



**Convention sur l'élimination  
de toutes les formes  
de discrimination à l'égard  
des femmes**

Distr. générale  
10 février 2000  
Français  
Original: anglais

---

**Comité pour l'élimination de la discrimination  
à l'égard des femmes**

**Vingt-deuxième session**

19 janvier-4 février 2000

Point 5 de l'ordre du jour

**Moyens d'appliquer l'article 21 de la Convention**

**sur l'élimination de toutes les formes de discrimination**

**à l'égard des femmes**

**Rapports présentés par les institutions spécialisées  
des Nations Unies sur l'application de la Convention  
dans les domaines relevant de leur compétence**

**Note du Secrétaire général**

**Additif**

**Organisation mondiale de la santé**

1. Au nom du Comité, le Secrétariat a invité l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le 18 novembre 1999, à soumettre au Comité, au plus tard le 20 décembre 1999, un rapport sur les renseignements communiqués à l'OMS par les États, au sujet de l'application de l'article 12 et d'articles connexes de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui viendraient compléter les informations contenues dans les rapports présentés par les États parties à la Convention qui seront examinés à la vingt-deuxième session.
2. Le Comité a également demandé d'autres informations sur les activités, programmes et décisions de l'OMS visant à favoriser l'application de l'article 12 et d'articles connexes de la Convention.
3. Le rapport ci-joint est présenté à la demande du Comité.

## Annexe

# Rapport de l'Organisation mondiale de la santé sur les informations que lui ont présentées les États au sujet de l'application de l'article 12 de la Convention

## Introduction

L'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes exige des États parties qu'ils «prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille». L'article appelle en outre tout particulièrement l'attention sur «[les services appropriés à fournir] pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement». Le Programme d'action de Beijing (1995) reprend cet article et le renforce en précisant les cinq objectifs stratégiques suivants (C.1-C.5) :

- Élargir l'accès des femmes tout au long de leur vie à des soins de santé, à l'information et à des services connexes adaptés, abordables et de bonne qualité;
- Renforcer les programmes de prévention propres à améliorer la santé des femmes;
- Lancer des initiatives tenant compte des besoins des femmes face aux maladies sexuellement transmissibles, au VIH/sida et aux autres problèmes de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation;
- Promouvoir la recherche et diffuser des informations sur la santé des femmes; et
- Augmenter les ressources consacrées à la santé des femmes et suivre et évaluer la situation dans ce domaine.

Le présent rapport contient les données actuellement disponibles sur divers indicateurs relatifs à la santé dans les pays présentant leur premier ou leur deuxième rapport au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Inde, Jordanie, Myanmar et République démocratique du Congo). Il comporte les quatre parties suivantes : santé en matière de sexualité et de procréation, VIH/sida, amélioration de la santé et prévention des maladies, et violence contre les femmes.

### 1. Santé en matière de sexualité et de procréation

#### 1.1 Santé maternelle (tableau 1.1)

Le tableau 1.1 donne des taux de mortalité maternelle exprimés en nombre de décès pour 100 000 naissances d'enfants vivants. Les chiffres de l'Inde, du Myanmar et de la République démocratique du Congo, soit 570, 580 et 870 respectivement, montrent que l'accouchement reste une cause importante de maladie et de décès pour les femmes de ces pays. L'Inde a transmis récemment des observations détaillées desquelles il ressort que son taux de mortalité maternelle n'est plus que de 410, mais l'écart entre ses différents États demeure important, puisque les chiffres par État se situent entre 100 à 700 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes<sup>1,2</sup>. De même, le Myanmar signale une baisse de son taux de mortalité maternelle, qui n'était plus que de 196 en 1996<sup>1,2</sup>.

## 1.2 Avortement

Le tableau 1.2 fait le point du statut juridique de l'avortement dans les pays concernés. Les avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité représentent un grand danger pour la santé des femmes, provoquant par exemple jusqu'à 14 % des décès liés à la maternité en Inde. Ce pays souligne la jeunesse des femmes qui y sont mortes des suites d'avortements en 1994 : 60 % d'entre elles étaient âgées de 15 à 24 ans. Pour la même année, les données des hôpitaux du Myanmar montrent que 50 à 60 % des décès liés à la maternité étaient directement dus aux complications d'avortements (qu'ils soient naturels ou provoqués). L'Inde est le pays qui a la législation la plus libérale en matière d'avortement. Mais, comme le montrent ses chiffres, des dispositions juridiques ne suffisent pas toujours à entraîner des réductions dans le nombre d'avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, et ceci pour des raisons culturelles, médicales, infrastructurelles et autres.

L'Organisation mondiale de la santé a imaginé en 1999 de renforcer les mesures de réduction des décès liés à la maternité, et notamment la prévention des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, dans le cadre d'une initiative visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et néonatales intitulée «Initiative pour une grossesse à moindre risque». Les activités entreprises dans le cadre de cette initiative seront menées dans les pays membres, en tenant compte de leur législation et de leur culture, et elles commenceront dans 10 pays prioritaires durant l'exercice biennal 2000-2001, pour s'étendre graduellement à 50 pays d'ici à l'an 2006.

## 1.3 Pratique de la contraception et fécondité totale

Le taux de femmes mariées pratiquant la contraception varie entre 8 % en République démocratique du Congo et 53 % en Jordanie<sup>3</sup>. Le chiffre avancé par l'Inde, soit 41 %, est relativement faible, mais il tient au fait que pour un grand nombre de femmes, la stérilisation féminine est encore la principale méthode de planification familiale, l'âge médian de la stérilisation étant de 27 ans. Les méthodes qui engagent la responsabilité masculine, telles que le port d'un préservatif ou la vasectomie, représentent une part négligeable de la planification familiale. Au Myanmar, les 17 % cités pour l'ensemble de l'année 1995 recouvrent des taux qui atteignent les 30 % dans certaines régions, ce qui montre à quel point l'État est déterminé à encourager la planification familiale.

Les taux de fécondité totale sont de 3,1 pour l'Inde, 4,9 pour la Jordanie, 2,4 pour le Myanmar et 6,4 pour la République démocratique du Congo. Il faudra que la pratique de la contraception se répande au Congo si le taux de fécondité totale doit baisser dans ce pays.

## 2. VIH/sida

Il ressort des estimations présentées au tableau 2 que 4,35 % des adultes sont séropositifs ou atteints du sida en République démocratique du Congo, contre 1,79 %, 0,02 % et 0,82 % au Myanmar, en Jordanie et en Inde, respectivement. Il n'en demeure pas moins que l'Inde (avec le Myanmar) a le plus grand nombre de personnes touchées en valeur absolue. L'Inde comptait en effet 8 491 cas de sida au total en septembre 1999, et le nombre de séropositifs y était estimé à 3,5 millions. Il y aurait par ailleurs toujours en Inde et dans la catégorie des sidas déclarés, trois hommes pour une femme. Quatre-vingt onze pour cent des cas de sida ont entre 15 et 49 ans et 4,6 % sont des enfants. Les rapports hétérosexuels sont le mode le plus fréquent de diffusion de l'infection (85 %), suivis de l'utilisation par les toxicomanes de seringues déjà usagées (7 %) et des transmissions de mère à enfant (5 %).

En République démocratique du Congo, fin 1997, plus de la moitié des adultes séropositifs ou atteints du sida étaient des femmes, dans des proportions qui atteignaient les 34 % à 64 % de séropositives chez les travailleuses du sexe (OMS, 1999). Bien que l'on sache qu'en République démocratique du Congo, l'injection de drogue ne constitue pas une voie importante de propagation du VIH, on ignore dans quelle mesure les travailleuses du sexe sont aussi des toxicomanes<sup>4</sup>.

En Inde, le nombre de séropositifs est monté en flèche ces dernières années parmi les toxicomanes utilisateurs de seringues usagées. Il est donc fort probable qu'un grand nombre de femmes appartenant à cette catégorie soient séropositives. L'OMS n'a cependant pas reçu de données sexospécifiques sur cette question.

En ce qui concerne la Jordanie, un cas de sida chez un toxicomane et deux cas de sida transmis sexuellement ont été signalés fin 1997.

Le Myanmar comptait 2 854 cas de sida en décembre 1998 et le nombre de séropositifs y est estimé à 440 000. Le rapport hommes/femmes est de quatre hommes pour une femme, et la transmission hétérosexuelle est le principal mode de propagation.

### **3. Tabagisme féminin**

Il ressort du tableau 3 que le Myanmar a un pourcentage important de fumeuses (16 %) alors que la Jordanie n'en a que 5 %. En Inde, ce pourcentage est relativement faible (0,2 %); il n'existe pas de données pour la République démocratique du Congo. Des initiatives lancées récemment par l'Organisation mondiale de la santé doivent aider divers pays à réduire leur consommation de tabac<sup>5</sup>.

### **4. Violence à l'égard des femmes**

Il est désormais admis que la violence à l'égard des femmes représente un grand danger pour leur santé (voir tableau 4). Des études menées en Inde montrent que 19 % à 75 % des femmes ont été victimes de coups et blessures, la plupart des cas dans le domicile familial. Le Myanmar signale des taux de 3,4 % à 9 % pour les coups et blessures infligés aux femmes et des taux de 11 % à 19 % pour les sévices mentaux<sup>6</sup>.

### **5. Autres problèmes médicaux**

En Inde, les femmes et les filles connaissent de graves problèmes de nutrition. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est signale que 40 % de la population indienne consomme un apport énergétique inférieur à 80 % des normes requises. La malnutrition protéo-énergétique grave est en baisse chez les enfants d'âge préscolaire, de même que l'insuffisance pondérale, qui demeure tout de même élevée, avec un taux de 50 %. Des discriminations quant aux quantités de nourriture allouées par les familles indiennes à leurs filles ont également été signalées.

Toujours en Inde, la tuberculose serait l'une des principales causes de décès chez les femmes ayant des maladies transmissibles. La santé des femmes commence à se détériorer lorsqu'elles sont infectées. La maladie mentale affecte près de 15 % des femmes et 11 % des hommes.

Le Myanmar connaît des problèmes nutritionnels similaires à ceux de l'Inde. L'anémie y est recensée chez 48 % des femmes enceintes, 36 % des femmes qui ne le sont pas et 30 % des enfants de moins de 5 ans. La malaria est aussi un gros problème, mais elle touche plus les hommes que les femmes.

Tableau 1.1  
**Mortalité maternelle et pourcentage d'accouchements en présence de personnel qualifié (derniers chiffres)**

	<i>Taux de mortalité maternelle (estimations de 1990)</i>	<i>Pourcentage d'accouchements en présence de personnel de santé qualifié (derniers chiffres)</i>
Inde	570	35
Jordanie	150	97
Myanmar	580	57
République démocratique du Congo	870	Non disponible

Tableau 1.2  
**Statut juridique de l'avortement**

	<i>Raisons pour lesquelles l'avortement est autorisé</i>						
	<i>Sauver la vie de la mère</i>	<i>Préserver la santé physique</i>	<i>Préserver la santé mentale</i>	<i>Grossesse par suite de viol ou d'inceste</i>	<i>Malformation du fœtus</i>	<i>Raisons économiques et sociales</i>	<i>Sur demande</i>
Inde	x	x	x	x	x	x	x
Jordanie	x	x	x				
Myanmar	x						
République démocratique du Congo	x						

Tableau 1.3  
**Pratique de la contraception et fécondité totale**

	<i>Pourcentage de femmes mariées pratiquant la contraception</i>		<i>Fécondité totale 1995-2000</i>
	<i>Toutes méthodes confondues</i>	<i>Années</i>	
Inde	41	1992-1993	3,1
Jordanie	53	1997	4,9
Myanmar	17	1992	2,4
République démocratique du Congo	8	1991	6,4

Tableau 2  
VIH/sida

	VIH/sida			Principaux modes de transmission
	Pourcentage d'adultes atteints	Pourcentage médian de femmes enceintes atteintes en milieu urbain	Pourcentage médian de femmes enceintes atteintes en milieu non urbain	
Inde	0,82	2,5	2,4	–
Jordanie	0,02	0,0	–	–
Myanmar	1,79	0,8	1,0	–
République démocratique du Congo	4,35	4,3	4,0	Hétérosexuel (3 666/4 744 en 1996)

Tableau 3  
Tabagisme chez les femmes

	Nombre de fumeuses âgées de 15 à 25 ans	
	Pourcentage	Année ou étude
Inde	0,20	1996
Jordanie	5,00	1996
Myanmar	16,00	1996
République démocratique du Congo	Aucune donnée	–

Tableau 4  
**Violence à l'encontre des femmes**

	<i>Données recueillies sur le terrain</i>	<i>Taille de l'échantillon</i>	<i>Caracté- ristiques de l'échantillon</i>	<i>Cause des violences</i>	<i>Lieu des violences</i>	<i>Moment des violences</i>	<i>Relations entre l'agresseur et sa victime</i>	<i>Tous types</i>	<i>Coups et blessures %</i>	<i>Viol</i>	<i>Notes</i>
Inde											
Trois villages du sud	1997P	163	W 15 +	Conflits relationnels	Domicile familial	Durant les années de mariage	Mari		22,0		Les chiffres sont peut-être en deçà de la réalité car les données qualitatives indiquaient que certaines violences ne constituaient pas un sévice
Mumbai (Bombay)	1995-1997	65	Femmes mariées	Conflits relationnels	Le quartier	Durant les années de mariage	Mari		49,2		
Zones rurales de deux États	1993-1994	1 842	Femmes mariées. Conflits relationnels.	Conflits relationnels	Domicile familial	Durant les années de mariage	Mari		40,0		Les femmes ont été interrogées cinq fois. Des renseignements complémentaires sur les méthodes utilisées ont été obtenus auprès des chercheurs.
Tamil Nadu	1993-1994	983	Femmes mariées	Conflits relationnels	Domicile familial	Durant les années de mariage	Mari		37,0		Les femmes ont été interrogées cinq fois. Des renseignements complémentaires sur les méthodes utilisées ont été obtenus auprès des chercheurs.
Uttar Pradesh	1993-1994	859	Femmes mariées	Conflits relationnels	Domicile familial	Durant les années de mariage	Mari		44,7		Les femmes ont été interrogées cinq fois. Des renseignements complémentaires sur les méthodes utilisées ont été obtenus auprès des chercheurs.
Uttar Pradesh	1996	6 926	Hommes mariés	Conflits relationnels	Le quartier	Durant les années de mariage	Mari		28,0		Les maris ont signalés les violences qu'ils avaient infligées à leur femme
Uttar Pradesh	1996	98	Femmes mariées	Conflits relationnels	Deux villages	Toutes relations confondues	Mari		68,0		

*Notes*

- <sup>1</sup> Bureau régional de l’OMS pour l’Asie du Sud-Est (1999). Health Situation in the South-east Asia Region 1994-1997.
  - <sup>2</sup> Estimations révisées pour 1990 de la mortalité maternelle : nouvelle méthodologie OMS, UNICEF, Genève (1996).
  - <sup>3</sup> Division de la population du Secrétariat de l’Organisation des Nations Unies, New York (1999).
  - <sup>4</sup> OMS/ONUSIDA : Fiches épidémiologiques sur le VIH-sida et les maladies sexuellement transmissibles, Genève (1999).
  - <sup>5</sup> OMS, Initiative pour un monde sans tabac (1999).
  - <sup>6</sup> Base de données de l’OMS sur la violence contre les femmes (1999).
-