



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

Distr. générale
10 janvier 2002
Français
Original: anglais

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

Vingt-sixième session

14 janvier-21 février 2002

Point 6 de l'ordre du jour provisoire*

**Application de l'article 22 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 entrant dans le cadre de leurs activités**

Note du Secrétaire général

Additif

Organisation mondiale de la santé

1. Le 30 octobre 2001, au nom du Comité, le Secrétaire général a invité l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à présenter à celui-ci un rapport sur les informations 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 lui avaient été fournies par les États qui viendraient compléter les informations figurant dans les rapports des États parties à la Convention devant être examinés à la vingt-sixième 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 suite à la demande du Comité.

* CEDAW/C/2002/I/1.



Annexe

Rapport de l'Organisation mondiale de la santé à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes

Observations sur la santé des femmes aux Fidji

Les Fidji sont une nation insulaire relativement modeste située dans le sud-ouest de l'océan Pacifique. La population totale est de 817 000 habitants (402 000 femmes et 415 000 hommes¹) dont un tiers (31 %²) a moins de 15 ans. Le taux de croissance global de la population n'est que de 1,2 % par an³ et celui de l'urbanisation de 2,9 % par an⁴. Dans les rapports de la Banque mondiale, les Fidji sont classées dans la catégorie de pays à revenu moyen-inférieur⁵. Pourtant, 25 % de la population vit encore en dessous du seuil de pauvreté⁶.

La situation générale de la santé aux Fidji montre qu'une amélioration significative s'est produite au cours de la dernière décennie et que des progrès réguliers sont faits en matière de contrôle des maladies infectieuses telles que la tuberculose et la rougeole. De même, on a pu observer d'importantes réductions des taux de mortalité infantile et juvénile*.

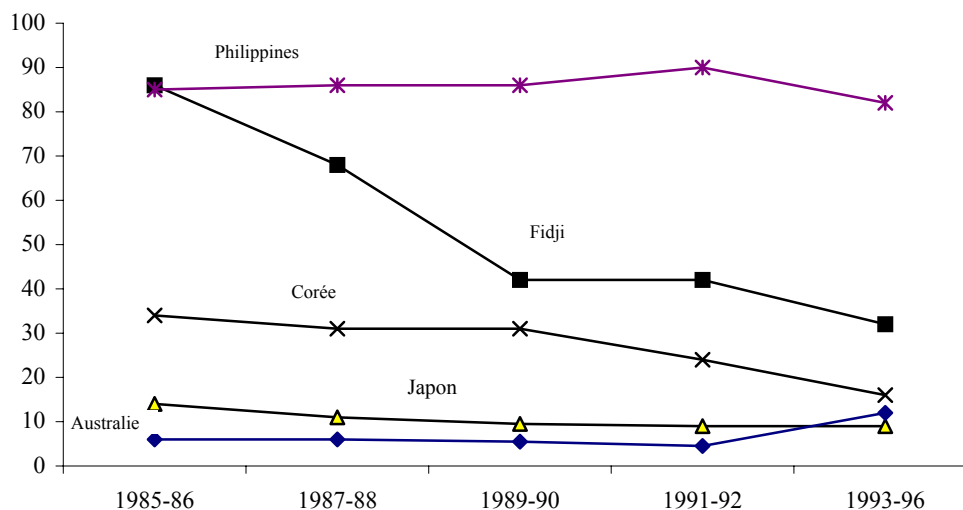
	1960 ⁷	1998-99 ⁸
Taux de mortalité infantile	71,0	17,8
Taux de mortalité juvénile	97,0	22,0

Les efforts des Fidji sur le plan de la **mortalité maternelle** ont été efficaces. Les taux de mortalité maternelle⁺ ont régulièrement baissé au cours des 15 dernières années du XXe siècle et on peut dire que les Fidji comptent parmi les pays de la région où le taux de mortalité maternelle est modérément faible.

* **Taux de mortalité infantile** = nombre de nouveau-nés décédés avant l'âge de 1 an par milliers de naissances d'enfants vivants. **Taux de mortalité juvénile** = nombre d'enfants décédés avant l'âge de 5 ans par milliers de naissances d'enfants vivants.

⁺ **Taux de mortalité maternelle** = nombre de décès de la mère par centaines de milliers de naissances d'enfants vivants.

Tendances des taux de mortalité maternelle dans quelques pays



Source : Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, novembre 2001.

Le pays connaît actuellement une industrialisation rapide. Les conséquences de cette industrialisation ne sont pas toutes positives. Les Fidji sont confrontées à des problèmes liés à un **changement des habitudes alimentaires et des modes de vie** des hommes et des femmes. Diverses carences nutritionnelles sont observées. Une enquête nationale sur la nutrition réalisée en 1993 a permis de constater chez les enfants de moins de 5 ans^{9*} 7,1 % de cas d'insuffisance pondérale, 1,6 % de retards de croissance et 8 % d'atrophies. Les aliments pour nourrissons inadaptés du point de vue nutritionnel, la réduction de la fréquence d'alimentation et la médiocrité des installations sanitaires sont des facteurs qui semblent avoir contribué à cette situation. On observe quelques variations ethniques sur le plan de l'incidence de ces problèmes, l'insuffisance pondérale et l'atrophie apparaissant plus fréquemment chez les enfants indiens de moins de 5 ans (13 %) que chez les Fidjiens du même groupe d'âge (2,8 %) ¹⁰. Compte tenu de la gravité des conséquences tout au long de la vie d'une mauvaise nutrition pendant l'enfance¹¹, **le Comité** pourrait vouloir connaître dans quelle mesure ce phénomène résulte de problèmes de discrimination, soit entre les sexes, soit entre les communautés ethniques (exemple : mode d'alimentation discriminatoire pendant la petite enfance, tabous alimentaires, etc.), de modes de vie différents, ou d'autres facteurs. L'État partie pourrait également être encouragé à accorder une plus grande attention à la disponibilité de données sur la nutrition ventilées par sexe. En outre, les programmes de nutrition existants devraient être évalués (efficacité et portée) de façon à déterminer si des changements sont nécessaires pour assurer un accès équitable à tous les groupes de la population ayant besoin de services de ce type.

* **Insuffisance pondérale** = poids inférieur à la médiane pour la classe d'âge de référence diminué de deux fois l'écart type. **Atrophie** = poids inférieur à la médiane pour la taille de la population de référence diminué de deux fois l'écart type. **Retard de croissance** = taille inférieure à la médiane pour la classe d'âge de référence diminuée de deux fois l'écart type.

Source : Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et Enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). OMS et UNICEF.

Les problèmes nutritionnels des femmes se poursuivent au-delà de l'enfance, l'anémie par carence de fer constituant l'un des principaux problèmes pour celles en âge d'avoir des enfants. Cette même enquête nationale de 1993, à laquelle il a été précédemment fait référence, a permis de constater que 32 % des femmes étaient anémiées, contre 16 % des hommes, et que, pour les femmes enceintes, on dépassait les 50 %, tant chez les Indiennes que chez les Fidjiennes, puisque 62 % des Indiennes et 52 % des Fidjiennes se trouvaient dans ce cas. Des enquêtes plus récentes, bien que d'ampleur plus limitée, laissent penser que ces problèmes persistent. En 1995, une enquête effectuée auprès de 300 femmes enceintes dans deux districts du pays a révélé que 30 % d'entre elles étaient moyennement anémiées, 35 % modérément anémiées et 15 % gravement anémiées¹². Une enquête réalisée en 1998 auprès d'étudiantes de 13 à 16 ans dans l'une des sous-régions du pays a fait apparaître que 33,8 % de ces jeunes filles étaient anémiées¹³. En l'absence d'un traitement approprié, ces adolescentes pourraient entamer une grossesse en état d'anémie, avec tous les risques que cela représente pour la mère comme pour l'enfant. Pour approfondir cette question, on pourrait étudier les aspects suivants : connaissance, accès et contrôle des femmes en matière de ressources alimentaires ou revenu nécessaire pour acheter des aliments; des programmes pourraient être mis au point pour traiter ces questions dont on a constaté qu'elles contribuaient aux problèmes de nutrition chez les femmes.

À l'autre extrême de l'éventail nutritionnel, on observe que la progression de l'obésité et de la surcharge pondérale devient un problème de santé, en particulier chez les femmes fidjiennes. L'enquête de 1993 a montré que 25,2 % des hommes et 29,9 % des femmes présentaient une surcharge pondérale et que 7,4 % des hommes et 20,6 % des femmes souffraient d'obésité¹⁴. Les modes de vie sédentaires, la diminution de l'activité physique, ainsi que l'augmentation de la consommation d'hydrates de carbone et de graisses semblent être les principaux facteurs à l'origine de ces problèmes. Parallèlement, ces facteurs contribuent au niveau élevé de prévalence des maladies cardiovasculaires, du diabète et des cancers, qui constituent les causes principales de décès chez les femmes fidjiennes.

Les **jeunes** des Fidji connaissent des problèmes de santé mentale. En 1998, on a rapporté que, tant pour les hommes que pour les femmes âgés de 15 à 24 ans, les Fidji avaient le taux de suicide le plus élevé au monde¹⁵. Une enquête menée pendant un an auprès des personnes ayant fait une tentative de suicide et séjourné à l'hôpital principal des Fidji (15 janvier 1999-14 janvier 2000) a montré que, sur les 39 personnes ayant tenté de mettre fin à leurs jours, 56,4 % étaient des jeunes (16-25 ans) et 61,5 %, des femmes¹⁶. Le **Comité** pourrait souhaiter être informé sur l'organisation et la disponibilité des services susceptibles d'atteindre les adolescents en tenant compte de la sexospécificité dans divers endroits – dans les écoles, en dehors des écoles, sur le lieu de travail, etc. – en vue d'aider à traiter de façon positive les facteurs conduisant à ce phénomène regrettable.

On observe chez les adolescents une progression **des grossesses, des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions et des infections sexuellement transmissibles**¹⁷, qui sont autant d'éléments révélateurs d'un besoin de services adaptés aux jeunes et, notamment mais pas uniquement, de services en matière d'hygiène sexuelle et de santé de la reproduction¹⁸. Le Gouvernement a entamé un programme destiné à fournir aux adolescents de la capitale, Suva, un accès à des informations et des services sur la santé de la reproduction. Le **Comité** pourrait souhaiter encourager le Gouvernement à suivre ce programme de près, en

particulier du point de vue de l'équilibre entre les sexes dans la prestation et l'utilisation des services, et envisager des moyens et méthodes pour élargir ces services aux jeunes d'autres parties du pays. Vu la présence du VIH/sida, ce type d'intervention est particulièrement urgent.

Il convient de féliciter le Gouvernement d'avoir abordé dans son rapport les problèmes de **traite et prostitution**¹⁹. Ses observations sont confirmées par les travaux de la Rapporteuse spéciale chargée d'examiner les questions se rapportant à la vente d'enfants, à la prostitution des enfants et à la pornographie impliquant des enfants, qui s'est rendue aux Fidji (1999) et a inclus dans son rapport une étude des problèmes soulevés aux Fidji par le tourisme sexuel visant les enfants²⁰. Ces problèmes présentent des conséquences graves et durables pour la santé physique et mentale de la population tant masculine que féminine des Fidji. Le **Comité** pourrait, par conséquent, souhaiter souligner l'importance de rechercher de nouvelles méthodes efficaces pour réduire l'incidence de ces problèmes et leur impact sur la santé et la sécurité du pays. Des mesures pourraient être encouragées sur les plans régional et local, en collaboration avec les autorités nationales et internationales, en particulier en matière de formation des agents des services d'immigration et de répression et des prestataires de soins de santé afin qu'ils soient capables de repérer les problèmes et d'intervenir de façon appropriée.

La **violence domestique** à l'encontre des femmes et des enfants semble constituer un problème de santé grave et en progression. D'après les rapports de police pour la période 1994-1998, 2 803 cas de violence domestique ont été au total signalés. En 1998, on a enregistré une progression de 30 % par rapport à l'année précédente²¹. Une étude sur l'incidence et la prévalence de la violence domestique et du harcèlement sexuel aux Fidji a montré que la plupart des femmes qui en sont victimes ne le signalent pas à la police et ne recherchent pas non plus un soutien médical. Le plus souvent, les responsables sont des hommes faisant partie de la famille. Chez les femmes enceintes, l'ivresse du mari et le refus de la femme d'avoir des relations sexuelles pendant la grossesse sont donnés comme les principales causes de violence. Le **Comité** pourrait souhaiter poursuivre l'étude de cette question. Il s'agit là d'une violation flagrante des droits des femmes. En outre, ce phénomène présente de graves conséquences sur le plan social et sanitaire. Pour être adaptée, la réponse doit intégrer les aspects suivants : législation et répression; autonomisation et organisation des femmes; soins de santé et traitement des victimes et des auteurs de violence; formation des enseignants, des agents de police et des prestataires de soins; éducation en vue d'éliminer la discrimination sexuelle et de contribuer à une plus grande équité sociale et individuelle entre filles et garçons, femmes et hommes²².

À cet égard, le **Comité** pourrait souhaiter étudier plus avant les questions soulevées par le Comité des droits de l'enfant²³ relatives aux punitions corporelles infligées aux enfants à la maison et à l'école. Dans ses conclusions, ce comité fait observer qu'il est urgent de prendre des mesures contre les abus à l'encontre des enfants et qu'il importe d'améliorer l'accès des enfants victimes de ces abus aux services de réinsertion. Le **Comité** pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes pourrait souhaiter souligner l'importance de ventiler les données concernant ces problèmes et de mettre en place des services appropriés dans les domaines mental, physique et psychologique, tant pour les enfants que pour les auteurs d'abus, en particulier lorsque ces derniers sont commis au sein de la famille.

Comme c'est le cas ailleurs, les Fidjiens les plus pauvres vivent le plus souvent au sein de familles monoparentales dont le **chef est plutôt une femme** soit très jeune, soit veuve et âgée. Ces familles vivent dans des logements bon marché fournis par le Gouvernement ou des habitations occupées illégalement et ont un accès minimal aux prestations accordées par l'État. Comparées à celles des hommes, les difficultés auxquelles sont confrontées les femmes pour trouver un travail, vivre avec de très faibles revenus et faire face aux diverses formes de discrimination qu'elles rencontrent, rendent les familles dirigées par des femmes particulièrement vulnérables. D'après le rapport des Nations Unies (1985-1990), 32 % de l'ensemble des ménages étaient dirigés par une femme²⁴. Il convient de noter que le Gouvernement des Fidji, et en particulier le Ministère des femmes, de la culture et du bien-être social, a élaboré un Plan d'action pour les femmes comportant plusieurs objectifs, dont l'intégration de la prise en compte de la sexospécificité dans tous les aspects de l'élaboration des actions et programmes, qu'il s'agisse par exemple de développement de microentreprises, d'allègement de la pauvreté ou de prévention de la violence²⁵. Compte tenu des contraintes financières, sociales et temporelles qui pèsent sur la vie des femmes, il est fréquent que celles-ci se préoccupent peu ou pas de leurs propres besoins en matière de santé et de nutrition. Par conséquent, le **Comité** pourrait souhaiter insister sur l'importance d'intégrer les services et l'information concernant la santé dans une réponse globale (juridique, économique, sociale et individuelle) aux besoins des femmes chefs de famille. En outre, le **Comité** pourrait souhaiter recommander que l'on procède à des recherches et que l'on assure un suivi attentif de façon à connaître l'ampleur du problème et les facteurs sociaux, économiques ou autres qui amènent un nombre important de femmes à devoir assumer une famille monoparentale.

Il est regrettable que peu d'information soit disponible sur **les femmes âgées**. Le **Comité** pourrait souhaiter encourager la réalisation de recherches spécifiques sur la situation de ces femmes, la mesure dans laquelle elles sont l'objet de discriminations, l'impact de ce phénomène sur leur vie, les solutions de rechange pour répondre à leurs besoins prioritaires et leur assurer une vie digne. Il pourrait être également nécessaire de procéder à des recherches sur **les autres groupes de femmes vulnérables** comme, par exemple, les migrantes/travailleuses temporaires et les femmes handicapées.

Notes

¹ ONU (Nations Unies). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York : 2000, p. 20.

² Ibid.

³ OMS (Organisation mondiale de la santé). *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 138.

⁴ FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). *L'état de la population mondiale 2001*. Tableau des indicateurs retenus pour les pays/territoires les moins peuplés. Version du rapport accessible sur le site Web du FNUAP.

⁵ Banque mondiale. *World Development Report 2000/2001*, p. 273.

⁶ OMS. Note extraite de la contribution du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination. Novembre 2001.

⁷ D'après l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). *La situation des enfants dans le monde 2000* (pour les taux de mortalité infantile) et *2001* (pour les taux de mortalité juvénile).

- ⁸ OMS. Note extraite de la contribution du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination. Novembre 2001.
- ⁹ Saito, S. *1993 National Nutrition Survey. Main Report*. National Food and Nutrition Committee. Janvier 1995. Cité dans la note extraite de la contribution du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination. Novembre 2001.
- ¹⁰ Ibid.
- ¹¹ La nutrition durant l'enfance a une influence tout au long de la vie. Ainsi, par exemple, la malnutrition peut contribuer à un mauvais développement mental et physique pendant l'enfance. L'enfant mal nourri devient souvent une adolescente ou une jeune adulte qui rencontre des difficultés durant sa grossesse, en raison d'une mauvaise constitution des os ou d'une petite structure. Plus tard dans sa vie, elle pourrait être particulièrement sujette à l'ostéoporose.
- ¹² Chand, M. J. *A Study of Factors Contributing to Anaemia in Pregnant Women and Pre-Schoolers in Fiji*. Ministère de la santé, Suva. 1995.
- ¹³ Ministère de la santé. *Ba Sub-division: Anaemia report*. Rapport non publié, 1998.
- ¹⁴ Saito. Op. cit.
- ¹⁵ UNICEF. *La situation de la jeunesse dans le Pacifique, 1998*.
- ¹⁶ Aghanwa, H. S. « The Characteristics of suicide attempters admitted to the main general hospital in Fiji ». *J. Psychosom Res.* 2000 décembre 49 : 439-445.
- ¹⁷ Notes du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS. Contribution à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination. Novembre 2001.
- ¹⁸ Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS, op. cit.
- ¹⁹ Voir rapport de l'État partie. CEDAW/C/Fiji/1,6.1.
- ²⁰ Calcetas-Santos, Ofelia. *Droits de l'enfant. Rapport de la Rapporteuse spéciale chargée d'étudier la question de la vente d'enfants, de la prostitution des enfants et de la pornographie impliquant des enfants sur sa mission sur l'exploitation sexuelle des enfants à des fins commerciales en République des îles Fidji* (11-16 octobre 1999). Document des Nations Unies E/CN.4/2000/73/Add.3.
- ²¹ Notes du Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS. Contribution à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination. Novembre 2001.
- ²² L'OMS collabore actuellement avec des institutions locales de plusieurs pays à une étude multinationale sur la violence domestique à l'encontre des femmes et son impact sur la santé. Si l'État partie ou une organisation fidjienne souhaite mener ce type de recherche aux Fidji, divers matériels peuvent être obtenus sur demande auprès de l'OMS.
- ²³ Comité des droits de l'enfant. Rapport de l'État partie, Fidji. Document des Nations Unies CRC/C/28/Add.7.
- ²⁴ ONU (Nations Unies). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York : ONU 2000, p. 49.
- ²⁵ OMS. Notes du Bureau régional du Pacifique occidental. Contribution à la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination. Novembre 2001.

Observations sur la santé des femmes en Estonie

L'Estonie est un petit pays situé dans la partie nord de l'Europe orientale. En 2000, la population totale était de 1,4 million d'habitants et comptait légèrement plus de femmes que d'hommes (740 000 femmes et 656 000 hommes)¹. Le pays est fortement urbanisé puisque 69 % de ses habitants vivent en zone urbaine². Économiquement, l'Estonie est classée dans le groupe des pays à revenu moyen supérieur³. Les femmes estoniennes ont une espérance de vie nettement supérieure à celle des hommes (75 ans, contre 63 ans pour les hommes)⁴. En 2000, 24 % des femmes (et seulement 15 % des hommes) avaient plus de 60 ans⁵.

Le niveau de santé général évalué à partir de **l'espérance de vie et les mortalités juvénile et infantile*** s'est nettement amélioré. L'espérance de vie qui a baissé au début des années 90, s'est améliorée à la fin de la décennie en question⁶. Comme en beaucoup d'autres endroits, l'espérance de vie des femmes dépasse celle des hommes. Toutefois, l'écart – de 12 ans – est plus important qu'habituellement. Pendant les 40 années de la période 1960-1999, des progrès réguliers ont été enregistrés en matière de réduction des taux de mortalité infantile et juvénile, le premier étant retombé de 40 à 17‰ en 1960⁷. Au cours de cette même période, le taux de mortalité juvénile est passé de 52 à 21 pour 1 000 naissances d'enfants vivants⁸.

	1960	1998-1999
Taux de mortalité infantile	40	17
Taux de mortalité juvénile	52	21

Le rapport de l'État partie au Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2001) indique qu'en 1997, la mortalité périnatale dans les zones rurales était supérieure à celle enregistrée dans les villes, du fait de la moindre accessibilité aux services d'aide spécialisée dans les zones en question. Le **Comité** pourrait souhaiter s'enquérir des progrès réalisés quant à l'élargissement de la mise à disposition de l'ensemble des services de santé nécessaires aux femmes dans les zones rurales.

En 1999, le Gouvernement est également parvenu à des taux de **couverture vaccinale** remarquablement élevés⁹, contribuant ainsi au développement individuel et à l'amélioration de l'espérance de vie.

	<i>Tuberculose</i>	<i>DT-coq</i>	<i>Polio</i>	<i>Rougeole</i>
1997-1999	100 %	94 %	94 %	89 %

Par contre, sur le plan de la **nutrition**, certains problèmes persistent. Ainsi, par exemple, au cours de la période 1995-2000, la malnutrition chez les enfants de

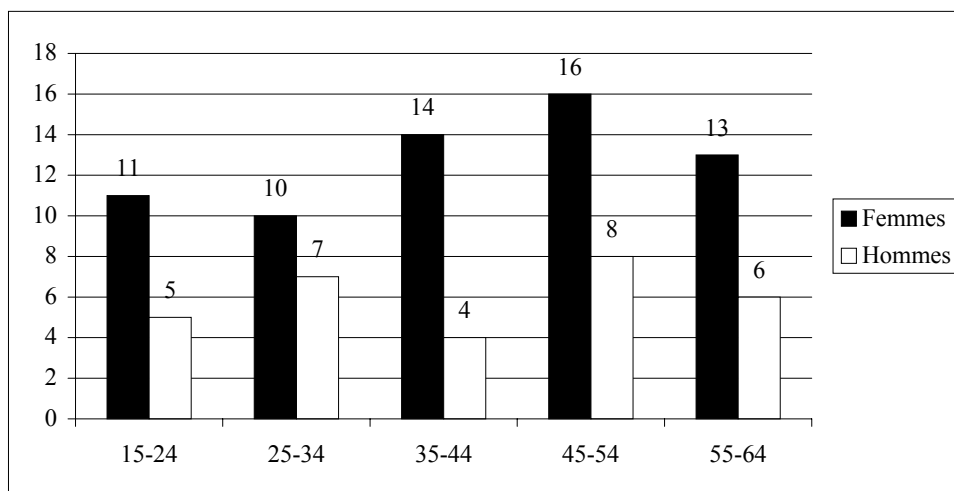
* **Taux de mortalité infantile** = nombre d'enfants décédés avant l'âge de 1 an par millier de naissances d'enfants vivants. **Taux de mortalité juvénile** = nombre d'enfants décédés avant l'âge de 5 ans par millier de naissances d'enfants vivants.

moins de 5 ans est restée comparativement élevée : 17 % d'entre eux présentaient une grave insuffisance pondérale, 16 % souffraient d'atrophie et 38 % de retard de croissance*.

Contrairement à de nombreux pays, l'Estonie dispose de beaucoup de **données ventilées par sexe** dans le domaine de la santé, ce qui facilite l'analyse et l'identification des problèmes potentiels. Les recherches menées par divers établissements à la fin des années 90 ont révélé que 48 % des femmes et 43 % des hommes considéraient le fait d'être en bonne santé comme l'aspect le plus important de la vie, par rapport aux relations familiales, au bien-être matériel, au savoir et à l'éducation, à la réussite et la reconnaissance professionnelles, aux possibilités de voyage et au confort¹⁰. De façon systématique, les femmes **jugeaient leur état de santé** comme « nettement pire que celui des hommes ». Par contre, on a constaté depuis une amélioration et une progression de la proportion de femmes qui considèrent être en bonne ou très bonne santé, à tel point que la différence entre les hommes et les femmes a quasiment disparu.

Les indicateurs relatifs à la **santé mentale** ont révélé que, systématiquement, les femmes signalaient plus d'état de stress et/ou de dépressions mesurable que les hommes¹¹

Apparition de dépression marquée au cours des quatre semaines antérieures, 1996



Source : Institut de médecine expérimentale et clinique, 1996

* **Insuffisance pondérale** = poids inférieur à la médiane pour la classe d'âge de référence diminuée de deux fois l'écart type. **Atrophie** = poids inférieur à la médiane du rapport poids/taille pour la population de référence diminuée de deux fois l'écart type. **Retard de croissance** = taille inférieure à la médiane pour la classe d'âge de référence diminuée de deux fois l'écart type.
Source : Programme d'enquêtes démographiques et sanitaires (DHS) et enquêtes en grappes à indicateurs multiples (MICS). OMS et UNICEF.

Le **Comité** pourrait souhaiter s'enquérir de ce que l'on sait des causes de ce phénomène et des réponses données par les services sociaux et de santé.

Les facteurs touchant aux modes de vie contribuent à la mauvaise santé. Ainsi, par exemple, la consommation de cigarettes et d'alcool est en progression, tant chez les femmes que chez les hommes. Parallèlement aux réformes socioéconomiques des années 90, on a constaté un changement notable dans les comportements sociaux et notamment ceux concernant la **sexualité et la formation d'une famille**. En matière de santé de la reproduction, en Estonie, une des caractéristiques notables est le « début toujours plus précoce de l'activité sexuelle¹² ». Sur le plan des relations sociales, on a relevé par rapport à la période antérieure aux années 90 une tendance à repousser à plus tard le mariage et les enfants, une baisse du pourcentage de mariages enregistrés et une augmentation marquée de la popularité du concubinage, une forte progression du pourcentage d'enfants nés hors mariage et une augmentation significative de la proportion de ménages monoparentaux (habituellement dirigé par la mère)¹³. Ainsi, par exemple, entre 1980 et 1999, la proportion de naissances de mères célibataires est passée de 18 % (1980) à 52 % (1995)¹⁴.

L'avortement est légal, mais malgré une progression du recours aux diverses méthodes de planning familial et une légère diminution des interruptions de grossesse, ce type d'intervention continuait, à la fin des années 90, à constituer le principal moyen de planning familial et était relativement nombreux par rapport aux naissances d'enfants vivants. En 1997, par exemple, on a enregistré une fois et demie plus d'avortements que de naissances d'enfants vivants¹⁵. Parallèlement, le taux de mortalité maternelle* est de 38,2, soit un chiffre légèrement supérieur à celui pour l'Europe, qui est de 37¹⁶. Les comportements contemporains ont clairement une influence sur la nature et le moment d'apparition des besoins des femmes en matière d'information et de services de santé conviviaux et tenant compte des sexospécificités et, notamment mais pas exclusivement, de services de santé en matière de sexualité et de reproduction. À cet égard, le **Comité** pourrait souhaiter examiner avec l'État partie les réactions des pouvoirs publics à ces changements dans le domaine du droit, de l'intervention de l'État, du système de santé, et de l'éducation sanitaire. Il serait, en particulier, important de soulever la question de la situation des familles monoparentales dirigées par des femmes et de leur accès aux services et soins nécessaires à ces dernières et aux membres de leur famille. L'analyse des données de santé concernant les hommes et les femmes en Estonie révèle une progression du cancer et, notamment, une augmentation inquiétante des cancers du cerveau chez les femmes jeunes ou d'âge moyen. On constate également une progression régulière, tant chez les femmes que chez les hommes, des troubles de la circulation imputés généralement au mode de vie et au milieu.

Si en matière de problèmes de santé, les données et l'analyse semblent bien développées en Estonie, voire mieux que dans beaucoup de pays, il conviendrait d'accorder une attention prioritaire à la collecte d'informations plus détaillées sur les **femmes âgées** – leurs points forts, leurs points faibles, leur mode de vie, leurs aspirations, etc. L'expérience montre que c'est une période de la vie où les problèmes de santé peuvent se multiplier et une analyse et une programmation

* **Taux de mortalité maternelle** = nombre de mères décédées pour 100 000 naissances d'enfants vivants.

précoces devraient permettre d'assurer sans discrimination la prestation de services satisfaisants lorsqu'ils sont nécessaires. Compte tenu de l'écart important (mentionné précédemment) entre les populations masculines et féminines, un grand nombre de femmes âgées se trouveront sans partenaire masculin et pourraient ne disposer que d'un accès limité aux réseaux d'aide sociale. Dans ce contexte, la prise en compte par le Gouvernement des besoins particuliers de ces femmes revêt une importance supplémentaire. Le **Comité** pourrait par conséquent souhaiter aborder cette question avec l'État partie.

Globalement, la situation sanitaire et les problèmes de santé des femmes ont révélé une amélioration au cours des dernières années. De plus, les données disponibles ventilées par sexe et, souvent, par âge, sont excellentes. Il convient sur ce plan de féliciter les autorités. Parallèlement, le **Comité** pourrait souhaiter attirer l'attention de l'État partie sur la nécessité de services développés accessibles aux adolescents et jeunes adultes dans le domaine de la santé de la reproduction et de la sexualité et d'une attention accrue aux besoins en mutation des mères célibataires, des femmes âgées et des autres groupes vulnérables comme, par exemple, les travailleuses temporaires/migrantes et les femmes handicapées.

Bien que les informations sur les problèmes de la traite des femmes et de l'exploitation sexuelle en Estonie soient limitées et peu accessibles, les signes révélateurs de la progression de cette menace dans certaines parties de l'Europe orientale laissent à penser qu'il serait bon que l'État partie favorise la recherche dans ce domaine et adopte une politique d'intervention susceptible de décourager ce type de comportement en Estonie.

Notes

- ¹ ONU (Organisation des Nations Unies). *The World's Women 2000 : Trends and Statistics*. New York, NU 2000, p. 20.
- ² FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). *L'état de la population mondiale : 2001*. Version accessible sur Internet. Tableau des indicateurs démographiques, sociaux et économiques.
- ³ Banque mondiale. *World Development Report 2000/2001*. Washington : Banque mondiale, p. 273.
- ⁴ ONU. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York : ONU, 2000, p. 20.
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Essai sur la santé en Estonie (« La santé des hommes et des femmes en Estonie, 1990-1998 ») publié par le Directeur du Bureau de promotion de la santé et des services de santé publique du Ministère de la santé.
- ⁷ UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). *La situation des enfants dans le monde : 2001*, p. 78.
- ⁸ UNICEF. Op. cit. p. 107.
- ⁹ UNICEF. Op. cit. p. 86.
- ¹⁰ Référence faite par le Bureau de promotion de la santé, op. cit., aux travaux de l'Institut estonien d'analyse socioéconomique (1994), de l'Institut de médecine expérimentale et clinique (1996), et du Centre estonien d'éducation sanitaire et de promotion de la santé (étude 1990-1998).
- ¹¹ Bureau de promotion de la santé, op. cit.

¹² Ibid.

¹³ PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement). Rapport estonien sur le développement humain : 2000. Version du rapport figurant sur Internet, p. 42.

¹⁴ Ibid., p. 47.

¹⁵ Bureau de promotion de la santé. Op. cit.

¹⁶ Information recueillie sur le site Web de l'OMS concernant la mortalité maternelle. Travaux réalisés en 1995 par l'OMS, l'UNICEF et le FNUAP. Taux de mortalité maternelle pour la région Europe (OMS), 37.

Observation sur la santé des femmes à Trinité-et-Tobago

La nation insulaire de Trinité-et-Tobago, qui se trouve au sud-est des Caraïbes, compte 3 millions d'habitants (651 000 femmes et 644 000 hommes)¹. Le taux de croissance de la population est très faible (0,6 % par an)² et celle-ci est principalement citadine (74 %)³.

Jusque très récemment, les seules questions relatives à la santé des femmes qui aient été abordées étaient celles concernant les femmes en âge d'avoir des enfants (18-44 ans)⁴. Progressivement, une attention accrue a été accordée à un plus large éventail de questions parmi lesquelles les problèmes rencontrés par les femmes âgées, qui constituent un aspect important étant donné leur espérance de vie de 76 ans (l'espérance de vie pour les hommes est de 72 ans)⁵.

Le Gouvernement de Trinité-et-Tobago doit être félicité pour les progrès réalisés en matière d'abaissement de la **mortalité infantile*** qui est passée de 61 pour 1 000 naissances d'enfants vivants en 1960 à 17 en 1999⁶.

Il existe diverses questions d'importance concernant la **santé des adolescentes** et le **Comité** pourrait souhaiter obtenir quelques informations dans ce domaine : les informations contenues dans le rapport précédent de l'État partie (1994)⁷ faisaient état d'une différence entre l'âge légal du mariage pour les garçons et pour les filles. En outre, le seuil fixé pour les filles dans tous les systèmes juridiques est si bas (14 selon la loi et 12 selon le droit musulman et le droit traditionnel) que la santé de ces dernières et, en cas de grossesse, de leur enfant se trouve gravement menacée. Les données concernant les grossesses chez les adolescentes à Trinité-et-Tobago montrent que s'il n'y a pas de risque élevé dans tous les cas, on observe une corrélation disproportionnée entre ces naissances et le nombre de mères vivant dans un état de pauvreté, ce qui va fréquemment de pair avec la médiocrité des soins prénatals et la naissance de bébés de faible poids⁸. Le **Comité** pourrait souhaiter s'enquérir de l'évolution dans ce domaine et, en particulier, des progrès réalisés en vue de l'élimination de la distinction juridique fondée sur le sexe concernant l'âge légal du mariage, lequel se trouve être beaucoup trop bas et présenter pour les filles un risque très élevé pour leur santé, mais également sur les plans social, juridique et éducatif. Le **Comité** pourrait également souhaiter étudier s'il existe ou non des problèmes résultant de la poursuite, dans la communauté, de pratiques traditionnelles néfastes pour la santé et le bien-être des filles, des femmes et des enfants qu'elles pourraient porter.

Il convient de noter que l'incidence des maladies sexuellement transmissibles (y compris le VIH) est en progression chez les adolescents de Trinité-et-Tobago. Le **VIH** lui-même constitue une question très préoccupante depuis déjà quelque temps. L'incidence du VIH/sida chez les femmes de 15 à 19 ans a doublé entre 1989 et 1990. En 1997, les femmes comptaient pour 45 % dans l'ensemble des nouveaux cas et 33,7 % dans les décès imputables au sida. Parallèlement, en 1999, 50 % des nouveaux cas d'infections étaient des jeunes – hommes et femmes – de 15 à 24 ans, ce qui rappelle que les adolescentes sont particulièrement exposées. Compte tenu du problème de grossesse chez les adolescentes (mentionné précédemment), il importe de garder à l'esprit le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant et ses importants coûts sociaux, économiques et autres⁹. Le **Comité** pourrait par conséquent souhaiter s'enquérir des mesures prises par les autorités, de la législation

* **Mortalité infantile** = nombre d'enfants décédés avant l'âge de 1 an par millier d'enfants vivants.

et des actions entreprises au niveau des communautés pour améliorer l'accès des jeunes aux services appropriés et renforcer l'utilisation de ces derniers dans le cadre d'une approche globale de la réduction de l'impact du VIH/sida chez les habitants de Trinité-et-Tobago et, notamment, des problèmes de protection des orphelins. Il conviendrait parallèlement de fournir de façon équitable des conseils aux personnes atteintes du VIH et, en particulier, aux femmes séropositives, sans négliger la prévention de la transmission de la mère à l'enfant.

Les inégalités – sociales, économiques, en matière de décision sur le plan sexuel, etc. – qui mettent les femmes en danger de contracter le VIH font que celles-ci risquent également de faire l'objet de **violences et abus sexuel** fondés sur le sexe. Le service téléphonique national SOS violence domestique¹⁰ a signalé une progression des cas de violence domestique. En l'absence de données précises, il est difficile de dire s'il s'agit là d'une progression de la violence ou de celle des cas signalés. En soi, les cas signalés indiquent déjà qu'il convient de se préoccuper de la violence : en 1998, 84 % des appels provenaient de femmes, contre 16 % seulement pour les hommes¹¹. En 2000, 24 décès consécutifs à des violences domestiques, 715 cas de femmes battues et 91 incestes ont été enregistrés¹². Bien des éléments confirment que la violence à l'égard des femmes, un phénomène qui trouve sa source dans les inégalités entre hommes et femmes fermement enracinées dans la société, présente des conséquences néfastes à court et à long terme pour la santé et le bien-être de celles qui en sont victimes. Toutefois, on ne dispose pas d'informations suffisamment détaillées pour procéder véritablement à une analyse du problème du point de vue de la santé, ni concevoir d'éventuelles solutions. Le **Comité** pourrait souhaiter demander des informations complémentaires sur cette question – notamment, par exemple, sur le viol conjugal et les éventuels abus en matière de dots dans certaines communautés, ou la persistance d'autres comportements sociaux et culturels traditionnels susceptibles de contribuer à entretenir la violence domestique. Le **Comité** pourrait également souhaiter encourager l'État partie à procéder à des recherches plus approfondies sur cette question¹³, en tenant dûment compte, entre autres choses, des opinions des femmes et des hommes de la communauté, de l'intervention des pouvoirs publics, de l'éducation, du droit et de l'application de celui-ci.

Les informations concernant les femmes de la **tranche d'âge supérieure** sont également restreintes. Toutefois, on sait que chez les femmes de Trinité-et-Tobago de 65 ans et plus, le taux de morbidité découle principalement des maladies chroniques non transmissibles puisque celles-ci comptent pour 60 % dans les cas d'invalidité. Ainsi, par exemple, les médecins ont diagnostiqué une hypertension chez 50 % des femmes du groupe des plus de 65 ans. Le diabète constitue actuellement la deuxième cause de décès chez les femmes¹⁴. Compte tenu de la progression du pourcentage de femmes dans la classe d'âge en question, le **Comité** pourrait souhaiter insister sur l'importance de la non-discrimination fondée sur l'âge, le sexe ou toute autre caractéristique et celle du renforcement de la capacité des pouvoirs publics à assurer des services de soins destinés, en particulier, aux femmes âgées. Pour être efficace, une intervention dans ce domaine exigerait sans aucun doute un programme pluridisciplinaire comportant des recherches, ainsi qu'un renforcement et une diversification des informations et des services.

D'après les éléments disponibles sur la santé des femmes à Trinité-et-Tobago, si l'on a constaté des progrès pour certains groupes, il reste à accorder à d'autres une plus grande attention. On peut regretter le peu de données aisément accessibles sur

les groupes de femmes spécialement vulnérables (comme, par exemple, les handicapées, les travailleuses migrantes et les travailleuses sexuelles) et les efforts visant à mieux répondre à leurs besoins. Un encouragement du **Comité** à engager des recherches et des actions plus vastes et plus équitables dans ces domaines pourrait être bénéfique.

Notes

- ¹ ONU (Organisation des Nations Unies). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York : UN 2000, p. 19.
- ² OMS (Organisation mondiale de la santé). *Rapport sur la santé dans le monde 2001*, p. 142.
- ³ FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). *L'état de la population mondiale : 2001*. Version disponible sur Internet. Tableau des indicateurs démographiques, sociaux et économiques.
- ⁴ OMS/Organisation panaméricaine de la santé, note en date du 21 novembre 2001, transmise pour la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.
- ⁵ ONU. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York : UN 2000, p. 81.
- ⁶ UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). *La situation des enfants dans le monde : 2001*. New York : UNICEF; p. 111.
- ⁷ Rapport initial du Gouvernement de Trinité-et-Tobago au Comité des droits de l'enfant. Document des Nations Unies, CRC/C/11/Add.10.
- ⁸ OMS/Organisation panaméricaine de la santé. Op. cit.
- ⁹ Les données sur le VIH/sida sont extraites de la note de l'OMS/Organisation panaméricaine de la santé, en date du 21 novembre 2001, transmise pour la vingt-sixième session du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes.
- ¹⁰ OMS/Organisation panaméricaine de la santé. Op. cit.
- ¹¹ OMS/Organisation panaméricaine de la santé. Op. cit.
- ¹² Rapport officiel sur le fonctionnement du Ministère de la sécurité nationale, Trinité-et-Tobago.
- ¹³ L'OMS collabore actuellement avec des établissements locaux de plusieurs pays à une étude multinationale sur la violence domestique à l'encontre des femmes et son incidence sur la santé. Si l'État partie ou des organisations des Fidji souhaitent participer à cette recherche dans leur pays, divers matériels peuvent être obtenus auprès de l'OMS.
- ¹⁴ OMS/Organisation panaméricaine de la santé. Op. cit.