



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

Distr.
GENERALE

CEDAW/C/1994/3/Add.1
12 octobre 1993
FRANÇAIS
ORIGINAL : ANGLAIS

Comité pour l'élimination de la discrimination
à l'égard des femmes (CEDAW)
Treizième session
New York, 17 janvier-4 février 1994
Point 4 de l'ordre du jour provisoire*

MOYENS D'APPLIQUER L'ARTICLE 21 DE LA CONVENTION SUR
L'ELIMINATION DE TOUTES LES FORMES DE DISCRIMINATION
A L'EGARD DES FEMMES

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

Note du Secrétaire général

Additif

Conformément aux dispositions de l'article 22 de la Convention sur
l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale à l'égard des femmes
(annexe à la résolution 34/180 de l'Assemblée générale), l'Organisation mondiale de
la santé a présenté au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des
femmes le rapport ci-joint en vue de son examen par le Comité à sa treizième
session.

* CEDAW/C/1994/1.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Note liminaire

Au nom du Comité, le Secrétariat a, le 22 juin 1993, invité l'Organisation mondiale de la santé à soumettre au Comité, au plus tard le 1er septembre 1993, un rapport sur les renseignements communiqués à l'Organisation mondiale de la santé, par les Etats concernant l'application de l'article 12 de la Convention et d'autres articles s'y rapportant, qui viendraient s'ajouter aux informations contenues dans les rapports soumis par les Etats parties à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes qui seront examinés par le Comité à sa treizième session. Il s'agit des rapports les plus récents de la Barbade, de la Colombie, de l'Equateur, du Guatemala, du Guyana, de la Jamahiriya arabe libyenne, de Madagascar, de la Norvège, de la Nouvelle-Zélande, des Pays-Bas, du Sénégal et de la Zambie.

D'autres informations réclamées par le Comité portent sur les activités, les programmes et les décisions de principe de l'OMS qui visent à favoriser l'application de l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Le rapport ci-joint est présenté conformément à la demande du Comité.

Annexe

RAPPORT SUR LES ACTIVITES DE L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE
DANS LES DOMAINES QUI INTERESSENT LA FEMME, LA SANTE ET LE
DEVELOPPEMENT*

[Original : Anglais]

1. Tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'intérêt ne cesse de croître en ce qui concerne les rapports qui existent entre la santé de la femme, des familles et des collectivités d'une part, et le développement économique et social des sociétés d'autre part. On est de plus en plus conscient que les carences en ce qui concerne la santé de la femme proviennent d'un manque de compréhension et d'une incapacité à tenir compte des besoins très particuliers des femmes en matière de santé, besoins qui résultent à la fois des différences physiologiques entre les hommes et les femmes et de leurs attributs respectifs qui sont déterminés à la suite de données culturelles, et qui entraînent des inégalités sociales et économiques entre les sexes. La santé de la femme à travers le monde et pendant sa vie entière a fait l'objet de discussions à caractère technique tenues en 1992 et qui portaient sur "Les femmes, la santé et le développement". Une publication de l'OMS et un document d'information intitulé "La santé de la femme à travers les âges et les frontières" a souligné les différences physiologiques entre les hommes et les femmes et a démontré les différents facteurs socio-économiques qui déterminent les conditions sanitaires de la femme. Les différences qui existent entre les sexes en matière d'état nutritionnel, de prévalence des maladies, de la disponibilité des services de santé et de la qualité des soins destinés aux femmes constituent une manifestation des effets persistants et très répandus de la discrimination en ce qui concerne la santé des femmes.

2. Commission mondiale pour la santé des femmes. Ces discussions s'appuyaient sur l'expérience considérable de l'OMS dans le domaine de la santé de la femme; elles ont conduit à la résolution WHA45.25 Rev.1 qui réclamait la création d'une Commission mondiale pour la santé des femmes avec mandat d'établir un programme d'action pour la santé des femmes, de sensibiliser les décideurs aux problèmes de santé des femmes en utilisant des données pour apprécier la situation socio-économique et sanitaire des femmes, de faire campagne pour favoriser la solution des problèmes de santé propres aux femmes dans tous les plans de développement, en faisant appel à toutes les formes de médias, de servir de cadre aux consultations et au dialogue avec les organisations de femmes, les groupements qui œuvrent pour la santé des femmes et d'autres organismes qui symbolisent la mobilisation des femmes depuis la base aux niveaux politiques les plus élevés.

Un groupe de travail a été mis en place en juillet 1992 afin de coordonner le suivi de cette résolution. L'un des principaux objectifs de ce groupe a d'abord consisté à exploiter les connaissances et les compétences déjà disponibles en veillant à assurer la coopération indispensable dans le cadre des programmes techniques à tous les niveaux, entre l'OMS et d'autres

* Le présent rapport a été reproduit sous la forme dans laquelle il a été reçu.

institutions appropriées du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales compétentes (ONG).

Une réunion interorganisations et interrégions s'est tenue en mars 1993 au cours de laquelle a été reconnue l'importance d'aborder les problèmes relatifs à la santé des femmes dans le contexte général des droits de l'homme. Les questions prioritaires concernant la santé des femmes, les domaines d'action les plus urgents et les indicateurs propres à suivre les changements ont alors été fixés. A la lumière de ses propres priorités, chacune des régions déterminera les activités susceptibles de traiter les problèmes soulevés. Les participants ont réclamé la mise en place immédiate d'une telle stratégie au niveau des communautés dans chaque pays de manière à assurer la constitution de la Commission mondiale pour la santé des femmes avant la fin de l'année 1993.

3. Santé des femmes et droits de l'homme. Pour répondre à la demande des Etats Membres visant à ce que la Commission mondiale pour la santé des femmes apporte sa contribution aux travaux de toutes les principales instances internationales, y compris la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, la Conférence internationale sur la population et le développement et la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, le Groupe de travail mentionné ci-avant a commandité un document de l'OMS concernant les droits de l'homme dans leur rapport avec la santé de la femme, qui a été présenté à la Conférence mondiale sur les droits de l'homme qui s'est tenue à Vienne en juin 1993. Ce document met en lumière les moyens grâce auxquels le droit international existant en matière de droits de l'homme peut être mieux exploité pour la protection et l'avancement de la santé des femmes. L'esprit activiste qui caractérise le cadre des droits de l'homme constitue l'élément le plus dynamique susceptible de favoriser le développement d'un contexte culturel marqué par le respect de la dignité et de la valeur de tous les êtres humains ainsi que du principe de non-discrimination, qu'il s'agisse de l'obtention de biens et services existants ou du droit à participer à une activité quelconque ou de la liberté de choisir.

4. En tant qu'institution technique compétente en matière de santé publique mondiale, l'OMS cherche à assurer un rapport harmonieux et fonctionnel entre d'une part les femmes et les prestataires de soins et de services de santé d'autre part. Lorsqu'il s'agit de définir les besoins prioritaires des femmes dans le domaine de la santé, il est nécessaire d'éliminer le cycle de la négligence qui afflige les femmes de toutes générations. L'OMS met actuellement au point des initiatives capables d'assurer une amélioration rapide et durable de l'état de santé des femmes. Trois indicateurs qui reflètent la condition sanitaire inégale des femmes et qui sont susceptibles d'être corrigés rapidement et de façon importante ont été retenus en vue d'une action prioritaire dans un premier stade; il s'agit de la nutrition, de la fécondité et de la mortalité.

5. Nutrition. Pour s'attaquer aux besoins nutritionnels auxquels les jeunes filles et les femmes font face leur vie durant, il convient d'abord de mettre au point des stratégies propres à éliminer la discrimination en matière de distribution alimentaire et de l'état nutritionnel. Une multitude de problèmes de santé sont liés à la malnutrition qui cause le rachitisme, la cécité par avitaminose A, le retard mental par manque d'iode et l'anémie ferriprive très répandue. La malnutrition touche davantage les femmes et les

jeunes filles que les garçons tant du fait de la discrimination en matière d'alimentation et de soins de santé qu'à cause des besoins d'énergie et de fer qui résultent du cycle menstruel, des grossesses et de l'allaitement. La malnutrition contribue aussi à une plus grande morbidité et une mortalité plus élevée causée par un ensemble de maladies infectieuses et chroniques.

L'anémie qui touche environ 450 millions de femmes âgées de 15 à 49 ans est la maladie carencielle la plus répandue et la plus négligée à travers le monde à l'heure actuelle; il s'agit essentiellement d'un problème féminin, notamment à l'occasion de la grossesse et de l'allaitement. Le Programme de nutrition de l'OMS vise à la mise en oeuvre d'un éventail d'initiatives portant sur l'anémie, y compris la modification des habitudes alimentaires, de nouveaux modes de traitement, des systèmes de prestations en ce qui concerne les sels de fer ayant moins d'effets secondaires, ainsi que les fortifiants alimentaires.

6. L'amélioration de l'état nutritionnel des femmes, notamment par la suppression de la fatigue chronique qui accompagne l'anémie, constituera un premier pas essentiel permettant de briser le cycle de la négligence et de la mauvaise santé et de montrer aux femmes que les déficiences de santé ne sont pas immuables et que des initiatives relativement modestes sont possibles qui permettront de réels changements dans leurs vies quotidiennes.

7. Fécondité. L'objectif qui vise à modifier la réalité quotidienne de la vie des femmes se trouve aussi au coeur du contrôle de la fécondité. L'accès aux informations et aux services de planification familiale permettra d'améliorer considérablement la santé des femmes. En offrant aux femmes la possibilité de décisions libres et mieux informées concernant le début et l'arrêt de la vie reproductive et le nombre d'enfants qu'il convient d'avoir, on leur permet de prendre un meilleur soin d'elles-mêmes et de leurs familles. Les avantages de la planification de la famille pour la santé des femmes et des enfants sont bien établis. Lorsque l'on donne aux femmes la possibilité de prendre les décisions pour ce qui touche à leur fécondité, on leur permet, par la même occasion, de participer à la gestion du ménage ainsi qu'à la vie économique et éducative.

8. Au cours de leur vie reproductive, les femmes ont besoin d'un ensemble de méthodes contraceptives depuis celles qui sont temporaires ou transitoires à celles qui sont plus ou moins permanentes. La fourniture d'une gamme de méthodes constitue le défi que l'OMS cherche à relever au moyen de l'élaboration de directives à l'intention des directeurs de programme et des planificateurs. Le Groupe chargé de la planification de la famille et de la population s'efforce de favoriser l'intégration des programmes de planification de la famille dans le contexte plus vaste des services de soins de santé primaires. Dans le passé, les politiques et les programmes en matière de population ont été centrés sur des impératifs démographiques plutôt que sur des objectifs liés à la santé et à la qualité de la vie. Toutefois, on conçoit de plus en plus le contrôle de la fécondité résultant de décisions volontaires et individuelles comme constituant un élément critique propre à protéger la santé des familles et des collectivités. Le succès et le caractère durable de cette entreprise seront tributaires des possibilités d'intégrer les femmes et les hommes à la mise au point et à l'application de politiques et de programmes en matière de population.

9. Santé maternelle. Un état nutritionnel insuffisant et des comportements à haut risque en matière de fécondité contribuent à la mauvaise santé chronique dont souffrent des millions de femmes à la suite de complications au cours de la grossesse ou lors de l'accouchement; un demi-million d'entre elles meurent à la suite de ces complications. Les femmes meurent à cause d'une tension artérielle élevée, d'un accouchement obstrué, d'un avortement effectué dans de mauvaises conditions et d'un ensemble de maladies que la grossesse aggrave telles que la malaria, l'hépatite, les affections du coeur et le diabète. Toutes ces maladies peuvent être soit évitées ou traitées grâce à des technologies rentables appliquées dans les centres communautaires et de soins de santé.

10. Des services de santé de haute qualité devraient être disponibles aux femmes enceintes dans des endroits aussi rapprochés que possible des lieux de vie ou de travail des femmes. Le Programme de santé maternelle et de maternité sans danger vise à encourager les prestataires de soins de santé à veiller à ce que les services soient accueillants, flexibles et peu coûteux. Les possibilités d'accès aux services, leur disponibilité en temps opportun, leur coût peu élevé et leur qualité sont des éléments primordiaux lorsqu'il s'agit d'assurer la prestation de soins de santé maternelle. Le Programme de santé maternelle et de maternité sans danger a mis au point des directives concernant la décentralisation des soins obstétriques essentiels afin d'en faciliter l'accès aux femmes, notamment à celles qui sont désavantagées du fait de leur pauvreté, des distances et des barrières économiques.

11. Dans le but de rendre les soins de santé plus accessibles, l'OMS est en train de mettre en place des stratégies propres à rééquilibrer les tâches des centres de santé et des hôpitaux. Le Programme de santé maternelle et de maternité sans danger a défini un ensemble minimal d'initiatives relatives aux soins de la mère et de l'enfant qui devraient être assurées par les centres de santé. Plusieurs actes médicaux susceptibles de sauver la vie peuvent et doivent être accomplis par des sages-femmes ou d'autres agents de santé dans des centres de santé qui jouent un rôle axé sur la collectivité et qui constituent le meilleur véhicule pour informer, former et veiller aux soins de santé maternelle et infantile. Les centres de santé sont le lieu où les interventions peuvent être effectuées le plus économiquement.

12. Perspectives ouvertes aux femmes en matière de soins de santé. Etant donné que la suppression des inégalités en matière de santé et l'accès aux soins dans des conditions d'équité dépendront dans une large mesure d'une meilleure collaboration entre les systèmes de soins de santé et les familles, entre les professionnels de la santé et leurs clients, et entre les prestataires de soins et les femmes elles-mêmes, l'OMS cherche à encourager un processus qui permettrait de placer les programmes consacrés à la santé procréative des femmes dans le contexte plus large des services de santé primaires et où le choix en matière de reproduction serait traité comme un problème de santé. L'activité de l'Organisation dépendra de plus en plus de la mobilisation des ONG et des groupements de femmes pour s'assurer que les perspectives qui concernent les femmes demeurent au centre de toutes les stratégies relatives à la santé maternelle et de la planification de la famille.

13. A cette fin, le Programme spécial de recherche et de formation à la recherche-développement dans le domaine de la reproduction humaine ainsi que

Le Programme de santé maternelle et de maternité sans danger ont collaboré en vue d'encourager l'insertion des perspectives féminines dans la recherche effectuée en matière de reproduction humaine et leur intégration aux services fournis dans le domaine de la santé procréative. Dans le cadre de la réunion de l'Association internationale des femmes médecins et professionnelles de la santé d'Afrique et du Proche-Orient, les deux programmes ont organisé un atelier consacré à l'exploration des moyens propres à assurer la contribution et la participation des femmes à la création d'un réseau des parties intéressées.

14. Indicateurs désagrégés par sexes. Les activités de l'OMS axées sur les femmes, la santé et le développement (FSD) portent sur les rapports interactifs qui existent entre la santé des femmes et leur condition sociale, politique, culturelle et économique d'une part et leur contribution à la santé et au développement global. Au cours des années, le FSD a préconisé l'insertion de questions relatives aux sexes dans les systèmes de santé. Parmi les résultats les plus notoires, on peut citer la promotion, la collecte et la diffusion de données de santé relatives aux deux sexes; l'analyse des incidences des maladies et des conditions sanitaires selon le sexe des intéressés; la promotion des perspectives des femmes; la participation et la direction en matière de santé et de développement; et la promotion du rôle de la femme et de sa condition en matière de santé et de questions liées à la santé depuis la famille jusqu'aux niveaux décisionnels au plan national.

15. Conformément à la résolution WHA45.25, le Comité directeur interdivisions sur les femmes, la santé et le développement poursuit ses efforts afin d'assurer que les programmes de l'Organisation, de même que le neuvième Programme général de travail, accordent l'attention qu'ils méritent aux problèmes affectant la santé des femmes dans tous les domaines.

16. Afin de faciliter le processus d'intégration des perspectives féminines au Programme général de travail de l'OMS, le Comité directeur sur les femmes, la santé et le développement a établi une liste des indicateurs à l'intention des directeurs de programmes. Cette liste comporte une série de questions, y compris celles-ci : indicateurs des différences sexuelles en matière de santé et de l'accès et de l'utilisation des services de santé; l'incidence des activités du programme sur la santé des femmes dans les différents pays; la prestation de services et la participation des femmes et/ou des organisations de femmes en matière de promotion sanitaire et de la prévention et du contrôle des maladies; et enfin les besoins en matière de recherche pour autant qu'ils se rapportent aux problèmes des femmes dans le cadre des soins de santé primaires.

17. Conduite et direction. Le quatrième atelier organisé sous les auspices du Fonds des Nations Unies pour la population portant sur la direction et la participation des femmes dans les domaines de la santé maternelle et infantile et de la planification de la famille qui s'est tenu à Washington, D.C. en novembre 1992 a eu comme conséquence un renforcement du réseau d'équipes multisectorielles sur la direction et la participation des femmes qui comprend maintenant 42 pays situés dans toutes les régions de l'OMS. Des efforts sont en cours pour mobiliser les ressources et l'appui d'organisations de femmes au niveau local.

18. Depuis longtemps, l'OMS a cherché à assurer la collecte de données désagrégées par sexes sur la mortalité et la morbidité, une attention particulière étant accordée à la collecte de données propres à combler des lacunes en matière de renseignements sur des questions qui n'intéressent que les femmes et qui ont été négligées à l'occasion de collectes officielles de données dans le passé. La Division de la santé de la famille maintient toujours plusieurs bases de données bibliographiques et d'indicateurs portant sur la santé des femmes; elle maintient aussi d'étroits rapports avec d'autres domaines de programme possédant des ensembles de données sur la base des sexes. Il est prévu qu'à l'avenir ces bases de données constitueront le point de départ d'une base de données bibliographiques et d'indications complète portant sur la santé de la femme couvrant sa ongevité totale et rassemblant toutes les informations disponibles provenant des divers domaines de programme.

19. Stimulés par les activités du Comité directeur sur les femmes, la santé et le développement et par les liens avec la Commission mondiale sur la santé de la femme, différents domaines de programme sont de plus en plus conscients du fait que les problèmes relatifs à la santé des femmes sont indivisibles. Ceci a suscité des efforts pour quantifier l'ampleur des manquements à signaler ainsi que pour mettre au point des méthodes de recherche et de collecte de données permettant de combler les lacunes en matière d'informations. Un groupe de travail non officiel sur les sexes et la recherche en matière de santé s'est réuni sous l'autorité du Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales afin d'étudier des problèmes d'intérêt commun relatifs à la recherche centrée sur les sexes. L'une des activités de ce groupe consiste à poursuivre une étude intéressant plusieurs pays en vue de l'établissement d'un "guide de conseils à l'intention de la femme en santé". Ce guide centrerait l'attention sur les problèmes de santé des femmes en vue de son utilisation au niveau communautaire, par exemple lorsque les femmes amènent les enfants pour qu'ils soient immunisés ou à l'occasion de leur participation à des réunions de groupements de femmes ou d'ONG.

20. Plusieurs domaines de programme ont porté sur la création de stratégies susceptibles de révéler les aspects de diverses maladies qui intéressent les deux sexes. Le problème de la femme qui fait usage de stupéfiants a fait l'objet d'une consultation au mois d'août 1993. Ces discussions serviront de base d'une note d'information à l'échelle du système des Nations Unies sur les femmes, l'abus des stupéfiants et le virus de l'immunodéficience humaine (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) et elles apporteront une contribution essentielle à la Conférence de Beijing en 1995. Le Comité directeur FSD a été réuni pour coordonner les intrants en vue de cette Conférence et pour assurer une meilleure prise de conscience des questions relatives à la santé des femmes lorsqu'il s'agira d'inclure ces questions au Plan d'action.

21. Les femmes et la violence. Lorsqu'il s'est agi de consacrer la Journée mondiale de la santé à la prévention des accidents et des blessures, une attention particulière a été accordée à la question de la violence à l'encontre des jeunes filles et des femmes. Il importe de considérer la violence dans le contexte le plus large possible, en se référant non seulement à la violence physique et à la cruauté mentale auxquelles les femmes sont exposées, mais aussi à la violence cachée à laquelle les femmes doivent faire

face lorsqu'elles souffrent de discrimination et qu'elles se voient refuser les droits de l'homme les plus élémentaires tels que la nourriture, les soins de santé, l'éducation et un environnement sûr. Une table ronde réunie ce jour-là a rassemblé un groupe de prestataires de soins de santé, des groupements de femmes et des femmes qui avaient elles-mêmes souffert d'abus, afin d'examiner les moyens d'aider tant les victimes que les coupables.

22. Certaines pratiques traditionnelles constituent une autre forme de violence contre les femmes, notamment la mutilation génitale qui affecte plus de 80 millions de jeunes filles et de femmes dans plus de 30 pays. La quarante-sixième Assemblée mondiale de la santé a adopté une résolution sur la santé maternelle et infantile et la planification familiale (WHA46.18) qui a souligné l'importance d'éliminer de telles pratiques traditionnelles nocives ainsi que les obstacles sociaux et comportementaux qui affectent la santé des femmes, des enfants et des adolescents. L'Assemblée a prié le Directeur général de fournir des renseignements complémentaires sur la portée et les incidences sur la santé de telles pratiques. L'OMS continue à assurer un appui technique et financier aux fins d'enquêtes nationales, et pour la formation des accoucheuses traditionnelles, des sages-femmes et des autres agents de santé, de même que pour des initiatives au niveau des communautés afin de mettre fin à la perpétration de telles pratiques.

23. Les femmes au niveau décisionnel. En ce qui concerne les articles 7 et 8 de la Convention relatifs à l'insertion des femmes aux niveaux décisionnels de l'OMS de manière à permettre à l'Organisation d'atteindre ses objectifs visant à accroître le nombre des femmes occupant des postes professionnels et d'un rang supérieur ainsi que la participation des femmes aux programmes, aux réunions techniques et aux réunions des organismes directeurs de l'OMS, il convient de signaler que le Dr Tomris Türmen, Directeur de la Division de la santé de la famille, a été nommé Conseiller auprès du Secrétaire général pour le recrutement et la participation des femmes à l'OMS. Le Dr Türmen travaillera en étroite collaboration avec le Groupe ad hoc de l'OMS sur l'emploi des femmes qui est composé de représentants du personnel, du Comité du personnel et du Groupe 50-50.

24. Le mandat du Conseiller consiste à déceler les femmes, soit à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Organisation, qui possèdent le potentiel voulu pour être nommées à des fonctions décisionnelles ou de direction à l'OMS, ainsi qu'à stimuler la recherche de candidates à des postes de l'OMS en intervenant auprès de collègues, d'Etats membres, d'autres agences, d'universités, de centres de recherche et d'ONG. Le Conseiller fera partie du Comité ad hoc et du Comité de sélection du personnel supérieur pour lui permettre d'apporter sa contribution à un examen équitable des candidates à des vacances de postes appartenant aux catégories professionnelles et plus élevées. On espère qu'ainsi un mécanisme sera créé qui permettra de suivre les progrès accomplis en vue de la réalisation des objectifs de l'Organisation en vue d'accroître la participation des femmes à tous les niveaux de l'OMS. Profitant de l'expérience d'organes publics et privés, le Conseiller pourra proposer des mesures novatrices propres à assurer un recrutement et un avancement équitables des femmes au sein de l'OMS et il fera rapport périodiquement au Directeur général sur l'évolution du moment et les initiatives complémentaires qui s'avéreraient nécessaires pour parvenir à un accroissement de la participation des femmes aux programmes de l'OMS.