de ménages les plus pauvres. Parmi les pauvres, on compte surtout des personnes rurales, des jeunes, les personnes les moins instruites et celles vivant dans des ménages qui comptent de nombreux enfants : en tout, 80 % des personnes extrêmement pauvres et 75 % des modérément pauvres vivent en milieu rural, 45 % ont moins de 15 ans (Banque mondiale, 2016).

Sans accès à la contraception, les femmes pauvres, surtout celles qui sont les moins instruites et qui vivent en milieu rural, sont plus susceptibles de subir une grossesse non désirée, ce qui peut présenter des risques pour leur santé et avoir des répercussions économiques tout au long de leur vie. L'incapacité de choisir de tomber enceinte ou non, et de choisir du moment et de la fréquence de cette grossesse peut limiter l'accès à l'éducation, retarder l'entrée dans la vie active et diminuer les revenus (Fonds des Nations Unies pour la population, État de la population mondiale 2017). Cette situation perpétue le cycle de pauvreté, et marginalise davantage les femmes des zones pauvres, rurales et difficiles d'accès.

En outre, les facteurs sociaux tels que la pauvreté, le niveau d'instruction, l'alimentation et la nutrition, l'eau et l'assainissement influent sur les résultats de l'action sanitaire. La caste, la classe sociale, la religion, les inégalités sexistes, le

handicap et la situation géographique aggravent la situation des femmes et ont un impact négatif sur la santé des femmes, des enfants et des jeunes. De plus, les barrières géographiques limitent également l'accès aux services de santé et aux renseignements. Il n'existe pas de raccourci vers l'accès équitable à des services complets de santé de la procréation de bonne qualité (ARROW, Fulfilling Women's Right to Continuum of Quality Care).

Dans un grand nombre de pays en développement, les femmes pauvres se trouvant dans les 20 % inférieurs (quintile) de l'échelle des revenus, notamment celles qui vivent en milieu rural, ont bien moins de chances d'accéder à des contraceptifs et à des soins lors de la grossesse et de l'accouchement que les femmes plus aisées vivant en ville. En ce qui concerne les adolescentes, qui sont encore plus vulnérables du fait de leur jeune âge, le nombre de naissances est près de trois fois plus élevé chez celles vivant dans les 20 % de ménages les plus pauvres dans les pays en développement que chez celles des 20 % de ménages les plus riches. En outre, le nombre de naissances chez les adolescentes vivant en milieu rural est deux fois plus élevé que chez celles vivant en ville (Fonds des Nations Unies pour la population, État de la population mondiale 2017).

Les femmes rurales ont toujours été les héroïnes méconnues de la production alimentaire et agricole. Invisibles aux yeux du monde, oubliées du public et moins mises en avant par les politiciens, les femmes rurales travaillent nuit et jour pour nourrir leurs familles, leurs communautés et les habitants du monde entier. Elles jouent un rôle fondamental de conservatrices des semences et de cultivatrices, de responsables communautaires et de gestionnaires de la famille. Pourtant, les filles et les femmes rurales sont celles qui mangent en dernier et qui mangent le moins, qui ne sont pas envoyées à l'école par leurs parents, qui sont soumises au mariage précoce, qui meurent lors de l'accouchement ou qui sont affaiblies par des naissances rapprochées, qui évitent de sortir de chez elles pendant leurs règles, qui sont forcées de pratiquer des avortements dangereux, qui n'ont jamais vu un médecin ou une infirmière, qui subissent des mutilations génitales et qui font face au quotidien à la stigmatisation et à la violence, prises au piège des structures du pouvoir patriarcal qui se répandent en profondeur dans des structures socioéconomiques inégales (ARROW, Our Stories, Our Journey; Empowering Rural Women on Sexual and Reproductive Health and Rights, 2014).

En outre, le financement personnel ou l'autofinancement est la plus importante source de financement des soins de santé en Asie du Sud. Ce fait constitue à la fois une régression et une situation inique, en particulier pour les ménages les plus pauvres qui ont à peine de quoi survivre. Dans cette situation, les services d'avortement figurent parmi les services les plus privatisés destinés aux femmes, qu'ils soient légaux ou illégaux. Malheureusement, ceux qui étudient les systèmes et les politiques de la santé ont tendance à éviter certains types de services de santé et discutent des systèmes de santé dans leur ensemble (Marge Berer, Reproductive Health Matters, 2010).

Par rapport aux femmes plus riches qui vivent en milieu urbain, les femmes pauvres vivant en milieu rural ont un accès plus restreint à des soins prénatals et obstétricaux de qualité. On estime qu'aujourd'hui, un quart des femmes enceintes dans les pays en développement n'a pas accès aux services d'accoucheuses qualifiées, et beaucoup d'entre elles n'ont pas d'autre choix que d'accoucher seules (Fonds des Nations Unies pour la population, État de la population mondiale 2017). Les femmes pauvres des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ont un accès restreint aux

services de santé en raison de leur pouvoir d'achat limité, du fait qu'elles résident dans des zones mal desservies et de leur manque de connaissances en matière de santé. Cette situation entraîne des lacunes importantes dans la prestation des soins de santé au sein d'une population dont la morbidité est disproportionnée (Marge Berer, Reproductive Health Matters, 2010).

**Recommandations :**

- Les mesures visant à réaliser l'égalité des femmes et des hommes et l'autonomisation des femmes rurales devraient englober une gamme complète de santé et de droits liés à la sexualité et à la procréation.
- Les États doivent répondre aux besoins non satisfaits des femmes rurales concernant tous les renseignements et services liés aux droits en matière de santé sexuelle et procréative, y compris la contraception, en fournissant une éducation sexuelle complète et des services de qualité concernant les droits en matière de santé sexuelle et procréative, notamment la contraception moderne, quelle que soit leur situation matrimoniale ; ils doivent tendre la main aux femmes des zones rurales en particulier.
- Les États doivent veiller à assurer la continuité des soins de qualité tout au long du cycle de vie de la femme – de la préconception et de la grossesse à la période post-partum ou après avortement et la ménopause – et à divers endroits, par exemple, la maison, la collectivité et les établissements de santé. Cela est important pour réduire la mortalité et la morbidité des adolescentes, des mères, des nouveau-nés et des enfants et améliorer la santé de la procréation des femmes.
- Les États doivent veiller à ce que le nombre d'agents de santé formés dans le pays corresponde aux besoins de la population en matière de santé, sous réserve d'une réalisation progressive et de la disponibilité des ressources. Dans ce contexte, des équilibres doivent être trouvés entre, par exemple, le nombre d'agents de santé au niveau communautaire ou primaire et les spécialistes au niveau tertiaire.
- Les États devraient mettre à la disposition de toutes les femmes une gamme complète de services de contraception et d'avortement, en accordant une attention particulière aux femmes des zones difficiles d'accès.
- Les États doivent augmenter le nombre d'agents de santé communautaires dans les zones rurales, difficiles d'accès et périurbaines, formés à la prestation de services de santé sexuelle et procréative et à des programmes innovants de communication en faveur de changements de comportement.