

FEMMES ET SANTÉ : PROBLÈMES
ALIMENTAIRES ET NUTRITIONNELS

Docteur Michel CHAULIAC

Docteur Anne-Marie MASSE-RAIMBAULT (*)

On a beaucoup écrit sur la répartition de la nourriture dans la famille africaine où l'homme, premier servi, aurait les morceaux de choix, comme la viande, tandis que la femme et les enfants se partageraient les restes. Mais, en réalité, peu d'études ont cherché à évaluer exactement ce que mangent les femmes lorsqu'elles n'ont pas accès à la viande, et à estimer les répercussions que cela pourrait avoir sur leur état de santé. "Lorsqu'on se fonde sur des données incertaines pour procéder à des généralisations abusives, on risque fort de donner naissance à des idées qui se rapprochent du mythe" (1).

Les tabous alimentaires concernant les femmes et particulièrement les femmes enceintes et allaitantes ont aussi été longuement décrits ; ceux-ci concernent en particulier les produits animaux. Cependant, "bien peu d'études comportent une analyse sérieuse de la mesure dans laquelle ils sont effectivement préjudiciables à la nutrition dans son ensemble" (1). MAC DOWELL a montré que la réduction de l'apport protéique du fait d'une restriction d'oeufs dans le régime alimentaire des groupes frappés d'interdits est minime, de l'ordre d'environ 0,2 à 0,4 grammes par jour.

Dans bien des sociétés, les femmes enceintes et allaitantes sont préservées durant ces périodes de risque. La FAO a relevé de nombreuses

(*) Centre International de l'Enfance. Paris.

(1) Etude FAO - Alimentation et nutrition (n° 8). Les femmes et la production alimentaire - La manutention des aliments et la nutrition.

études en Guinée Bissau, au Lesotho, en Tanzanie, etc..., qui montrent que ces femmes sont privilégiées d'un point de vue nutritionnel, parfois aux dépens des adultes et des jeunes gens, et que dans certains cas les travaux difficiles leur étaient épargnés. D'autres peuples vont jusqu'à la suralimentation, comme les touaregs où les femmes sont engraisées en signe d'opulence et de valorisation de l'homme.

Il faut donc se méfier des généralisations concernant les coutumes alimentaires liées au sexe et faire des études des relations entre consommation alimentaire, travail, état nutritionnel et état de santé, cas par cas, suivant les différentes cultures. Il est pourtant bien démontré que dans la majorité des pays du Tiers Monde, les femmes présentent un état nutritionnel préoccupant. Ceci est mis en évidence au travers d'indicateurs comme les taux d'hémoglobine, l'augmentation de poids pendant la grossesse, les faibles poids des enfants à la naissance, le taux de mortalité maternelle, les faibles quantités de lait produites par les mères allaitantes, etc.

1. MORTALITE MATERNELLE

La dimension de la mortalité maternelle dans les pays industrialisés a suivi l'amélioration des conditions de vie, de la surveillance prénatale et des conditions d'accouchement. En 1978-79, la mortalité maternelle était, pour 100.000 enfants nés vivants (annuaire stat. OMS 1983) de 9,6 aux Etats-Unis, de 12 en France, 6,9 aux Pays-Bas, de 1 en Suède.

Dans les pays en développement, les taux sont encore très élevés : ils sont de 103 pour 100.000 naissances vivantes en Thaïlande, 171 au Pérou, 78 en Egypte et en Argentine, 216 en Equateur, 503 au Paraguay. En Malaisie, le taux (1) varie de 31 à 558 selon les districts, au Bangladesh ils sont de 600 en zone rurale et vont jusqu'à 1.800 chez les mères jeunes en Asie.

En Tunisie, à l'intérieur du pays où la couverture des soins liés à la grossesse et à l'accouchement est moindre, la mortalité maternelle est 20 fois supérieure à celle de Tunis, atteignant dans certains endroits 1000 pour 100.000 naissances vivantes (2).

(1) Carnets de l'Enfance - UNICEF - 49/50, p. 25, 1980.

(2) Une meilleure santé pour nos enfants - Institut National de la Santé de l'Enfance, Tunis, 1979.

Il faut souligner que les chiffres de mortalité maternelle sont encore trop souvent ignorés ce qui n'est pas fait pour encourager une politique de santé en faveur de cette période de vie.

2. MALNUTRITION PROTEINO-CALORIQUE ET POSSIBILITES DE REPRODUCTION

D'après les données rassemblées par l'OMS (1) durant la décennie (1973-1983), 145.400.444 enfants de moins de 5 ans sont malnutris (selon le rapport poids/âge) dans les pays en développement, ce qui représente 42,3 % des enfants de cette tranche d'âge. Garçons et filles sont touchés par cette malnutrition qui est due le plus souvent à l'action synergique de la sous-alimentation et des maladies infectieuses et parasitaires. Le pourcentage d'enfants malnutris est variable selon les tranches d'âge et les continents (cf. tableau).

Prévalence de la MPC déterminée par le pourcentage d'enfants à moins 2D.S. de la médiane poids/âge (référence NCHS)

Ages	Afrique	Amérique*	Asie**	Océanie***
0-1	15,1	9,8	25,9	3,9
1-2	35,2	21,9	60,0	21,3
2-3	29,9	21,3	61,4	17,3
3-4	23,9	17,4	60,2	5,6
4-5	23,8	17,9	62,5	9,0
Nombre brut d'enfants malnutris	21.900.000	8.600.000	114.600.000	300.000

* Amérique à l'exclusion des pays tempérés

** Asie à l'exclusion de l'Asie du Nord-Est

*** Océanie à l'exclusion de l'Australie et de la Nouvelle Zélande.

(1) Surveillance nutritionnelle - Relevé épidémiologique hebdomadaire 59(25) : 189/192.

Les conséquences des troubles nutritionnels sont d'autant plus marquées que ces troubles interviennent durant la période de croissance rapide soit la période in utéro et les trois premières années de la vie. La grande question est de savoir si l'enfant ayant souffert de MPC va pouvoir rattraper son retard ?

Il semble qu'il faille tenir compte de trois facteurs : l'âge de l'enfant, la gravité des troubles, la durée de la maladie y compris l'étape de préparation sans signe clinique apparent. Plus l'enfant est jeune, plus les risques sont grands. Nombreux sont les enfants en état de malnutrition relative : en effet, lorsque les troubles nutritionnels persistent plusieurs mois, voire plusieurs années ou générations, ils retentissent sur la croissance staturo pondérale. L'organisme de l'enfant semble s'adapter le mieux possible à la ration alimentaire insuffisante, il freine sa croissance et tente de trouver ainsi un état d'équilibre. La valeur du poids et celle de la taille sont en harmonie l'une par rapport à l'autre mais elles sont inférieures aux valeurs normales pour l'âge. Ce phénomène d'"homéorrhèse" a des conséquences plus graves à long terme pour la fillette. En effet, cette malnutrition retentit sur sa taille et des études ont montré que la petite taille chez les femmes (c'est-à-dire une taille inférieure au potentiel génétique) est un facteur important de risque obstétrical : augmentation de la mortalité maternelle, faible poids de l'enfant à la naissance.

De plus, la malnutrition joue un rôle important dans le retard de l'âge d'apparition de la puberté. Le problème doit être étudié à l'intérieur des mêmes groupes ethniques pour éliminer les facteurs génétiques. Dans les pays où il y a de grandes différences de régime alimentaire et de niveau de vie, on vérifie que l'âge médian des premières règles des filles est retardé dans les populations défavorisées. Ce retard pubertaire est dû à toute l'histoire nutritionnelle et sanitaire de la fille et tout particulièrement à ses premières années de vie. On trouve des corrélations significatives entre la maturation biologique et la future maturation pubertaire. Ainsi, au Kenya, une étude (KULIN et al - 1982) a montré que les filles rurales de 10 à 13 ans étaient plus petites de 10 à 15 cm et plus légères de 9 à 14 kg que des écolières urbaines de niveau socio-économique élevé, de même âge. L'apparition de leurs règles était retardée de plus de deux ans : 15,3 + ou - 2 ans contre 13,2 + ou - 1,5 ans. Une différence similaire est re-

trouvée chez les filles des Etats-Unis bien et mal nutries : 12,43 ans contre 14,45 ans (DREIZEN et al - 1967).

3. SUPPLEMENTATION ALIMENTAIRE MATERNELLE ET POIDS DE NAISSANCE

La malnutrition maternelle conduit à une faible augmentation de poids durant la grossesse et débouche sur la naissance d'enfants de petit poids qui seront allaités par des mères n'ayant pas suffisamment de réserves pour assurer à leur enfant une quantité suffisante de lait. Les complications : prématurité, hypotrophie, malnutrition de l'enfant, anémie et épuisement de la mère, mortalité maternelle et infantile constituent une lourde charge sociale et économique et représentent un obstacle au développement.

Une étude de l'I.N.C.A.P. au Guatemala, citée par DAZA E.H. et LECHTIG A. (1980), montre que si la taille et le niveau socio-économique de la mère sont associés au risque de petit poids de naissance, une supplémentation nutritionnelle durant la grossesse permet de réduire de façon importante, parmi les populations les plus exposées, le pourcentage de petit poids de naissance. Cette supplémentation n'influe pas sur le pourcentage de petit poids de naissance des enfants nés de mères à faible risque : taille supérieure à 147 cm et niveau socio-économique élevé.

Plusieurs études (LECHTIG et al - 1982), comparant des groupes de femmes enceintes recevant un supplément nutritionnel durant la grossesse et des femmes témoins avariées, ont montré, dans des milieux culturels, sociaux et économiques différents (Guatemala, Colombie, New York et Taïwan) que le poids de naissance des enfants du groupe supplémenté était supérieur à celui des enfants nés des femmes témoins, que le gain de poids pendant la grossesse était supérieur dans le groupe supplémenté et que cette supplémentation avait un impact positif sur la croissance de l'enfant (sauf à New York). Il semble que les résultats soient plus significatifs chez les femmes en état de malnutrition grave et surtout présentant un état nutritionnel précaire déjà avant le début de la grossesse.

L'état nutritionnel antérieur et actuel de la mère (y compris l'anémie) n'est pas le seul facteur influençant le poids de naissance, il faut également prendre en compte l'espace intergénéral, la parité,

le travail physique pénible, la situation socio-économique, le niveau d'éducation de la mère, l'usage du tabac, la morbidité maternelle au cours de la grossesse.

Il faut retenir que le poids de naissance est un indicateur intéressant de l'état nutritionnel non seulement de l'enfant, de ses chances et risques au démarrage dans la vie mais également de l'état sanitaire de la mère. La proportion de nouveau-nés de poids insuffisant ainsi que de faible gain de poids pendant la grossesse servent d'indicateurs de l'état nutritionnel des mères dans une collectivité.

Dans ces programmes de supplémentation, un facteur important à prendre en considération est le mode de distribution des aliments. La supplémentation est-elle consommée par la mère au centre de santé ou dans des cantines communautaires, est-elle remise à la mère afin qu'elle la consomme à la maison avec le risque du partage de la ration avec toute la famille ou de sa vente ou, enfin, la ration prévue pour la femme enceinte est-elle multipliée par le nombre de membres présents aux repas ?

Il semble que la grossesse ne soit pas la meilleure période pour entreprendre une action nutritionnelle, sauf situation d'urgence. Pour avoir de meilleurs résultats, certains chercheurs émettent l'idée d'intervenir avant la grossesse, c'est-à-dire durant la période pubertaire (VITERI - 1984).

4. ALLAITEMENT MATERNEL

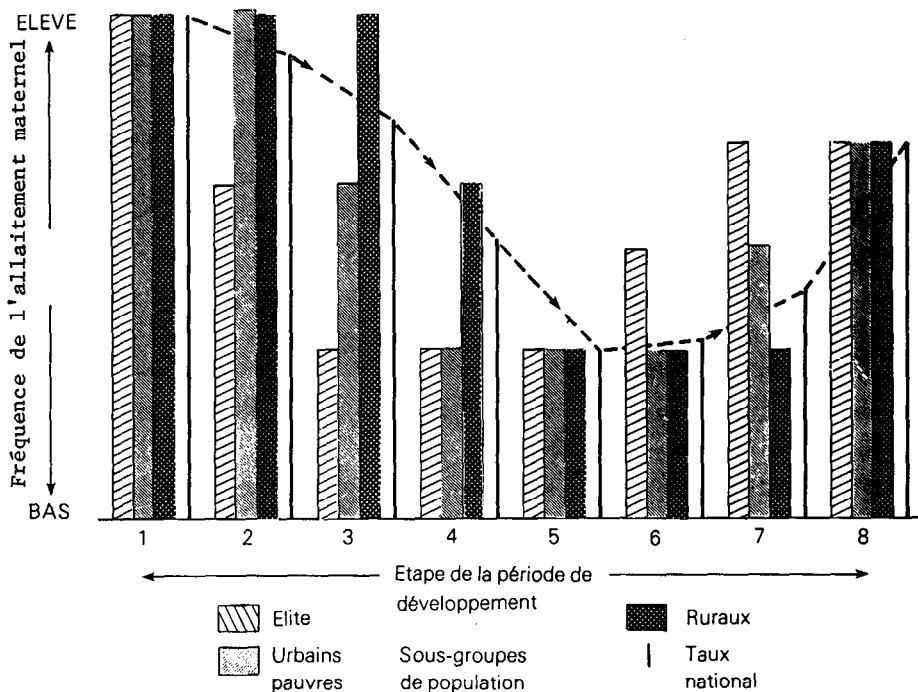
4.1. Allaitement maternel : prévalence et durée

L'évolution de la fréquence et de la durée de l'allaitement maternel est nette dans un pays comme le Brésil, entre les différentes régions et les différentes zones urbaines ou rurales (1).

La fréquence et la durée de l'allaitement maternel est donc supérieure dans les zones rurales de chaque région et supérieure pour chacune des zones urbaine ou rurale dans la région du Nordeste, plus défavorisée. Néanmoins, ces chiffres montrent également la tendance à l'abandon de l'allaitement maternel en toutes zones, et en particulier dans les régions les plus pauvres. Cette tendance est encore peu marquée

(1) Perfil estatístico de crianças e maes no Brasil Aspectos nutricionais. 74/75. UNICEF, 1982.

en Afrique où la durée moyenne de l'allaitement est estimée à 20 mois. En Asie, la situation est très variable suivant les pays. En Amérique Latine, la durée est également variable, mais, en dehors de l'Amérique Centrale et des Caraïbes, se dégage très nettement une tendance à la réduction de la fréquence et de la durée de l'allaitement maternel même en zone rurale. A. PETROS BARVAZIAN (1983) a proposé un schéma global des tendances de la fréquence de l'allaitement maternel suivant les groupes sociaux et l'étape de développement.



Dynamiques des modèles d'allaitement maternel. Représentation schématique des différences entre les sous-groupes de population.

- Stade 1 : Inde, Zaïre
 " 2 : Nigéria
 " 3-4-5 : Philippines, Brésil
 " 6 : Singapour, Espagne
 " 7 : Etats-Unis
 " 8 : Suède

4.2. Allaitement maternel et état nutritionnel

Au moment de l'allaitement, l'état nutritionnel de la mère, et en particulier son gain de poids durant la grossesse, va influencer sur la quantité et dans une moindre mesure sur la composition en lipides de son lait.

Une étude (VANSTEENBERGEN et al - 1983) dans une zone rurale du Kenya a montré que les femmes dont le poids pour taille au dernier trimestre de grossesse était compris entre 70 et 80 % de la référence OMS avaient durant les 6 premiers mois de la lactation une quantité de lait quotidienne inférieure à celle des femmes de poids pour taille compris entre 90 et 115 % de la même référence.

La quantité de lait sécrétée est également sous la dépendance de la fréquence, de l'intensité et de la durée des tétées par stimulation humorale et peut être par stimulation directe de la glande mammaire.

L'état nutritionnel de la mère influe surtout sur la quantité de lait produite. C'est la raison pour laquelle dans certains pays en voie de développement comme dans les classes défavorisées des pays industrialisés où les mères ne sont pas en très bon état nutritionnel, on préconise d'opter pour une politique de supplémentation alimentaire des femmes enceintes et allaitantes - plutôt que de distribuer du lait aux jeunes enfants. Cette dernière pratique est un facteur d'abandon de l'allaitement maternel, un risque de malnutrition et une cause de diarrhées. La politique de supplémentation alimentaire des femmes enceintes et allaitantes, comme l'ont montré certaines études, permet d'augmenter le volume de lait produit.

Action de la supplémentation sur la sécrétion lactée

D'après HOLEMANS 1954 - EDOZIAN 1976 - SOSA 1976

Période de lactation (mois)	Volume lacté (grammes)	
	avec S*	sans S*
1 - 2	550	269
2 - 3	440	354
3 - 4	432	307

S* = Supplémentation en protéines animales - 175 g/mois

Une supplémentation nutritionnelle de la mère à ce moment ne permettrait pas forcément d'augmenter la production de lait, car le supplément énergétique pourrait être dépensé en travaux physiques supplémentaires ou conduirait à une réduction de l'aménorrhée du post-partum dont les conséquences sur l'état de santé de la mère et de l'enfant pourraient être négatifs.

4.3. Allaitement maternel et espacement des naissances

L'allaitement maternel contribue à l'espacement des naissances en prolongement par voie humorale l'aménorrhée du post-partum. La stimulation de la sécrétion de prolactine est liée par voie réflexe à la fréquence des tétées de l'enfant. La tendance à une diminution de la prévalence et de la durée de l'allaitement maternel dans de nombreux PVD et particulièrement dans les zones urbaines et périurbaines est susceptible, si des mesures favorables à la contraception ne sont pas prises, d'entraîner une augmentation du taux de natalité et risque par là même de conduire à une augmentation de la mortimorbidité foetomaternelle et infantile.

Au Kivu (Zaïre) VIS, HENNART et AUCHABABISHAM - 1981) où l'allaitement maternel est généralisé (la fréquence des tétées est de 13 à 15 fois par jour durant la première année) et où une supplémentation est introduite plus rapidement pour les nourrissons urbains, l'aménorrhée du post-partum est de moins longue durée en milieu urbain. En zone rurale, 19 % des mères seulement sont réglées un an après l'accouchement. La malnutrition de la femme allaitante et un allaitement de près de 2 ans amènent, du fait de l'aménorrhée du post-partum un espacement des naissances de 33 à 39 mois. Il y a très longtemps que des travaux signalent l'influence de la MPC sur l'aménorrhée post-partum.

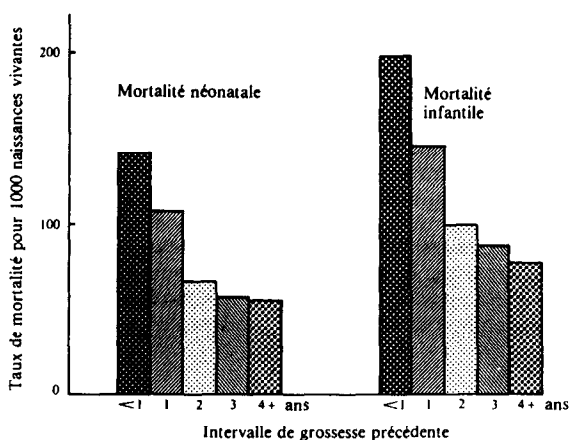
Dans les différents états du Nordeste brésilien, la durée de l'aménorrhée du post-partum a été calculée en fonction de la durée de l'allaitement maternel (ANDERSON et al. - 1984).

Durée moyenne de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée
du post-partum dans 4 états du Nordeste brésilien

	Bahia	Paraíba	Pernambuco	Rio Grande de Norte
Durée de l'allaitement maternel (mois)	8,1	5,3	5,1	5
Durée de l'aménorrhée du post-partum	4,6	3,6	2,9	2,9

Or dans une étude faite aux Etats-Unis sur 251 paires d'enfants nés les uns moins d'un an et les autres entre deux et cinq ans après leur frère et soeur et appariés sur le sexe, l'âge, l'hôpital de naissance et le niveau socio-économique, HOLLEY W.L. et al. (1969) ont montré que le poids de naissance des premiers était inférieur de 170 g à celui des seconds, alors que l'âge gestationnel était comparable. Un faible espacement des naissances plus une malnutrition chronique de la mère peuvent entraîner une aggravation de son état de santé et une augmentation de la mortalité néo-natale et infantile.

Effet de l'espacement des grossesses sur la mortalité
néonatale et infantile (ROHDE - 1983)



Intervalle de grossesse précédente = l'intervalle
entre la fin de la grossesse précédente et la
naissance de l'enfant.

Par ailleurs, diverses études au Guatemala, en Gambie montrent que l'amélioration de l'alimentation de la mère pendant le dernier trimestre de grossesse ou pendant la grossesse et/ou l'allaitement entraîne une diminution de l'aménorrhée du post-partum pouvant aller jusqu'à plusieurs mois. Toute amélioration de l'alimentation de la femme enceinte et/ou allaitante risque donc d'amener, si d'autres mesures ne sont pas prises, en particulier dans l'amélioration des services de planning familial, une augmentation du taux de natalité.

4.4. Allaitement maternel et aspect économique

En plus de ses effets bénéfiques sur les états nutritionnel, sanitaire, physique et psychologique de l'enfant et l'état de santé maternel, l'allaitement maternel représente une économie pour les femmes, les familles et les États (ALMROTH, GREINER - 1980).

En Côte-d'Ivoire, en tenant compte des coûts du lait en poudre, des ustensiles nécessaires, des suppléments alimentaires pour la mère allaitante, du temps nécessaire à l'alimentation de l'enfant et sans tenir compte des effets positifs de l'allaitement maternel sur la mortalité et la morbidité, l'économie réalisée sur deux ans pour une famille était de 600 à 730 dollars U.S., le salaire moyen d'un ouvrier agricole dans une plantation étant à ce moment (1977) de 1 dollar U.S./jour. L'économie est du même ordre au Ghana. Si tous les nourrissons de Côte-d'Ivoire étaient nourris au sein pendant deux ans, l'économie réalisée à niveau national serait de 16 à 28 millions de dollars U.S.

En Indonésie, ROHDE J.E. (1982) a calculé la valeur économique de la production de lait maternel (en équivalent préparation pour enfant) en tenant compte du coût de production du lait maternel, du bénéfice que représente l'allaitement sur la prévalence des diarrhées, et du coût d'un programme de planning familial permettant la même réduction de la fertilité. Celle-ci s'élève à 520 millions de dollars U.S. par an, ce qui équivaut à 1 % du produit national brut, une valeur supérieure aux exportations de café (491 millions de dollars), une valeur un peu inférieure aux importations de véhicules (692 millions de dollars) et de riz (675 millions de dollars).

5. ETAT NUTRITIONNEL, TRAVAIL FEMININ, DEPENSE ENERGETIQUE

La forte dépense énergétique liée aux activités de la femme (production, transformation des aliments, portage, soins aux enfants, travaux ménagers), influe sur son état nutritionnel et sur son état de santé. On ne dispose pas d'études permettant une évaluation objective de la situation, en rapport avec les apports alimentaires et l'état physiologique de la femme.

L'indice d'activité physique (moyenne des coûts énergétiques des activités accomplies par un individu au cours d'une période de 24 heures, pondérée par la durée relative de ces activités et divisée par le métabolisme basal individuel) a été utilisé pour analyser une étude dépense énergétique et budget-temps en Côte-d'Ivoire (FRANCOIS, DUBOIS, YAI - 1983). Pour les adultes de 20 à 49 ans, les distributions de l'indice d'activité étaient différentes chez les hommes et chez les femmes avec 45,6 % de femmes atteignant un indice de 1,6 contre seulement 34,3 % des hommes ; les deux courbes ne peuvent néanmoins être directement comparées du fait qu'un même indice pour les deux sexes ne correspond pas toujours à un même degré d'activité. L'analyse du budget-temps montre que les femmes accomplissent les 2/3 du total des tâches domestiques et contribuent pour plus de la moitié aux travaux liés à l'approvisionnement alimentaire de la famille. Les hommes et les femmes se partagent les travaux agricoles, les tâches les plus saisonnières revenant aux hommes (brûlis et défrichage). Les hommes disposent de plus de temps pour le repos ou pour les activités sociales.

Budget-temps des Ivoiriens de 20 à 49 ans travaillant
dans l'agriculture.

Jour moyen sur une semaine en heures, minutes et
pourcentage sur la journée.

Individus ayant une activité modérée.

Activités regroupées	Hommes			Femmes		
	h	min	%	h	min	%
Repos	5	41	23,7	4	43	19,7
Déplacements	1	09	4,8		53	3,7
Activités sociales	1	56	8,0		48	3,3
Tâches domestiques		47	3,3	2	01	8,4
Corvées d'eau et de bois		7	0,5	1	09	4,8
Approvisionnement		3	0,2		32	2,2
Cuisine		-	-	2	18	9,6
Repas	1	03	4,4	1	04	4,5
Cueillette, chasse, pêche		25	1,7		11	0,8
Abattage		13	0,9		-	-
Brûlis, défrichage	1	31	6,3		10	0,7
Façons culturales		52	3,6		43	3,0
Récoltes		48	3,4		30	2,1
Transformation des produits		12	0,8		20	1,4
Autres activités agricoles		24	1,6		10	0,7
Petit commerce		7	0,5		4	0,3
<u>Total temps d'éveil</u>	15	18	63,7	15	36	65,2
<u>Sommeil</u>	8	42	36,3	8	24	34,8
Indice moyen d'activité		1,76			1,68	

Ce type d'étude permettrait de comparer les besoins énergétiques aux apports alimentaires en étudiant également les variations saisonnières. Elles pourraient aussi amener des analyses d'interrelations entre l'indice d'activité, l'anthropométrie, les apports alimentaires et les variables socio-économiques et permettre une connaissance plus objective des liens entre activité physique de la femme et son état nutritionnel.

6. ANEMIE NUTRITIONNELLE

L'anémie dont la cause essentielle dans les pays en développement est une carence en nutriments hématopoïétiques (fer, folates et dans une moindre mesure vitamine B12), touche essentiellement les enfants à l'âge du sevrage, les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes dont les besoins sont au dernier trimestre 6 fois supérieurs et les femmes allaitantes. Par ses conséquences sur l'état de santé de la mère et de son enfant (mortalité, réduction de la capacité de résistance à l'effort, risques durant la grossesse, moindre résistance aux infections), elle constitue dans presque tous les PVD l'un des principaux problèmes de santé publique (1).

L'OMS estime qu'environ 230 millions de femmes vivant dans les PVD (Chine exclue) sont anémiées dont les 2/3 des femmes enceintes.

L'enquête nationale sur l'état nutritionnel en Tunisie de 1975 (1) a montré que respectivement 31 %, 46 % et 38 % des femmes non enceintes, des femmes allaitantes et des femmes enceintes étaient anémiées (par rapport aux normes OMS). En Afrique de l'Ouest, 24 à 99 % des femmes enceintes sont anémiées. D'après les enquêtes de l'INCAP en Amérique Centrale (TAFARI, NAEYER, GOBEZIE - 1980), 40 % des femmes enceintes du Costa Rica, 20 % de celles du Nicaragua sont anémiées. Au Pérou, 50 % des femmes rurales, 35 % des femmes de Lima enceintes et 22 % des femmes de Lima non enceintes ont une anémie. En Asie du Sud où vivent 40 % des femmes du Tiers Monde (Chine exclue), l'anémie a la plus forte prévalence : 60 à 80 % des femmes enceintes en souffrent, particulièrement au sud.

(1) The prevalence of nutritional anaemia in women in developing countries - WHO Division of family health, 1979, Geneva.

A Bangkok, dans une étude de 1972, CHATURACHINDA K. (MANSOUR, BOUSLAMAM - 1981) a montré que la prévalence de l'anémie chez la femme enceinte doublait après la 3ème grossesse et quintuplait après la 5ème. Dans les pays industrialisés (TAFARI, NAEYER, GOBEZIE - 1980) on retrouve aux USA 6 % des femmes de 18 à 44 ans en dessous des normes OMS et 12 % parmi les femmes dont le niveau de revenu est inférieur au "seuil de pauvreté". En Australie, 5 % des femmes enceintes ont une hémoglobine inférieure à la normale.

CONCLUSION

Cette approche sur la santé des femmes est tout à fait incomplète et fragmentaire mais elle souhaiterait, à partir d'une série de questions, permettre une réflexion afin de mieux prendre en considération et d'intégrer les aspects sanitaires et nutritionnels des femmes et des enfants dans les programmes de développement. La santé ne pourra progresser que si tous les responsables y concourent avec la participation réelle des individus concernés.

Connaît-on cette santé et sait-on la mesurer et la quantifier ? Dans bien des pays, les statistiques sanitaires ne sont encore guère fiables, ni représentatives de la population. Elles ne concernent que les individus malades qui, en outre, fréquentent les services de santé. Mais la population dite "saine" n'est pas souvent prise en considération : connaît-on l'état nutritionnel et sanitaire des femmes, des enfants ? Leur consommation sur le plan qualitatif et quantitatif ?

Les structures de santé existantes couvrent-elles l'ensemble des femmes et des enfants sur le plan préventif, éducatif et curatif ou trouve-t-on des groupes sociaux ou des zones géographiques exclus, n'ayant pas accès à la santé ? Est-ce un problème de manque de personnel ou de mauvaise distribution, de distance entre le service de santé et le domicile, d'ignorance de la part des femmes de ce que l'on peut attendre d'un centre de santé etc... ? Ces structures répondent-elles aux besoins réels et prioritaires des femmes et des enfants sur le plan des activités, des horaires (que de centres ouverts uniquement pendant les heures de travail des femmes) et de l'organisation ? Quelle y est la participation des femmes ? Les facteurs non médicaux risquant d'avoir des effets négatifs sur la santé (condition de travail, niveau d'hygiène, logement) sont-ils pris en compte ? Existe-t-il une politique de

soins de santé primaires et s'inscrit-elle dans la politique nationale de santé ? Comment est-elle appliquée concrètement ?

Les programmes éducatifs (programmes scolaires, alphabétisation, mass media) apportent-ils des connaissances dans le domaine sanitaire et nutritionnel en vue d'améliorer les comportements ? Les programmes de formation d'adultes ont-ils dans leurs objectifs le souci d'alléger les tâches des femmes et de répondre à leurs besoins de santé spécifiques ? Les initiatives de certains visant à améliorer le "bien-être" sont-elles encouragées, soutenues ?

Sur le plan de la législation, existe-t-il des lois réglementant l'âge du mariage, les congés pré et post nataux, le travail ? Ces lois sont-elles connues, applicables, appliquées ?

Nous n'avons pas voulu dire qu'il existe une santé pour les hommes et une autre pour les femmes mais nous avons tenté de montrer qu'elles ont des problèmes spécifiques et qu'elles forment un groupe à risques si on ne prend pas en compte leurs propres besoins de santé. La fatigue des femmes est trop souvent considérée par certains comme une caractéristique spécifique au sexe féminin et par les femmes elles-mêmes acceptée comme une fatalité, un état normal. Il faut apprendre aux femmes à connaître leur physiologie, les problèmes nutritionnels, pour mieux les comprendre et les assumer.

"SAVEZ-VOUS CE QUI MANQUE LE PLUS AU FEMMES ?
C'EST DE SAVOIR ET D'ETRE CONVAINCUES
QU'ELLES SONT DES ETRES HUMAINS".

FATHIA ALASSAL, égyptienne parlant
de ses compatriotes à partir de sa
propre expérience.

Cette communication a été réduite par le Comité de publication. On peut se procurer la version complète auprès de l'auteur.

BIBLIOGRAPHIE

- ALMROTH, S., GREINER, T. (1980). La valeur économique de l'allaitement au sein. Etude FAO Alimentation et nutrition n° 11.
- ANDERSON et al. (1984). Analysis of breast feeding in north eastern Brazil. Studies in family planning. 14(8/9) : 210-218.
- DAZA, E.H., LECHTIG, A. (1980). Programas para mejorar la nutrición de las mujeres embarazadas y madres lactantes. Bol of Sanit. Panam. 89(6) : 573.
- DREIZEN et al. (1967). A comparison of skeletal growth and maturation in undernourished and well nourished girls before and after menarche J. Pediat. 70(2) : 256-263.
- FRANCOIS, P.J., DUBOIS, J.L., YAI, E. (1983). Alimentation et nutrition. Vol. 9 n° 1 : 31-39.
- HOLLEY, W.L., ROSENBAUM, A.L., CHURCHILL, J.A. (1969). Effect of rapid succession of pregnancy in perinatal factors affecting human development. DAHO Scientific publication n° 185.
- KULIN et al. (1982). The effect of chronic childhood malnutrition on pubertal growth and development. Am. J. Clin. Nutr. 36 : 527-536.
- LECHTIG, A. et al. (1982). Effects of maternal nutrition on infant health : implications for action. J. of Trop. Pediatrics 28 : 273-286.
- MANSOUR, M., BOUSLAMAM (1981). Symposium sur la planification alimentaire et nutritionnelle en Tunisie. 22-25 avril. Situation nutritionnelle des groupes vulnérables en Tunisie.
- PETROS BARVAZIAN, A. (1983). Bulletin de l'Ass. Int. de Pédiatrie 5, n° 2.
- ROHDE, J.E. (1982). Mother milk and the Indonesian economy : a major national resource. J. of Trop. Pediatr. vol. 28 : 166-174.
- (1983). Pourquoi l'autre moitié meurt ? Carnets de l'Enfance. UNICEF 61/62 : 37-74.
- TAFARI, N., NAEYER, L., GOBEZIE, A. (1980). Effects of maternal under-nutrition and heavy physical work during pregnancy on birth weight. Br. J. of Obst. and Gyn. 87(3) : 222-226.
- VANSTEENBERGEN, W. et al. (1983). Lactation performance of mothers with contrasting nutritional status in rural Kenya. Acta Paediatr. Skand. Vol. 72 : 805-810.
- VIS, H.L., HENNART, P.h. et AUCHABABISHAM (1981). L'allaitement en zone rurale pauvre. Carnets de l'Enfance 55/56 : 172-189.
- VITERI, F.E. (1984). Nutrición de la mujer, nuevas enfaques en relación con la maternidad. Publicación Científica de la PAHO (OMS). n° 461 : 95-104.

RÉSUMÉ

L'article montre que les effets combinés d'une faible consommation alimentaire quantitative et qualitative, de grossesses nombreuses et rapprochées, du travail physique intense, du fréquent manque d'instruction, des conditions environnementales, des responsabilités importantes et du manque de valorisation de leur statut, se répercutent sur l'état de santé des femmes, sur leur état nutritionnel et sur celui de leurs enfants. Des réponses concrètes à certaines questions essentielles sont indispensables pour améliorer les conditions sanitaires et nutritionnelles de femmes et l'intégration des problèmes féminins dans les politiques de développement agro-alimentaires devrait être effectuée.

ABSTRACT

This article shows that the combined effects of quantitatively and qualitatively poor food intakes, frequent pregnancies at short intervals, intense physical work, low literacy levels, poor environmental conditions, heavy responsibilities and very little social acknowledgment, have repercussions on women's and health and nutritional condition and an that of their children. It is indispensable to provide concrete responses to certain fundamental questions in order to improve the health and nutrition conditions for women, as well as to incorporate women's problems in agro-food development policies.