



## Assemblée générale

Distr. générale  
3 août 2011  
Français  
Original : anglais

---

### Soixante-sixième session

Point 69 b) de l'ordre du jour provisoire\*

**Promotion et protection des droits de l'homme :**  
**questions relatives aux droits de l'homme, y compris**  
**les divers moyens de mieux assurer l'exercice effectif**  
**des droits de l'homme et des libertés fondamentales**

## **Droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible**

### **Note du Secrétaire général**

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre à l'Assemblée générale le rapport intermédiaire établi par Anand Grover, Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme, sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, conformément aux résolutions 15/22 et 6/29 du Conseil des droits de l'homme.

---

\* A/66/150.



## **Rapport intermédiaire du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible**

### *Résumé*

Dans le présent rapport, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible examine l'interaction entre le droit pénal et les autres restrictions imposées par la loi relative à la santé sexuelle et génésique et au droit à la santé. Le droit à la santé sexuelle et génésique est un élément fondamental du droit à la santé. Les États doivent dès lors veiller à ce que cet élément du droit à la santé soit pleinement réalisé.

Le Rapporteur spécial analyse l'incidence des restrictions pénales et des autres restrictions imposées par la loi sur l'avortement, sur le comportement pendant la grossesse, sur la contraception et la planification familiale, et sur l'offre d'éducation et d'informations sexuelles et génésiques. Certaines restrictions pénales et autres restrictions imposées par la loi dans chacun de ces domaines, qui présentent souvent un caractère discriminatoire, enfreignent le droit à la santé en limitant l'accès aux produits, aux services et aux informations de qualité. Elles sont contraires à la dignité humaine en ce qu'elles limitent les libertés auxquelles ont droit les personnes au titre du droit à la santé, s'agissant, en particulier, de la liberté de décision et de l'intégrité physique. En outre, l'application de ces lois comme moyen d'obtenir certains résultats en matière de santé publique est souvent inefficace et disproportionnée.

La réalisation du droit à la santé implique la levée des obstacles qui entravent les décisions personnelles en matière de santé ainsi que l'accès aux services, à l'éducation et aux informations dans ce domaine, en particulier pour les états de santé qui affectent uniquement les femmes et les filles. Dans les cas où l'obstacle est érigé par une loi pénale ou autre instrument législatif, les États ont l'obligation de le lever. L'abrogation de ces lois et restrictions imposées par la loi n'est pas soumise à des contraintes de ressources et ne peut dès lors être considérée comme devant s'opérer uniquement de manière progressive. Les obstacles créés par le droit pénal et par d'autres lois et politiques qui affectent la santé sexuelle et génésique doivent dès lors être levés immédiatement afin de garantir l'exercice sans restriction du droit à la santé.

---

**Table des matières**

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	4
II. Contexte .....	4
III. La législation internationale relative aux droits de l'homme et le droit à la santé sexuelle et génésique .....	5
IV. Droit pénal et autres restrictions imposées par la loi qui affectent le droit à la santé sexuelle et génésique .....	6
Incidence des lois pénales et des autres restrictions imposées par la loi sur la santé sexuelle et génésique .....	9
V. Recommandations .....	22

## I Introduction

1. Depuis son précédent rapport à l'Assemblée générale (A/65/255), le Rapporteur spécial a effectué des missions de pays en République arabe syrienne en novembre 2010 (A/HRC/17/25/Add.3) et au Ghana en mai 2011. Il a présenté au Conseil des droits de l'homme, à sa dix septième session en juin 2011, un rapport sur le droit à la santé et le développement (A/HRC/17/25) ainsi qu'un rapport sur la consultation d'experts concernant l'accès aux médicaments, considéré comme un élément fondamental du droit à la santé (A/HRC/17/43). Il a organisé en avril 2011 une consultation d'experts et une consultation publique sur le droit à la santé des personnes âgées, qui ont été à la base du rapport présenté au Conseil à sa dix huitième session de septembre 2011.

2. Le Rapporteur spécial a apporté sa contribution à un certain nombre de réunions et de conférences sur le droit à la santé, notamment à la réunion organisée par l'Open Society Institute et le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA) relative aux droits de l'homme et au Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, organisée en mars 2011 à New York, et à la Conférence sur l'exercice du droit à la santé organisée en juin 2011 à Budapest par l'Université d'Europe centrale. Le Rapporteur spécial a présenté en septembre 2011 des exposés introductifs à l'Assemblée de l'Irlande du Nord, sur les objectifs du Millénaire pour le développement et, en mai 2011 à Londres, au séminaire de l'International Drug Policy Consortium, sur la proportionnalité des condamnations pour infractions à la législation sur les drogues.

3. Le Rapporteur spécial a également procédé à des consultations régionales de la société civile à Nairobi pour l'Afrique orientale, à Budapest pour l'Europe de l'Est et à Moscou pour la Fédération de Russie et l'Asie centrale. Ces consultations ont permis au rapporteur de recueillir des informations au sujet de l'exercice effectif du droit à la santé dans ces régions et de des diffuser des informations sur le mandat.

## II. Contexte

4. Le présent rapport examine l'incrimination de certains services de santé sexuelle et génésique, en particulier par rapport aux femmes, ainsi que leur incidence sur le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (ci après le « droit à la santé »). Il analyse par ailleurs l'effet d'autres restrictions imposées par la loi et d'autres politiques qui affectent le comportement et les décisions dans le contexte de la santé sexuelle et génésique. Il étudie l'utilisation de ces lois et autres restrictions imposées par la loi pour réglementer l'interruption volontaire de grossesse (« IVG »), le comportement pendant la grossesse, l'éducation sexuelle et génésique, la contraception et la planification familiale. Il examine également l'effet négatif que ce droit pénal et les autres restrictions imposées par la loi peuvent avoir sur les soins de santé – notamment l'accès aux produits, aux services et à l'information – sur les libertés et la dignité humaine des personnes affectées, en particulier les femmes, et sur les résultats sous l'angle de la santé publique.

5. Le Rapporteur spécial a décidé d'aborder ces questions dans la mesure où le droit à la santé sexuelle et génésique est un domaine dans lequel le comportement et

les décisions sont régis par l'État par le biais de toute une série de lois pénales et autres restrictions imposées par la loi qui peuvent enfreindre le droit à la santé.

### III. La législation internationale relative aux droits de l'homme et le droit à la santé sexuelle et génésique

6. Le droit à la santé sexuelle et génésique fait partie intégrante du droit à la santé, dont il est une composante. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels met en évidence certains aspects du droit à la santé sexuelle et génésique en son article 12, paragraphe 2 alinéa *a*. L'Observation générale n° 4 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels déclare en outre que font partie du droit à la santé les mesures nécessaires pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique – y compris l'accès à la planification de la famille –, les soins prénatals et postnatals, les services d'obstétrique d'urgence ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information (E/C.12/2000/4, par. 14). Elle note de plus que le droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique (ibid., par. 21). Les recommandations du Comité ont constamment soutenu cette démarche<sup>1</sup>.

7. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes<sup>2</sup> impose aux États de prendre des mesures pour garantir aux femmes une large égalité, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi et de l'accès aux soins de santé. La Convention prévoit tout particulièrement qu'il y a lieu de faire bien comprendre que la maternité est une fonction sociale, d'assurer l'accès aux informations relatives à la planification de la famille, et d'éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le mariage et dans les rapports familiaux. L'article 16 paragraphe 1 alinéa *e* impose en outre d'assurer aux femmes les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits.

8. La Convention relative aux droits de l'enfant prévoit la protection du droit à la santé des jeunes de moins de 18 ans. L'article 24 de la Convention affirme le droit à la santé tel qu'il est consacré par le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui est particulièrement pertinent au regard de l'importance de la santé sexuelle et génésique pour la vie des jeunes, femmes et hommes<sup>3</sup>. La Convention exhorte les États à assurer les soins prénatals et postnatals pour les mères, à développer l'éducation et les services dans le domaine de la planification de la famille, et à assurer l'élimination des pratiques traditionnelles qui sont « préjudiciables à la santé des enfants »<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Voir E/C.12/1/Add.98, paragraphe 43, E/C.12/1/Add.105 et Corr. 1, paragraphes 53 et 54, E/C.12/BRA/CO/2, paragraphe 29, et E/C.12/COL/CO/5, paragraphe 5.

<sup>2</sup> Voir en particulier les articles 5, 10 alinéa *h*, 11, 12 paragraphe 1, et 16.

<sup>3</sup> Voir Fonds de Nations Unies pour la population : *Eight Lives: Stories of Reproductive Health* (New York, 2010).

<sup>4</sup> Nations Unies, *Recueil des traités*, vol. 1577, n° 27531, article 24 ; voir aussi CRC/GC/2003/4, paragraphe 31.

9. Les droits en matière de santé génésique occupent également une place de premier plan dans le Programme d'action de la Conférence internationale de 1994 sur la population et le développement, dans le Programme d'action de Beijing et dans les objectifs du Millénaire pour le développement, qui affirment les droits suivants des femmes : la maîtrise de tous les aspects de leur santé, le respect de leur autonomie et leur intégrité physique, la liberté de décider des questions qui ont trait à leur sexualité et à leur fonction procréatrice, sans discrimination, contrainte ni violence. Le Programme d'action de Beijing stipule que les États doivent envisager de supprimer les sanctions qui se rapportent à la santé sexuelle et génésique. L'accent est mis avec insistance sur la relation entre une meilleure santé sexuelle et génésique pour les femmes et la réduction de la pauvreté. Malheureusement, le *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2010*<sup>5</sup> a déclaré que les progrès dans certaines régions du monde dans des domaines cités à titre indicatif, notamment la grossesse des adolescentes et l'utilisation des moyens contraceptifs, s'étaient ralentis, et que l'aide à la planification familiale en pourcentage de l'aide totale a fortement diminué de 2000 à 2008.

10. L'Observation générale n° 4 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels précise le concept de santé génésique, en indiquant que la santé génésique recouvre la liberté pour les femmes et les hommes de décider s'ils veulent procréer et quand, le droit d'être informés sur les méthodes sûres, efficaces, abordables et acceptables de planification familiale, l'accès à la méthode de leur choix, ainsi que le droit d'avoir accès à des services appropriés de soins de santé, garantissant, par exemple, aux femmes le bon déroulement de leur grossesse et de leur accouchement (E/C.12/2004/4, note de bas de page 12). La santé sexuelle est définie comme « un état de bien être physique, affectif, psychologique et social lié à la sexualité, et pas seulement comme l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité »<sup>6</sup>. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement énonce que la santé sexuelle comprend le droit de mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité ainsi que la liberté de décider quand et comment procréer (A/CONF.171/13, par. 7.2). Il affirme par ailleurs que la santé sexuelle implique une conception de la sexualité et des relations sexuelles qui soit positive et fondée sur le respect, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sans risque, à l'abri de toute contrainte, discrimination et violence.

#### **IV. Droit pénal et autres restrictions imposées par la loi qui affectent le droit à la santé sexuelle et génésique**

11. Des lois pénales sont adoptées par l'État en vue de réglementer tout comportement perçu comme menaçant, dangereux ou nuisible pour un ou des tiers ou pour la société. Ces lois constituent l'expression la plus forte du pouvoir de répression de l'État et comptent parmi ses actes les plus délibérés. Elles sanctionnent ceux qui se livrent à des comportements prohibés; elles sont aussi destinées à décourager d'autres d'adopter un comportement similaire, à inactiver et réhabiliter les délinquants, et à fournir réparation aux victimes.

<sup>5</sup> Publication des Nations Unies, n° de vente E.10.I.7.

<sup>6</sup> Paul Hunt et Judith Bueno de Mesquita, *The Rights to Sexual and Reproductive Health* (Colchester, Essex, Université d'Essex 2006).

12. Le recours à la contrainte déclarée par l'État ou par des acteurs non étatiques, comme dans le cas de la stérilisation forcée, l'IVG forcée, la contraception forcée et la grossesse forcée, a été longtemps reconnu comme une forme injustifiable de contrainte exercée par l'État et comme une violation du droit à la santé<sup>7</sup>. De même, lorsque le droit pénal est utilisé par l'État comme outil pour régir le comportement et les décisions des personnes dans le contexte du droit à la santé sexuelle et génésique, l'État substitue par la contrainte sa volonté à celle de l'individu.

13. Les États recourent également à d'autres restrictions imposées par la loi, notamment par certaines dispositions du droit civil et administratif visant à restreindre ou interdire l'accès aux services, aux produits et aux informations relatifs à la santé sexuelle et génésique et/ou leur disponibilité.

14. Dans leur application, les lois pénales et autres restrictions imposées par la loi peuvent empêcher l'accès à certains produits de la santé sexuelle et génésique, notamment aux méthodes contraceptives, déclarer directement illégal un service particulier comme l'IVG, ou interdire la fourniture d'informations sur la santé sexuelle et génésique, notamment dans le cadre de programmes scolaires. En pratique, ces lois affectent un large éventail de personnes : les femmes qui tentent subir une IVG ou cherchent à obtenir des moyens contraceptifs; les amis et membres de la famille qui aident les femmes à avoir accès à l'IVG; les praticiens qui procèdent à ces IVG; les enseignants qui dispensent des cours d'éducation sexuelle; les pharmaciens qui fournissent des contraceptifs; le personnel des institutions créées pour fournir des services de planification de la famille; les défenseurs des droits de l'homme qui luttent pour la défense des droits en matière de santé sexuelle et génésique; et les adolescents qui cherchent à avoir accès à la contraception dans le cadre d'une activité sexuelle entre personnes consentantes.

15. Les lois pénales et les autres restrictions de la santé sexuelle et génésique imposées par la loi peuvent avoir des incidences négatives multiples sur le droit à la santé, notamment en interférant avec la dignité humaine. Le respect de la dignité est fondamental pour la réalisation de tous les droits humains. La dignité requiert que les personnes soient libres de prendre des décisions personnelles sans ingérence de l'État, en particulier dans un domaine aussi important et aussi intime que la santé sexuelle et génésique.

16. Les lois pénales et autres restrictions qui affectent la santé sexuelle et génésique peuvent constituer des violations du droit à la santé. Bien que le présent rapport traite avant tout de l'incidence de ces lois et de ces restrictions imposées par la loi sur les femmes et les filles, il n'exclut nullement les problèmes similaires auxquels sont confrontés les hommes et les garçons. Les femmes risquent toutefois généralement plus souvent de subir des violations de leur droit à la santé sexuelle et génésique<sup>8</sup> étant donné la physiologie de la reproduction humaine et le contexte social, juridique et économique « sexué » dans lequel se déroulent la sexualité, la fécondité, la grossesse et la parenté. Les stéréotypes persistants sur le rôle de la femme dans la société et la famille créent et alimentent les normes sociétales. Un grand nombre de ces normes se fondent sur la conviction que la liberté de la femme, en particulier son identité sexuelle, doit être bridée et réglementée (voir E/CN.4/2002/83, par. 99). Lorsque les femmes transgressent ces normes inspirées

<sup>7</sup> Voir CRC/C/15/Add.268, paragraphe 46 alinéa e ; CEDAW/C/CHN/CO/6, paragraphe 32 ; E/CN.4/2004/49, paragraphe 25.

<sup>8</sup> À l'exception des hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes; voir A/HRC/14/20.

par les stéréotypes dans leur recherche de la liberté sexuelle et génésique, elles sont souvent sévèrement sanctionnées<sup>6</sup>, avec les effets négatifs sur leur état de santé et les violations de leur droit à la santé qui en découlent. Les lois pénales et les autres restrictions imposées par la loi analysées dans le présent rapport facilitent et justifient le contrôle qu'exerce l'État sur la vie des femmes, qui consiste notamment à les contraindre de poursuivre une grossesse non souhaitée ou non prévue.

17. Le lien de causalité entre les rôles stéréotypés des sexes, la discrimination et la marginalisation des femmes et des filles et l'exercice de leur droit à la santé sexuelle et génésique est largement démontré (voir E/CN.4/2002/83 et E/CN.4/2004/49). L'incrimination crée et perpétue la réprobation sociale; limite leur capacité à utiliser pleinement les produits, services et informations relatifs aux soins de santé sexuelle et génésique disponibles; leur refuse la participation à part entière à la société; et fausse les perceptions chez les professionnels des soins de santé, ce qui, par voie de conséquence, peut entraver leur accès aux services de soins de santé. Les lois pénales et autres restrictions imposées par la loi marginalisent les femmes, qui peuvent être dissuadées de prendre des mesures pour protéger leur santé, à la fois pour éviter la responsabilité et par crainte d'être montrées du doigt. En limitant l'accès aux produits, services et informations relatifs aux soins de santé sexuelle et génésique, ces lois ont également un effet discriminatoire dans la mesure où elles affectent surtout les personnes qui ont besoin de ces ressources, c'est à dire les femmes. Il s'ensuit que les femmes et les filles sont sanctionnées à la fois lorsqu'elles respectent ces lois et sont alors soumises à des effets négatifs pour leur santé physique et mentale, et lorsqu'elles ne les respectent pas et risquent dès lors des peines d'emprisonnement.

18. Les États citent le plus souvent deux motifs pour la mise en œuvre de lois pénales ou autres lois restrictives au regard du droit à la santé sexuelle et génésique : la santé publique et la moralité publique. La moralité publique ne peut servir de justification pour la promulgation ou l'exécution de lois qui peuvent donner lieu à des violations des droits fondamentaux, notamment celles qui entendent réglementer le comportement et les décisions en matière sexuelle et génésique. Si garantir certains résultats particuliers dans le domaine de la santé publique est un objectif légitime pour l'État, les mesures prises pour y parvenir doivent être à la fois fondées sur des preuves et être proportionnées pour assurer le respect des droits humains. Lorsque des lois pénales visant à réglementer le santé publique ne sont ni l'un, ni l'autre, les États doivent renoncer à y avoir recours pour régir la santé sexuelle et génésique dans la mesure où, non seulement, elles violent le droit à la santé des personnes concernées, mais sont aussi en contradiction avec leur propre justification sous l'angle de la santé publique.

19. Garantir les droits des femmes est essentiel pour améliorer les états de santé pour les deux sexes. Toutefois, la sous déclaration des problèmes de santé sexuelle et génésique est un défi de taille et se produit probablement pour une série de raisons politiques, sociales et culturelles. Par l'effet dissuasif qu'elle exerce sur l'échange ouvert d'informations et sur la collecte des données, l'incrimination aggrave encore la sous déclaration d'importants indicateurs de santé. Il s'ensuit que résoudre les problèmes de mauvaise santé est rendu impossible et complique les difficultés auxquelles se heurte la communauté internationale pour atteindre les objectifs de développement essentiels. De plus, les indicateurs de développement ne rendent pas compte de toutes les incidences de l'incrimination, dans la mesure où ils



traitent uniquement des données spécifiques et quantifiables en matière de santé publique et excluent les privations de dignité et d'autonomie.

20. Le recours par les États aux restrictions pénales et autres restrictions imposées par la loi pour régir la santé sexuelle et génésique peut constituer une violation grave du droit à la santé des personnes concernées et est inefficace en tant qu'intervention de santé publique. Il y a lieu de revoir ces lois sans délai. Leur abrogation n'est pas à réaliser progressivement : en effet, aucune limitation liée aux ressources ni seuil de *minimis* ne sont associés à leur abrogation.

## **Incidence des lois pénales et des autres restrictions imposées par la loi sur la santé sexuelle et génésique**

### **1. Incrimination et autres restrictions imposées par la loi concernant l'IVG**

21. Les lois qui pénalisent et restreignent l'IVG sont des exemples types d'obstacles inadmissibles à la réalisation du droit des femmes à la santé et doivent être abrogées. Ces lois constituent une violation de la dignité et de l'autonomie des femmes en restreignant fortement leur liberté de décision en matière de santé sexuelle et génésique. De plus, elles produisent systématiquement des cas de mauvaise santé physique qui entraînent décès, morbidité et affections évitables ainsi que des problèmes de mauvaise santé mentale, surtout parce que les femmes concernées risquent de se trouver embarquées dans le système judiciaire pénal. L'adoption ou le maintien des lois pénales relatives à l'IVG peuvent constituer des manquements aux obligations qu'ont les États de respecter, de protéger et de garantir le droit à la santé.

22. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a fortement désapprouvé les lois qui restreignent l'IVG, en particulier celles qui interdisent et incriminent l'IVG dans toutes les circonstances (voir CEDAW/C/CH/CO/4, par. 19). Il a confirmé par ailleurs que cette législation n'empêche pas les femmes de recourir à des IVG illégales et risquées et a qualifié les lois restrictives sur l'IVG de violation des droits à la vie, à la santé et à l'information<sup>9</sup>. Le Comité des droits de l'enfant est également préoccupé par l'incidence des lois fortement restrictives relatives à l'IVG sur le droit des adolescentes à la santé<sup>10</sup>. Le Comité contre la torture a déclaré en outre que les lois répressives en matière d'IVG devaient être revues, dans la mesure où elles entraînent des violations du droit de la femme de ne pas subir de traitement inhumain ou cruel<sup>11</sup>. Le Comité des droits de l'homme a conclu que l'égalité entre les hommes et les femmes implique un traitement égal dans le domaine de la santé ainsi que l'élimination de la discrimination dans l'offre de biens et de services, et a traité de la nécessité de revoir les lois sur l'IVG pour éviter les violations de droits<sup>12</sup>. Le précédent Rapporteur spécial sur le droit à la santé a appelé à l'abolition

<sup>9</sup> Voir A/53/38/Rev.1, paragraphe 337; et A/54/38/Rev.1, Partie I, paragraphes 56, 228 et 393.

<sup>10</sup> CRC/C/15/Add.107, paragraphe 30; CRC/C/CHL/CO/3, paragraphe 55; et CRC/C/URY/CO/2, paragraphe 51.

<sup>11</sup> CAT/C/PER/CO/4, paragraphe 23; CAT/C/NIC/CO/1, paragraphe 16; et CAT/C/CR/32/5, paragraphe 7.

<sup>12</sup> CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, paragraphes 20, 28 et 31.

des mesures répressives envers les femmes qui recherchent des IVG (voir E/CN.4/2004/49, par. 30).

23. Dans les États où l'IVG est incriminée, certains motifs particuliers de rechercher l'IVG peuvent être exclus de l'incrimination. Dans les cas les plus graves, l'IVG est totalement incriminée, sans exception – une situation qui n'existe que dans une poignée d'États – ou n'est autorisée que pour sauver la vie de la femme. Vingt-cinq pour cent environ de la population mondiale relèvent de régimes juridiques qui interdisent toutes les IVG, sauf après un viol ou un inceste ainsi que celles qui sont nécessaires pour sauver la vie d'une femme. Des régimes juridiques un peu moins restrictifs autorisent l'IVG pour un certain nombre de motifs de santé physique, de santé mentale ou socioéconomiques, comme la pauvreté et le nombre d'enfants. Enfin, l'IVG n'est soumise à aucune restriction des 56 États, même s'il existe des limites concernant le stade ultime de la grossesse auquel l'IVG est autorisée<sup>13</sup>.

24. D'autres restrictions imposées par la loi contribuent également à rendre les IVG légales inaccessibles. Les lois sur l'objection de conscience créent des obstacles à l'accès en permettant aux prestataires de soins de santé et au personnel auxiliaire, comme les réceptionnistes et les pharmaciens, de refuser de fournir des services d'IVG, des informations sur les procédures et des renvois à d'autres infrastructures et prestataires<sup>14</sup>. Parmi les autres restrictions, on citera les lois qui interdisent le financement public des services d'IVG; qui exigent de consulter des services de conseil et de périodes d'attente obligatoire pour les femmes qui cherchent à interrompre une grossesse; qui imposent que l'IVG soit approuvée par plus d'un prestataire de soins de santé; qui prévoient le consentement parental ou du conjoint; et les lois qui imposent aux prestataires de soins de signaler les cas « suspectés » d'IVG illégale lorsque des femmes se présentent pour des soins après IVG, y compris les fausses couches. Ces lois rendent inaccessibles les IVG et les soins après une IVG, en particulier pour les femmes pauvres, déplacées et jeunes. Ces régimes restrictifs, qui ne sont pas reproduits dans d'autres domaines des soins de santé sexuelle et génésique, contribuent à renforcer l'idée préconçue que l'IVG est une pratique contestable.

25. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a confirmé que les motifs d'ordre juridique sont souvent ce qui détermine le choix entre une IVG à ou sans risque pour les femmes en situation de grossesse non désirée<sup>15</sup>. Dès lors que les restrictions imposées par la loi influencent le caractère à risque ou non de l'IVG<sup>16</sup>, les IVG à risque risquent plus de se produire dans les régimes juridiques qui ont une attitude plus restrictive en matière d'IVG. Le taux d'IVG à risque et le ratio IVG à risque/IVG sans risque sont en corrélation directe avec le caractère plus ou moins

<sup>13</sup> R. Boland, "Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations", *Reproductive Health Matters*, vol. 18, n° 36 (2010), p. 67 à 89.

<sup>14</sup> Louise Finer et Judith Bueno de Mesquita, *Conscientious objection: Protecting sexual and reproductive health rights* (Colchester, Essex, University of Essex, 2010).

<sup>15</sup> OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of the Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2008*, 6<sup>e</sup> édition (Genève, 2011), p.2.

<sup>16</sup> Axel I. Mundigo, "Determinants of unsafe induced abortion in developing countries," dans : Ina K. Warriner et Iqbal H. Shah, resp. de publication, *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action* (New York, Guttmacher Institute, 2006), p. 51 à 54.

restrictif et/ou répressif des lois sur l'IVG<sup>17</sup>. On estime que les IVG à risque représentent près de 13 % de l'ensemble des causes de mortalité maternelle à l'échelle mondiale<sup>15</sup>. En outre, 5 millions de femmes et de filles souffrent de lésions durables ou non dues à des IVG à risque<sup>18</sup>, notamment d'hémorragies; de sepsies; de traumatismes du vagin, de l'utérus et des organes abdominaux; de déchirures du col de l'utérus; de péritonite; d'infections du tractus génital; de maladies inflammatoires pelviennes et de douleurs pelviennes chroniques; de choc et d'infécondité.

26. Les IVG à risque peuvent avoir lieu dans les conditions suivantes : un accès limité aux informations, en particulier sur le moment et la manière d'obtenir des IVG légales; une IVG pratiquée dans des conditions non hygiéniques ou par un travailleur de la santé en dehors d'infrastructures adéquates; une IVG pratiquée par la femme elle-même ou par un praticien traditionnel par l'insertion d'un objet dans l'utérus, l'absorption d'une substance liquide dangereuse, ou un massage violent; et un médicament incorrectement prescrit et non accompagné de suivi ou de plus amples informations<sup>19</sup>. L'incrimination de l'IVG crée et perpétue ces circonstances à risque. Dans les régimes plus libéraux, les femmes peuvent rechercher les services et le traitement de prestataires professionnels de soins de santé dans des conditions sans risque et médicalement correctes, notamment l'utilisation de comprimés provoquant l'IVG, qui permettent des IVG précoces sans risque, pratiquées par la femme elle-même.

27. L'interdiction pénale de l'IVG est l'expression très claire d'une ingérence de l'État dans la santé sexuelle et génésique d'une femme. En effet, elle restreint la maîtrise qu'une femme a de son corps et peut lui faire courir des risques de santé inutiles. L'interdiction pénale oblige aussi les femmes à poursuivre des grossesses non planifiées et à donner naissance alors qu'elles ne l'ont pas choisi. Les États sont tenus de veiller à ce que les femmes ne se voient pas refuser l'accès aux services médicaux post IVG nécessaires, que l'IVG pratiquée ait été légale ou non.

28. Les États ont aussi l'obligation de protection contre la violation par des tiers du droit à la santé. Dans les États où l'IVG est interdite, il ne peut y avoir de réglementation de l'IVG du point de vue de la santé et de la sécurité publiques, comme l'organisation de la formation et l'agrément de travailleurs sanitaires, ce qui augmente les possibilités d'IVG à risque. La dépénalisation, combinée avec une réglementation adéquate et une offre de services d'IVG accessibles et sans risque, est la méthode la plus rapide pour protéger pleinement le droit à la santé contre les violations par des tiers. En outre, les États devraient prendre des mesures pour protéger ceux qui offrent des IVG et les services connexes contre le harcèlement, la violence, les enlèvements et les meurtres perpétrés par des acteurs non étatiques (à motivation religieuse ou autre).

29. Les États doivent prendre des mesures pour veiller à ce que des services d'IVG légale et sans risque soient disponibles, accessibles et de qualité. Cela étant, les IVG

<sup>17</sup> OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems* (Genève, 2003), p. 86.

<sup>18</sup> Lori Ashford, « Hidden suffering : disabilities from pregnancy and childbirth in less developed countries ». (Washington D.C., Population Reference Bureau, 2002). Disponible sur : <http://www.prb.org/pdf/HiddenSufferingEng.pdf>.

<sup>19</sup> Michael Vlassoff et al., "Estimates of health care system costs of unsafe abortion in Africa and Latin America", *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 35, n° 3 (2009), p. 114 à 121.

sans risque ne seront pas immédiatement disponibles après la dépénalisation si les États ne créent pas les conditions dans lesquelles elles peuvent être offertes, à savoir la création de dispensaires disponibles et accessibles, l'organisation d'une formation complémentaire pour les médecins et les travailleurs de la santé, l'adoption de règles en matière d'agrément, et la garantie de la disponibilité des médicaments et du matériel sans risque les plus récents.

30. Les femmes ont droit, sur pied d'égalité, à la protection de la santé offerte par l'État dans le cadre du droit à la santé. Quel que soit le statut juridique de l'IVG, les femmes ont le droit de bénéficier de l'accès aux produits, services et informations liés à la santé sexuelle et génésique. Elles ont droit, en particulier, à l'accès à des services de soins de santé de qualité pour la gestion des complications, y compris celles qui résultent d'IVG à risque et de fausses couches. Ces soins ne peuvent être soumis à conditions, même en présence d'une menace de poursuites pénales, et ne peuvent dépendre de la coopération d'une femme à toutes poursuites pénales ultérieures, ni être utilisés comme preuve dans toute procédure à son encontre ou contre les fournisseurs d'IVG. Les lois ne peuvent imposer au personnel des soins de santé de signaler aux forces de l'ordre ou aux autorités judiciaires les femmes qui font l'objet de soins liés à une IVG.

31. L'interdiction absolue en droit pénal prive les femmes d'accès à une procédure qui, dans certains cas, peut leur sauver la vie. Même là où une IVG clandestine peut être pratiquée dans un environnement relativement hygiénique et sûr, il se peut qu'elle soit financièrement inaccessible pour les femmes les plus vulnérables. Il se peut que les femmes pauvres et marginalisées aient recours à des IVG à risque qu'elles pratiquent sur elles mêmes. Lorsque des exceptions très limitées à l'incrimination de l'IVG existent, notamment pour sauver la vie d'une femme, l'incrimination peut, dans les faits, bloquer l'accès aux informations concernant les services d'IVG légaux. Souvent, les femmes ne sont pas au courant de ces exceptions, dans la mesure où la réprobation sociale qui entoure l'IVG empêche la diffusion et la discussion de ces informations indispensables. Des restrictions imposées par la loi à la disponibilité des informations relatives à l'IVG existent aussi dans la mesure où les lois pénales comportent souvent des dispositions explicites interdisant la production et la diffusion de ces informations.

32. La fourniture de produits et de services de soins de santé de qualité médiocre est un problème majeur qui résulte de l'existence de régimes juridiques qui incriminent l'IVG. Dans ces circonstances, l'absence de réglementation publique et professionnelle de la pratique médicale implique que les IVG sont pratiquées par des praticiens non qualifiés en l'absence de précautions d'hygiène, afin d'éviter l'application de la loi<sup>20</sup>. En revanche, lorsqu'elle est pratiquée par des prestataires de soins de santé qualifiés dans des conditions correctes, l'IVG compte parmi les interventions médicales les plus sûres qui existent<sup>21</sup>. L'incrimination empêche en outre les praticiens d'avoir accès à des informations correctes sur la santé et, là où il existe des exceptions à l'incrimination, l'effet de dissuasion que crée la réprobation sociale associée peut empêcher les travailleurs de la santé de rechercher une formation et des informations sur l'IVG. Il se peut dès lors que les travailleurs de la santé qui décident de pratiquer des IVG dans ces circonstances n'aient ni

<sup>20</sup> OMS, *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates* (voir note de bas de page 14 ci-dessus).

<sup>21</sup> OMS, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance* (voir ci-dessus la note de bas de page 16).

informations sur la procédure correcte de l'IVG et des soins de suivi, ni formation dans ce domaine, ce qui réduit la qualité et la disponibilité des IVG légales.

33. Les travailleurs de la santé ont parfois refusé aux femmes l'accès aux services légaux existants de santé sexuelle et génésique ou ont refusé sans détours de traiter les femmes souffrant de complications suite à une IVG clandestine pratiquée ailleurs. À cause de la réprobation sociale qui entoure l'IVG, certains travailleurs de la santé ont fourni des informations erronées, affirmant par exemple qu'une femme ne peut avoir qu'une seule IVG légale.

34. La marginalisation et la vulnérabilité des femmes, outre la réprobation sociale et la discrimination, perpétuent et aggravent les violations du droit à la santé. La réprobation sociale liée à l'IVG empêche les femmes de rechercher une IVG et empêche celles qui subissent une IVG de demander à être traitées pour les complications médicales qui en résultent. Le taux de signalement très faible des IVG – 35 à 60 % seulement sont signalées – est une indication de l'importance de la réprobation sociale associée à l'IVG. Bien que de nombreux facteurs sociaux et culturels produisent et aggravent la réprobation sociale rattachée à l'IVG, l'incrimination de l'IVG perpétue la discrimination et produit des formes nouvelles de réprobation. Par exemple, l'infécondité d'une femme peut être erronément interprétée comme étant le résultat d'une IVG antérieure, ce qui conduit à faire peser la « culpabilité » sur la femme en raison de la réprobation sociale que suscite l'IVG, au lieu d'admettre que l'infécondité peut être due à divers états de santé sans lien avec l'IVG.

35. La stigmatisation qui résulte de l'incrimination crée un cercle vicieux. Elle a pour effet que les femmes recherchent les IVG clandestines et, souvent, à risque. Le fait de recourir à une IVG illégale et d'enfreindre ainsi la loi perpétue la notion que l'IVG est une pratique immorale et que, par essence, cette procédure est à risque, ce qui renforce la perpétuation de l'incrimination de cette pratique.

36. L'incrimination de l'IVG a également des effets importants sur la santé mentale. La nécessité de faire appel à des services de santé illégaux et la forte stigmatisation à la fois de la procédure de l'IVG et des femmes qui y ont recours peuvent avoir des effets nuisibles sur la santé mentale des femmes<sup>22</sup>. Dans certains cas, des femmes se sont suicidées à cause des pressions et de la stigmatisation accumulées liées à l'IVG<sup>23</sup>. Dans les systèmes juridictionnels où le viol n'est pas un motif pour interrompre une grossesse, les femmes et les filles qui sont enceintes suite à un viol mais qui ne souhaitent pas poursuivre leur grossesse sont contraintes soit de mener leur grossesse à terme, soit de recourir à une IVG illégale. Ces options peuvent, l'une comme l'autre, créer une énorme angoisse. Qu'elles optent pour l'une ou pour l'autre, la menace dominante de faire l'objet d'enquêtes, de poursuites et de sanctions dans le cadre de la justice pénale peut avoir d'importantes répercussions négatives sur la santé émotionnelle et le bien être de celles qui recourent à l'IVG comme de celles qui y renoncent. En outre, bien que l'effet psychologique du recours à l'IVG illégale ou de la poursuite d'une grossesse non désirée soit bien connu, il n'existe pas de preuve correspondante qui corrobore

---

<sup>22</sup> OMS, *Mental Health Aspects of Women's Reproductive Health* (Genève, 2008), p. 54.

<sup>23</sup> Ibid, p. 52.

l'existence de séquelles durables en termes de santé mentale découlant du choix de l'IVG<sup>24</sup>.

## **2. Contrôle et incrimination de la conduite pendant la grossesse et l'accouchement**

37. Les soins de santé maternelle prénatals et postnatals ainsi que l'accès aux informations sont autant d'éléments du droit à la santé exposés dans l'Observation générale n° 14. En outre, l'article 10 paragraphe 2 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels stipule qu'une protection particulière doit être accordée aux mères. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes reconnaît que les femmes doivent bénéficier de services adéquats liés à la grossesse. Au chapitre VII, Partie A, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement note que la santé génésique inclut l'accès à des services qui permettent aux femmes de connaître une grossesse et un accouchement sans risque<sup>25</sup>. Malgré ces obligations positives d'aider les femmes pendant leur grossesse et après la naissance, certains États ont proposé ou promulgué des lois pénales ou autres restrictions interdisant certaines formes de comportement, ce qui viole le droit à la santé des femmes concernées.

38. Dans certains systèmes juridiques, les femmes enceintes ont été poursuivies en justice pour divers comportements pendant la grossesse. Un certain nombre de ces poursuites ont été engagées pour l'usage de médicaments illicites par des femmes enceintes, y compris au titre de lois préexistantes relatives à la violence à l'égard des enfants, aux tentatives de meurtre, aux homicides et aux homicides par négligence. Des lois pénales ont également été utilisées pour poursuivre des femmes pour d'autres comportements, notamment avoir consommé de l'alcool pendant la grossesse, avoir donné naissance à des enfants mort nés ou connu des fausses couches (voir A/HCR/17/26/Add.2, par. 68), ne pas s'être conformées aux ordres d'un médecin, ne pas s'être abstenues d'avoir des relations sexuelles, et avoir dissimulé une naissance.

39. Dans certains cas, la législation civile relative au bien-être de l'enfant a été étendue aux sanctions répressives pour exposition aux drogues avant la naissance, cette exposition pouvant fournir un motif pour déchoir les parents de leurs droits ou pour leur retirer l'enfant à la naissance. Un rapport de toxicologie positif chez la femme enceinte ou des signes cliniques d'exposition aux drogues chez les nouveau nés peuvent, dans le cadre de ces régimes législatifs, être considérés comme une preuve de violence ou de négligence envers un enfant. Dans certains systèmes juridiques, les professionnels de la santé sont tenus de vérifier la présence d'exposition aux drogues chez les femmes enceintes ou les nouveau nés, ou sont autorisés à le faire moyennant avertissement de la femme concernée. D'autres ont adopté une législation qui autorise le placement en institution des femmes qui ont utilisé des drogues pendant la grossesse. Les professionnels de la santé sont parfois tenus de communiquer aux autorités les résultats de la recherche de drogues.

40. Certains États ont aussi incriminé la transmission périnatale du VIH. Dans un système, par exemple, une personne qui a contracté le VIH (et qui le sait) doit

<sup>24</sup> Vignetta E. Charles et al., "Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence", *Contraception*, vol. 78, n° 6. (décembre 2008), p. 436.

<sup>25</sup> Nations Unies, *Recueil des traités*, vol. 1249, n° 20378, art. 12.

« prendre toutes les mesures et précautions raisonnables pour prévenir la transmission du VIH à autrui, et, dans le cas des femmes enceintes, au fœtus, sous peine de sanctions pénales » (voir A/HCR/14/20, paragraphe 67). Dans ce cas, aucune dérogation ni moyen de défense n'est autorisé qui invoquerait l'indisponibilité de produits pour les soins de santé ou l'impossibilité d'y avoir accès. Les lois d'autres systèmes juridiques qui incriminent de manière générale la transmission du VIH peuvent aussi s'appliquer à la transmission périnatale.

41. L'incrimination du comportement au cours de la grossesse empêche l'accès aux produits et services de soins de santé et viole ainsi le droit à la santé des femmes enceintes. Lorsque les femmes craignent des poursuites au pénal, elles peuvent être dissuadées de recourir aux services et aux soins de santé ainsi qu'aux informations liées à la grossesse. Par exemple, les femmes peuvent ne pas s'adresser aux services prénatals si elles courent le risque d'être poursuivies pour transmission du VIH, ce qui pose un risque pour leur santé et celle du fœtus. Cette situation porte atteinte aux objectifs de santé publique liés au VIH, les femmes refusant tout bonnement de se soumettre à des tests si elles risquent des peines pénales pour cause de transmission.

42. Si les objectifs de santé publique peuvent justifier une certaine interférence avec les libertés personnelles, il a été clairement prouvé que ces objectifs ne peuvent être atteints par l'incrimination; au contraire, celle-ci les met souvent hors de portée (voir A/HCR/14/20, par. 51). L'application du droit pénal pour réglementer un comportement au cours de la grossesse, comme la consommation d'alcool, est une réponse disproportionnée et un moyen de dissuasion inefficace. Plusieurs associations professionnelles du secteur de la médecine sont opposées au recours au droit pénal comme moyen de s'attaquer à la toxicomanie chez les femmes enceintes, parce qu'elles le jugent inefficace et disproportionné<sup>26</sup>. Pour obtenir de manière efficace les résultats souhaités en matière de santé publique tout en défendant le droit des femmes à la santé, les États ne devraient pas incriminer ces comportements pendant la grossesse, mais veiller plutôt à assurer la mise à disposition de produits, de services et d'informations en termes de soins de santé qui favorisent la santé pendant toute la grossesse et l'accouchement.

43. Certaines lois pénales déplacent effectivement la charge de la réalisation du droit à la santé de l'État vers les femmes enceintes, en sanctionnant les femmes pour l'absence de mise à disposition effective par l'État de produits, de services et d'éducation en matière de soins de santé. Par exemple, une femme porteuse du VIH doit prendre toutes les mesures et précautions raisonnables pour empêcher la transmission du VIH au fœtus; par contre, l'accès à des services de soins de santé et au traitement par agent antirétroviral est limité ou inexistant, et l'État ne fournit pas ce dont une femme a besoin pour éviter les poursuites pénales. Le Rapporteur spécial a relevé que « [q]uand le droit d'accéder à des services de santé appropriés ... n'est pas garanti, les femmes ne sont tout simplement pas en mesure de prendre les précautions nécessaires pour prévenir la transmission, et elles risquent ainsi d'engager leur responsabilité pénale » (voir A/HRC/14/20, par. 66). Étant donné qu'il incombe aux États de veiller à la disponibilité des produits de soins de santé et l'accès à ceux-ci, il est particulièrement pervers que la législation pénale soit

<sup>26</sup> National Advocates for Pregnant Women, "What's wrong with making it a crime to be pregnant and to have a drug problem?" (9 mars 2006).

potentiellement en mesure de sanctionner les femmes pour la défaillance des pouvoirs publics à cet égard.

### 3. Contraception et planification familiale

44. L'OMS définit la planification familiale comme le processus qui permet aux populations d'atteindre le nombre souhaité d'enfants et de déterminer quel sera l'espacement des naissances. Elle consiste à utiliser des méthodes contraceptives et à traiter l'infécondité<sup>27</sup>. Le recours aux méthodes de planification familiale est une composante qui fait partie intégrante du droit à la santé. La contraception est une méthode de maîtrise de la fécondité qui affecte la planification familiale. Certaines de ses formes peuvent également être utilisées pour prévenir les infections sexuellement transmissibles, principalement par des méthodes qui créent un obstacle physique à la conception, comme les préservatifs. Il existe diverses autres formes de contraception qui vont de la stérilisation chirurgicale aux méthodes pharmaceutiques comme la pilule contraceptive, qui ne protègent pas contre les infections sexuellement transmissibles.

45. La planification familiale permet aux femmes de faire de manière autonome des choix éclairés concernant leur santé sexuelle et génésique. Elle réduit la mortalité maternelle en retardant les grossesses chez les femmes jeunes qui, sinon, seraient confrontées à un risque accru de problèmes de santé et de décès suite à des grossesses précoces. Il est démontré que l'accès à la planification familiale librement choisie peut réduire de 25 à 40 % la mortalité maternelle<sup>28</sup>. La planification familiale réduit aussi le nombre d'IVG à risque et la transmission périnatale du VIH. L'utilisation du préservatif non seulement réduit la fréquence des maladies sexuellement transmissibles, mais, lorsqu'ils sont utilisés correctement et de manière constante, les préservatifs masculins présentent aussi un taux d'efficacité de 98 %, s'agissant d'éviter une grossesse<sup>26</sup>.

46. À l'échelle mondiale, le besoin non satisfait de planification familiale reste un obstacle important pour atteindre les objectifs en matière de droits et de développement. L'OMS estime que 200 millions de couples, dans les pays en développement, souhaiteraient retarder ou suspendre les grossesses, mais qu'ils n'utilisent aucune méthode contraceptive<sup>26</sup>. En 2009, 24 % des femmes en âge de procréer dans les « pays les moins avancés » qui sont mariées ou vivent en couple ont signalé qu'elles ne souhaitaient plus d'enfants ou voulaient retarder la naissance de l'enfant suivant<sup>29</sup>. Ce besoin non satisfait à l'échelle mondiale avait plusieurs raisons : l'accès limité à la contraception; le choix limité de méthodes contraceptives; la crainte ou l'expérience d'effets secondaires; l'opposition culturelle ou religieuse; la mauvaise qualité des services disponibles; et les obstacles de type sexiste.

47. La planification familiale permet aux femmes de décider ou non de procréer et à quel moment, et fait dès lors partie intégrante du développement et de la pleine participation des femmes à la société. Dans certaines régions de l'Afrique subsaharienne, l'usage des contraceptifs est quatre fois plus élevé chez les femmes

---

<sup>27</sup> OMS, *Planification familiale*, Aide-mémoire n° 351 (avril 2011).

<sup>28</sup> Banque mondiale, « Population Issues in the 21st Century : The Role of the World Bank », Health, Nutrition, and Population (Washington, D.C., avril 2007).

<sup>29</sup> *World Contraceptive Use 2010* (POP/DB/CP/Rev. 2010) ; disponible sur <http://www.un.org/esa/publications/wcu2010/Main.html>.



qui ont accompli des études secondaires que chez celles qui n'ont suivi aucun enseignement, et près de quatre fois plus élevé dans les ménages les plus riches par rapport aux plus pauvres<sup>30</sup>. Une enquête transnationale semble indiquer que le pourcentage de femmes dans la population active est directement lié aux taux de natalité nationaux<sup>31</sup>. Des liens étroits ont également été observés entre l'usage de la contraception par les femmes et les possibilités de travailler en dehors du foyer; dans un pays, la croissance du revenu moyen pour les femmes qui ont eu une à trois grossesses est double de celle des femmes qui ont été plus de sept fois enceintes<sup>31</sup>.

48. Les lois pénales et les autres restrictions imposées par la loi qui réduisent ou refusent l'accès aux produits et services de planification familiale ou à certaines méthodes contraceptives modernes comme le contraception d'urgence constituent une violation du droit à la santé. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes exhorte les États à assurer l'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille, ainsi que l'accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille<sup>32</sup>. Dans l'Observation générale n° 4, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels invite les États à prendre des mesures pour « améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la planification de la famille ... ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information » (voir E/C.12/2000/4, par. 14).

49. Au chapitre II, principe 8, le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement confirme que les États devraient prendre toutes les mesures appropriées pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, un accès universel aux services de santé, y compris ceux qui ont trait à la santé en matière de reproduction, qui comprend la planification familiale et la santé en matière de sexualité. Il insiste par ailleurs sur la nécessaire participation et note que les programmes de planification familiale ne fonctionnent jamais aussi bien que lorsque les femmes sont associées sans réserve à la mise au point, à la prestation, à la gestion et à l'évaluation des services offerts. Il ajoute que les gouvernements devraient abolir toutes les restrictions injustifiées d'ordre juridique, médical, clinique et réglementaire à l'information sur les services et méthodes de planification familiale et à l'accès à ces services et méthodes. Le Programme d'action de Beijing déclare au paragraphe 96 que les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence.

50. Toutefois, dans beaucoup d'États, l'accès aux produits et services de planification familiale est fortement restreint par les lois pénales et autres restrictions imposées par la loi. Dans ces systèmes juridiques, les femmes et les hommes (les pauvres en particulier) n'ont pas accès à une contraception efficace et se voient refuser la liberté de décider de procréer ou non.

<sup>30</sup> *Rapport sur les objectifs du Millénaire pour le développement 2010* (publications de l'ONU, n° de vente E.10.I.7), p.37.

<sup>31</sup> Banque mondiale, « Population Issues », p.26 (voir note de bas de page 27 ci-dessus).

<sup>32</sup> Nations Unies, *Recueil des traités*, vol. 1249, n° 20378, articles 10 *h*, 14 *b*.

51. Par exemple, certains États ont incriminé la diffusion et l'usage de la contraception d'urgence<sup>33</sup>, et justifient ces lois en prétendant que cette forme de contraception est abortive. L'OMS confirme toutefois que la contraception d'urgence est une forme valable de contraception<sup>34</sup>. Les femmes qui mènent à terme une grossesse non prévue à cause de ces lois pourraient également être confrontées à des effets physiques et mentaux négatifs<sup>35</sup>. En outre, les femmes qui n'ont pas accès à la contraception d'urgence en raison des interdictions pénales peuvent être contraintes en dernier ressort de recourir à des IVG clandestines, ce qui les expose aux risques pour la santé qui accompagnent ces IVG.

52. Limiter l'accès aux méthodes chirurgicales de contraception est contraire à l'obligation qu'ont les États de veiller à ce que des services de qualité soient disponibles et accessibles. Par exemple, la ligature des trompes, une procédure de stérilisation sûre et efficace pour les femmes, est interdite par la loi dans certains pays, sauf dans des circonstances très limitées où cette procédure est nécessaire pour des raisons thérapeutiques. Lue conjointement avec les lois qui criminalisent la violence entraînant des lésions permanentes à un membre du corps, cette loi expose les professionnels de la santé qui pratiquent cette procédure à des actions en dommages intérêts, ce qui limite l'accès des femmes à cette méthode de contraception. Les femmes peuvent alors opter pour des procédures de ligature des trompes dans des infrastructures sanitaires non autorisées, ce qui risque d'entraîner des complications de santé et constitue un refus effectif d'accès pour les femmes pauvres qui ne peuvent financièrement se permettre ces procédures.

53. D'autres lois qui restreignent l'accès à la planification familiale et à la contraception comprennent une interdiction de fait, à l'échelle d'une ville, de la contraception dite « artificielle » dans une juridiction, ce qui a créé une difficulté non négligeable pour les femmes, s'agissant d'avoir accès à des formes fiables de contrôle des naissances (voir A/HCR/14/20/Add.1). Soixante dix pour cent de la population, en majorité des personnes pauvres et des personnes marginalisées, dépendaient des prestataires publics pour des services comme la stérilisation féminine, les pilules par voie orale, les dispositifs intra utérins et les produits injectables (Ibid.). L'interdiction a entraîné la privation absolue de tout accès aux services de planification familiale et à la contraception pour beaucoup de femmes et d'hommes. Dans d'autres cas, les États imposent aux femmes d'obtenir l'accord de leur époux, et aux adolescents, celui de leurs parents avant d'acquiescer diverses formes de contraception. D'autres juridictions autorisent les pharmaciens et, dans certains cas, les pharmacies, à refuser de délivrer des moyens de contraception d'urgence, qui est pourtant permise par la loi. Ces lois violent de manière directe le droit des femmes et des filles de faire des choix libres et éclairés en ce qui concerne leur santé sexuelle et génésique et traduisent les conceptions discriminatoires qui ont cours au sujet des rôles des femmes dans la famille et dans la société.

54. Les femmes sont aussi en droit de participer à toutes les décisions qui affectent leur santé sexuelle et génésique à tous les niveaux décisionnels. Il a été démontré que la participation au niveau communautaire dans le domaine de la contraception

---

<sup>33</sup> Eileen Kelly, "Crisis of conscience: pharmacist refusal to provide health care services on moral grounds", *Employee Responsibility Rights*, vol. 23, n° 1 (2011), p. 37 à 54.

<sup>34</sup> OMS, *Lévonorgestrel et contraception d'urgence*, Aide-mémoire n° 244 (révision octobre 2005). Disponible sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/fr/index.html>.

<sup>35</sup> OMS, *Santé mentale*, p. 55 (voir note de base de page 20 ci-dessus).

augmente l'autonomie d'une femme et sa capacité de choisir librement d'utiliser des préservatifs qui, non seulement, lui offrent un moyen de maîtriser la fécondité, mais protègent aussi sa propre santé en évitant les maladies sexuellement transmissibles<sup>36</sup>.

55. L'obligation de respecter le droit à la santé implique que l'État s'abstienne de limiter l'accès aux contraceptifs et autres moyens de préserver la santé sexuelle et génésique. Les États devraient dès lors abroger les lois pénales et autres restrictions fondées sur la loi, y compris les lois sur l'autorisation parentale et les autres autorisations à donner par des tiers, pour garantir l'accès à la planification familiale et aux produits, services et informations relatifs aux contraceptifs. L'obligation de protection implique que les États veillent à ce que ni des tierces parties ni des pratiques sociales ou traditionnelles nuisibles n'interfèrent avec l'accès aux soins prénatals et postnatals et à la planification familiale (voir E/C.12/2004, par. 35) ou réduisent l'accès à certaines ou à toutes les méthodes contraceptives. Enfin, l'obligation d'exécution inclut l'adoption et la mise en œuvre, en matière de santé publique, d'une stratégie nationale qui comprenne la mise à disposition de tout un ensemble de services de santé en matière de sexualité et de procréation, y compris l'accès à la planification familiale ... ainsi qu'à l'information (voir E/CN.4/2004/49, par. 29).

#### 4. Éducation et information relatives à la santé sexuelle et génésique

56. La mise à disposition d'une éducation et d'informations relatives à la santé sexuelle et génésique est une composante essentielle du droit à la santé et de la réalisation d'autres droits comme le droit à l'éducation et à l'accès aux informations. Les lois pénales et autres lois qui restreignent l'accès à une éducation et à des informations complètes en matière de santé sexuelle et génésique sont dès lors incompatibles avec le plein exercice du droit à la santé et doivent être abrogées par les États (voir E/C.12/2000/4, par. 11). Les femmes comme les hommes subissent les effets négatifs de ces obstacles. Ces effets sont toutefois plus fréquents pour les femmes.

57. L'Observation générale n° 14 met particulièrement l'accent sur l'accès à l'information parce qu'il s'agit d'une composante essentielle du droit à la santé (Ibid., note de fin de document 8), et garantit en particulier l'accès aux informations sur la santé sexuelle et génésique. Les États sont tenus en outre de fournir des ressources suffisantes et de s'abstenir de censurer, retenir ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sur la sexualité (voir E/C.12/2000/14, par. 34). Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a recommandé qu'une compréhension globale du contenu de l'éducation sexuelle et génésique comprenne les sujets des droits génésiques, du comportement sexuel responsable, de la santé sexuelle et génésique, de la prévention des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, de la prévention des grossesses des adolescentes, et de la

<sup>36</sup> À Kolkata (Inde), par exemple, le taux d'utilisation du préservatif chez les jeunes travailleurs du sexe est passé de 3 à 90 % en sept ans suite à une intervention dirigée par la communauté intitulée « projet Sonagachi ». Voir T. Ghosea et al., "Mobilizing collective identity to reduce HIV risk among sex workers in Sonagachi, India: The boundaries, consciousness, negotiation framework", *Social Science Medicine*, vol. 67, n° 2 (2008), p. 311 à 320.

planification familiale<sup>37</sup>, et a insisté sur la nécessité urgente de campagnes d'éducation pour lutter contre les pratiques dommageables comme la mutilation sexuelle féminine<sup>38</sup>. Une éducation et des informations exhaustives sur la santé sexuelle et génésique sont également utiles pour réduire le différentiel de connaissance de ces questions entre les hommes et les femmes<sup>39</sup>.

58. Les Principes directeurs internationaux de l'UNESCO sur l'éducation à la sexualité entendent par éducation sexuelle optimale une manière d'aborder l'enseignement de la sexualité qui soit « adaptée à l'âge, culturellement pertinente et fondée sur une information sexuelle précise, réaliste et s'abstenant de jugements de valeur »<sup>40</sup>. En outre, une éducation et une information complètes en matière de santé sexuelle et génésique doit offrir « la possibilité d'explorer ses propres valeurs et attitudes et de développer des compétences en matière de prise de décisions, de communication et de réduction des risques, concernant tous les aspects de la sexualité »<sup>39</sup>. Le Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation a souligné en outre qu'un programme éducatif exhaustif doit porter une attention particulière à la diversité sexuelle et à la dimension de genre (voir A/65/162, paragraphe 23).

59. Les lois qui limitent l'information sur la santé sexuelle et génésique et qui censurent l'évocation de l'homosexualité en classe alimentent la réprobation sociale et la discrimination à l'égard des minorités vulnérables<sup>41</sup>. Par exemple, les lois et les politiques qui encouragent l'éducation limitée à l'abstinence réduisent l'éducation à des images et des stéréotypes d'hétéronormativité, étant centrées sur la procréation. Certains de ces programmes ont même un contenu explicitement discriminatoire en matière de parité hommes femmes et d'orientation sexuelle<sup>42</sup>. Dans certains cas, des enseignants ont été suspendus ou menacés de poursuites en justice pour avoir abordé des questions sexuelles « inconvenantes » avec leurs élèves lors de l'étude des questions de santé sexuelle et génésique en classe. Dans d'autres cas, conformément aux politiques prônant uniquement l'abstinence et proscrivant l'obscénité, certains districts scolaires, tribunaux et législateurs ont interdit à des organisations de la société civile de se réunir dans les écoles publiques. Ces lois et ces politiques perpétuent les stéréotypes inexacts et négatifs en matière de sexualité, ostracisent les élèves qui ont des orientations sexuelles différentes et empêchent les élèves de prendre des décisions en pleine connaissance de cause au sujet de leur santé sexuelle et génésique.

60. Même dans les systèmes juridiques où une certaine forme d'éducation à la santé sexuelle et génésique est autorisée, sa qualité et son efficacité peuvent être fortement réduites par des prescriptions en matière de politique. Certains États ont contribué à la diffusion de fausses informations sur le préservatif, soit en diffusant des documents comportant des informations inexacts, soit en restant muets sur ce

<sup>37</sup> Voir A/56/38, paragraphe 224 ; A/56/38, paragraphe 303 ; A/53/38, paragraphe 349 ; et CEDAW/C/PHI/CO/6, paragraphe 28.

<sup>38</sup> Voir E/C.12/1/Add.78, paragraphe 31 ; et E/C.12/1/Add.62, paragraphe 39.

<sup>39</sup> ONUSIDA, *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2008* (Genève, 2008).

<sup>40</sup> UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité* (Paris, 2009), p.61.

<sup>41</sup> Voir The International Centre for the Legal Protection of Human Rights (INTERIGHTS) c. Croatia ; Human Rights Watch, *Rights at Risk, Executive Summary* (2011) ; BBC, "Brazil sex education material suspended by President" (25 mai 2011). Disponible sur <http://www.bbc.co.uk/news/world-latin-america-13554077>.

<sup>42</sup> Voir A/65/162, paragraphes 68 et 69 ; et A/HRC/14/20/Add.3, paragraphe 25.

sujet, ce qui a permis la prolifération d'informations contradictoires et inexactes<sup>43</sup>. De même, les campagnes prônant l'abstinence comme unique méthode, autrement dit, s'abstenir d'avoir des rapports sexuels comme moyen d'éviter les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses non désirées, offrent une vision limitée et incomplète plutôt qu'une vision globale. Il a été démontré que ces programmes, souvent non étayés par des informations exactes et non fondés sur des preuves, n'avaient aucun effet ou un effet très réduit, s'agissant de diminuer la transmission de ces maladies.

61. Les études ont montré que peu de jeunes ont des connaissances exactes en matière de VIH/sida<sup>44</sup>, mais que les femmes sont généralement encore moins bien informées que les hommes. Une étude d'ONUSIDA portant sur 147 pays a constaté que, chez les jeunes, 70 % des hommes reconnaissaient que les préservatifs masculins pouvaient protéger contre le VIH, mais que 55 % des femmes seulement citaient ces préservatifs comme stratégie efficace dans la prévention du VIH<sup>45</sup>. Les femmes et les filles subissent beaucoup plus que les hommes les effets des restrictions imposées par la loi concernant l'éducation et l'information complètes sur la santé sexuelle et génésique, ce qui renforce et aggrave les inégalités entre les sexes que révèlent ces chiffres. L'existence de restrictions imposées par la loi à l'accès à l'éducation et aux informations sur la santé sexuelle et génésique entraîne la communication, par des sources informelles, d'informations souvent inexactes et peut renforcer les stéréotypes sexistes. Il s'ensuit que les jeunes femmes sont moins préparées pour leur vie sexuelle et génésique, ce qui les laisse exposées à la contrainte, à la violence sexuelle et à l'exploitation ainsi qu'à un risque accru de grossesse non désirée, d'IVG à risque, de mortalité maternelle, de VIH et d'autres maladies sexuellement transmissibles<sup>46</sup>.

62. Dans les systèmes juridictionnels où des aspects de la santé sexuelle et génésique sont criminalisés, la disponibilité et l'accessibilité des informations qui s'y rapportent sont fortement limitées. Par exemple, les codes pénaux peuvent comporter des dispositions spécifiques qui interdisent de communiquer des informations sur la prévention ou l'interruption des grossesses, ou des documents qui sont prétendument en conflit avec les notions de moralité ou de décence. Les sanctions peuvent aller d'amendes à des peines d'emprisonnement. De plus, les restrictions de l'information relative à la santé peuvent être un résultat non voulu de lois qui concernent d'autres informations, comme les lois sur la pornographie qui peuvent également s'étendre à l'incrimination de documents relatifs à la santé sexuelle et génésique<sup>47</sup>. Ainsi, les programmes et activités dans le domaine de la santé publique et de l'autonomisation qui s'appuient sur ces informations – campagnes éducatives sur la prévention du VIH/sida et des maladies sexuellement transmissibles, sur la planification familiale, sur la violence domestique, sur la mutilation génitale féminine, sur la diversité sexuelle, sur la santé sexuelle et génésique générale – sont interdits dans les faits. Les femmes et les filles risquent le plus d'être affectées par cette lacune dans les services et programmes disponibles,

<sup>43</sup> UNESCO, *Review of Sex, Relationships and HIV Education in Schools* (2007), p. 16 et 17.

<sup>44</sup> ONUSIDA, *Rapport mondial 2008*, p. 98 (voir la note de base de page 39 ci-dessus).

<sup>45</sup> Ibid.

<sup>46</sup> Voir UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité*, p.2 (voir note de bas de page 40 ci-dessus).

<sup>47</sup> Amnesty International, *Left Without Choice: Barriers to Reproductive Health in Indonesia* (Londres, 2010).

dans la mesure où elles sont plus exposées au risque de VIH/sida et aux maladies sexuellement transmissibles, à la mortalité maternelle, à l'IVG à risque et aux grossesses non désirées ou non prévues.

63. Il a été démontré à plusieurs reprises que la connaissance suffisante de la santé sexuelle et génésique est un moyen efficace de réduire la mortalité maternelle; de prévenir les grossesses non prévues, l'IVG à risque, le VIH/sida et les autres maladies sexuellement transmissibles; de retarder le début des relations sexuelles; d'améliorer la connaissance des choix possibles en matière de planification familiale; et de protéger contre la violence sexiste (voir E/C.12/2000/4, par. 21). L'autonomisation des femmes par une éducation et une information complètes en matière de santé sexuelle et génésique est également impérative, dans la mesure où les femmes jeunes ont souvent moins de pouvoir ou de contrôle dans leurs relations, ce qui les rend beaucoup plus vulnérables à la contrainte, à la violence et à l'exploitation<sup>48</sup>. En tant qu'outil d'autonomisation et que moyen d'examiner de manière critique les inégalités entre les sexes et les stéréotypes sexistes, une éducation et une information exhaustives deviennent aussi une manière d'affaiblir des systèmes de patriarcat profondément enracinés; ces systèmes perpétuent les violations des droits des femmes, y compris leur droit à la santé (voir A/65/162, paragraphes 7 à 9). Doter les femmes de connaissances et de compétences en ce qui concerne leur santé sexuelle et génésique et de l'éducation et de l'information qui s'y rapportent améliore leur liberté de prendre des décisions éclairées en matière de santé et favorise leur participation à la société sur pied d'égalité.

64. Les États qui mettent en œuvre et appliquent des lois pénales ou autres pour restreindre l'accès aux informations sur la santé sexuelle et génésique réduisent activement l'accès aux informations et n'honorent donc pas leur obligation de respecter le droit à la santé. Ces lois ainsi que la stigmatisation qu'elles produisent ont pour conséquence que des tiers comme les enseignants, les éditeurs ou les libraires peuvent également refuser aux femmes et aux filles l'accès aux documents nécessaires sur la santé sexuelle et génésique. L'obligation faite aux États de respecter le droit à la santé implique qu'ils mettent au point des stratégies pour garantir qu'une éducation complète à la santé sexuelle et génésique soit offerte à tous, en particulier aux femmes et aux filles.

## V. Recommandations

**65. En appliquant une démarche fondée sur le droit à la santé, les États doivent engager des réformes allant dans le sens de l'élaboration et de l'application de politiques et de programmes relatifs à la santé sexuelle et génésique, comme l'exige le droit international des droits de l'homme. Dans ce contexte, le Rapporteur spécial invite les États :**

**a) À formuler des politiques et des programmes de santé publique qui diffusent des informations avérées sur la santé sexuelle et génésique et sur la prévention de la transmission périnatale du VIH;**

**b) À élaborer des politiques et des programmes exhaustifs de planification familiale qui offrent un vaste éventail de produits, d'informations**

<sup>48</sup> Voir UNESCO, *International Guidelines on Sexuality Education*, p. 20 (voir note de bas de page 40 ci-dessus).

et des services relatifs à la contraception qui soient disponibles, accessibles et de qualité;

c) À dépenaliser l'offre et l'utilisation de toutes les formes de contraception et de stérilisation volontaire pour le contrôle de la fécondité et à supprimer les obligations de consentement parental et/ou du conjoint;

d) À prendre des mesures pour assurer la disponibilité, l'accessibilité et la qualité d'une gamme complète de méthodes contraceptives, y compris les méthodes contraceptives pharmaceutiques et chirurgicales;

e) À dépenaliser la communication d'informations sur la santé sexuelle et génésique, y compris une éducation à cette santé fondée sur des preuves;

f) À formuler des politiques visant à s'assurer que les lois pénales, comme celles sur la pornographie, ne soient pas appliquées pour restreindre l'accès aux informations et à l'éducation dans le domaine de la santé sexuelle et génésique ou pour sanctionner ceux qui fournissent cet accès;

g) À prendre des mesures pour uniformiser les programmes de cours nationaux afin de veiller à ce que l'éducation à la sexualité et à la procréation soit complète et fondée sur des preuves et inclue des informations sur les droits de l'homme, l'égalité des sexes et la sexualité;

h) À dépenaliser l'interruption volontaire de grossesse et les lois qui s'y rapportent, notamment celles sur l'incitation à cette interruption;

i) À envisager, en tant que mesure intermédiaire, la formulation par les autorités compétentes de politiques et de protocoles imposant un moratoire à l'application des lois pénales qui concernent l'IVG, y compris des obligations qui incombent aux membres de la profession médicale en vertu de la loi en matière de signalement des femmes aux forces de l'ordre;

j) À assurer des services sans risque et de qualité, y compris l'interruption volontaire de grossesse, en recourant à des services conformes aux protocoles de l'OMS;

k) À adopter des politiques et des programmes visant à garantir l'accessibilité et la disponibilité de services sans risque, fiables et de qualité pour les complications liées aux interruptions volontaires de grossesse et pour les soins après ces interruptions, conformément aux protocoles de l'OMS, en particulier dans les systèmes juridiques où l'interruption volontaire de grossesse est incriminée;

l) À veiller à ce que des informations exactes et étayées par des preuves au sujet de l'interruption volontaire de grossesse soient disponibles au public et à ce que les prestataires de soins de santé soient pleinement au fait de la loi sur cette interruption et de ses exceptions;

m) À s'assurer que le champ d'application des dérogations liées à l'objection de conscience soit clairement défini, que leur application soit correctement réglementée et que le renvoi à d'autres services soit possible dans les cas où un prestataire soulève une telle objection;

n) À suspendre et supprimer l'application des lois pénales existantes à diverses formes de comportement pendant la grossesse en ce qui concerne le

**traitement du fœtus, en particulier la fausse-couche, la consommation d'alcool et de drogues, et la transmission du VIH.**

---