



# Assemblée générale

Distr. générale  
8 avril 2016  
Français  
Original : anglais

---

## Conseil des droits de l'homme

### Trente-deuxième session

Point 3 de l'ordre du jour

**Promotion et protection de tous les droits de l'homme,  
civils, politiques, économiques, sociaux et culturels,  
y compris le droit au développement**

## **Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique**

### **Note du Secrétariat**

Le Secrétariat a l'honneur de transmettre au Conseil des droits de l'homme le rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique, en application des résolutions 15/23 et 26/5 du Conseil. Dans son rapport, le Groupe de travail aborde la question de la discrimination à l'égard des femmes sous l'angle de la santé et de la sécurité. L'instrumentalisation du corps des femmes est au cœur de la discrimination dont elles sont victimes, les empêchant de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Le Groupe de travail appelle l'attention en particulier sur la situation de santé et de sécurité des femmes victimes de formes de discrimination multiples et croisées. Les femmes doivent pouvoir exercer le droit à la santé sans être victimes de discrimination, de manière autonome et effective, et à un coût abordable, et il incombe au premier chef à l'État de respecter, protéger et réaliser le droit des femmes à la santé, dans la législation et dans la pratique, y compris lorsque les services de santé sont fournis par des acteurs privés.

GE.16-05771 (F) 040516 060516



\* 1 6 0 5 7 7 1 \*

Merci de recycler



## Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique

### Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction .....	3
II. Activités .....	3
A. Sessions .....	3
B. Visites de pays .....	3
C. Communications et communiqués de presse .....	4
D. Autres activités .....	4
III. Analyse thématique : éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les domaines de la santé et de la sécurité .....	5
A. Cadre conceptuel .....	5
B. Signification de l'égalité dans le contexte de la santé et de la sécurité des femmes .....	7
C. Pratiques discriminatoires .....	8
D. Instrumentalisation du corps de la femme .....	14
E. Accès autonome, abordable et effectif aux soins de santé .....	19
IV. Conclusions et recommandations .....	21
A. Recommandations générales .....	22
B. Égalité et non-discrimination .....	22
C. Instrumentalisation du corps des femmes .....	24
D. Accès autonome, abordable et effectif aux soins de santé .....	25

## I. Introduction

1. Le présent rapport rend compte des activités du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique, menées depuis la présentation de son précédent rapport (A/HRC/29/40) jusqu'en mars 2016. Il est centré sur une analyse de la discrimination à l'égard des femmes sous l'angle de la santé et de la sécurité.

2. Les fonctions de Présidente-Rapporteuse et de Vice-Présidente du Groupe de travail ont été assumées par M<sup>mes</sup> Emna Aouij et Eleonora Zielinska, respectivement, jusqu'en juin 2015 et, au moment de la rédaction du présent rapport, sont assumées par M<sup>mes</sup> Eleonora Zielinska et Alda Facio, respectivement.

## II. Activités

### A. Sessions

3. Le Groupe de travail a tenu trois sessions à Genève au cours de la période considérée. À sa treizième session (4-8 mai 2015), il a tenu des consultations sur la santé et la sécurité des femmes, y compris sur leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative, avec plusieurs parties prenantes et experts, notamment des représentants de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Fonds des Nations Unies pour la population et de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et des organisations de la société civile, ainsi qu'avec des experts du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH).

4. À sa quatorzième session (12-16 octobre 2015), le Groupe de travail a poursuivi ses consultations sur la question de la santé et la sécurité des femmes, notamment avec des experts du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de l'Union interparlementaire et du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et avec les secrétariats des organes du HCDH chargés du suivi des traités, le Rapporteur spécial sur les droits des personnes handicapées et des membres d'organisations de la société civile. Le Groupe de travail a procédé à un échange de vues avec les États Membres sur ses travaux, et a tenu une réunion avec le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme.

5. À sa quinzième session (25-29 janvier 2016), le Groupe de travail a tenu une réunion avec le Représentant permanent de l'Organisation de coopération islamique auprès de l'Office des Nations Unies à Genève. Il a ouvert ses consultations sur l'élaboration d'un recueil de bonnes pratiques, et a tenu une réunion d'information avec les organisations de la société civile.

### B. Visites de pays

6. Le Groupe de travail s'est rendu au Sénégal du 7 au 17 avril 2015 (A/HRC/32/44/Add.1) et aux États-Unis d'Amérique du 30 novembre au 11 décembre 2015 (A/HRC/32/44/Add.2). Il tient à remercier les Gouvernements de ces pays pour leur coopération avant et pendant les visites. Il remercie les Gouvernements hongrois et koweïtien d'avoir répondu favorablement à ses demandes de visite et se rendra dans les deux pays du 17 au 27 mai 2016 et du 6 au 15 décembre 2016, respectivement.

### **C. Communications et communiqués de presse**

7. Au cours de la période considérée, le Groupe de travail a soumis aux Gouvernements, à titre individuel ou conjointement avec d'autres titulaires de mandat, des communications couvrant un large éventail de sujets qui relèvent de ses fonctions, notamment les lois et les pratiques discriminatoires s'agissant de la situation matrimoniale, la nationalité, les plaintes concernant des atteintes à l'égard de défenseuses des droits de l'homme et des violations de leurs droits, la violence sexiste et les droits en matière de santé sexuelle et procréative (voir A/HRC/30/27, A/HRC/31/79 et A/HRC/32/53). Le Groupe de travail a aussi publié des communiqués de presse, à titre individuel ou conjointement avec d'autres titulaires de mandat, des organes conventionnels et des mécanismes régionaux.

### **D. Autres activités**

8. Le 15 juin 2015, un membre du Groupe de travail a participé à une table ronde consacrée aux dispositions à prendre pour que les politiques sociales bénéficient aux femmes, à l'occasion d'un atelier intitulé « Substantive equality for women: connecting human rights and public policy » (L'égalité concrète pour les femmes : relier les droits de l'homme et les politiques publiques), organisé par l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation de la femme (ONU-Femmes), l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social et le HCDH.

9. Le Groupe de travail, conjointement avec plusieurs titulaires de mandat au titre de procédures spéciales, a adressé une lettre ouverte au Président du Conseil des droits de l'homme, le 3 juillet 2015, dans laquelle il soulignait la nécessité de placer le droit des femmes à l'égalité au centre des débats du Conseil relatifs à la protection de la famille.

10. Un membre du Groupe de travail a participé en tant qu'intervenant à un séminaire mondial du HCDH sur les droits fondamentaux des travailleuses domestiques migrantes en situation irrégulière intitulé « Behind Closed Doors » (À l'abri des regards), qui s'est tenu les 28 et 29 septembre 2015 à Bangkok.

11. Un membre du Groupe de travail a fait un exposé lors de la consultation d'experts sur la perspective du genre en matière de torture et d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, organisée les 5 et 6 novembre 2015 par le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants.

### III. Analyse thématique : éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les domaines de la santé et de la sécurité<sup>1</sup>

#### A. Cadre conceptuel

12. Le présent rapport vise à préciser ce qu'il faut entendre par égalité dans les domaines de la santé et de la sécurité, à recenser les pratiques discriminatoires, à dénoncer l'instrumentalisation du corps des femmes en violation de leur dignité humaine, et à révéler les obstacles qui empêchent les femmes d'avoir un accès autonome, efficace et abordable aux soins de santé. L'instrumentalisation s'entend de la soumission des fonctions biologiques naturelles de la femme à un projet patriarcal politisé qui vise à entretenir et à perpétuer une certaine conception de la féminité par rapport à la masculinité ou de la subordination des femmes dans la société.

13. Le droit des femmes à l'égalité et au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, leur droit de bénéficier du progrès scientifique et leur droit aux services de santé, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et procréative, sont consacrés par les instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme, réaffirmés dans des documents de consensus, notamment le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, le Programme d'action de Beijing adopté à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes et les documents finals des conférences d'examen et d'évaluation, et sont reconnus par les mécanismes internationaux, régionaux et nationaux et par la jurisprudence. Les participants à la Conférence internationale sur la population et le développement tenue en 1994 ont estimé que les droits des femmes en matière de santé sexuelle et procréative jouent un rôle essentiel dans leur santé. La discrimination à l'égard des femmes dans les domaines de la santé et de la sécurité et le déni de leur droit à disposer de leur corps constituent une violation grave de leur dignité humaine qui, de même que l'égalité, est reconnue dans la Déclaration universelle des droits de l'homme comme le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde.

14. Les États sont tenus de garantir le droit des femmes à jouir du meilleur état de santé et de sécurité possible, y compris ses déterminants fondamentaux, ainsi que l'égalité d'accès des femmes aux services de santé, notamment ceux ayant trait à la planification de la famille, et leurs droits au respect de la vie privée, à l'information et à l'intégrité physique. L'obligation de respecter, protéger et réaliser le droit des femmes à l'égalité d'accès aux services de santé et de mettre fin à toutes les formes de discrimination à leur égard en matière de santé et de sécurité est violée chaque fois que leurs besoins de santé ne sont pas satisfaits, que les disparités entre les sexes ne sont pas prises en compte dans les interventions sanitaires, que les femmes sont privées de la capacité de prendre des décisions de manière autonome, que l'accès à des services de santé dont seules les femmes ont besoin est érigé en infraction ou que les femmes en sont privées. Dans certaines situations, le fait de ne pas protéger les droits des femmes à la santé et à la sécurité peut être assimilé à une peine ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant ou à de la torture, voire à une violation de leur droit à la vie.

---

<sup>1</sup> L'analyse figurant dans le présent rapport contient peu de notes de bas de page en raison des limites fixées à la longueur des documents. Une version du rapport avec toutes les références est disponible à l'adresse [www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WGWomenIndex.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/WGWomenIndex.aspx). Le rapport s'appuie sur les sources de données relatives à la santé de l'OMS et d'ONUSIDA et sur les travaux du HCDH et des mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et les titulaires de mandat au titre de procédures spéciales relatives à la santé, aux personnes handicapées, à l'alimentation, aux personnes âgées, à l'eau et à l'assainissement et aux populations autochtones.

15. L'OMS définit la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social, plutôt que comme une simple absence de maladie ou d'infirmité. Dans le présent rapport, le Groupe de travail s'intéresse à la sécurité des femmes en tant que partie intégrante de leur santé. L'exposition des femmes à la violence sexiste dans les sphères publique et privée, y compris dans les situations de conflit, est une composante essentielle des problèmes de santé physique et mentale dont les femmes sont victimes et de la dégradation de leur bien-être, et constitue une violation de leurs droits fondamentaux.

16. Une réelle égalité dans le domaine de la santé et de la sécurité exige un traitement différencié. Tout au long de leur vie, de l'enfance à la vieillesse, les femmes ont des besoins et des vulnérabilités en matière de santé qui sont nettement différents de ceux des hommes. Les femmes ont des fonctions biologiques spécifiques, sont exposées à des problèmes de santé qui leur sont propres, sont victimes d'actes de violence sexiste très répandus et, statistiquement parlant, vivent plus longtemps que les hommes, ce qui a pour effet qu'elles ont un besoin plus grand d'accéder fréquemment aux services de santé, et ce, jusqu'à un âge avancé. Par conséquent, les femmes et les filles subissent les effets négatifs des carences en matière de services de santé plus intensément que les hommes.

17. Les femmes courent un risque disproportionné d'être soumises à des traitements humiliants et dégradants dans les établissements de soins de santé, en particulier pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance. En outre, elles sont particulièrement exposées à des traitements dégradants dans les situations où elles sont privées de liberté, y compris dans les centres de détention pour migrants ou dans les établissements psychiatriques. Elles sont soumises à des traitements humiliants au sein du système de santé en raison de leur identité ou de leur orientation sexuelle, parfois expressément au nom de la moralité ou de la religion, afin de punir ce qui est considéré comme un comportement « immoral ».

18. Le corps des femmes est instrumentalisé à des fins culturelles, politiques et économiques ancrées dans des traditions patriarcales. Cette instrumentalisation se produit au sein et en dehors du secteur de la santé, et est profondément ancrée dans les multiples formes de contrôle social et politique exercé sur les femmes. Elle vise à perpétuer les tabous et la stigmatisation dont le corps des femmes fait l'objet, ainsi que leur rôle traditionnel dans la société, en particulier en matière de sexualité et de procréation. En conséquence, les femmes sont confrontées en permanence à des difficultés pour accéder aux soins de santé et pour continuer à prendre, en toute indépendance, des décisions concernant leur propre corps. Pour qu'un changement survienne, il est essentiel de comprendre et d'enrayer l'instrumentalisation du corps des femmes, qui est fondée sur des normes et des stéréotypes culturels néfastes, ainsi que ses effets préjudiciables sur leur santé.

19. Un large éventail d'acteurs, tant publics que privés, jouent un rôle dans la santé des femmes et leur accès aux soins, et chacun d'entre eux est responsable de ses actes ou de son inaction. En particulier, les principes énoncés dans les codes de déontologie de divers professionnels de la santé et dans les règles régissant la responsabilité sociale des entreprises de l'industrie pharmaceutique jouent un rôle important, et constituent un espace essentiel pour mettre en place des recherches, des médicaments et des traitements tenant compte des disparités entre les sexes.

20. L'État est tenu de s'acquitter de l'obligation internationale en matière de droits de l'homme qui lui incombe de veiller à ce que les femmes bénéficient de recherches scientifiques, de médicaments et d'interventions dans le domaine de la santé qui tiennent compte des différences entre les sexes, et de fournir des ressources tenant compte du genre appropriées et suffisantes, ainsi qu'un système de surveillance, de budgétisation, de recours et de réparation efficaces. Il a également l'obligation d'assurer aux femmes un accès autonome, efficace et abordable aux soins de santé. L'État a la responsabilité de veiller à

éliminer les obstacles à l'exercice, par les femmes, de leur droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, notamment en prenant les mesures qui s'imposent.

21. Un certain nombre d'autres facteurs et éléments ayant de graves conséquences pour la santé et la sécurité des femmes ne sont pas traités dans le présent rapport en raison des restrictions de longueur, parmi lesquels les changements climatiques, les autres catastrophes écologiques et la dégradation de l'environnement, ainsi que de la violence sexiste dans les conflits armés.

## **B. Signification de l'égalité dans le contexte de la santé et de la sécurité des femmes**

22. Dans le domaine de la santé, les nettes différences dans les fonctions biologiques et procréatives des femmes et des hommes nécessitent un traitement différencié, et des règles adéquates sont nécessaires pour faire en sorte que les femmes disposent d'un accès effectif, sur un pied d'égalité, à un niveau optimal de soins médicaux. Une approche identique en matière de traitement, de médication, de budgétisation et d'accessibilité constituerait effectivement une discrimination.

23. Parmi les besoins sanitaires des femmes et des filles, ceux qui ont trait à leur santé sexuelle et procréative revêtent une importance essentielle. La réalisation d'une égalité véritable exige des États qu'ils tiennent compte des facteurs de risque qui touchent principalement les femmes. À titre d'exemple, comme la grossesse ne concerne que les femmes, l'absence d'accès à des produits contraceptifs a nécessairement des effets disproportionnés sur leur santé. L'égalité dans le domaine de la santé procréative nécessite un accès, sans discrimination, à des moyens de contraception abordables et de qualité, à des soins de santé maternelle, y compris au moment de l'accouchement et après la naissance, à des procédures sûres d'interruption de grossesse, et à un dépistage efficace et à un traitement précoce des cancers du sein et du col de l'utérus, ainsi que des mesures particulières face au taux élevé d'infections à VIH parmi les jeunes femmes et des traitements pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant.

24. L'égalité suppose en outre une politique sanitaire qui soit fondée uniquement sur les besoins de santé des femmes et qui ne soit pas influencée par l'instrumentalisation et la politisation. La contestation politique au sujet des droits en matière de santé sexuelle et procréative reste un problème mondial qui vaut aux femmes de payer un lourd tribut quant à leur santé et leur existence. En adoptant le Programme de développement durable à l'horizon 2030, les États se sont engagés à assurer l'accès de tous à des services de soins de santé sexuelle et procréative, y compris à des fins de planification familiale, d'information et d'éducation, et à veiller à la prise en compte de la santé procréative dans les stratégies et programmes nationaux. Un engagement ferme en faveur de l'inscription des droits des femmes en matière de santé sexuelle et procréative dans le droit, les politiques et les programmes internationaux et nationaux, est indispensable pour parvenir à l'égalité des sexes et pour garantir le droit des femmes et des filles à la santé et au bien-être.

25. De nombreux protocoles de traitement médicamenteux et d'autres interventions et traitements médicaux administrés aux femmes sont fondés sur des recherches menées sur des hommes, sans investigation ni ajustement pour tenir compte des différences biologiques et des différences entre les sexes. L'égalité suppose la réalisation de travaux de recherche médicale fondés sur le vécu des femmes et les différences biologiques. Elle oblige également à accorder une attention appropriée aux risques sanitaires particuliers auxquels les femmes sont exposées de façon disproportionnée, comme la dépression et le suicide, et à assurer un traitement sexospécifique approprié de maladies souvent considérées, à tort, comme typiquement masculines, comme les troubles cardiovasculaires.

26. Les besoins spécifiques des femmes en matière de santé et de sécurité nécessitent une protection contre les violences sexistes qui portent atteinte à leur intégrité physique ou à leur santé mentale, notamment dans les établissements de soins.

27. Il faut s'attaquer aux facteurs sociaux, religieux et culturels qui bafouent la dignité des filles et des femmes, afin de réaliser le droit des femmes à l'égalité dans la santé et la sécurité.

### C. Pratiques discriminatoires

28. Les pratiques discriminatoires dans le domaine de la santé et de la sécurité ont cours à toutes les étapes de la vie des femmes. La discrimination multiple mérite une attention et des voies de recours particulières. Refuser aux femmes l'accès à des services dont elles seules ont besoin, et ne pas répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé et de sécurité, et de santé sexuelle et procréative, constituent des actes intrinsèquement discriminatoires et empêchent les femmes de disposer librement de leur corps et de leur existence. La discrimination existe dans l'administration des services médicaux viole également les droits fondamentaux des femmes et leur dignité.

29. L'impossibilité d'accéder aux services de santé essentiels ayant trait à l'interruption de grossesse, à la contraception ou au traitement des maladies sexuellement transmissibles ou de la stérilité a des conséquences particulièrement graves pour la santé et la vie des femmes. Ces services peuvent être refusés aux femmes par des dispositions légales, par des restrictions d'accès, par la stigmatisation, par la dissuasion ou par des attitudes désobligeantes de la part des professionnels de santé. En réalité, l'impossibilité d'accéder à ces services a pour effet qu'ils sont fournis dans la clandestinité par des praticiens non qualifiés. Cela augmente les risques pour la santé et la sécurité des femmes concernées. La persistance de taux élevés de mortalité maternelle est souvent la conséquence des investissements et du degré de priorité insuffisants accordés aux services dont seules les femmes ont besoin.

30. La discrimination se manifeste parfois par les traitements humiliants auxquels les femmes peuvent être exposées dans les établissements qui leur sont exclusivement destinés tels que les maternités où, comme l'ont souligné à maintes reprises les mécanismes des droits de l'homme de l'ONU et l'OMS, elles sont trop souvent victimes de traitements dégradants et parfois violents.

31. La discrimination à l'égard des femmes se manifeste aussi par des inégalités dans l'accès aux services de santé nécessaires aux personnes des deux sexes. Elle prend une forme particulièrement grave dans les pays où les femmes sont privées d'un traitement médical par des hommes médecins au nom de la « pudeur ».

32. Les lois et les pratiques discriminatoires ont contribué à une situation mondiale déplorable en ce qui concerne la santé et la sécurité des femmes qui réclame des mesures urgentes, immédiates et efficaces. Selon l'OMS, environ 225 millions de femmes sont privées de l'accès aux principaux moyens de contraception modernes. Les complications liées à la grossesse et à l'accouchement ont entraîné la mort de près de 300 000 femmes dans le monde en 2013. Chaque année, quelque 22 millions d'avortements sont pratiqués dans des conditions dangereuses et, selon les estimations, 47 000 femmes meurent des complications résultant de telles interventions. Les cancers du sein et du col de l'utérus demeurent les principaux cancers chez les femmes âgées de 20 à 59 ans, et sont à l'origine d'un million de décès, en majorité dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, où le dépistage, la prévention et les traitements sont quasiment inexistantes. Ce sont les jeunes femmes qui sont les plus durement touchées par les nouvelles infections à VIH. Une femme sur trois de moins de 50 ans a subi des violences physiques et/ou sexuelles de la part



d'un partenaire intime ou d'un membre de la famille. Au moins 200 millions de femmes et de filles ont été victimes de mutilations génitales féminines.

## 1. Discriminations dont les femmes sont victimes tout au long de leur vie

33. Le Groupe de travail note avec préoccupation que les questions relatives à la santé des femmes ne font pas l'objet d'un traitement global dans les programmes politiques et sanitaires mis en place aux niveaux national et international. Les politiques concernant les services de santé pour les femmes sont souvent limitées à des questions de « santé maternelle ». Bien qu'il soit important d'accorder la priorité à cette question, une approche aussi restrictive ne tient pas compte de la gamme complète des droits des femmes à la santé sexuelle et procréative à toutes les étapes de leur vie, et contribue à l'instrumentalisation de leur corps, en les considérant principalement comme des génitrices.

34. De nombreuses filles sont exposées à toutes sortes de pratiques préjudiciables à leur santé et à leur bien-être, telles que les mutilations génitales féminines, la discrimination dans la répartition de la nourriture, ce qui est une cause de malnutrition, et la discrimination dans l'accès aux soins de santé professionnels. En outre, le mariage précoce et la grossesse chez les adolescentes ont des effets à long terme sur l'intégrité physique et la santé mentale des filles. À l'échelle mondiale, la grossesse et l'accouchement représentent ensemble la deuxième cause de mortalité chez les jeunes filles de 15 à 19 ans, faisant de ce groupe de population le plus exposé au risque de mourir ou de souffrir d'affections graves et durables des suites d'une grossesse. Par exemple, jusqu'à 65 % des femmes atteintes d'une fistule obstétricale, affection très invalidante qui aboutit souvent à l'exclusion sociale, développent cette pathologie à l'adolescence.

35. Les adolescentes sont particulièrement exposées à la violence sexiste dans le cercle familial et pendant les trajets scolaires ou à l'école, ce qui porte gravement atteinte à leur santé physique et mentale. Dans sa résolution 70/137, l'Assemblée générale a invité tous les États à améliorer la sécurité des filles sur le chemin de l'école, en prenant des dispositions pour veiller à ce que toutes les écoles soient accessibles en toute sûreté et sécurité et exemptes de violence, et en prévoyant des installations sanitaires séparées et adaptées garantant d'un respect de la pudeur et de la dignité.

36. Dans certains pays, les adolescentes sont dissuadées d'accéder à des informations et des services en matière de planification familiale et d'interruption de grossesse qui sont nécessaires à la protection de leur santé et leur sécurité et à la prévention de grossesses difficiles non désirées, y compris en cas d'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers.

37. Au cours de leur grossesse, de nombreuses femmes sont exposées à la malnutrition en raison de la discrimination dans la répartition de la nourriture, ce qui peut entraîner une détérioration grave et irréversible de leur état de santé général, et accroître le risque d'accouchement prématuré, d'insuffisance pondérale à la naissance et de malformations congénitales. Après l'accouchement, une telle discrimination peut continuer d'avoir une incidence sur la santé des femmes, y compris dans le cadre de l'allaitement naturel. En outre, comme l'a déclaré le Rapporteur spécial sur le droit à l'alimentation, la violence structurelle est un obstacle au droit des femmes à une nourriture suffisante et à l'alimentation, qui n'est pas suffisamment pris en compte. La violence sexiste, qui est une forme primaire de discrimination, peut empêcher les femmes d'avoir accès à une alimentation et à une nutrition suffisantes.

38. Les pertes de temps s'agissant de rechercher les soins médicaux appropriés, de parvenir à un centre de soins approprié et de recevoir les soins indiqués une fois sur place, ainsi que l'absence de soins de santé maternelle accessibles, constituent les principales causes des taux élevés de mortalité et de morbidité maternelles. Une approche fondée sur les droits de l'homme qui prévoit un système de santé opérationnel doté des fournitures, du

matériel et des infrastructures appropriés, ainsi qu'un système efficace de communication, d'orientation et de transport, est donc indispensable pour mettre fin à ces décès évitables et garantir aux femmes l'exercice de leurs droits à la santé et à la vie.

39. La santé mentale des femmes pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la naissance nécessite à la fois un environnement stable et un soutien affectif. Les informations faisant état d'un manque de respect et de mauvais traitements pendant l'accouchement dans les établissements de santé de nombreux pays dressent un tableau particulièrement décourageant de la mesure dans laquelle les femmes sont exposées à des traitements dégradants, au non-respect de l'intimité, et même à des violences verbales et physiques. Les femmes enceintes se voient parfois refuser une analgésie pendant l'accouchement ou une anesthésie pendant une interruption de grossesse par curetage. Dans certains pays, le recours à des mesures privatives de liberté ou punitives, plutôt qu'à des mesures éducatives pour éviter que la consommation de drogues ou d'alcool par des femmes enceintes sous dépendance ne cause des lésions au fœtus, est une autre forme de discrimination sexiste.

40. Les femmes ont une espérance de vie plus longue et sont particulièrement exposées à la négligence et à la maltraitance à un âge avancé, y compris dans les établissements de soins de santé, et à des risques plus élevés de maladies telles que la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence. Une approche tenant compte du genre et de l'âge doit tenir compte des besoins spécifiques de prise en charge et de protection des femmes âgées, notamment des veuves, des femmes vivant seules ou des femmes déplacées, des femmes atteintes de démence ou d'autres handicaps, de celles qui ont besoin de soins palliatifs ou gériatriques et de celles qui se trouvent dans une situation d'urgence ; ces femmes sont les plus exposées à des formes multiples de discrimination, de violence et de pauvreté.

41. En outre, les problèmes liés au vieillissement touchent les femmes de manière disproportionnée en raison de l'effet cumulé des pratiques discriminatoires auxquelles elles sont exposées au cours de leur vie, comme l'a indiqué le Groupe de travail dans son rapport sur la discrimination à l'égard des femmes dans la vie économique et sociale (A/HRC/26/39). Les femmes sont davantage susceptibles de s'occuper des hommes ou de se retrouver sans soutien conjugal. Dans le même temps, elles risquent davantage de subir des désavantages économiques, aggravés par des systèmes de retraite discriminatoires qui n'instaurent pas une égalité en leur faveur, et d'être exclues des régimes de sécurité sociale et d'assurance maladie. Elles sont donc plus exposées au risque de vivre dans la pauvreté. La simple reconnaissance de l'égalité des droits pour tous, sans distinction, est par conséquent insuffisante pour garantir que, dans la pratique, les femmes âgées puissent jouir de tous les droits fondamentaux, y compris du droit à la santé.

## **2. Les femmes qui se heurtent à des formes de discrimination multiples et croisées**

42. Pour protéger la santé et la sécurité des femmes, il est important de reconnaître et de traiter dans les lois et les pratiques nationales la nature et les conséquences des formes de discrimination multiples et croisées dont les femmes sont victimes. Des facteurs tels que le statut socioéconomique, minoritaire et ethnique, la religion, la race, l'orientation sexuelle, l'identité et l'expression de genre, le handicap et la diversité corporelle exacerbent la discrimination à laquelle les femmes se heurtent et limitent leur capacité à protéger leur santé et leur sécurité.

### *Les femmes et la pauvreté*

43. Le Groupe de travail est particulièrement préoccupé par la discrimination vécue par les femmes en raison de leur statut économique. Au cours de ses visites de pays, il a pu observer que les femmes vivant dans la pauvreté étaient, à divers degrés, limitées dans leur

accès aux services de santé, en particulier aux services de santé sexuelle et procréative et aux services de prévention.

44. La féminisation de la pauvreté est de plus en plus préoccupante, de même que les effets multiples que les crises économiques planétaires, les politiques d'austérité et les changements climatiques produisent sur la santé et la sécurité des femmes. Les inégalités entre les sexes persistent dans toutes les régions, et les femmes et les filles restent surreprésentées au sein de la population mondiale vivant dans la pauvreté. Les femmes et les filles, particulièrement celles qui vivent dans les pays du Sud, paient le prix fort de tous ces bouleversements, au détriment de leur santé et de leur bien-être personnels.

#### *Les femmes handicapées*

45. Les femmes handicapées se heurtent à des obstacles particuliers pour accéder aux soins, pour des raisons de coût, d'éloignement, d'attitudes discriminatoires, d'inaccessibilité physique ou de manque d'information. Cette situation limite considérablement leur accès à la vaccination, aux soins de santé procréative et au dépistage du cancer. Dans certains contextes, les femmes handicapées, en particulier les femmes souffrant de déficiences mentales, sont stérilisées de force et soumises à des interruptions de grossesse ou à des traitements contraceptifs de longue durée. Leurs proches ou les médecins prennent des décisions en leur nom sans qu'elles puissent exprimer un consentement en connaissance de cause, ce qui est contraire au droit à l'exercice de la capacité juridique qui leur est garanti par la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

46. Les femmes handicapées sont, plus que les autres, victimes de violence conjugale, en raison de l'effet multiplicateur du sexe et du handicap.

47. La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a engagé les États à garantir aux femmes handicapées la possibilité de participer en toute sécurité aux décisions qui les concernent, particulièrement s'agissant de leurs droits relatifs à la sexualité et à la procréation et de la violence sexiste, autant de questions désignées comme prioritaires par les femmes et les filles handicapées dans une étude récente.

#### *Les femmes et le VIH/sida*

48. Les femmes sont particulièrement exposées au VIH/sida, du fait de facteurs tels que la violence sexiste et l'absence de l'autonomie dont elles auraient besoin pour négocier des pratiques sexuelles sûres et responsables et prendre en connaissance de cause les décisions relatives à leur santé. Même lorsqu'elles ont accès aux services de santé, les femmes qui vivent avec le VIH/sida se heurtent fréquemment à la stigmatisation et à la discrimination de la part des professionnels de santé, avec des pratiques allant des mauvais traitements au refus de service. Les lois, les politiques et les pratiques qui empêchent les femmes vivant avec le VIH de mettre au monde des enfants, par exemple les interruptions de grossesse et les stérilisations forcées, constituent une forme extrême de discrimination.

#### *Les femmes migrantes*

49. Les migrantes sont particulièrement exposées au risque de faire l'objet, de la part des autorités publiques ou de personnes privées, de toutes formes de violence ou d'exploitation, de traite ou d'esclavage, alors qu'elles se trouvent en transit ou en détention. De telles pratiques peuvent s'apparenter à des traitements cruels, inhumains ou dégradants ou à de la torture.

50. Les femmes travailleuses migrantes, particulièrement celles qui sont en situation irrégulière, ont plus de difficultés à accéder à la plupart des services de santé, particulièrement aux soins de santé maternelle, aux soins d'urgence et aux traitements pour

maladies chroniques et troubles psychiques, car elles sont souvent privées de ces droits par la loi et craignent d'être arrêtées et expulsées. Dans certains pays, l'accès des migrantes aux soins de santé a été élargi par la loi, mais les intéressées ne reçoivent toujours pas les soins dont elles ont besoin, car les prestataires de santé refusent souvent de les soigner.

51. Même lorsqu'elle ont le droit de recevoir des soins d'urgence, les migrantes employées de maison sont souvent exclues des services de prévention en matière de sexualité et de procréation et ne reçoivent pas de soins gynécologiques et obstétriques, car leur statut ne leur permet de bénéficier ni d'une assurance maladie ni des régimes publics de couverture santé.

52. Les migrantes employées de maison sont souvent victimes de violences physiques, sexuelles et psychologiques, et souvent exposées à des dangers pour leur santé et leur sécurité, sans être correctement informées au sujet des risques et des précautions à prendre. En outre, les conditions de vie et de travail de beaucoup d'employées de maison sans papiers, qui s'apparentent à de l'esclavage, ainsi que la séparation d'avec leur famille, font qu'elles souffrent souvent de graves problèmes de santé, psychiques notamment.

53. Les femmes migrantes sont parfois soumises à des tests de grossesse obligatoires à leur arrivée dans certains pays, et si le test est positif, elles sont rejetées et/ou expulsées. De plus, il arrive que des tests de grossesse soient imposés aux migrantes employées de maison en cours de période d'emploi, en conséquence de quoi certaines femmes enceintes perdent leur travail et/ou cherchent un moyen d'avorter, parfois par des pratiques peu sûres, surtout dans les pays qui criminalisent l'interruption volontaire de grossesse. Certaines femmes migrantes sont accusées de « relations sexuelles illégales » lorsqu'elles tombent enceintes, y compris après avoir été violées. Elles sont alors incarcérées dans des centres de détention dans des conditions déplorables en attendant d'être expulsées, ou encourent de lourdes peines, parfois même la peine de mort dans les pays où les relations sexuelles hors mariage sont punies.

#### *Les femmes autochtones*

54. Les femmes autochtones sont victimes de violations des droits de l'homme qui revêtent des formes variées et complexes qui se renforcent mutuellement. Ces violations sont influencées par des formes connexes de discrimination et de marginalisation, renforcées par les structures de pouvoir patriarcales ; les violations passées et actuelles du droit à l'autodétermination et le contrôle des ressources. Ces formes connexes de discrimination produisent des effets importants sur la santé des femmes autochtones, notamment sur leur santé procréative et sexuelle. La Rapporteuse spéciale sur les droits des peuples autochtones a rendu compte (voir A/HRC/30/41) des obstacles auxquels les femmes autochtones se heurtaient pour accéder aux services de santé sexuelle et procréative, ainsi que des violations récurrentes des droits de l'homme dont elles avaient fait et faisaient encore l'objet s'agissant de leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Cela se traduit notamment par des taux de mortalité maternelle plus élevés que la moyenne ; une surreprésentation des filles autochtones dans les chiffres des grossesses précoces ; une faible utilisation volontaire des moyens de contraception ; et des taux élevés de maladies sexuellement transmissibles et de VIH/sida. De graves violations des droits des femmes autochtones en matière de sexualité et de procréation ont aussi été commises au cours de l'histoire dans le contexte du déni de leurs droits à l'autodétermination et à l'autonomie culturelle. Parmi ces violations, il convient de citer notamment la stérilisation forcée des femmes autochtones et les tentatives de les forcer à avoir des enfants avec des hommes non autochtones dans le cadre des politiques d'assimilation culturelle. Les femmes autochtones peuvent aussi rencontrer des obstacles à l'accès à des services préventifs susceptibles de contribuer au respect de leur droit à la santé, tels que le dépistage des cancers des ovaires et du sein.

55. Les résultats déplorables concernant la santé des femmes autochtones sont la résultante des décennies d'oppression et de violations des droits de l'homme dont les peuples autochtones en général, et les femmes autochtones en particulier, sont victimes. Par ailleurs, en règle générale, les systèmes généraux de santé ne prennent pas en compte la dimension spécifiquement autochtone des soins de santé, ce qui explique les obstacles supplémentaires auxquels se heurtent les femmes autochtones. Les données ne renferment le plus souvent aucune information concernant les communautés autochtones, ce qui a pour effet de les rendre « invisibles ». Même lorsque de telles informations existent, elles ne sont généralement pas ventilées par sexe. De plus, les femmes autochtones sont plus malades que la moyenne, car leur capacité de résistance est amoindrie par la privation des autres droits de l'homme et par la grande pauvreté.

#### *Les femmes rurales*

56. Les femmes rurales sont particulièrement exposées aux stéréotypes et à la répartition patriarcales des rôles, et elles sont extrêmement vulnérables face à des pratiques néfastes telles que le mariage précoce ou forcé et les mutilations génitales féminines, et aussi face à la violence et à la pauvreté. Ces pratiques ont une incidence négative sur leur droit à la santé. Les femmes rurales sont le plus souvent particulièrement désavantagées en ce qui concerne l'accès aux services de santé, et plus particulièrement aux services de santé sexuelle et procréative.

#### *Les femmes appartenant aux minorités*

57. Comme l'a souligné la Rapporteuse spéciale sur les questions relatives aux minorités (A/HRC/31/56), les femmes appartenant aux minorités, en particulier les femmes victimes de la discrimination fondée sur la caste, sont particulièrement exposées aux violations de leur droit à la santé, notamment à la santé procréative et sexuelle. Les femmes qui sont membres de groupes appartenant aux « castes inférieures » présentent les pires résultats en matière de santé, en particulier en ce qui concerne l'espérance de vie, l'accès aux soins maternels, la nutrition et l'incidence des infections. Les femmes roms sont victimes de stéréotypes dégradants et souvent considérées comme « fertiles » et « aux mœurs légères », ce qui les rend d'autant plus vulnérables face à la violence sexiste et aux stérilisations forcées.

#### *Orientation sexuelle et identité de genre*

58. Dans bien des contextes, particulièrement dans les pays où les relations sexuelles consentantes entre personnes de même sexe sont interdites, les personnes lesbiennes, bissexuelles et transgenres n'osent pas se faire soigner par crainte d'être arrêtées et jugées. Même dans les pays où l'homosexualité n'est pas incriminée, les lesbiennes sont souvent victimes de discrimination et de mauvais traitements de la part des professionnels de santé, une réalité qui ne les incite guère à se faire soigner. Dans certains contextes, les lesbiennes sont l'objet de pratiques coercitives, inhumaines et dégradantes, telles que le viol punitif. Les personnes transgenres sont souvent astreintes, par la loi et la pratique, à des interventions médicales obligatoires pour lesquelles elles n'ont aucune possibilité de faire un choix ou de prendre une décision en connaissance de cause. Dans bien des pays, leur identité de genre est considérée comme une pathologie, et elles sont souvent contraintes à des examens et à des soins physiques et psychiques, ainsi qu'à des « thérapies de conversion ». Les prestataires de santé refusent fréquemment de prendre en considération les besoins biologiques des personnes transgenres, notamment en leur fournissant les services médicaux en lien avec la transition, le dépistage du cancer du col de l'utérus, l'interruption de grossesse et les contraceptifs.

*Les femmes privées de liberté*

59. Les besoins spécifiques des femmes détenues en matière de santé, notamment de santé psychique et procréative, sont fréquemment négligés. Les services de prévention du cancer du col de l'utérus et du sein sont souvent inexistantes, et les thérapies antirétrovirales pour les femmes vivant avec le VIH/sida, même quand elles sont enceintes, sont totalement absentes de certains établissements. L'accès insuffisant aux installations et aux produits dont les femmes détenues ont besoin pour leur hygiène est un problème fondamental et omniprésent dans toutes les régions du monde, une situation qui menace les détenues dans leur dignité et leur santé. Des pratiques telles que la contention physique des détenues pendant le travail de l'accouchement persistent encore dans certains pays. Les détenues sont également exposées à la violence, notamment à la violence sexuelle d'autres détenus ou de gardiens.

60. Les détenues souffrent fréquemment de problèmes psychiques, qui sont provoqués par la violence et les traumatismes auxquels elles ont été exposées et exacerbés par la détention. Le fait qu'elles s'inquiètent pour leurs enfants entraîne aussi une incidence importante sur la santé psychique des femmes détenues, surtout lorsqu'elles allaitent. La séparation d'avec leurs enfants est source d'anxiété, de culpabilité et d'une profonde souffrance. La propension à s'automutiler ou à tenter de se suicider en prison est plus forte chez les femmes que chez les hommes. Le recours très fréquent aux psychotropes en prévention pour raisons de « sécurité » en pareille situation est un exemple de l'excès de médicalisation.

## **D. Instrumentalisation du corps de la femme**

61. À tous les stades de sa vie, le corps de la femme est instrumentalisé, tandis que ses fonctions et besoins biologiques sont stigmatisés et subordonnés à une conception politisée de type patriarcal. Les États se servent fréquemment des femmes comme d'un instrument pour mettre en œuvre des programmes et des politiques démographiques. Ils le font parfois en appliquant des sanctions pénales, et souvent sous l'apparence de la protection de leur santé et de leur sécurité, et en se justifiant par des considérations culturelles ou religieuses.

62. Pour l'essentiel, la discrimination en matière d'accès aux services de santé et le mauvais état de santé qui en résulte et serait évitable, notamment la mortalité et la morbidité maternelles et l'infertilité des femmes, sont imputables à l'instrumentalisation du corps de la femme à des fins politiques, culturelles, religieuses et économiques.

### **1. Négation de l'autonomie**

63. L'instrumentalisation du corps de la femme peut avoir pour conséquence de conditionner son accès aux soins au consentement d'un époux ou d'un tuteur masculin, ce qui a pour effet d'empêcher ou de retarder les soins, de priver la femme de son autonomie et du respect de l'intimité auquel elle a droit et de faire obstacle à son accès aux soins, en particulier aux soins de santé procréative et sexuelle. La négation patriarcale de l'autonomie de la femme dans les décisions qui la concernent est une source de violation de ses droits à la santé, au respect de l'intimité, au libre choix en matière procréative et sexuelle et à l'intégrité physique, et même de son droit à la vie.

### **2. Effets de la préférence pour les fils**

64. Dans les cultures patriarcales, la préférence pour les fils fait que la santé des garçons et des hommes est considérée comme prioritaire sur celle des filles et des femmes, ce qui conduit à des pratiques discriminatoires telles que l'infanticide féminin. Cette réalité est observable dans les habitudes culturelles relatives à l'alimentation, qui font que les filles et les femmes, y compris les femmes enceintes et les femmes allaitantes, sont davantage victimes de malnutrition que les hommes.

### 3. Stéréotypes sexistes

#### *L'objectification de la femme*

65. L'instrumentalisation du corps de la femme en tant qu'objet, sexuel ou autre, conduit à des pratiques telles que les procédures cosmétiques invasives. Les pratiques alimentaires malsaines, en particulier chez les adolescentes, peuvent entraîner des conséquences catastrophiques pour leur santé, notamment en provoquant des désordres alimentaires tels qu'anorexie et boulimie.

66. Selon l'OMS, un indice de masse corporelle inférieur à 16 traduit un état de dénutrition. Il est souhaitable de définir, dans les lois, politiques et règlements nationaux, des normes de poids minimum pour les mannequins employés par les agences de mode et de promouvoir des campagnes publicitaires vantant la diversité des formes féminines. Le développement de nouveaux modèles de poupées aux proportions corporelles correspondant à celles d'une femme en bonne santé est aussi une bonne chose.

#### *Stigmatisation de la santé des femmes*

67. La Rapporteuse spéciale sur le droit à l'eau potable et à l'assainissement (A/HRC/30/39) a établi que la stigmatisation, en tant que phénomène social et culturel profondément ancré, est à l'origine d'une multitude de violations des droits de l'homme et fait que des groupes entiers de population sont défavorisés et exclus. Les femmes sont victimes de stéréotypes sexistes ou de tabous néfastes concernant des fonctions naturelles et biologiques telles que la menstruation, l'allaitement et la ménopause. Le diagnostic de troubles psychiques chez la femme est altéré par la volonté de la stigmatiser, et il est parfois utilisé pour justifier leur institutionnalisation abusive et contre leur volonté.

68. La menstruation est stigmatisée, ce qui conduit à l'ostracisme des femmes et des filles et à des pratiques discriminatoires. Dans certaines cultures, les femmes et les filles en période de menstruation sont considérées comme contaminées et impures, et des restrictions et interdictions leur sont alors imposées. Même en l'absence de telles restrictions, les femmes et les filles peuvent continuer d'entretenir une stigmatisation intériorisée et éprouvent une gêne à parler de la menstruation. Le manque d'intimité pour le lavage et la toilette, la crainte des tâches et des odeurs et le manque d'hygiène dans les toilettes des établissements scolaires ou l'absence de toilettes séparées font partie de leur vie.

69. En outre, beaucoup de filles ne reçoivent aucune éducation sexuelle et n'ont aucune connaissance du fonctionnement de leur corps, et le matériel hygiénique pour les périodes de menstruation est soit introuvable soit trop onéreux. Les filles sont contraintes d'utiliser des dispositifs improvisés n'offrant aucune hygiène, qui peuvent provoquer fuites et infections.

70. La stigmatisation et le sentiment de honte suscités par les stéréotypes qui entourent la menstruation produisent de graves effets sur tous les aspects de la vie des femmes et des filles, sur leur dignité, sur leur bien-être et sur leur droit à l'éducation et à l'emploi, car elles peuvent ressentir chaque mois l'obligation de rester chez elles au lieu d'aller à l'école ou au travail, faute de pouvoir disposer d'installations et de produits d'hygiène appropriés. Le fait de qualifier les douleurs menstruelles de « névrotiques » n'incite guère les femmes à demander de l'aide, ce qui est susceptible de retarder, par exemple, le diagnostic de l'endométriose, maladie très invalidante à cause de laquelle des tissus qui se développent normalement dans l'utérus apparaissent en un endroit anormal de l'anatomie.

71. Les préjugés qui entourent la ménopause peuvent fragiliser la confiance des femmes qui ont une vie professionnelle ou participent à la vie publique, en raison de la discrimination liée à l'âge au travail. Dans certaines sociétés, cette question est

insuffisamment traitée et mal comprise, voire pas du tout. La prise en charge médicale par traitements hormonaux substitutifs et les pressions exercées sur les femmes actives pour qu'elles y recourent, y compris en présence de contre-indications médicales, peuvent avoir des effets néfastes sur la santé psychique des femmes.

72. De la même façon, l'instrumentalisation et la stigmatisation sont à l'œuvre en ce qui concerne l'allaitement dans les espaces publics et sur le lieu de travail. Outre que l'allaitement est souvent encouragé ou, au contraire, découragé, pour des raisons économiques, il peut être considéré comme inapproprié, même dans les pays où la pratique est encouragée par la loi, ce qui fait que les femmes sont soumises à un stress et à des pressions inutiles par intimidation ou harcèlement. Selon le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), la majorité des quelque 830 millions de femmes qui travaillent dans le monde ne bénéficient d'aucune mesure d'appui aux mères qui allaitent sur le lieu de travail.

#### **4. Pathologisation et surmédicalisation des femmes**

73. La propension à voir dans les comportements et la physiologie biologique des femmes, particulièrement dans leur fonction procréatrice et leur sexualité, les symptômes de problèmes médicaux, est le résultat d'une longue histoire de pathologisation sexuée. La pathologisation, la médicalisation superflue et l'institutionnalisation en établissement psychiatrique ont pendant longtemps fonctionné comme les leviers d'un contrôle social exercé par les structures patriarcales pour faire perdurer la répartition traditionnelle des rôles entre les sexes. La pathologisation du comportement de la femme est illustrée par les diagnostics psychiatriques, lesquels désignent souvent de façon directe les comportements perçus comme immoraux tels que les pratiques sexuelles non conventionnelles ou l'indépendance intellectuelle comme source de maladie ou de trouble psychique.

74. Le Groupe de travail observe avec inquiétude que de nombreuses lois et politiques nationales encouragent la surmédicalisation de certains des services dont les femmes ont besoin pour préserver leur santé sans raison médicale valable. C'est notamment le cas des dispositions qui prévoient que seul un médecin peut accomplir certaines prestations, telles que l'interruption de grossesse par médicament ou certains soins obstétriques. Dans bon nombre de pays, les femmes n'ont aucune possibilité de choisir la méthode d'accouchement. Si elle se justifie du point de vue médical, une césarienne peut jouer un rôle crucial dans la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles et périnatales. Toutefois, plusieurs études de l'OMS ont montré que pratiquer des césariennes sur plus de 10 % des parturientes n'entraînait aucune amélioration des taux de mortalité. Les taux de césariennes de 30 % pratiqués dans certains pays témoignent d'une surmédicalisation des accouchements, qui comporte des risques de complications obstétriques et médicales.

75. La surmédicalisation peut compliquer l'accès et renchérir le coût des services dont les femmes ont besoin et freiner le développement d'autres types de services qui pourraient parfaitement être dispensés de façon compétente par des infirmières, des sages-femmes ou des aides-soignantes dans des établissements de santé ou au domicile. Ce transfert des tâches permettrait, particulièrement dans les endroits où les médecins qualifiés sont peu nombreux, de rendre les services plus accessibles. De même, le fait de n'autoriser l'utilisation de contraceptifs que par les médecins pose des problèmes d'accès. Il est essentiel d'autoriser les pharmacies à délivrer directement des contraceptifs, y compris des contraceptifs d'urgence, pour en accroître la disponibilité, en particulier pour les femmes défavorisées économiquement ou les adolescentes.

#### **5. Application discriminatoire de la législation pénale**

76. L'utilisation discriminatoire du droit pénal, de sanctions et de restrictions juridiques pour réglementer la maîtrise des femmes sur leur propre corps est une autre forme grave et injustifiée de contrôle exercé par les États. Il peut s'agir d'incriminations contenues dans le



droit pénal, civil et administratif et dans les règles régissant les relations sexuelles hors mariage entre adultes consentants, les relations homosexuelles entre adultes consentants, les modes d'expression non conformes à l'identité de genre, l'éducation et l'information en matière de procréation et de sexualité, l'interruption volontaire de grossesse, la prostitution et le travail du sexe. L'application de telles dispositions est source de stigmatisation et de discrimination, et elle viole les droits des femmes. Elle porte atteinte à leur dignité et à leur intégrité corporelle en limitant leur autonomie, les empêchant de prendre des décisions concernant leur propre vie et leur propre santé.

77. Les États violent également le droit des femmes à la santé et à la sécurité lorsqu'ils les punissent pour des comportements en matière sexuelle ou procréative qui ne devraient pas faire l'objet d'une incrimination, tels que l'adultère, la prostitution ou l'interruption de grossesse. Ils violent aussi la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants lorsqu'ils prononcent des peines telles que la lapidation et les coups de fouet.

78. La criminalisation de comportements qui ne sont imputés qu'aux femmes est discriminatoire en elle-même, car elle engendre et perpétue la stigmatisation. Les risques de sanctions pénales limitent l'accès des femmes à des informations et à des services axés sur l'hygiène de la sexualité et de la reproduction, et ils sont dissuasifs pour les professionnels de santé, ce qui, du même coup, empêche les femmes et les filles d'accéder aux services de santé.

*Criminalisation de l'avortement et restrictions concernant l'accès à des services juridiques de qualité*

79. La criminalisation de l'avortement est une des manières les plus destructrices d'instrumentaliser et de politiser le corps et la vie des femmes en les privant de la liberté de choix sur leur propre corps, car les femmes sont obligées de risquer leur vie ou leur santé pour préserver leur fonction procréatrice. Quarante pour cent des femmes dans le monde sont soumises à des lois restrictives en la matière. Dans certains pays, du fait de ces lois antiavortement rétrogrades, des femmes sont emprisonnées après avoir fait des fausses couches, rendant insupportable le prix à payer pour elles-mêmes et leur famille.

80. Les données de l'OMS ont démontré que la criminalisation de l'avortement ne réduisait en rien la nécessité d'y recourir. Au contraire, le nombre de femmes en quête de solutions clandestines et risquées avait toutes les chances d'augmenter. Dans les pays d'Europe septentrionale, où les femmes ont acquis le droit d'interrompre une grossesse dans les années 1970 ou 1980 et où elles ont accès à toutes les informations et à toutes les méthodes de contraception, les taux d'avortements sont les plus bas. En définitive, la criminalisation est gravement préjudiciable à la santé des femmes et à leurs droits, car elle jette l'opprobre sur une procédure médicale sûre et nécessaire. Dans les pays où l'interruption volontaire de grossesse est limitée par la législation ou autrement rendue inaccessible, seules les femmes les plus riches peuvent s'offrir le privilège d'avorter en toute sécurité, les femmes de conditions modeste n'ayant d'autre choix que de recourir à des praticiens et à des pratiques peu sûres. Les femmes économiquement défavorisées sont par conséquent victimes d'une grave discrimination, que le Groupe de travail a mise en évidence lors de ses visites de pays.

81. Il est important de rappeler qu'une contraception efficace peut contribuer à faire baisser le nombre de grossesses non désirées. Cependant, la contraception n'empêche pas les femmes de devoir recourir à l'interruption de grossesse, par exemple en cas de viol. Qui plus est, aucune méthode de contraception n'est fiable à 100 % pour empêcher la survenue d'une grossesse.

82. En outre, les restrictions de l'accès à l'information sur l'interruption de grossesse et aux services correspondants peuvent dissuader les femmes de demander une aide médicale professionnelle, au détriment de leur santé et de leur sécurité. Ces restrictions peuvent consister à imposer des sanctions pénales aux médecins accomplissant ces actes médicaux ; à interdire l'accès aux informations relatives à l'interruption légale de grossesse ; à rendre obligatoire l'autorisation préalable d'un tiers ou d'un ou plusieurs professionnels de la santé, d'une commission hospitalière, d'un proche, du tuteur ou du conjoint ; à autoriser les professionnels de la santé à invoquer l'objection de conscience sans fournir de solution de remplacement ; à imposer des périodes d'attente obligatoire ; et à exclure les services d'interruption de grossesse de la couverture au titre de l'assurance maladie. Aucune de ces prescriptions n'est justifiée sur le plan sanitaire.

83. Les organes internationaux et régionaux qui s'occupent des droits de l'homme ont demandé aux États de dépénaliser l'accès à l'interruption volontaire de grossesse et d'assouplir les lois et les politiques afin de garantir aux femmes l'accès à des services médicalisés. Dans leur jurisprudence, leurs observations/recommandations générales et leurs observations finales, les organes conventionnels, notamment le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, ont demandé aux États d'examiner la législation nationale afin de dépénaliser l'avortement et de garantir à chaque femme le droit d'interrompre une grossesse lorsque sa vie ou sa santé est menacée ou que la grossesse est la conséquence d'un viol ou d'un inceste. Le Comité contre la torture et le Comité des droits de l'homme ont établi que, dans certains cas, obliger une femme à mener à son terme une grossesse non désirée constituait un traitement cruel et inhumain.

*Imposition de sanctions pénales aux prostituées et aux travailleuses du sexe*

84. Comme on a pu le montrer, la façon dont certaines lois pénales et d'autres règles répressives imposent des peines privatives de liberté aux prostituées et aux travailleuses du sexe porte préjudice à ces femmes au lieu de les protéger. Le Groupe de travail considère que l'imposition de sanctions pénales aux prostituées et aux travailleuses du sexe les place dans une situation d'injustice, de vulnérabilité et de stigmatisation et va à l'encontre du droit international des droits de l'homme. Il note que la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes recommande de réprimer l'exploitation de la prostitution des femmes et non de sanctionner les prostituées et les travailleuses du sexe en tant que telles ; que la position établie de longue date du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes est que les femmes exerçant la prostitution ne devraient pas être considérées comme des délinquantes ; et que selon les dispositions du Protocole additionnel à la Convention des Nations Unies contre la criminalité transnationale organisée (Protocole de Palerme) visant à prévenir, réprimer et punir la traite des personnes, en particulier des femmes et des enfants, des mesures doivent être prises pour décourager la demande qui favorise toutes les formes d'exploitation des femmes, y compris celles qui aboutissent à la traite à des fins d'exploitation sexuelle.

85. Les organisations internationales et les organes des droits de l'homme ont demandé aux États de veiller, au minimum, à ce que les femmes exerçant la prostitution et les travailleuses du sexe aient accès aux services de santé sexuelle ; soient à l'abri de la violence et de la discrimination, que ce soit de la part d'agents de l'État ou de personnes privées ; et aient droit à une égale protection de la loi. En particulier, les États devraient aussi veiller à ce que les responsables de l'application des lois accomplissent une fonction de protection, plutôt que de se livrer à la violence ou de perpétuer la violence à l'égard des prostituées et des travailleuses du sexe. Un certain nombre d'États ont adopté des règles qui tiennent compte des problèmes de santé et de sécurité, y compris en matière d'accès aux services de santé, à l'assurance maladie et aux prestations de sécurité sociale, qui ont eu une incidence positive sur les femmes travaillant dans la prostitution et l'industrie du sexe.

## **E. Accès autonome, abordable et effectif aux soins de santé**

### **1. Accès autonome**

86. L'accès autonome aux soins de santé signifie pour chaque femme le droit de prendre des décisions concernant sa santé, sa fécondité et sa sexualité sans subir de contraintes ni de violences. Le principe de choix est essentiel. Le droit au consentement éclairé et le droit à la confidentialité sont déterminants pour permettre aux femmes de décider librement. La réalisation de ces droits suppose le respect des obligations correspondantes par les prestataires de soins de santé, qui sont tenus de communiquer aux patientes les informations relatives aux traitements proposés et aux solutions de remplacement afin de les aider à exercer leur consentement éclairé et de respecter leur droit de refuser un traitement. De même, les prestataires de soins sont tenus de respecter le principe de confidentialité pour permettre aux femmes de prendre des décisions privées sans subir de pressions de la part de personnes qu'elles n'auraient pas choisi de consulter et qui pourraient ne pas se préoccuper de leur intérêt supérieur. L'autonomie signifie qu'une femme qui demande des services concernant sa santé, sa sexualité ou sa fécondité a le droit d'être traitée comme un individu à part entière, comme le bénéficiaire unique du service fourni par le médecin et comme une personne pleinement en mesure de prendre des décisions au sujet de sa santé. Cette question est notamment liée au droit des femmes à l'égalité devant la loi.

### **2. Accessibilité économique des soins de santé**

87. Dans de nombreux pays, même lorsque des ressources importantes sont mises en place pour assurer des soins de santé universels, les femmes n'ont pas accès à des soins de qualité sur un pied d'égalité avec les hommes. Souvent, c'est parce que les services de santé dont seules les femmes ont besoin sont exclus de la couverture d'assurance et ne sont pas d'un coût abordable.

88. Les femmes économiquement défavorisées qui n'ont pas les moyens d'accéder aux services et aux soins de santé privés subissent plus durement que les autres personnes les effets de l'inaccessibilité économique. Il importe donc que les États veillent à ce que tous les soins de santé soient d'un coût abordable et lèvent les restrictions juridiques qui, en pratique, conduisent à une discrimination à l'égard des femmes économiquement défavorisées.

89. Le coût des soins de santé est souvent inabordable parce que les systèmes d'assurance maladie comportent des dispositions discriminatoires. Certains des programmes et des polices d'assurance maladie excluent différents soins de santé procréative, notamment les formes de contraception modernes, l'interruption de grossesse et les soins de maternité. D'autres plans d'assurance maladie privée prennent en charge les besoins des femmes en matière de santé procréative mais majorent les primes que les femmes doivent payer. Parmi les bonnes pratiques, des mesures sont prises pour dissuader les compagnies d'assurance d'imposer des primes plus élevées aux femmes qu'aux hommes du fait que les besoins de santé procréative des femmes entraîneraient des surcoûts.

90. Le financement public est nécessaire pour subventionner les services de soins de santé primaires, y compris les médicaments, les moyens de contraception, l'interruption légale de grossesse et le traitement des infections sexuellement transmissibles. Le coût de ces services devrait être abordable et ils devraient être fournis gratuitement aux femmes économiquement défavorisées. La facturation des frais aux usagers et la pratique des paiements officiels augmentent le risque que ces femmes renoncent aux soins ou se tournent vers des services de mauvaise qualité, parfois dispensés par des personnes non qualifiées.

91. Les bonnes pratiques consistent notamment à faire figurer parmi les médicaments essentiels tous ceux qui sont recommandés comme étant nécessaires à la santé des femmes dans la Liste modèle de médicaments essentiels (LME) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), à financer les services liés à la santé des femmes par des subventions publiques et à accorder des prestations aux femmes en fonction de l'âge ou du niveau de revenus.

92. L'inabondabilité des médicaments est aussi étroitement liée aux lois de propriété intellectuelle, dont bon nombre attribuent des brevets exclusifs aux nouveaux médicaments pour de longues périodes. Or, les lois relatives à la propriété intellectuelle qui ne tiennent pas compte des besoins médicaux des femmes entravent l'accès aux médicaments en faisant grimper les prix et en empêchant la production et la distribution de médicaments génériques de faible coût. Le droit à la santé impose aux États de veiller à ce que les sociétés pharmaceutiques qui détiennent des brevets sur les médicaments et les appareils médicaux essentiels utilisent tous les moyens dont elles disposent pour rendre les médicaments accessibles à tous.

### 3. Accès effectif

#### *Objection de conscience à la prestation de services de santé*

93. Mal réglementée, l'objection de conscience peut empêcher les femmes d'exercer leur droit d'avoir accès aux services de santé procréative et sexuelle. La jurisprudence des organes conventionnels indique que dans les cas où l'objection de conscience est autorisée, les États demeurent tenus de veiller à ce que l'accès des femmes aux services de santé procréative ne soit pas restreint et à ce que l'objection de conscience relève d'une pratique personnelle et non institutionnelle.

94. Un certain nombre de pays ont institué des garanties juridiques qui protègent les femmes lorsque la prise en charge leur est refusée pour des raisons de conscience, parmi lesquelles l'obligation d'orienter la patiente vers des prestataires qui n'opposent pas d'objection, l'enregistrement/la notification écrite à l'employeur et/ou à une administration publique, l'information des patientes au sujet du statut d'objecteur de conscience du prestataire, la prestation de services en cas d'urgence, et la restriction de l'exercice du droit à l'objection de conscience aux personnes directement associées à l'intervention médicale, à l'exclusion des établissements ou des personnes associées indirectement, comme les pharmaciens. Le Groupe de travail affirme à nouveau que l'exercice du droit à la liberté de religion ou de conviction ne peut être invoqué pour justifier la discrimination à l'égard des femmes et ne doit donc pas être une justification acceptable aux obstacles à l'exercice par les femmes du droit de bénéficier du meilleur état de santé susceptible d'être atteint.

#### *Éducation et information*

95. Les restrictions imposées dans de nombreux pays à l'accès des filles et des femmes à une éducation de qualité et exempte de préjugés, notamment à une éducation sexuelle complète fondée sur des données factuelles, et à l'information sur les lieux dispensant les services de santé essentiels et les démarches à effectuer pour obtenir ces services, empêchent les intéressées de prendre des décisions libres et éclairées sur leur santé et leur sécurité, et constituent donc une entrave à un accès approprié et éclairé aux soins de santé. Cela vaut en particulier pour les adolescentes et les femmes marginalisées, qui subissent des formes de discrimination multiples et croisées. De telles restrictions relèvent d'une forme de censure qui limite les choix des femmes et des filles.

96. Les États ont l'obligation de fournir une éducation, en vue notamment de faciliter l'accès aux connaissances scientifiques et techniques. C'est un aspect particulièrement important pour les questions de la sexualité, de la procréation et de l'éducation sur la santé.

Les États ont l'obligation de permettre la libre circulation de l'information relative aux questions de santé, en s'abstenant de toute ingérence, notamment pour des raisons d'ordre moral. Cela recouvre aussi la possibilité pour des acteurs non étatiques de diffuser de l'information, y compris au sujet de la sexualité et des services de santé sexuelle et procréative. Toutefois, les États ont aussi l'obligation de combattre et d'éliminer les stéréotypes sexistes préjudiciables et illicites qui portent atteinte au droit des femmes à la santé et à la sécurité.

97. Un nombre croissant d'États du monde entier ont confirmé leur engagement en faveur d'une éducation complète dans le domaine de la sexualité, en tant que priorité essentielle pour atteindre leurs objectifs nationaux de développement, de santé et d'éducation. Dans sa résolution 70/137, l'Assemblée générale a demandé à tous les États de concevoir et mettre en œuvre, à partir d'informations complètes et précises, des programmes éducatifs et des supports pédagogiques, notamment des programmes d'éducation sexuelle détaillés reposant sur des données factuelles, à l'intention de tous les adolescents et les jeunes ; ainsi que des programmes de formation des enseignants tant pour l'enseignement scolaire que non scolaire, le but étant de faire évoluer les comportements et les mentalités des hommes et des femmes de tous âges, de faire reculer les préjugés et de favoriser et renforcer l'aptitude de chacun à prendre des décisions, à communiquer et à maîtriser les risques pour favoriser l'instauration de relations respectueuses fondées sur l'égalité des sexes et les droits de l'homme.

#### IV. Conclusions et recommandations

98. Dans le contexte de la santé et de la sécurité des femmes et des filles, l'égalité signifie qu'elles bénéficient de services, de traitements et de médicaments différenciés répondant à leurs besoins biologiques spécifiques, et ce tout au long de leur cycle de vie. Dans de nombreux pays, les femmes subissent des formes d'exclusion et de négligence discriminatoires compte tenu de leur droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint. La discrimination est particulièrement évidente en ce qui concerne le droit des femmes à la santé procréative et sexuelle. Elle est accentuée dans le cas des femmes qui font partie de groupes marginalisés. La discrimination à l'égard des femmes et des filles, qui entraîne des atteintes à leur droit à la santé et à la sécurité, est une négation de leur droit à la dignité humaine.

99. Le Groupe de travail a constaté que dans de nombreux pays, l'instrumentalisation et la politisation des fonctions biologiques des femmes soumettent la législation et les politiques qui concernent la santé et la sécurité des femmes et des filles à des conceptions patriarcales, en particulier s'agissant de la santé procréative et sexuelle et de la santé mentale. Dans toutes les régions, le Groupe de travail a recensé des manifestations de cette instrumentalisation, des tabous concernant la menstruation et l'allaitement au sein et des stéréotypes qui conduisent à des pratiques néfastes, telles que les mutilations génitales féminines, ou qui ont un impact négatif sur l'image que les femmes ont de leur corps et les conduisent à se soumettre à des opérations de chirurgie esthétique invasives.

100. Dans de nombreux pays, les femmes ne disposent pas d'un accès autonome, abordable et effectif aux soins de santé, condition pourtant indispensable aux États pour respecter, protéger et réaliser les droits des femmes et des filles à la vie, à la santé, à la vie privée, à l'égalité et à la dignité humaine. L'un des principaux obstacles est celui de l'inabordabilité des prestations du fait de l'exclusion du champ de l'assurance de traitements dont les femmes et les filles ont spécifiquement besoin ou de l'exclusion de certains groupes de femmes comme les migrantes. L'inabordabilité est fortement discriminatoire à l'égard des femmes qui vivent dans la pauvreté.

Les dispositions législatives restrictives, la partialité et la stigmatisation dans le cadre de la fourniture de services et l'objection de conscience à la fourniture des services constituent également des obstacles.

101. Les services de santé sont assurés par divers acteurs, étatiques ou non étatiques. Tous les acteurs ont la responsabilité, d'une manière ou d'une autre, de garantir aux femmes un accès égal au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, y compris en matière de santé sexuelle et procréative. L'État doit prendre les dispositions qui s'imposent pour faire en sorte que les acteurs privés n'exercent pas de discrimination à l'égard des femmes.

102. Les différentes formes de discrimination exercées à l'égard des femmes dans le cadre de la prestation des services de santé aboutissent au phénomène coûteux et tragique des maladies évitables dans la population féminine.

## **A. Recommandations générales**

103. Le Groupe de travail invite le Conseil des droits de l'homme à exhorter les États à prendre toutes les mesures nécessaires pour respecter, protéger et réaliser le droit des femmes au meilleur état de santé susceptible d'être atteint partout dans le monde, y compris en matière de santé sexuelle et procréative, et d'établir un bilan approfondi de la situation à titre prioritaire, notamment en organisant une réunion appropriée pour traiter cette question fondamentale.

104. Le Groupe de travail engage tous les États Membres à réaffirmer et à respecter les engagements qu'ils ont pris à Beijing et au Caire et dans le cadre des objectifs de développement durable d'appliquer les dispositions détaillées concernant la santé des femmes que prévoient les accords qu'ils ont adoptés et à élaborer des lois, des politiques et des programmes nationaux conformes aux normes internationales relatives aux droits de l'homme.

## **B. Égalité et non-discrimination**

105. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) De faire en sorte que les normes et les principes relatifs aux droits de l'homme d'égalité, de non-discrimination et d'autonomisation des femmes servent de cadre à toutes les interventions portant sur la santé et la sécurité des femmes ;

b) De s'inspirer d'une interprétation du droit des femmes à l'égalité dans laquelle leur santé doit faire l'objet d'un traitement différencié, y compris dans le domaine de la santé sexuelle et procréative et au-delà, dans la conception de mesures et dans l'affectation des ressources ;

c) De prendre en considération les incidences de la sécurité des femmes sur leur santé physique et mentale et de protéger les femmes et les filles de la violence à la maison, sur le chemin de l'école et à l'école, ainsi que dans les autres lieux publics et dans les établissements de santé ;

d) D'adopter une conception intégrée de la santé et de la sécurité des femmes en prenant en considération toutes les étapes de leur vie de l'enfance à la vieillesse comme étant des étapes interdépendantes où il existe des facteurs et des besoins distincts, et à cet égard :

i) De prendre des mesures efficaces pour empêcher les mariages d'enfants et prévenir les grossesses d'adolescentes et de dispenser aux filles une éducation

complète, fondée sur des éléments relatifs à la santé établis scientifiquement, y compris en ce qui concerne la sexualité ;

ii) De remédier à la discrimination sexiste qui existe dans certaines cultures s'agissant de l'alimentation offerte aux enfants de sexe féminin, notamment par l'autonomisation des femmes et des filles ;

iii) De permettre aux filles et aux adolescentes enceintes d'interrompre les grossesses non désirées, par mesure d'égalité et de santé, de sorte qu'elles puissent achever leur scolarité et pour les protéger des risques importants pour leur santé et leur vie notamment des risques de fistule obstétricale, qu'elles courent si la grossesse va à son terme ;

iv) De réduire la morbidité et la mortalité maternelles en garantissant des soins appropriés avant, pendant et après la naissance, y compris, lorsque c'est nécessaire, une interruption de grossesse médicalisée ;

v) De réduire le taux élevé de mortalité maternelle chez les femmes vivant avec le VIH/sida, aussi bien en prévenant la contamination, en particulier dans le cas des prostituées/travailleuses du sexe, qu'en fournissant gratuitement et en toute sécurité des préservatifs et des traitements antirétroviraux aux femmes enceintes ;

vi) De fournir une alimentation appropriée et des services gratuits aux femmes enceintes et aux femmes qui allaitent, conformément aux recommandations du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes ;

vii) De faire en sorte que les lois, les politiques et les pratiques en vigueur rendent obligatoire le respect de l'autonomie des femmes dans le cadre de la prise de décisions, s'agissant en particulier de la grossesse, de l'accouchement et des soins postnatals ;

viii) De fournir aux femmes âgées des services adaptés à leur sexe et à leur âge en prenant en considération leur vulnérabilité accrue dans les domaines de la santé et de la sécurité ;

e) De fournir des services spécifiques d'aide et de protection aux femmes victimes de multiples formes de discrimination et, à cet égard :

i) De veiller à ce que les services de santé, y compris en matière de santé sexuelle et procréative, soient mis à la disposition des femmes handicapées et leur soient accessibles dans des conditions d'égalité avec les autres personnes, et à ce que leur autonomie et leur pouvoir de décision soient garantis conformément aux principes énoncés dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées ;

ii) De fournir des services de santé aux migrantes et aux employées de maison, qui subissent des préjudices dans les domaines de la santé sexuelle et procréative, de la santé préventive et de la protection contre la violence sexiste ;

iii) De faire en sorte que les personnes lesbiennes, bisexuelles et transgenres bénéficient sans discrimination aucune des avantages et des prestations, ainsi que de la protection, offerts par les services sociaux et les services de soins de santé ;

iv) De donner aux détenues accès à des services de médecine préventive et curative, notamment pour les cas de cancer du col de l'utérus et de cancer du sein, à la contraception, à la thérapie antirétrovirale et aux soins liés à la

transition de genre, et de prendre toutes les mesures voulues pour protéger ces femmes de la violence ;

v) D'autoriser les peines non privatives de liberté dans le cas des femmes enceintes et des femmes ayant des enfants à charge, conformément aux Règles des Nations Unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok).

### C. Instrumentalisation du corps des femmes

106. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) De prendre des mesures pour combattre et éliminer, dans la législation et les politiques, les pratiques culturelles et les stéréotypes sociaux, toutes les formes d'instrumentalisation du corps et des fonctions biologiques de la femme ;

b) D'éliminer les stéréotypes dangereux concernant les femmes pouvant conduire à l'anorexie, à la boulimie et à des actes de chirurgie esthétique invasifs ;

c) D'empêcher l'exclusion de l'espace public au moment de la menstruation ou pendant l'allaitement et d'empêcher la discrimination liée à la ménopause sur le lieu de travail ;

d) D'adopter et d'appliquer des mesures énergiques et efficaces pour prévenir les mutilations génitales féminines et toute autre pratique néfaste ;

e) De dépénaliser les comportements liés à la sexualité et à la procréation qui sont attribués exclusivement ou principalement aux femmes, notamment l'adultère et la prostitution, de même que l'interruption de grossesse ;

f) De combattre les stéréotypes et de donner aux filles les moyens de prendre en charge leur santé et leur sécurité dès le plus jeune âge, à l'école comme à la maison, et d'informer les femmes au sujet de leur corps et de les autonomiser par rapport à celui-ci à chaque étape de leur vie ;

g) De réglementer les centres de maternité de manière à garantir le respect de l'autonomie des femmes, de leur vie privée et de leur dignité, y compris en respectant le choix des femmes d'accoucher à domicile pour autant qu'il n'y ait pas de contre-indication médicale spécifique ;

h) De faire en sorte que les femmes ne soient pas instrumentalisées dans le cadre de l'accouchement et que les violences commises lors de procédures de gynécologie ou d'obstétrique soient sanctionnées, y compris les césariennes abusives, le déni de traitement de la douleur pendant l'accouchement ou l'interruption de grossesse, ainsi que les épisiotomies non nécessaires ;

i) De substituer des mesures pédagogiques et sociales à l'incarcération et aux mesures punitives pour prévenir les dommages que peut subir le fœtus lorsqu'une femme enceinte présentant une dépendance consomme des stupéfiants ou de l'alcool ;

j) Surveiller et empêcher le recours à la santé mentale pour hospitaliser des femmes par mesure de contrôle social.

107. S'agissant des soins de santé sexuelle et procréative, le Groupe de travail recommande aux États :

a) De mettre fin à l'interdiction des moyens de contraception, notamment des contraceptifs d'urgence, et de donner accès à des contraceptifs abordables et modernes ;



b) D'abroger les lois et les politiques restrictives concernant l'interruption de grossesse, en particulier lorsque la grossesse met en danger la vie ou la santé de l'intéressée, notamment sa santé mentale, et en cas de viol, d'inceste ou de malformation létale du fœtus, en ayant à l'esprit que ces lois et ces politiques, en tout état de cause, touchent principalement les femmes les plus pauvres, de façon particulièrement discriminatoire ;

c) D'accepter que les femmes ont le droit de ne pas vivre une grossesse non désirée et d'avoir accès à des mesures de planification familiale efficaces et économiquement abordables. Les nombreux pays où les femmes peuvent en toute légalité demander une interruption volontaire de grossesse et compter sur des dispositifs de planification familiale efficaces et d'un coût abordable étant ceux où les taux d'avortement sont les plus bas au monde, les États devraient autoriser les femmes qui en font la demande à interrompre une grossesse pendant le premier trimestre ou, dans les cas particuliers énumérés ci-dessus, à un stade ultérieur ;

d) De ne plus utiliser le droit pénal pour sanctionner les femmes ayant mis fin à une grossesse et de fournir aux femmes et aux filles des traitements médicaux en cas de fausse couche ou de complications à la suite d'un avortement non médicalisé ;

e) De supprimer les obstacles discriminatoires à l'accès à l'interruption volontaire de grossesse qui ne sont pas fondés sur des éléments médicaux, notamment l'imposition d'un délai d'attente avant l'application de la décision d'interrompre la grossesse, les autorisations préalables exigées des centres de santé procréative et de leur personnel, et les interprétations indûment restrictives des motifs légaux justifiant l'interruption de grossesse.

#### **D. Accès autonome, abordable et effectif aux soins de santé**

108. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) De faire en sorte que l'accès aux soins de santé soit autonome, abordable et effectif ;

b) De s'attaquer aux facteurs sous-jacents qui empêchent les femmes de prendre en toute autonomie les décisions concernant leur vie, leur santé et leur corps, en prenant des mesures dans le domaine de l'éducation, en diffusant des informations et en établissant des mécanismes de contrôle, l'objectif étant de faire en sorte que l'autonomie des femmes soit respectée à tous les niveaux du système de santé ;

c) De rendre caduques les dispositions qui font dépendre de l'autorisation d'un tiers l'accès des femmes et des filles aux soins de santé ;

d) De dispenser aux prestataires de services de santé une formation portant notamment sur l'égalité des sexes et la non-discrimination, le respect des droits des femmes et de leur dignité et la reconnaissance des médecines parallèles ;

e) De fournir une assurance maladie aux femmes selon des conditions non discriminatoires et sans majorer la couverture des soins de santé procréative et sexuelle ;

f) D'inclure le moyen de contraception choisi, les soins préventifs et le traitement du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein, l'interruption de grossesse et les soins de maternité dans les soins de santé universelle ou de subventionner la fourniture des traitements et médicaments nécessaires afin d'en rendre le coût abordable ;

g) De restreindre le recours à l'objection de conscience au prestataire direct d'une intervention médicale et de n'autoriser l'invocation de ce principe que lorsqu'il existe une autre possibilité de procéder à l'intervention dans les délais voulus ;

h) De prendre les mesures qui s'imposent pour que les différents acteurs et les prestataires privés et individuels qui fournissent des services de santé et des médicaments ne commettent pas de discrimination à l'égard des femmes et d'élaborer des directives prévoyant l'adoption de codes de conduite établissant que les femmes doivent être traitées à égalité avec les hommes ;

i) De dispenser aux filles et aux garçons, dans le cadre des programmes scolaires obligatoires, des enseignements adaptés à leur âge, complets et comprenant une éducation sexuelle fondée sur des éléments démontrés scientifiquement et sur les droits de l'homme. Il faudrait que l'éducation sexuelle accorde une attention particulière à l'égalité des sexes, à la sexualité, aux relations, à l'identité de genre, y compris aux identités de genre qui ne correspondent pas aux normes sociales, à la procréation responsable et aux comportements sexuels responsables, afin de prévenir les grossesses précoces et les maladies sexuellement transmissibles ;

j) De veiller à ce que les normes énoncées dans les présentes recommandations soient respectées et appliquées par tous les prestataires de services de santé, dans le secteur public comme dans le secteur privé, et de faire participer autant qu'il conviendra les femmes et les hommes aux mesures prises pour combattre la discrimination, les stéréotypes et l'instrumentalisation du corps et des fonctions biologiques de la femme.

---