



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

Distr. générale
1er mars 2001
Français
Original: anglais

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

Vingt-quatrième session

15 janvier-2 février 2001

Point 7 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**

**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 18 octobre 2000, 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-quatrième session du Comité. On trouvera en annexe à la présente note la fiche pays établie par l'OMS.

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.

Annexe

Introduction

1. L'article 18 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes prie les États parties de :

« Présenter au Secrétaire général de l'Organisation des Nations Unies, pour examen par le Comité, un rapport sur les mesures d'ordre législatif, judiciaire, administratif ou autre qu'ils ont adoptées pour donner effet aux dispositions de la présente Convention et sur les progrès réalisés à cet égard ... »

La santé des femmes est une question à laquelle la Convention accorde de l'importance, tant directement qu'indirectement, compte tenu des effets potentiellement négatifs de la discrimination sur la santé des femmes, thème que l'on retrouve dans différents articles. Ainsi, l'article 12 énonce clairement l'obligation des États parties 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 exigent également l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes dans des domaines liés à la santé, par exemple, l'article 10 (éducation), l'article 14 (femmes rurales) et l'article 16 (mariage et rapports familiaux). Les recommandations générales en vue de l'établissement des rapports, publiées au fil des ans, montrent bien l'intérêt que porte le Comité à la santé des femmes. Il est intéressant de constater que six des 24 recommandations générales concernent directement la santé :

- a) 12 (1989) et 19 (1992) sur la violence à l'égard des femmes;
- b) 14 (1990) sur l'excision;
- c) 15 (1990) sur la discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales élaborées en vue de la prévention et de la lutte contre le sida;
- d) 18 (1991) sur les handicapées;

e) 24 (1999) qui contient les observations les plus détaillées du Comité sur la santé des femmes.

3. Tous les États parties à la Convention s'engagent à présenter des rapports périodiques au Comité mais celui-ci dispose également d'autres moyens pour obtenir des informations sur la situation des femmes. L'article 22 accorde aux institutions spécialisées des Nations Unies le droit « d'être représentées lors de l'examen de la mise en oeuvre de toute disposition de la Convention qui entre dans le cadre de leurs activités. » En outre, cet article précise que « le Comité peut inviter les institutions spécialisées à soumettre des rapports sur l'application de la Convention dans les domaines qui entrent dans le cadre de leurs activités. » C'est dans ce contexte que l'Organisation mondiale de la santé a le plaisir de soumettre le présent rapport qui contient des informations pouvant compléter celles figurant dans les rapports des États parties et qui mettent en lumière certaines questions concernant la santé des femmes qui intéresseront peut-être tout particulièrement le Comité.

4. Conformément à la recommandation générale 24 (point 8)¹ et à l'approche de la santé des femmes adoptée par l'OMS, les informations et observations ci-après portent sur le cycle de vie tout entier et ne concernent donc pas uniquement les femmes adultes mais aussi les fillettes et les adolescentes. Pour chaque pays, elles sont regroupées par rubriques – données générales, enfants, adolescentes, femmes, femmes âgées et conclusions – selon qu'elles ont plus particulièrement trait à la santé des femmes. Elles sont suivies de questions ou d'observations concernant chaque pays qui pourraient intéresser le Comité.

5. Il est regrettable de constater que des questions importantes pour la santé des femmes comme la pauvreté, ne sont pas évoquées dans la plupart des rapports généraux portant sur la situation des femmes dans tous les pays auxquels s'intéresse le Comité, tant à la vingt-quatrième session que dans le cadre du groupe de travail présession. Ainsi, on ne dispose que de peu d'informations complètes sur le trafic de femmes et d'enfants, que ce soit sur ses causes éventuelles ou sur ses dangers pour la santé et le bien-être des femmes qui en sont victimes. Deux autres questions importantes sont également insuffisamment examinées, à savoir l'incidence et les répercussions globales du travail des enfants, ainsi que sa ventilation par sexe, et les mala-

dies professionnelles chez les femmes dans le secteur tant formel qu'informel. Il serait intéressant que ces problèmes soient abordés pour chaque pays.

6. En dernier lieu, il serait extrêmement utile que le Comité souligne l'importance de la santé des femmes en général et pas simplement en matière de procréation, à laquelle on s'intéresse déjà depuis longtemps. Par exemple, de nombreux pays possèdent peu de données régulières ventilées sur :

- a) Les maladies transmissibles telles que la malaria, la tuberculose, etc.;
- b) Les maladies cardiovasculaires qui tuent de plus en plus de femmes;
- c) Les problèmes de santé mentale;
- d) Les incapacités et les décès liés au mode de vie y compris la toxicomanie (tabagisme, alcoolisme, etc.);
- e) L'arthrose, les maladies auto-immunes et autres, qui sont autant de facteurs d'invalidité et de décès particulièrement importants chez les femmes âgées.

Burundi

Généralités

7. Le Burundi a 6,7 millions d'habitants² et un taux de croissance démographique annuel de 1,7 %³. Ces dernières années, la population dans son ensemble a été gravement éprouvée par la guerre et l'instabilité qui règnent dans toute la région ainsi que par la pandémie de VIH/sida. En 2000, le rapport femmes/hommes s'établissait à 104:100⁴. L'espérance de vie à la naissance a diminué ces 10 dernières années, passant de 52 à 44 ans pour les femmes et de 49 à 41 ans pour les hommes⁵. Sur le plan économique, le pays se classe dans la catégorie des pays à faible revenu, avec un PNB par habitant de 140 dollars des États-Unis⁶.

Enfants

8. Près de la moitié de la population (46 %) a moins de 15 ans⁷. La mortalité infantile reste assez élevée. Pour la période 1995-2000, elle se chiffrait à environ 112 pour 1 000 naissances vivantes pour les filles et à 125 pour les garçons, et était passée en moyenne de 110 en 1990 à 136 en 1999⁸. En 2000, selon l'UNICEF, le taux de mortalité des moins de 5 ans s'établissait à

180 pour 1 000 naissances vivantes, contre 176 en 1998, ce qui constituait une nette amélioration par rapport à 1960 où il était de 255⁹.

9. Cinquante-huit pour cent des enfants âgés d'un an ont été vaccinés contre la tuberculose entre 1995 et 1998. Par ailleurs, 50 % de tous les enfants ont été vaccinés contre la tuberculose, la diphtérie, la coqueluche et le tétanos; 51 % contre la poliomyélite et 44 % contre la rougeole¹⁰. La malnutrition est un problème grave chez les enfants, avec 11 % des moins de 5 ans présentant des insuffisances pondérales importantes et 43 % un certain retard de croissance¹¹.

10. Le VIH/sida est en progression rapide chez les enfants de 0 à 15 ans. À la fin de 1999, 19 000 cas dont 3 % de moins de cinq ans avaient été signalés. En outre, 230 000 enfants de moins de 15 ans avaient perdu ou leur mère ou leurs deux parents à cause du sida depuis le début de l'épidémie (donnée datant de la fin 1999)¹².

11. Le taux de scolarisation est faible et légèrement favorable aux garçons, avec 46 filles pour 55 garçons dans le primaire, et 5 % de filles contre 9 % de garçons dans le secondaire¹³. Cet écart défavorise nettement les filles dans de nombreux domaines de la vie, notamment celui de la santé.

12. Malheureusement, on ne dispose d'aucune donnée ventilée par sexe qui mette en évidence d'autres écarts éventuels entre garçons et filles et donne une idée de leur impact en ce qui concerne d'autres aspects de la santé, comme la nutrition, le nombre et la situation des enfants séropositifs et/ou orphelins du sida, etc.

Adolescentes

13. Les 10-19 ans représentent 24 % de la population totale du Burundi¹⁴. Les questions les plus importantes pour ce groupe d'âge sont la santé en matière de sexualité et de procréation et notamment l'infection par le VIH. Environ 12 % des jeunes filles et 6 % des jeunes gens de 15 à 24 ans vivent avec le VIH/sida. L'écart entre les filles et les garçons du groupe d'âge le plus jeune (15-19 ans) est manifeste puisque celles-ci sont quatre fois plus nombreuses à être séropositives que les garçons¹⁵.

14. Il faudrait donc qu'à l'avenir les grands programmes de prévention du VIH soient axés sur les adolescentes et s'attachent à créer un environnement renforçant leur autonomie pour leur donner les moyens

de se protéger efficacement contre l'infection. Dans le même temps, conformément au rapport du Comité ad hoc plénier de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale, des programmes sont nécessaires pour :

« encourager les hommes à adopter un comportement sexuel et procréateur sûr et responsable, et à utiliser effectivement des méthodes de prévention des grossesses non désirées et des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/sida¹⁶. »

Femmes

15. Le rapport femmes/hommes au Burundi est de 104:100, et la plupart des questions liées à la santé concernent la fonction reproductrice. Ainsi, le taux de contraception n'est que de 9%¹⁷, pour un indice synthétique de fécondité de 6,2 par femme¹⁸. Seulement 24 % des accouchements ont lieu en présence de personnel de santé formé¹⁹, ce qui explique en partie le taux de mortalité maternelle toujours élevé enregistré en 1998 (800 pour 100 000 naissances vivantes), mais en diminution par rapport à 1999 (1 300 pour 100 000 naissances vivantes)²⁰.

16. On estime à environ 340 000 le nombre des adultes (15-49 ans) séropositifs ou malades du sida, soit 11,3 % de ce groupe d'âge, dont 56 %, soit 190 000, sont des femmes²¹. La séroprévalence prénatale chez les femmes dans la principale zone urbaine (Bujumbura) était de 19 % en 1998, mais elle atteignait 30 % pour le groupe d'âge des 25-29 ans. Parmi les professionnelles du sexe, ce chiffre s'élevait à 42 %. Le VIH/sida est à l'évidence la principale menace pour la santé des femmes.

17. Le taux d'analphabétisme est de 51,6 % pour les femmes âgées de 15 à 24 ans contre 40,2 % pour les hommes du même groupe d'âge²².

Femmes âgées

18. Les plus de 60 ans sont relativement peu nombreux au Burundi et ne représentent que 5 % de la population féminine et 3 % de la population masculine²³. Le rapport femmes/hommes dans ce groupe d'âge est de 155:100, contre 200:100 pour les plus de 80 ans. L'espérance de vie à 60 ans est de 14 pour les femmes et de 13 pour les hommes²⁴.

Conclusion

19. Le Burundi devra surmonter de nombreux obstacles pour améliorer la santé des femmes et notamment s'attaquer d'urgence aux taux élevés de mortalité maternelle et infantile, à la faible scolarisation et surtout à l'épidémie de VIH/sida.

Observations

20. La situation générale du Burundi, pays au revenu extrêmement faible, frappé de plein fouet par le VIH/sida, gravement touché par une guerre et une instabilité prolongées, où les taux de fécondité et de mortalité sont très élevés, a des conséquences très lourdes sur la santé mentale et physique de la population dans son ensemble mais surtout sur les femmes et les enfants notamment les filles en période de croissance. Par exemple, comme elles sont plus nombreuses que les hommes au sein de la population, les femmes doivent s'investir majoritairement dans l'économie et supporter une grande partie du poids financier des familles mais aussi s'occuper de leur famille et de leur foyer. L'accès à l'information et aux services de santé de base est restreint. Dans le même temps, l'absence générale de données ventilées par sexe (sauf celles concernant le VIH/sida et l'éducation) rend difficile toute évaluation de la mesure dans laquelle la discrimination à l'égard des filles et des femmes ou les caractéristiques des rôles traditionnellement attribués aux hommes et aux femmes ont des incidences plus négatives sur leur situation que ne l'indiquent les données disponibles.

21. À la lumière de ce qui précède, le Comité souhaitera peut-être poser des questions sur le système global de rassemblement des données, d'analyse et de planification du Gouvernement, notamment dans le domaine de la santé. Il pourrait être recommandé de se pencher en priorité sur la situation des femmes et des filles particulièrement vulnérables ou faisant partie de groupes marginaux. Si l'on disposait de données ventilées et procédait à des analyses périodiques des inégalités fondées sur le sexe dans le domaine de la santé, il serait plus facile de se fixer des priorités, d'élaborer des programmes non discriminatoires et d'assurer des services de santé qui tiennent compte des problèmes des femmes et des inégalités entre les sexes.

22. Les données relatives aux enfants qui décèdent de maladies infantiles évitables sont aussi révélatrices des insuffisances, quantitatives et qualitatives du système de santé. On ne dispose pas de donnée ventilée sur les

vaccinations mais le Comité souhaitera peut-être demander des précisions sur les projets que le Gouvernement pense mettre en place pour améliorer le taux de vaccination de tous les enfants, et en particulier pour s'assurer que les filles et les garçons reçoivent les mêmes vaccinations.

23. Le VIH/sida est incontestablement une préoccupation majeure en matière de santé pour toutes les femmes et les filles, tant pour celles qui sont considérées comme à risques que pour celles qui sont déjà infectées et directement touchées. Il s'agit d'un domaine où la discrimination joue un rôle déterminant dans la vulnérabilité des femmes face à l'infection et dans les difficultés que les femmes vivant avec le sida doivent surmonter pour s'occuper d'elles-mêmes ainsi que des membres de leur famille également touchés par la maladie. Il est capital pour elles de pouvoir accéder à l'information, aux services, à la protection contre la discrimination, à un soutien social et économique. Pour que la lutte contre le VIH/sida soit efficace, il faut redoubler d'efforts et bien cibler les mesures prises pour empêcher la propagation de toute les infections sexuellement transmissibles.

24. Le Comité pourrait ainsi chercher à savoir quelles sont les possibilités d'accès aux informations en général et aux services de lutte contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH, et s'il est tenu compte des sexospécificités, mais aussi s'intéresser à l'information, aux soins, aux traitements et aux services accessibles aux personnes vivant avec le sida, notamment les femmes et les filles. Des traitements adaptés aux besoins des femmes séropositives, visant notamment à réduire les risques de transmission de la mère à l'enfant et à prolonger la vie de la mère séropositive, sont importants pour toute la société mais surtout pour la mère et l'enfant.

25. En ce qui concerne le VIH/sida, le Comité pourrait également souhaiter poser des questions sur la situation des veuves de tous âges et des femmes âgées. Ces deux catégories de femmes sont souvent le seul soutien économique de leur famille, rôle qu'elles assument en sus de leurs fonctions traditionnelles de mère de famille et de ménagère. Cette double charge de travail constitue une menace pour leur santé mentale et physique, en particulier si elles sont elles-mêmes séropositives. Compte tenu de l'augmentation du nombre des femmes, il est particulièrement important d'élaborer des programmes spéciaux destinés à leur venir en aide sur les plans économique et social et dans

les domaines de la santé et des droits et libertés fondamentales.

26. Finalement, étant donné le contexte d'instabilité sociale et de conflit armé du pays, le Comité pourrait souhaiter poser des questions sur les besoins importants et particuliers des réfugiées, des déplacées, des migrantes et de leurs enfants en matière de santé mentale et physique.

Kazakhstan

Généralités

27. Le Kazakhstan a une population de 16,2 millions d'habitants, dont le ratio femmes/hommes est de 105²⁵. Le taux moyen d'accroissement de la population pendant la période 1995-2000 a été de -0,4 %. Soixante pour cent de la population vit dans les zones urbaines, qui s'étendent à un rythme de 1,4 % par an²⁶. Entre 1990 et 2000, l'espérance de vie des femmes à la naissance a reculé de 73,4 ans à 72 ans. Celle des hommes a reculé également au cours de la même période, quoique dans une moindre proportion, puisqu'elle est passée de 63,9 ans à 63 ans²⁷.

28. Le produit national brut par habitant, qui était de 1 310 dollars en 1998, classe le Kazakhstan dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire²⁸. On ignore le pourcentage de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté.

Enfants

29. La population du Kazakhstan comprend 28 % d'enfants de moins de 15 ans, dont un quart ont moins de 5 ans²⁹. Au cours de la période 1995-2000, le taux de mortalité infantile était de 30 pour 1 000 naissances vivantes pour les filles et de 39 pour 1 000 naissances vivantes pour les garçons³⁰. En 1998, il était de 36 pour 1 000 naissances vivantes en moyenne, contre 55 pour 1 000 naissances vivantes en 1960³¹. Entre 1960 et 1998, le taux de mortalité des moins de 5 ans (pour 1000 naissances vivantes) a reculé sensiblement puisqu'il est passé de 74 à 43, celui des filles ayant été plus faible que celui des garçons³². Les taux de vaccination des nourrissons (filles et garçons) à un an contre la tuberculose, la diphtérie/coqueluche/tétanos, la poliomyélite et la rougeole (1995-1998) ont été généralement très satisfaisants (99-100 %)³³.

30. La malnutrition est un problème chez les enfants, dont 2 % souffrent d'une grave insuffisance pondérale et 16 % environ montrent des signes de rachitisme³⁴. On ne dispose d'aucune information concernant les différences entre les filles et les garçons. Le VIH/sida est un problème apparemment moins important que dans de nombreux pays. Moins de 100 cas ont été signalés et moins de 1 % d'enfants ont été rendus orphelins par la maladie³⁵.

31. La scolarisation dans l'enseignement primaire atteint un niveau élevé et est équilibrée dans tout le pays. Les établissements primaires comptent en moyenne 95 filles pour 96 garçons³⁶.

Adolescents

32. Les 10 à 19 ans représentent 20 % de la population du pays³⁷. Le taux de suicide dans ce groupe de population (4,8 % chez les filles et 12,7 % chez les garçons³⁸) est inquiétant et montre que certains adolescents, en particulier certains garçons, connaissent de graves problèmes lorsqu'ils passent de l'enfance à l'adolescence et que les systèmes officiels et officieux ont beaucoup de mal à répondre à leurs besoins. Malheureusement, les données sur les adolescentes, bien qu'abondantes, n'ont pas été systématiquement communiquées. Il reste à espérer que la Commission pour le bien-être des femmes qui vient d'être créée, lorsqu'elle rassemblera et analysera des données, accordera l'attention voulue aux possibilités, besoins et vulnérabilités particulières des adolescentes et des jeunes femmes et aux risques qu'elles encourent.

Femmes

33. Au cours de la période 1990-1999, le taux de contraception a été estimé à 59 %³⁹. L'indice synthétique de fécondité est de 2,3 par femme, alors qu'il était de 4,5 en 1960⁴⁰. L'avortement continue d'être largement pratiqué et est considéré comme le principal moyen de contraception. En 1997, 156 800 avortements ont été pratiqués⁴¹. Les complications qui en résultent, parfois fatales, sont fréquentes. Bien que 100 % des accouchements se pratiquent sous la surveillance d'un personnel qualifié, la mortalité maternelle est une des plus élevées d'Europe. Les données fournies par le pays pour 1998 font état de 55 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le taux de mortalité maternelle établi à partir des données cliniques est plus élevé (77 pour 100 000 naissances vivantes).

34. La mortalité féminine due aux maladies cardiovasculaires, en augmentation depuis 1994, est deux fois plus élevée que la moyenne observée dans l'Union européenne. Le même constat vaut pour la mortalité féminine due aux cardiopathies ischémiques (61,45 %) (1998).

35. Le VIH/sida commence à poser problème. En 1999, le nombre d'adultes séropositifs de 15 à 49 ans était estimé à 3 500, soit 0,04 % de la population de ce groupe d'âge⁴².

36. Les possibilités de s'instruire sont bonnes, ce qui explique que seuls 0,2 % des femmes et 0,3 % des hommes de 15 à 24 ans soient analphabètes⁴³.

Femmes âgées

37. Les plus de soixante ans représentent 14 % de la population féminine, contre 9 % de la population masculine⁴⁴. Le ratio femmes/hommes est de 164 dans ce groupe d'âges mais s'élève à 361 chez les plus de 80 ans⁴⁵. L'espérance de vie des personnes de 60 ans est de 20 ans pour les femmes et de 15 ans pour les hommes⁴⁶. On ne dispose pas de données sur les principaux problèmes de santé des personnes âgées.

Conclusion

38. Pays en transition, le Kazakhstan a reculé sur le plan économique au cours des 10 dernières années, à l'instar de certains autres pays de la région, mais il dispose des infrastructures de base nécessaires pour progresser dans la résolution des problèmes clefs que sont la morbidité liée à la procréation et le VIH/sida. La collecte et l'analyse de données revêtiront une grande importance à cet égard.

Observations

39. En ce qui concerne la santé des femmes, il faudrait prendre note en particulier : 1) du ratio femmes/hommes, qui est élevé (105 dans l'ensemble, 164 chez les plus de 60 ans et 361 chez les plus de 80 ans); et 2) du pourcentage très élevé de la population qui vit dans les villes (60 %), deux éléments ayant incontestablement une grande incidence sur la santé et le bien-être des femmes.

40. Le Comité souhaitera peut-être se renseigner sur la cause du déséquilibre entre la population féminine et la population masculine et savoir si la santé mentale, physique et/ou sociale et le bien-être des femmes et de

leur famille posent des problèmes particuliers. Les femmes sont nombreuses, semble-t-il, à diriger un ménage, ce qui les oblige à assumer seules les multiples responsabilités de la vie familiale et la charge économique de leurs proches. Compte tenu du nombre de plus en plus important de femmes âgées dans la population et du taux de féminité élevé chez les personnes âgées, le Comité souhaitera peut-être encourager le Gouvernement à accorder une attention particulière aux femmes âgées, qui, non seulement continuent, comme le veut la tradition, à s'occuper de leurs proches et de la maison, mais doivent aussi encore souvent assumer seules la charge économique de leur famille, double fardeau qui peut faire peser une menace réelle sur leur santé mentale et physique. Le nombre des femmes augmentant, il faudrait se préoccuper sérieusement de l'élaboration de programmes spéciaux dans les domaines économique et social en matière de santé et de droits fondamentaux.

41. En ce qui concerne le pourcentage élevé de la population urbaine, le Comité pourrait peut-être demander à l'État partie comment il répond aux problèmes de santé associés à la pollution de l'air, à la violence à l'égard des femmes, à l'évolution des rôles des deux sexes, aux maladies professionnelles et à la pauvreté qui se posent généralement dans les villes. Pour chacun de ces problèmes, il faudrait enquêter sur les différences entre les sexes qui pourraient résulter de différences d'exposition à des risques, de vulnérabilité ou d'accès à l'information ou aux traitements.

42. Le Comité pourrait aussi, compte tenu du taux de mortalité maternelle toujours relativement élevé, interroger l'État partie au sujet de la nature et de la qualité des soins fournis aux femmes avant, pendant et après l'accouchement. Il pourrait en outre encourager le Gouvernement à donner aux femmes et aux hommes les moyens d'accéder facilement à diverses méthodes contraceptives et, en particulier, à favoriser l'utilisation de méthodes moins risquées pour les femmes que l'avortement.

43. Il est regrettable que l'on ne puisse disposer facilement de données sur les femmes particulièrement exposées à l'exploitation ou à la discrimination telles que celles qui vivent dans la misère, les prostituées ou les femmes appartenant à des groupes défavorisés.

Maldives

Indicateurs de base

44. Les Maldives ont une population de 286 000 habitants, dont 139 000 femmes et 147 000 hommes, soit un ratio femmes/hommes de 95⁴⁷. Les données concernant l'espérance de vie sont inhabituelles puisqu'elles font apparaître une espérance de vie à la naissance plus importante chez les hommes que chez les femmes (66 ans contre 63 au cours de la période 1995-2000)⁴⁸. La population s'accroît au rythme de 2,6 % par an. Le produit national brut par habitant était de 1 160 dollars en 1997, ce qui classe le pays dans le groupe des pays à revenu intermédiaire⁴⁹. On ne dispose pas de données sur la population vivant au-dessous du seuil de pauvreté qui est d'un dollar par jour.

Enfants

45. Les moins de 15 ans constituent 43 % de la population⁵⁰. À un an, 99 % des filles et 97 % des garçons sont entièrement vaccinés⁵¹. En 1998, selon l'UNICEF, le taux de mortalité infantile était de 87 pour 1 000 naissances vivantes⁵² (aucune donnée sur la question n'était ventilée par sexe). Au cours de la période 1990-1998, 27 % des enfants étaient considérés comme souffrant de malnutrition modérée ou grave⁵³ (aucune donnée sur la question n'était ventilée par sexe non plus). On ne disposait d'aucune information sur le nombre des enfants porteurs du VIH ou atteints du sida. Dans ses observations finales de 1998, le Comité des droits de l'enfant s'est dit préoccupé par la méconnaissance de la maltraitance des enfants, y compris de la violence sexuelle, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la cellule familiale, ainsi que par le manque d'informations sur la question. Il s'est également déclaré préoccupé par les écarts entre les sexes que les taux de scolarisation dans l'enseignement secondaire faisaient apparaître.

Adolescents

46. Les 10 à 19 ans constituent 26 % de la population du pays⁵⁴. Les données les concernant sont rares, à l'exception de celles relatives à la santé en matière de procréation et au mariage. Le rapport au Comité établi par le Gouvernement maldivien en 1999 indique que l'âge moyen au premier mariage est de 15 à 16 ans pour les femmes (voir CEDAW/C/MDV/1, par. 160). La différence d'attitude envers le mariage des filles et des garçons ressort clairement des données rassemblées

par l'ONU, qui montrent que pendant la période 1985-1990, 36 % des femmes de 15 à 19 ans étaient ou avaient été mariées, contre seulement 6 % des garçons du même âge⁵⁵. Dans ses observations finales de 1998, le Comité des droits de l'enfant s'est dit préoccupé par la diversité des problèmes de santé qui frappent les adolescents, en particulier le taux toujours plus élevé de grossesses précoces, la difficulté à s'informer sur la santé en matière de procréation et à bénéficier de services en la matière et l'insuffisance des mesures préventives contre le VIH/sida.

Femmes

47. Selon le rapport établi par l'État partie en 1999, les femmes doivent faire face à deux grands problèmes en matière de santé : la sous-nutrition et le manque d'accès aux services sanitaires. En 1998, le Comité des droits de l'enfant s'est également déclaré préoccupé « ... par le taux élevé de divorce – qui serait l'un des plus élevés du monde ». Ces trois facteurs peuvent avoir d'importantes incidences négatives sur la santé mentale et/ou physique des femmes. De plus, dans son rapport au Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, l'État partie indique que des facteurs sociaux et culturels et les responsabilités familiales, en particulier les soins à donner aux enfants, restreignent la mobilité des femmes et, par là même, leur accès aux hôpitaux et à des soins médicaux de qualité, qui, en principe, doit être égal à celui des hommes.

48. Comme dans les autres pays à revenu intermédiaire ou faible, la morbidité liée à la procréation est celle qui pose le plus de problèmes en matière de santé. Le taux de contraception est peu élevé (17 %), contrairement à l'indice synthétique de fécondité, corrélativement élevé (5,3 naissances par femme)⁵⁶. Bien que 95 % des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals⁵⁷ et que 90 % accouchent sous la surveillance d'un personnel qualifié⁵⁸, le taux de mortalité maternelle reste élevé (350 pour cent mille naissances vivantes)⁵⁹.

49. À la fin de 1999⁶⁰, 0,5 % des adultes étaient soit séropositifs soit malades du sida, chiffre qui, si l'on en juge par l'expérience acquise dans d'autres pays, est inférieur au chiffre réel et qui, compte tenu des facteurs socioculturels, notamment ceux influençant les relations entre hommes et femmes, ne doit pas donner lieu à un optimisme excessif.

50. Les taux d'alphabétisation sont élevés – le taux d'analphabétisme est de 1,7 % pour les femmes et de 1,9 % pour les hommes chez les 15 à 24 ans, contre 5,2 % pour les deux sexes chez les plus de 25 ans⁶¹.

Femmes âgées

51. En 2000, le pourcentage de la population de plus de 60 ans était de 5 % pour les femmes et les hommes, mais le ratio femmes/hommes était de 88. L'espérance de vie à 60 ans était de 17 ans pour les femmes et de 16 ans pour les hommes⁶². On ne dispose que de peu de données sur les problèmes de santé revêtant une importance particulière pour ce groupe d'âge.

Conclusion

52. Les principaux problèmes concernant les femmes restent les mêmes, à savoir le taux élevé de morbidité lié à la procréation chez les adolescentes et les adultes et la rareté des données disponibles dans de nombreux domaines, notamment la mortalité et la morbidité chez les femmes et les filles, plus élevées que chez les hommes et les garçons. Tous ces problèmes s'expliquent ou sont influencés par les données socio-culturelles signalées dans le rapport de l'État partie, qui ont pour effet de limiter l'accès des femmes à l'information sur la santé et de les mettre dans une situation d'infériorité par rapport aux hommes lorsqu'elles veulent prendre une décision concernant leur vie sexuelle.

Observations

53. Vu les données sur la situation générale des femmes actuellement disponibles et les schémas socio-culturels soulignés par l'État partie, le Comité souhaitera peut-être proposer au Gouvernement maldivien de prêter une attention prioritaire à la constitution d'une solide base de données sur la santé ventilée par sexe, qui permette de se renseigner sur des questions telles que la violence à l'égard des femmes, les maladies cardiovasculaires, l'analyse sexospécifique approfondie de certains problèmes touchant la santé mentale et physique des femmes, les méthodes à adopter pour améliorer la qualité, la convivialité et l'accessibilité des services de santé vis-à-vis des femmes, la nutrition et l'information et les services relatifs à la santé en matière de procréation, en particulier ceux destinés aux adolescentes et aux femmes.

54. L'attention pourrait être dirigée sur les données à rassembler et les programmes spéciaux à mettre en

oeuvre pour répondre, par groupe d'âge, aux besoins des femmes en matière de santé mentale et physique, en particulier de celles qui sont particulièrement exposées à l'exploitation et à la discrimination (celles qui vivent dans la misère, celles dont la mobilité et l'accès à l'information, aux services et aux soins de santé sont extrêmement limités, les prostituées et les femmes faisant partie de groupes défavorisés, par exemple). Les besoins et les droits des adolescentes exigent une attention particulière en raison de l'incidence que peuvent avoir sur elles, toute leur vie durant, des problèmes de santé en matière de procréation non traités (ceux liés à l'accouchement et aux maladies sexuellement transmissibles, par exemple) ou mal résolus, ainsi que des problèmes liés au style de vie (tabagisme, toxicomanie, etc.).

55. Le Comité pourrait se renseigner au sujet de la nature et de la qualité de l'assistance fournie aux femmes avant, pendant et après l'accouchement, vu le taux de mortalité maternelle, qui reste élevé alors même que les femmes sont très nombreuses (95 %) à bénéficier de soins prénatals et à être assistées par un personnel qualifié lorsqu'elles accouchent (90 %). En ce qui concerne la collecte d'informations, on pourrait examiner le rôle que peuvent jouer les jeunes mères, les militantes féministes et les personnalités religieuses et communautaires en tant que sources d'information et dispensatrices professionnelles de soins de santé. Le Comité pourrait aussi envisager de poser des questions précises concernant l'âge au mariage, qui reste précoce : des mesures ont-elles été prises (dans les écoles ou au sein de la collectivité) pour encourager les jeunes femmes, les jeunes gens et les familles à accepter l'idée d'un mariage plus tardif? Des informations et des services facilement accessibles et adaptés aux jeunes sont-ils disponibles en matière de santé de reproduction ou en passe de l'être?

Ouzbékistan

Indicateurs de base

56. L'Ouzbékistan compte 24,3 millions d'habitants, dont 12,2 millions de femmes et 12,1 millions d'hommes⁶³. Le rapport femmes-hommes est de 101 à 100. L'espérance de vie des femmes à la naissance a légèrement baissé, 72,9 ans en 1990 contre 71 ans à l'heure actuelle, les chiffres correspondants pour les hommes étant de 66,3 et 64, respectivement⁶⁴. Pendant la période 1995-2000, le taux moyen de croissance démographique

s'élevait à 1,6 % par an⁶⁵. Quarante et un pour cent de la population vivent en milieu urbain (FNUAP) et le taux de croissance démographique dans les zones urbaines était de 2,8 % par an entre 1995 et 2000⁶⁶.

57. L'Ouzbékistan, pays où le produit national brut par habitant est de 870 dollars, appartient au groupe des pays à revenu intermédiaire⁶⁷. Il n'existe pas de données sur le pourcentage de la population dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. L'espérance de vie corrigée du facteur incapacité est légèrement supérieure chez les femmes : 62,3 à la naissance et 13,4 à 60 ans pour les femmes contre 58 à la naissance et 11,5 à 60 ans pour les hommes⁶⁸.

Enfants

58. Trente-sept pour cent de la population ouzbèke est âgée de moins de 15 ans⁶⁹. Durant la période 1995-2000, le taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes était de 39 pour les filles et 49 pour les garçons, avec une moyenne de 45 en 1998⁷⁰. La même année, le taux de mortalité chez les moins de 5 ans s'élevait à 58⁷¹, mais les chiffres disponibles ne distinguent pas entre les sexes. Le taux de vaccination est satisfaisant, 96 à 99 % des enfants âgés d'un an étant vaccinés contre la tuberculose, la diphtérie, le tétanos, la coqueluche, la poliomyélite et la rougeole. Cinq pour cent des moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë⁷². Les données à ce sujet n'étant pas ventilées par sexe, il n'est pas possible de connaître la situation comparative des garçons et des filles. Moins de 100 enfants sont touchés par le VIH/sida, et moins de 1 % des enfants ont perdu leurs parents à cause du sida⁷³. Le taux de fréquentation scolaire net dans le cycle primaire s'établissait à 83 % pour les filles et les garçons pendant la période 1990-1998⁷⁴.

Adolescents

59. Les 10 à 19 ans représentent 23 % de la population⁷⁵. Rares sont les données sanitaires ventilées par âge. En 1997, on comptait 35 naissances pour 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans⁷⁶, ce qui est bien en deçà de la moyenne régionale de 59. Le VIH/sida, qui touche moins de 0,01 % des jeunes, filles et garçons, âgés de 15 à 24 ans, ne pose pas vraiment de problèmes⁷⁷.

Femmes

60. Les problèmes de santé signalés par les femmes sont principalement liés à la procréation. L'indice synthétique de fécondité total a baissé de 6,3 par femme en 1960 à 3,4 en 1998⁷⁸, conséquence logique du taux de contraception relativement élevé (56 %) ⁷⁹. On continue de recourir à l'avortement pour réguler les naissances, mais cette pratique est en nette perte de vitesse. Le taux de mortalité maternelle, 19 à 21 pour 100 000 naissances vivantes⁸⁰, pourrait encore être réduit. Le taux d'analphabétisme (0,3 % chez les jeunes, filles et garçons âgés de 15 à 24 ans)⁸¹ tend à indiquer que le pays dispose d'un système d'éducation publique accessible et bien utilisé.

Femmes âgées

61. Les femmes âgées de 60 ans ou plus représentent 8 % de la population totale, contre 6 % pour les hommes⁸². L'espérance de vie à 60 ans est de 20 pour les femmes et 17 pour les hommes⁸³. Il n'existe pas de données sur les principaux problèmes de santé qui touchent ce groupe.

Conclusion

62. L'Ouzbékistan a réussi à protéger la santé et l'éducation de la population féminine dès l'enfance. Les taux d'avortement demeurent élevés.

Observations

63. Les données publiées ne donnent pas une idée claire des besoins spécifiques des adolescentes et des femmes âgées en matière de santé et on ne sait pas dans quelle mesure les services du secteur public, notamment les services de santé et de protection sociale, y font face. Le Comité souhaitera peut-être encourager le Gouvernement à renforcer les moyens dont il dispose pour recueillir des données ventilées par sexe et étudier les besoins des femmes tout au long de leur cycle de vie, notamment en ce qui concerne leur santé mentale et physique, ainsi que la capacité des services de santé publique et autres de répondre efficacement à ces besoins. L'allongement de la durée de vie des femmes, conjugué à la diversification de leurs modes de vie et au raccourcissement de la période de leur vie qu'elles consacrent à la procréation, appelle une réorientation des services de santé. En outre, les pouvoirs publics pourraient s'employer à établir des données concernant les besoins en matière de santé des femmes qui sont

particulièrement vulnérables à l'exploitation ou à la discrimination, telles que les femmes qui vivent dans la misère se prostituent ou appartiennent à des groupes marginalisés, et à élaborer des programmes spéciaux pour répondre à ces besoins.

64. En ce qui concerne le pourcentage élevé de citadins, on pourrait s'interroger sur la façon dont le Gouvernement fait face aux problèmes de santé qui se posent couramment dans les zones urbaines, notamment ceux qui sont associés à la pollution atmosphérique, à la violence contre les femmes, à l'évolution des rôles respectifs des hommes et des femmes, aux maladies professionnelles et accidents du travail et à la pauvreté. Dans tous les cas, on devrait étudier les conséquences pour la santé spécifiques à chaque sexe qui pourraient découler de différents degrés d'exposition, de la vulnérabilité de tel ou tel groupe ou de l'accès à la formation et aux traitements. Pour ce qui est de la procréation des femmes, on doit en outre s'efforcer à aider les femmes à faire face aux incidences que la pollution atmosphérique en milieu urbain pourrait avoir sur l'issue de leurs grossesses.

Notes

¹ *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York, UN, 2000, p. 17.

² FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population). 2000. *L'état de la population mondiale 2000. Vivre ensemble dans des mondes séparés. Hommes et femmes à une époque de changements*. New York, FNUAP, 2000, p. 70.

³ ONU, op. cit., p.17.

⁴ Statistiques précédentes, ONU, op. cit., p. 17. Statistiques plus récentes données par pays de l'OMS.

⁵ Banque mondiale, 2000. *Entering the 21st Century: World Development Report 1999/2000*. New York, Oxford University Press, 2000, p. 230.

⁶ ONU, op. cit., p. 17.

⁷ ONU, op. cit., p. 79.

⁸ UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance). *La situation des enfants dans le monde, 2000*. New York, UNICEF, 2000, p. 114.

⁹ UNICEF, op. cit., p. 17.

¹⁰ UNICEF, op. cit., p. 58.

- 11 ONUSIDA-OMS. Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Burundi, p. 3.
- 12 UNICEF, op. cit., p. 96.
- 13 ONU, op. cit., p. 17.
- 14 UNICEF, *A Humanitarian Appeal for Children and Women, Burundi*. Genève, UNICEF, Janvier-décembre 2000.
- 15 ONU, *Rapport du Comité plénier spécial de la vingt-troisième session extraordinaire de l'Assemblée générale. Documents officiels de l'Assemblée générale. vingt-troisième session extraordinaire, Supplément No 3 (A/S-23/10/Rev.1)*. New York. 2000, par. 72 l).
- 16 UNICEF, op. cit., p. 108.
- 17 UNICEF, op. cit., p. 114.
- 18 UNICEF, op. cit., p. 108.
- 19 UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), *A Humanitarian Appeal for Children and Women. Burundi*. Janvier-décembre 2000. Genève, UNICEF.
- 20 ONUSIDA-OMS. Epidemiological Fact Sheet on HIV-AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Burundi, p. 3.
- 21 ONU, op. cit., p. 103.
- 22 ONU, op. cit., p. 17.
- 23 ONU, op. cit., p. 79.
- 24
- 25 FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) *L'état de la population mondiale 2000 : vivre ensemble dans des mondes séparés. Hommes et femmes à une époque de changements*, New York, 2000, p. 70.
- 26 « Statistiques antérieures, ONU, op. cit., p. 17. Pour des statistiques plus récentes, voir les données de l'OMS par pays.
- 27 Banque mondiale, *Le développement au seuil du XXIe siècle : rapport sur le développement dans le monde, 1999-2000*, Oxford University Press, New York, 2000, p. 230.
- 28 ONU, op. cit., p. 17.
- 29 ONU, op. cit., p. 79.
- 30 UNICEF, op. cit., p. 84.
- 31 UNICEF, op. cit., p. 114.
- 32 UNICEF, op. cit., p. 92.
- 33 UNICEF, op. cit., p. 88.
- 34 ONUSIDA/OMS, fiche d'information épidémiologique sur le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles – mise à jour 2000, Kazakhstan, p. 3.
- 35 UNICEF, op. cit., p. 96.
- 36 ONU, op. cit., p. 17.
- 37 UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), *Women in Transition: The MONEE Project*, CEE/CEI/Baltique, Rapport de surveillance régionale No 6. UNICEF, Florence, 1999, p. 122.
- 38 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2000*, p. 108.
- 39 UNICEF, *La situation des enfants dans le monde 2000*, p. 114.
- 40 UNICEF, *Women in Transition*, p. 117.
- 41 Données fournies par l'OMS.
- 42 Données fournies par l'OMS.
- 43 ONUSIDA-OMS, op. cit.
- 44 ONU, op. cit., p. 103.
- 45 ONU, op. cit., p. 17.
- 46 Ibid.
- 47 ONU, op. cit., p. 79.
- 48 ONU (Organisation des Nations Unies), *The World's Women 2000: Trends and Statistics*, New York, 2000, p. 17.
- 49 ONU, op. cit., p. 79.
- 50 PNUD (Programme des Nations Unies pour le développement), *Rapport sur le développement humain, 1999*, p. 198.
- 51 Banque mondiale, *Le développement au seuil du XXIe siècle : rapport sur le développement dans le monde, 1999-2000*, Oxford University Press, New York, 2000, p. 230.
- 52 ONU, op. cit., p. 17.
- 53 UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), *La situation des enfants dans le monde, 2000*. UNICEF, New York, p. 92.
- 54 UNICEF, op. cit.
- 55 UNICEF, op. cit., p. 88.
- 56 ONU, op. cit., p. 17.
- 57 ONU, op. cit., p. 48.
- 58 UNICEF, op. cit., p. 108.
- 59 ONU, op. cit., p. 79.
- 60 UNICEF, op. cit., p. 108.

- 61 Ibid.
- 62 ONUSIDA-OMS, fiche d'information épidémiologique sur le VIH/sida et les maladies sexuellement transmissibles : mise à jour 2000, Maldives, p. 3.
- 63 Ibid.
- 64 Ibid.
- 65 FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population), 2000. *L'état de la population mondiale 2000 : vivre ensemble dans des mondes séparés. Hommes et femmes à une époque de changements*. New York, FNUAP, 2000.
- 66 Ibid.
- 67 Banque mondiale, 2000. *Entering the 21st century: World Development Report 1999/2000*. New York, Oxford University Press, 2000, p. 231.
- 68 OMS (Organisation mondiale de la santé). *Rapport sur la santé dans le monde 2000 : Pour un système de santé plus performant*. Genève, OMS.
- 69 ONU (Organisation des Nations Unies), 2000. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York, ONU, 2000.
- 70 Ibid.
- 71 UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'enfance), 2000. *La situation des enfants dans le monde 2000*. New York, 2000.
- 72 Ibid.
- 73 ONUSIDA-OMS. *Epidemiological Fact Sheet on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infection: 2000 Update – Uzbekistan*.
- 74 UNICEF. *Le progrès des nations, 2000*. New York, 2000.
- 75 ONU (Organisation des Nations Unies), 2000. *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York, 2000.
- 76 Ibid.
- 77 UNICEF. *Le progrès des Nations, 2000*. New York.
- 78 Ibid. *La situation des enfants dans le monde, 2000*.
- 79 Ibid.
- 80 Ibid.
- 81 Ibid. *Le progrès des nations, 2000*, New York.
- 82 ONU (Organisation des Nations Unies). *The World's Women 2000: Trends and Statistics*. New York, 2000.
- 83 Ibid.