



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

Distr. générale  
23 mai 2002  
Français  
Original: anglais

---

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

**Vingt-septième session**

3-21 juin 2002

Point 5 de l'ordre du jour provisoire\*

**Application de l'article 21 de la Convention  
sur l'élimination de toutes les formes  
de discrimination à l'égard des femmes**

**Rapport présenté par les institutions spécialisées  
des Nations Unies sur l'application de la Convention  
dans les domaines entrant dans le cadre de leurs activités**

**Note du Secrétaire général\*\***

**Additif**

**Organisation mondiale de la santé**

1. Le 17 avril 2002, le Secrétariat a invité l'Organisation mondiale de la santé (OMS), au nom du Comité, à présenter à ce dernier un rapport sur les informations qui lui avaient été fournies par les États concernant l'application de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dans les domaines entrant dans le cadre de ses activités qui viendraient compléter les informations figurant dans les rapports des États parties à la Convention devant être examinées à la vingt-septième session du Comité.
2. Le Comité a également souhaité recevoir des informations sur les activités et programmes entrepris par l'OMS et les décisions de principe adoptées pour promouvoir l'application de la Convention.
3. Le rapport qui figure en annexe a été présenté comme suite à la demande du Comité.

---

\* CEDAW/C/2002/II/1.

\*\* Le présent document a été soumis tardivement aux services de conférence sans qu'il soit fourni d'explications du type de celles qui sont demandées au paragraphe 8 de la résolution 53/208 B de l'Assemblée générale, dans lequel l'Assemblée avait décidé que les raisons de ce retard seraient indiquées dans une note explicative figurant dans le document.



## Annexe

### **Rapport de l'Organisation mondiale de la santé au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes à sa vingt-septième session**

#### **Observations relatives à la santé des femmes dans les États parties présentant des rapports initiaux : Congo, Saint-Kitts-et-Nevis et Suriname**

#### **I. Introduction**

1. Le problème de la santé des femmes est une question à laquelle la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes accorde, tant directement qu'indirectement, une certaine importance, et les effets préjudiciables que la discrimination peut avoir sur la santé des femmes constituent un thème qui apparaît à plusieurs reprises dans cet instrument. C'est ainsi que l'article 12 stipule expressément que les États parties ont l'obligation de prendre « 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 ».

2. D'autres articles viennent renforcer et élargir la portée de l'article susmentionné, en appelant à l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans plusieurs domaines liés à la santé. C'est le cas notamment de l'article 10 qui a trait à l'éducation, de l'article 14 qui porte sur les femmes rurales et de l'article 16 qui traite de la famille et des relations familiales. De la même façon, les Recommandations générales ont développé et précisé d'autres questions qui touchent à la santé et que le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes juge elles aussi importantes pour la détection des cas de discrimination. Ces recommandations sont les suivantes : recommandations No 12 (1989) et No 19 (1992) concernant la violence à l'égard des femmes, recommandation No 14 (1990) relative à la clitoridectomie, recommandation No 15 (1990) relative aux moyens d'éviter la discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales de prévention du sida et de lutte contre cette maladie, recommandation No 18 (1991) relative aux femmes handicapées et recommandation No 24 (1999) dans laquelle le Comité présente ses observations les plus exhaustives sur la santé des femmes.

3. La recommandation générale No 24 qui a trait dans son intégralité à la santé est particulièrement importante. Elle replace le problème de la santé des femmes dans une perspective globale qui porte sur tout le cycle de vie, en tenant compte de l'importance que revêtent les besoins spécifiques des femmes aux différents stades de leur existence.

4. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a le plaisir de soumettre le présent rapport où figurent des informations qui pourraient compléter les rapports des États parties et d'appeler l'attention sur certaines questions en rapport avec la santé des femmes sur lesquelles le Comité voudra peut-être se pencher.

5. Les informations qui sont fournies pour chaque pays sont regroupées sous différents intitulés – renseignements de base, enfants, adolescent(e)s, femmes, femmes âgées et conclusions – et consistent, dans chacun des cas, en des données intéressantes tout particulièrement la santé des femmes de tous âges.

6. Il est regrettable que, dans beaucoup de pays, une bonne partie des données de référence relatives aux femmes qui sont publiées ne contiennent aucune information concernant un certain nombre de questions importantes pour la santé des femmes, en particulier la santé des femmes pauvres, ou tendent à être incomplètes. C'est ainsi, par exemple, que :

- Alors que l'OMS et d'autres institutions spécialisées des Nations Unies sont profondément préoccupées par le problème de la traite des femmes et des enfants et que certains éléments donnent à penser que cette question est importante pour quelques-uns des États qui font rapport au Comité, on dispose de peu d'informations exhaustives et par pays, concernant l'étendue et la nature des menaces qui pèsent sur la santé et le bien-être des femmes victimes de la traite;
- Deux autres questions importantes et qui sont trop rarement abordées sont, d'une part, l'incidence globale et l'impact du travail des enfants ainsi que le pourcentage de petites filles et de petits garçons qui travaillent et, d'autre part, les problèmes de santé liés au travail des femmes, dans les secteurs aussi bien structurés que non structurés;
- Rares sont les données relatives aux femmes handicapées ou à celles qui vivent ou travaillent dans des conditions où elles risquent fort de contracter des maladies ou de devenir infirmes (travailleuses migrantes, réfugiées ou autres femmes obligées de quitter leur cadre social habituel, travailleuses du sexe, etc.).

Ce sont là des questions qui mériteraient d'être examinées pays par pays.

7. Enfin, outre l'intérêt de longue date que suscite la santé en matière de procréation, il serait extrêmement utile que le Comité puisse insister sur l'importance que revêt la santé des femmes. Rares en effet sont les pays qui disposent de données exhaustives et ventilées relatives aux problèmes de santé des femmes tels que :

- Les maladies transmissibles, notamment le paludisme et la tuberculose;
- Les maladies cardiovasculaires (qui tuent de plus en plus de femmes);
- Les problèmes de santé mentale;
- Les infirmités et les décès imputables au mode de vie, notamment à la toxicomanie (tabagisme et alcoolisme);
- L'arthrose, les maladies auto-immunes et autres pathologies qui sont des causes majeures d'infirmité et de décès chez les femmes âgées.

8. En sa qualité d'organisation membre du système des Nations Unies, l'OMS prend très au sérieux le processus d'établissement de rapport du Comité, qu'elle considère comme un moyen important d'enrichir les travaux consacrés à la santé des femmes. Pour appuyer ces efforts, son Département genre et santé des femmes est en train de rédiger une publication destinée à aider les agents de l'OMS qui

oeuvrent, de concert avec les gouvernements de contrepartie, à l'élaboration des volets « Santé » qui figurent dans les rapports de pays devant être soumis au Comité. Le document a été élaboré avec la participation de tous les bureaux régionaux et départements techniques de l'OMS et en collaboration avec Rights and Humanity. On espère que le Comité apportera lui aussi une contribution à ce projet de publication, à sa vingt-septième session.

## **II. Congo**

### **Renseignements de base**

9. Le Congo (Brazzaville) compte au total 3 millions d'habitants<sup>1</sup> et le taux d'accroissement de la population y est de 3,1 %<sup>2</sup>. Le pourcentage de femmes, soit 51 % du total de la population, est pratiquement équivalent à celui des hommes. L'espérance de vie à la naissance est relativement peu élevée. Toutefois, comme cela est le cas dans bon nombre d'autres pays, les femmes ont une espérance de vie (53 ans) supérieure à celle des hommes qui n'est que de 50 ans<sup>3</sup>.

10. La majorité des congolais (65,4 % en 2000, d'après les estimations) vivent dans les zones urbaines<sup>4</sup>. Le taux d'accroissement annuel de la population urbaine pour la période 2000-2005 a été estimé à 3,96 %, pourcentage légèrement inférieur au chiffre correspondant pour la région (Afrique centrale) et qui, pour la même période, s'élevait à 4,4%<sup>5</sup>.

11. Selon les chiffres de la Banque mondiale, le Congo se rangerait dans la catégorie des pays à faible revenu<sup>6</sup>. En 1999, le produit national brut (PNB) par tête d'habitant était de 670 dollars<sup>7</sup>. En 1998, la part totale des dépenses de santé avait été estimée à 3 % du produit intérieur brut (PIB), pourcentage légèrement inférieur à celui de 1997<sup>8</sup>.

12. La situation à laquelle est confronté le pays est difficile dans le domaine de la santé et pour tout ce qui touche au développement humain. Ces difficultés ont été analysées de façon assez détaillée dans les observations finales du Comité des droits économiques, sociaux et culturels<sup>9</sup>. La guerre civile a provoqué des déplacements massifs de population, perturbé profondément la vie économique et désorganisé les circuits de production et de commercialisation de denrées alimentaires. Ces bouleversements ont eu des répercussions très négatives sur la vie quotidienne. Les systèmes de santé ont eux aussi été très affectés.

### **Enfants**

13. La moitié environ (46,3 %) de la population est âgée de moins de 15 ans<sup>10</sup>. Près d'un quart (23 %) sont des adolescents âgés de 10 à 19 ans<sup>11</sup>. Le taux de mortalité infantile (probabilité de décéder avant l'âge de 1 an) des filles et celui des garçons s'élèvent respectivement à 87,2 et à 100 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>12</sup>. Le taux de mortalité infanto-juvénile (probabilité de décéder avant l'âge de 5 ans) des filles et celui des garçons sont estimés respectivement à 122 et à 134 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>13</sup>. Les enfants qui survivent continuent de souffrir de graves problèmes de santé et de malnutrition. Le pourcentage d'enfants

mal nourris est élevé, les taux de vaccination sont bas et l'impact du sida se fait de plus en plus sentir.

14. Au Congo, le pourcentage d'enfants de moins de 5 ans émaciés est plus ou moins équivalent à la moyenne régionale, à savoir 10 %<sup>14</sup>. Toutefois, 45 % de ces enfants souffrent de légers et de graves retards de croissance, contre 35 % au niveau régional et 30 % à l'échelle mondiale<sup>15</sup>. Les taux de vaccination atteignent tout au plus 50 %. Malheureusement, ni les données relatives à la nutrition ni celles qui ont trait aux vaccinations ne sont ventilées par sexe.

Tableau 1

**Taux de vaccination des enfants, au Congo  
(années 1995 et 2000)<sup>16</sup>**

Année	<i>Tuberculose (BCG)</i>	<i>DTC3</i>	<i>Poliomyélite (Pol 3)</i>	<i>Rougeole</i>
	<i>(en pourcentage)</i>			
1995	50	47	47	42
2000	50	33	n.a.	34

15. Le VIH/sida a, tant directement qu'indirectement, un impact désastreux sur les enfants congolais. À la fin de 1999, 4 000 enfants de moins de 15 ans étaient séropositifs et 35 103 étaient des orphelins du sida, ayant perdu leur mère ou leurs deux parents décédés des suites de cette maladie<sup>17</sup>. Il y a tout lieu de croire que ces chiffres ont beaucoup augmenté depuis.

**Observations**

16. Les données susmentionnées ont des incidences non négligeables sur la politique nationale ainsi que sur la structure et le développement des services publics, en particulier dans des secteurs comme la santé et l'éducation. Vu le peu de données ventilées disponibles, il est difficile de savoir s'il existe des problèmes qui touchent beaucoup plus les filles que les garçons. En conséquence, le Comité souhaitera peut-être insister auprès des représentants du Congo sur la nécessité de veiller au strict respect des règles d'équité et d'égalité lorsque l'on oeuvre en faveur de la santé des enfants et du développement des infrastructures requises à cet égard. Les retards de croissance qui touchent 45 % des enfants congolais de moins de 5 ans ont des effets qui durent toute la vie et peuvent être irréversibles. De la même façon, le niveau peu élevé des taux de vaccination signifie que la majorité des enfants congolais courent le risque de contracter des maladies ou des handicaps que l'on peut prévenir et qui peuvent parfois être fatals. Ces carences coûtent cher aux individus et au pays car elles peuvent causer des décès prématurés et être à l'origine d'handicaps permanents qui entraînent une perte de dignité et de productivité. Au vu de ce qui précède, il faudrait, dans tous les débats portant sur la santé, insister sur le caractère indispensable d'une gestion adaptée des politiques de santé et de nutrition au stade de la petite enfance, et ce aussi bien pour les filles que pour les garçons.

## Adolescents

17. Dans le domaine de la santé, on a de bonnes raisons de penser que les deux problèmes qui requièrent le plus d'attention et de mesures palliatives sont les grossesses précoces et le VIH/sida. Durant la période 1995-2000, on a recensé 141 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans<sup>18</sup>. Ce chiffre était à peu près équivalent à celui qui avait été calculé pour la région (143 naissances pour 1 000<sup>19</sup>), mais était beaucoup trop élevé pour la santé et le développement des mères et de leurs enfants. Bien que l'on ne dispose pas de statistiques sur le nombre d'adolescents séropositifs, on notera toutefois que, dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans, le taux de séropositivité est estimé à 6,5 % pour les jeunes filles et les jeunes femmes et à 3,2 % seulement pour les jeunes gens<sup>20</sup>.

18. Les données relatives aux grossesses d'adolescentes, aux taux d'infection par le VIH et aux différences qui existent entre le taux de séropositivité des filles et celui des garçons montrent toutes qu'il importe d'agir au plus vite pour qu'on puisse disposer de davantage d'informations et de services appropriés dans le domaine de la santé et accéder plus aisément à ce type de prestations, notamment celles qui visent à répondre aux besoins des adolescentes en matière de santé de la procréation. Vu que, dans le secondaire, le taux de scolarisation brut des filles n'est que de 45 %<sup>21</sup>, il faudrait, avant même d'entreprendre quoi que ce soit, s'attacher à recenser les activités des adolescentes pour savoir où et quand on a les meilleures chances de les atteindre et les aider à se prendre en charge de manière à pouvoir prendre les mesures qui s'imposent.

19. Le problème de la guerre civile et des effets que ce conflit a eus sur de nombreux aspects de la vie a été longuement débattu par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. À ce propos, il convient de mentionner un autre problème qui, lui aussi, touche à la santé des adolescentes congolaises, à savoir leur participation à des activités militaires présentes ou passées, à titre de combattantes ou de membres du système d'appui aux combattants. Malheureusement, on dispose de très peu de données sur la question.

## Observations

20. Les menaces qui pèsent sur la santé des adolescentes sont nombreuses, mais les plus graves sont celles qui ont trait à la santé et aux comportements en matière de sexualité et de procréation. Les données relatives aux grossesses d'adolescentes et à l'infection par le VIH donnent à penser que les rôles traditionnellement prescrits aux femmes exposent les adolescentes à des risques de grossesse et de maladie démesurés et ne leur laissent pratiquement aucune possibilité de se protéger. À ce propos et conformément au paragraphe 18 de la recommandation générale No 24<sup>22</sup>, le Comité souhaitera peut-être poursuivre ses échanges de vues avec les représentants du Congo, en mettant l'accent sur la nécessité de mettre à disposition des informations et des services relatifs à la santé en matière de procréation qui soient sexospécifiques et tiennent compte de l'âge. Des initiatives visant à faciliter l'évolution des mentalités ainsi que l'acceptation de relations plus équitables et plus équilibrées entre hommes et femmes pourraient contribuer à renforcer l'efficacité des efforts décrits plus haut.

21. Comme le stipulent la Convention relative aux droits de l'enfant et les règles visant à contribuer au développement harmonieux des filles, il faudrait fermement

dissuader ces dernières de participer à des activités militaires. En conséquence, le Comité souhaitera peut-être réfléchir aux moyens de réinsertion disponibles et aux efforts qui permettraient d'empêcher les fillettes et les jeunes filles de participer à des activités militaires ou paramilitaires susceptibles de nuire à leur santé et à leur développement physiques et mentaux.

## Femmes

22. Les femmes partagent avec la communauté tout entière les difficultés d'une existence marquée par la pauvreté, l'insécurité, la guerre civile et les bouleversements sociaux. Ce sont de fait elles qui sont les plus touchées par ces conditions de vie qui mettent gravement en péril leur santé physique et mentale. Dans leurs rapports, la Commission des droits de l'homme et la Commission des droits économiques, sociaux et culturels ont toutes deux appelé l'attention sur des problèmes aussi omniprésents que la violence au sein de la famille, les sévices que les hommes armés infligent aux femmes, la désorganisation massive des circuits de production alimentaire et le manque de services sanitaires, dans les villes comme dans les campagnes. On a de bonnes raisons de penser que ces facteurs contribuent pour beaucoup aux taux de fécondité généralement élevés qui caractérisent le Congo (6,3 enfants par femme en 2000<sup>23</sup> à comparer avec une moyenne mondiale de 2,68 enfants par femme<sup>24</sup>) ainsi qu'au mauvais état de santé des femmes congolaises. Toutefois, on dispose de très peu de données sur la question. À ces difficultés vient s'ajouter l'épidémie de VIH/sida qui ne cesse de gagner du terrain. À la fin de 1999, le pourcentage de séropositifs avait été estimé à 6,43 % (45 000 femmes et 37 000 hommes<sup>25</sup>).

23. Les femmes les plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé particuliers sont celles qui appartiennent à la catégorie des populations à risque (réfugié(e)s, demandeurs(euses) d'asile et rapatrié(e)s). À la fin de 1999, leur nombre s'élevait à 63 000, soit 53,8 % du total des populations susmentionnées<sup>26</sup>.

## Observations

24. Il faudrait s'attacher à trouver progressivement des moyens de répondre aux besoins de santé des femmes du Congo, tant celles qui appartiennent au gros de la population que celles qui se rangent dans la catégorie des réfugiés et autres personnes en situation précaire, tout en tentant de remédier aux risques que ces femmes encourent et aux facteurs qui les rendent particulièrement vulnérables. Les femmes ont droit, quel que soit le lieu où elles se trouvent, à des informations et à des services de bases convenables dans le domaine de la santé et à une protection adéquate qui permette de préserver leur dignité et leur intégrité physique. En conséquence, le Comité souhaitera peut-être s'enquérir de l'existence de plans immédiats et à long terme visant à exécuter des programmes et à mettre en place des infrastructures communautaires et des systèmes d'appui qui puissent garantir aux femmes du Congo un accès à des services sanitaires de plus en plus efficaces et conformes aux normes énoncées dans la recommandation générale sur la santé. Vu la situation extrêmement éprouvante vécue par une bonne partie de la population tout au long de ces dernières années, il importe de tenir dûment compte de l'avis des femmes lors de la mise en place et du développement de services sanitaires et de la définition de priorités en la matière.

### III. Saint-Kitts-et-Nevis

25. Les statistiques relatives à Saint-Kitts-et-Nevis sont difficiles à obtenir et, au moment où le présent rapport a été établi, le rapport de pays n'avait pas encore été affiché sur l'Internet. C'est la raison pour laquelle l'analyse ci-après est peu détaillée et les questions portées à l'attention du Comité sont peu nombreuses.

#### Renseignements de base

26. Saint-Kitts-et-Nevis compte au total 38 000 habitants<sup>27</sup>. Durant la période 1990-2000, le taux d'accroissement de la population a été négatif (-0,8 %<sup>28</sup>). Soixante pour cent de la population vit dans les zones rurales<sup>29</sup>.

27. L'espérance de vie à la naissance est de 72 ans pour les femmes et de 66,1 ans pour les hommes<sup>30</sup>. Le pourcentage d'habitants vivant dans les zones urbaines (34,1 %<sup>31</sup>) est beaucoup plus bas que dans les autres régions des Caraïbes (63 %<sup>32</sup>). La Banque mondiale classe Saint-Kitts-et-Nevis, dont le PNB annuel par tête d'habitant s'élève à 6 420 dollars<sup>33</sup>, dans la tranche supérieure des pays à revenu intermédiaire.

#### Enfants et adolescents

28. Les statistiques de mortalité infantile et juvéno-infantile témoignent de l'avantage biologique que détiennent les filles par rapport aux garçons. En effet, le taux de mortalité infantile est moins élevé chez les filles (17 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>34</sup>) que chez les garçons (23 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>35</sup>). Bien que l'on n'ait malheureusement pas de données ventilées par sexe, les taux de vaccination sont satisfaisants, 99 à 100 % des enfants étant complètement vaccinés au moment où ils atteignent l'âge de 1 an<sup>36</sup>. Par contre, même si la situation économique du pays a été relativement bonne sur le plan de la nutrition, les taux de malnutrition, du moins ceux qui portent sur la période 1995-2000, sont élevés, et ce en termes aussi bien absolus que relatifs : ils sont équivalents ou supérieurs à la moyenne mondiale et dépassent de loin la moyenne régionale.

Tableau 2

#### Prévalence de la malnutrition juvéno-infantile à Saint-Kitts-et-Nevis (Pourcentage d'enfants de moins de 5 ans)<sup>37</sup>

	<i>Insuffisance pondérale</i>	<i>Émaciation (légère et grave)</i>	<i>Retards de croissance (légers et graves)</i>
Saint-Kitts-et-Nevis	11	9	42
Région	1	2	17
Monde	11	10	32

Il y a lieu de se préoccuper des taux de malnutrition élevés dont il est fait état ci-dessus.

**Observations**

29. Le Comité souhaitera peut-être encourager l'État partie à enquêter sur les causes de la malnutrition, en s'attachant en particulier à déterminer s'il existe des différences entre l'état nutritionnel des filles et celui des garçons et, dans l'affirmative, de préciser quelles sont ces différences, tout en cherchant à savoir s'il pourrait y avoir de quelconques modes d'alimentation susceptibles d'avoir des effets préjudiciables sur la nutrition des petites et jeunes filles.

**Femmes**

30. D'une manière générale, très peu de données relatives à l'état de santé des femmes de Saint-Kitts-et-Nevis sont publiées. Néanmoins, on dispose de données indiquant qu'en 1998 le taux de mortalité maternelle était de 130 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>38</sup>.

**Observations**

31. Le taux de mortalité maternelle susmentionné est, si on le compare aux moyennes mondiales, relativement élevé. Aussi, le Comité souhaitera-t-il peut-être enquêter sur les raisons qui ont conduit à l'obtention d'un pourcentage aussi haut et encourager l'État partie à faire le nécessaire pour améliorer la qualité de l'information et des services disponibles, par la voie notamment de services de santé communautaires, en vue de redresser la situation. Le Comité voudra aussi peut-être appeler l'attention sur les besoins spécifiques des femmes âgées et des femmes handicapées.

**IV. Suriname****Renseignements de base**

32. Le Suriname compte 417 000 habitants<sup>39</sup>, le pourcentage de femmes (50,36 %) étant à peu près équivalent à celui des hommes. Le taux d'accroissement annuel de la population est de 0,4 %<sup>40</sup>. Trente et un pour cent des Surinamais (soit 127 200 personnes) sont âgés de moins de 15 ans<sup>41</sup>. Un quart environ (23 %) de la population est composé de jeunes garçons et d'adolescents âgés de 10 à 19 ans<sup>42</sup>. L'espérance de vie à la naissance est plus élevée pour les femmes (73,5 ans) que pour les hommes (68 ans<sup>43</sup>). Les trois quarts environ (74,2 %) des Surinamais vivent dans les zones urbaines<sup>44</sup>. En 2000, la Banque mondiale a classé le Suriname dans la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire<sup>45</sup>.

33. Bien que certaines données relatives à la santé au Suriname soient du domaine public, y compris des données touchant à la santé des femmes, bon nombre de ces informations font référence à des études réalisées dans un établissement ou une localité spécifique et datent de surcroît, de six ans ou plus. Aussi est-il difficile de tirer des conclusions dûment fondées sur la situation, les tendances et les problèmes auxquels la population surinamaïse est confrontée dans le domaine de la santé des femmes. Les présentes notes tentent de présenter certains domaines d'intérêt ou sujets de préoccupation, mais sont, par la force des choses, de portée limitée.

## Enfants et adolescents

34. À l'instar de ce qui se passe dans la plupart des régions du monde, les taux de mortalité infantile, à savoir le pourcentage d'enfants qui décèdent avant l'âge de 1 an, sont moins élevés chez les filles (19 décès pour 1 000 naissances vivantes) que chez les garçons (27 décès pour 1 000 naissances vivantes<sup>46</sup>). Il en va de même pour le taux de mortalité juvénile-infantile (nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans pour 1 000 naissances vivantes) qui est de 27 pour les filles et de 29<sup>47</sup> pour les garçons. Ces chiffres traduisent une amélioration par rapport à 1997, où ils étaient considérablement plus élevés (39 pour les filles et 51 pour les garçons<sup>48</sup>). Malheureusement, dans le cas du Suriname, il n'a semble-t-il pas été possible d'obtenir des données fiables, complètes et ventilées touchant à la nutrition des enfants. Les données relatives à l'éducation montrent que les filles, qui représentent 49,5 % des effectifs de l'enseignement primaire (taux équivalant au pourcentage de filles dans la population du même âge que les élèves du primaire), sont à égalité avec les garçons<sup>49</sup>. Le rapport du Suriname au Comité des droits de l'enfant et les observations finales de cette dernière instance rendent dûment compte des préoccupations d'ordre général que suscite la situation des enfants<sup>50</sup>.

35. Les problèmes liés à la santé qui sont les plus préoccupants et trouvent leur origine dans la discrimination sont la violence qui s'exerce à l'égard des petites et jeunes filles et l'exploitation sexuelle dont ces dernières sont victimes dès la petite enfance et pendant toute l'adolescence. Bien que la situation ne soit pas tout à fait la même dans les différentes communautés ethniques du Suriname, il ne fait pas de doute que le VIH/sida est un problème grave, qui a des répercussions sur les enfants et les adolescents. Le rapport entre le nombre de filles séropositives et celui des garçons eux aussi contaminés par le VIH, notamment parmi les adolescents et les jeunes adultes, témoigne des difficultés auxquelles se heurtent les filles désireuses de se protéger. En 2001, les taux de séropositivité avaient été estimés à 0,79 % pour les adolescents et jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans, et à 1,33 % pour les jeunes filles et jeunes femmes du même âge qui étaient ainsi presque deux fois plus nombreuses que les hommes à avoir été contaminées<sup>51</sup>. À la fin de 1999, on avait recensé 110 enfants de moins de 15 ans (de sexe indéterminé) atteints du sida<sup>52</sup> et 352 enfants rendus orphelins par cette maladie<sup>53</sup>.

36. Bien qu'il ait été difficile d'obtenir des statistiques récentes, on a de bonnes raisons de penser que le tabagisme est un problème sérieux qui touche un nombre croissant de filles. Déjà en 1987-1988, le taux de tabagisme parmi les adolescents et jeunes adultes âgés de 10 à 19 ans avait été estimé à 12 % pour les filles et à 36 % pour les garçons<sup>54</sup>. Si le Suriname a suivi la tendance qui prévaut partout ailleurs, l'industrie de la publicité a dû cultiver assidûment le marché de la jeunesse, et les chiffres cités plus haut ont probablement beaucoup augmenté. Sachant que la toxicomanie croît plus rapidement parmi les jeunes filles que chez les garçons, on peut supposer que ces filles fumeront toute leur vie et que leur tabagisme aura des effets nocifs qui s'accumuleront jusqu'aux toutes dernières années de leur existence et qui, si elles tombaient enceintes, pourraient être préjudiciables à la santé de leur bébé.

## Observations

37. Il serait bon que le Comité se penche sur trois questions importantes qui sont : la violence au sein de la famille, et plus particulièrement les mauvais traitements,

notamment les abus sexuels dont sont victimes les petites et jeunes filles; l'information, les soins et les services en rapport avec le VIH, qui doivent être fournis aux adolescents, en particulier aux adolescentes; et le tabagisme. Il faudrait des activités qui soient axées sur les jeunes adolescents et permettent de démarginaliser les filles, d'inciter les garçons à se montrer plus responsables sur le plan sexuel et de nouer des relations plus équitables et plus respectueuses de l'autre. Ces activités auraient un impact positif à court et à long terme, notamment des effets bénéfiques qui pourraient se répercuter sur plusieurs générations, les enfants étant moins susceptibles de grandir dans des foyers touchés par la violence ou par la pandémie de VIH/sida. En outre, le Comité souhaitera peut-être encourager l'État partie à procéder régulièrement, dans tout le pays, à des mises à jour de données ventilées portant sur des questions comme la nutrition, le tabagisme et la violence au sein de la famille, qui pourraient servir de fondement à des analyses de sexospécificités et de situation à même de déboucher sur des interventions visant à promouvoir et à préserver la santé des jeunes.

## Femmes

38. Le fait que les minorités et les femmes pauvres ont difficilement accès aux services de santé est préjudiciable à la santé des femmes. Ces difficultés tiennent, semble-t-il, à la pauvreté ainsi qu'à la distribution inégale des services (zones urbaines et zones de l'intérieur) et de la population. La violence à l'égard des femmes est un problème grave, dont on a déjà pris note il y a au moins 10 ans, mais auquel on ne s'est que très partiellement attaqué. Il ressort d'une étude réalisée en 1990 que 95 % des victimes de délits sexuels admises au service des urgences de l'Hôpital universitaire étaient de sexe féminin et que 20 % de ces victimes avaient moins de 10 ans<sup>55</sup>. Bien que le Gouvernement ait pris de modestes mesures pour mieux lutter contre la violence au sein de la famille, en dispensant notamment une formation à la police et en affectant des travailleurs sociaux dans certains endroits, ces interventions sont restées limitées et les filles et femmes de tous âges continuent de subir des mauvais traitements. Le mouvement des femmes a lui aussi été actif et, à la fin des années 90, certains progrès avaient déjà été signalés. Une étude réalisée par la police durant la période 1996-1997 a montré que, même si la violence au sein de la famille avait quelque peu diminué, les femmes représentaient encore 76,7 %<sup>56</sup> des victimes de ce type de violence en 1997<sup>57</sup>. Malgré cela, le débat se poursuit sur la question de savoir s'il est vraiment nécessaire que les pouvoirs publics interviennent dans des affaires comme celles de la violence au sein de la famille qui relèvent de la sphère privée. Ces tergiversations risquent d'entraver l'action officielle entreprise dans ce domaine et de perpétuer les violences exercées à l'encontre des femmes.

39. Le VIH est un problème qui devient de plus en plus grave au Suriname. La pauvreté et certains changements de normes et de valeurs ont contribué au développement de la prostitution<sup>58</sup>. En outre, du fait que les hommes continuent d'avoir le dernier mot lorsqu'il s'agit d'utiliser des préservatifs, les efforts visant à prévenir et à traiter les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, ont très peu profité aux femmes<sup>59</sup>. À la fin des années 90, le Service de dermatologie avait annoncé que 20 % des travailleuses du sexe ayant subi des tests étaient séropositives<sup>60</sup>. En 1999, le pourcentage total d'adultes séropositifs était de 1,26 %<sup>61</sup>. Ce taux était beaucoup plus élevé que la moyenne régionale (pour

l'Amérique latine), qui s'établissait à 0,5 % en 2001<sup>62</sup>. Comme cela est le cas dans bon nombre de pays, la majorité des séropositifs âgés de 18 à 25 ans sont des jeunes filles et des jeunes femmes, alors que, dans la catégorie des plus de 25 ans, les hommes sont les plus nombreux à être contaminés par le VIH<sup>63</sup>. À la fin de 1999, les femmes représentaient 33 % du total des individus âgés de 15 à 45 ans qui étaient atteints du sida<sup>64</sup>.

40. Au tout début des années 90, le taux de mortalité maternelle pour le Suriname avait été estimé à 230 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce chiffre était largement inférieur à la moyenne mondiale qui était de 400 décès pour 100 000 naissances vivantes<sup>65</sup>. À en croire une analyse préliminaire de l'OMS pour 2000, ce taux aurait encore beaucoup baissé et devrait tourner autour de 112. Néanmoins, vu que 98 % des accouchements ont lieu en présence de personnel qualifié<sup>66</sup>, il conviendrait d'enquêter plus avant sur la répartition et les causes des décès maternels et de chercher des solutions viables qui permettent de réduire le nombre de ces décès à des coûts raisonnables.

### **Observations**

41. La composition multiethnique du Suriname et la distribution inégale de la population compliquent la mise en oeuvre des politiques gouvernementales et la réalisation de l'objectif qui consiste à garantir aux femmes un accès équitable aux services publics. En outre, les inégalités qui existent entre hommes et femmes en matière de pouvoir de décision empêchent certaines femmes entretenant des relations qui mettent en péril leur santé sexuelle, mentale et physique et leur laissent très peu de marge de manoeuvre, de se maintenir en bonne santé. En conséquence, le Comité souhaitera peut-être encourager l'État partie à accorder une attention particulière à l'élaboration et à la mise en oeuvre de politiques gouvernementales plus énergiques dans les domaines susmentionnés et aux problèmes d'équité qui se posent s'agissant de l'accessibilité et de l'utilisation des services publics. Les données et rapports portant sur la contamination par le VIH/sida et sur la violence au sein de la famille montrent que certains problèmes touchant aux relations entre hommes et femmes persistent et n'ont toujours pas été résolus.

42. Il est regrettable qu'aucune donnée récente sur le tabagisme des adolescents ou des adultes n'ait pu être obtenue. En effet, la consommation de tabac a des effets à long terme sur la santé et il arrive souvent que les publicitaires exploitent ou renforcent certains stéréotypes sexistes pour promouvoir leurs produits. En conséquence, le Comité souhaitera peut-être inciter l'État partie à enquêter et à prendre des mesures pour surveiller de près et contrôler strictement l'accès au tabac et l'utilisation de cette substance. La nutrition et la santé mentale sont deux domaines qui, eux aussi, sont d'une importance considérable pour la santé et le bien-être des femmes et pour lesquels très peu de données à jour ont pu être obtenues.

### **Femmes âgées**

43. Les femmes de plus de 60 ans représentent 9 % de la population féminine du Suriname<sup>67</sup>. À l'instar de ce qui se passe un peu partout dans le monde, elles sont beaucoup plus nombreuses que les hommes du même âge – 127 femmes pour 100 hommes de 60 ans ou plus. Cette différence est encore plus marquée chez les

octogénaires – 132 femmes pour 100 hommes âgés de 80 ans ou plus<sup>68</sup>. Bien qu'une bonne partie de la population ait accès à une forme ou une autre d'assurance maladie, ce sont les personnes âgées et les pauvres qui ont le plus pâti des difficultés économiques du pays ayant entraîné une réduction des services disponibles. Le Suriname est un pays qui a connu une forte émigration, notamment de personnes en âge de travailler, et qui profite des sommes d'argent et, parfois, des médicaments que les Surinamais employés à l'étranger envoient aux membres de leur famille. Les personnes âgées privées de ce type de soutien, notamment celles qui souffrent de maladies chroniques nécessitant des soins et des traitements médicaux réguliers, sont particulièrement désavantagées<sup>69</sup>.

### Observations

44. L'État partie doit être félicité des efforts qu'il a consentis pour assurer sa population. Cependant, le Comité souhaitera peut-être encourager, en période de grandes difficultés, les efforts visant spécifiquement à identifier les personnes, notamment les personnes âgées et les pauvres, qui pourraient avoir besoin d'un soutien et d'une attention prioritaires.

### Notes

<sup>1</sup> Femmes = 1 540 000 ; hommes = 1 478 000. Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.

<sup>2</sup> Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 140.

<sup>3</sup> Ibid., p. 141.

<sup>4</sup> Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*.

<sup>5</sup> Ibid.

<sup>6</sup> Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001*.

<sup>7</sup> Ibid.

<sup>8</sup> Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 164.

<sup>9</sup> E/C.12/1/Add.45.

<sup>10</sup> Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.

<sup>11</sup> Ibid.

<sup>12</sup> A. D. Lopez, et al., *Life Tables for 191 countries for 2000* (GPE, Discussion Paper No 40), OMS.

<sup>13</sup> Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 141.

<sup>14</sup> Fonds des Nations Unies pour l'enfance, *La situation des enfants dans le monde, 2001*, p. 82.

<sup>15</sup> Ibid., p. 82 et 85.

<sup>16</sup> Organisation mondiale de la santé, Vaccine Preventable Diseases Monitoring System.

<sup>17</sup> ONUSIDA, Organisation mondiale de la santé, Working Group on Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Congo*, p. 3.

<sup>18</sup> *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.00.XVII.14), p. 49.

<sup>19</sup> UNICEF, *Progress of Nations, 1998*.

- 20 UNICEF, *Progress of Nations, 2000*.
- 21 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde, 2001*, p. 90.
- 22 « Les États parties devraient veiller à ce que les adolescents et les adolescentes puissent exercer leur droit à bénéficier de services éducatifs dans les domaines de l'hygiène sexuelle et de la santé en matière de procréation qui devraient être assurés par du personnel correctement formé, dans le cadre de programmes spécifiques respectueux de leur vie privée et des règles de confidentialité. »
- 23 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 140.
- 24 Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- 25 ONUSIDA/OMS, *Global HIV/AIDS & STD Surveillance, Epidemiological Fact Sheets by Country: Congo*.
- 26 UNHCR, *Population Data Summary Sheet, 1999: Congo*.
- 27 Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2, p. 29. Les données ne sont pas ventilées par sexe.
- 28 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 144.
- 29 Division de la population de l'ONU, *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, p. 161.
- 30 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*.
- 31 Division de la population de l'ONU, *World Urbanization Prospects: The 2001 Revision*, p. 161.
- 32 Ibid.
- 33 Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001*.
- 34 A. D. Lopez, et al., *Life tables for 191 countries for 2000* (GPE, Discussion Paper No 40), OMS.
- 35 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 145.
- 36 OMS Vaccine Preventable Diseases Monitoring System.
- 37 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2001*, p. 84 et 85.
- 38 *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.00.XVII.14), p. 81.
- 39 Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- 40 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 146.
- 41 Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- 42 *The World's Women 2000: Trends and Statistics* (publication des Nations Unies, numéro de vente : E.00.XVII.14), p. 19.
- 43 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 147.
- 44 FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001*.
- 45 Banque mondiale, *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001*. Le Suriname est inscrit, sur la carte, dans le groupe des pays à revenu intermédiaire; en 1999 son PNB par tête d'habitant se situait dans la fourchette suivante : 756-2,995 dollars É.-U.
- 46 A. D. Lopez, et al., *Life tables for 191 countries for 2000* (GPE, Discussion Paper No 40), OMS.
- 47 OMS, *Rapport sur la santé dans le monde 2001*.
- 48 FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001 et 1997*.

- 
- <sup>49</sup> UNIFEM, *Fact Sheets on Women in Suriname*, octobre 2000.
- <sup>50</sup> CRC/C/28/Add.11 et CRC/C/15/Add.130.
- <sup>51</sup> FNUAP, *L'état de la population mondiale 2001*.
- <sup>52</sup> ONUSIDA/OMS, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, p. 3.
- <sup>53</sup> Ibid. (Estimations relatives au nombre d'enfants de moins de 15 ans en vie, orphelins du sida et ayant perdu leur mère ou leurs deux parents).
- <sup>54</sup> OMS, *Tobacco Control Country Profiles*, p. 200.
- <sup>55</sup> Sheila Ketwaru-Nurmohamed et al., *Situation Analysis of Women in Suriname*, p. 163.
- <sup>56</sup> Ibid., p. 164.
- <sup>57</sup> Ibid.
- <sup>58</sup> Ibid., chap. 11, sect. 11.4 « Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS ».
- <sup>59</sup> Ibid.
- <sup>60</sup> Ibid. chap. 11, sect. 11.4 « Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS », « Sex Work and Reproductive Health ».
- <sup>61</sup> ONUSIDA/OMS, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, p. 3.
- <sup>62</sup> ONUSIDA/OMS, Regional HIV/AIDS statistics and features, fin 2001.
- <sup>63</sup> Sheila Ketwaru-Nurmohamed, *Situation Analysis of Women in Suriname*, chap. 11, sect. 11.4, « Sexually Transmitted Diseases (STDs) and HIV/AIDS ».
- <sup>64</sup> ONUSIDA/OMS, Global HIV/AIDS & STD Surveillance, *Epidemiological Fact Sheets by Country: Suriname*, p. 3.
- <sup>65</sup> Organisation panaméricaine de la santé/OMS, *Mortalité maternelle en 1995 : évaluation OMS/UNICEF/FNUAP (WHO/RHR/01.9)*.
- <sup>66</sup> Country Health Profile, Suriname (données pour 2000).
- <sup>67</sup> Division de la population de l'ONU, *World Population Prospects: The 2000 Revision*, vol. 2.
- <sup>68</sup> Ibid.
- <sup>69</sup> Sheila Ketwaru-Nurmohamed et al., *Situation Analysis of Women in Suriname*, chap. 11, sect. 11.7 « Women and Health », « Poor and Elderly People ».
-