



Assemblée générale

Distr. générale
28 avril 2021
Français
Original : anglais

Conseil des droits de l'homme

Quarante-septième session

21 juin-9 juillet 2021

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**

Les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans les situations de crise

Rapport du Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles

Résumé

Dans le présent rapport, le Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles préconise un changement radical dans la manière de définir et de traiter les situations de crise, et appelle l'attention sur le fait que le non-exercice par les femmes et les filles de leurs droits fondamentaux en matière de santé sexuelle et procréative est un obstacle important à l'égalité des sexes, les États continuant de ne rien faire pour respecter et protéger ces droits et en garantir la pleine jouissance. Le Groupe de travail examine un certain nombre de menaces et de risques pour la santé sexuelle et procréative et l'autonomie des femmes et des filles, avant et pendant les situations de crise, qui s'expliquent par diverses formes d'inégalité et de discrimination systémiques et sont exacerbés par elles. Il relève toutefois des pratiques prometteuses et formule des recommandations pour remédier aux problèmes les plus importants, ce qui nécessitera un changement radical dans la façon de gérer et de traiter les crises du point de vue des femmes et des filles, dans le respect de leurs droits fondamentaux.



Table des matières

<i>Chapitre</i>	<i>Page</i>
I. Activités	3
A. Sessions	3
B. Visites de pays	3
C. Communications et communiqués de presse	3
D. Autres activités	3
II. Analyse thématique : les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans les situations de crise.....	4
A. Introduction	4
B. Cadre théorique et juridique	4
C. Principaux facteurs qui expliquent et aggravent les risques et les menaces.....	8
D. Obstacles et menaces multiples auxquelles se heurtent les femmes et les filles	16
III. Conclusions et recommandations	21
A. Conclusions	21
B. Recommandations.....	21

I. Activités

1. Le présent rapport rend compte des activités que le Groupe de travail sur la discrimination à l'égard des femmes et des filles a menées depuis la présentation de son précédent rapport (A/HRC/44/51) jusqu'en avril 2021.

A. Sessions

2. Compte tenu des restrictions dues à la pandémie de coronavirus (COVID-19), le Groupe de travail a tenu trois sessions en ligne au cours de la période considérée. À sa vingt-huitième session, du 6 au 10 juillet 2020, il a rencontré des représentants d'organisations de la société civile, a débattu de documents directifs et de questions méthodologiques et s'est surtout intéressé à la présente analyse thématique.

3. À la vingt-neuvième session, tenue du 12 au 16 octobre 2020, les experts ont rencontré la Rapporteuse spéciale sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, alors nouvellement nommé, et la Rapporteuse spéciale sur la situation des défenseurs et défenseuses des droits humains. Ils ont également rencontré le principal auteur de la résolution relative au mandat du Groupe de travail et ont organisé une manifestation d'adieu pour le membre sortant de la région de l'Amérique latine et des Caraïbes et une séance d'accueil pour le nouveau membre du Groupe de travail.

4. À sa trentième session, qui s'est tenue le 19 et du 22 au 25 janvier 2021, le Groupe de travail s'est entretenu avec des organisations de la société civile, a organisé une réunion avec un grand nombre d'États membres et a travaillé sur son rapport thématique. Il a en outre discuté d'éventuelles priorités thématiques.

B. Visites de pays

5. Le Groupe de travail s'est rendu en Roumanie du 24 février au 6 mars 2020¹. Il remercie le Gouvernement pour sa coopération et engage les autres États à accueillir favorablement ses demandes de visites, visites qui reprendront dès que la situation mondiale le permettra du point de vue de la santé publique.

C. Communications et communiqués de presse

6. Le Groupe de travail a adressé des communications aux gouvernements, à titre individuel ou conjointement avec d'autres titulaires de mandat. Ces communications portaient sur un large éventail de sujets relevant de son mandat, dont les lois et pratiques discriminatoires, les allégations de violations des droits des défenseuses des droits humains, la violence fondée sur le genre et les atteintes au droit à la santé sexuelle et procréative². 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 régionaux³.

D. Autres activités

7. Les experts ont également réalisé de nombreuses activités en leur qualité de membres du Groupe de travail⁴. En particulier, la Présidente du Groupe de travail a pris la parole à la soixante-cinquième session de la Commission de la condition de la femme et a présenté un rapport oral sur ses travaux à l'Assemblée générale. Le Groupe de travail a organisé une manifestation parallèle sur le thème « Le militantisme chez les jeunes filles : réalisations,

¹ Voir A/HRC/47/38/Add.1.

² Voir <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/Communications.aspx>.

³ Voir https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/NewsSearch.aspx?MID=WG_Women.

⁴ Voir <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WGWomen/Pages/Activities.aspx>.

enjeux et perspectives de changement social », avec des jeunes militantes de diverses régions du monde durant la session de la Commission, et des membres du Groupe de travail ont pris part à un certain nombre d'autres manifestations parallèles. Le Groupe de travail a également organisé une manifestation à l'occasion du dixième anniversaire de la création de son mandat⁵.

II. Analyse thématique : les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans les situations de crise

A. Introduction

8. Il est essentiel que les femmes et les filles exercent leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative si l'on veut garantir l'exercice de tous leurs autres droits humains et parvenir à l'égalité entre les sexes. L'accès aux services, biens et informations en matière de santé sexuelle et procréative est indispensable à tout moment et en particulier dans les situations de crise. Les crises ont des conséquences lourdes et multiples sur la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles car elles aggravent et renforcent les inégalités et la discrimination systémiques auxquels les femmes et les filles font face⁶. La pandémie de COVID-19 a entraîné des troubles économiques au niveau mondial et déclenché de multiples crises aux niveaux local et personnel, sur fond d'innombrables crises qui sévissaient déjà, notamment politiques, sociales, économiques, de santé publique et environnementales. Les femmes et les filles ont été touchées de manière disproportionnée.

9. Dans le présent rapport, le Groupe de travail appelle l'attention sur le fait que les États ne reconnaissent pas, ne respectent pas et ne protègent pas les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, tant avant que pendant les situations de crise marquées par des événements spécifiques, et n'en garantissent pas l'exercice comme ils le devraient. Le Groupe de travail formule toute une série de recommandations visant à remédier aux problèmes les plus importants. Le Groupe de travail souhaite exprimer sa gratitude à toutes les parties prenantes qui ont contribué à l'élaboration du rapport, notamment répondu à un questionnaire et participé à des consultations.

B. Cadre théorique et juridique

1. Comprendre les crises du point de vue des femmes et des filles et de leurs droits

10. On entend souvent par crises un événement ou une série d'événements qui constitue une grave menace pour la santé, la sûreté, la sécurité et/ou le bien-être d'une communauté ou d'un large groupe de personnes⁷. Elles sont synonymes de moments de grande difficulté et de danger ou de situations menaçantes, qui exigent d'agir d'urgence⁸, et peuvent relever de diverses catégories, allant des conflits armés et des catastrophes naturelles à l'instabilité politique et aux conflits socioéconomiques, en passant par les pandémies, pour n'en citer que quelques-unes.

11. Le Groupe de travail considère que l'accent mis sur l'« événement » dans la compréhension d'une situation de crise peut détourner l'attention des principaux facteurs sous-jacents qui rendent une situation donnée « critique » pour des populations, en particulier

⁵ Voir https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/UN_WGDAW_10_years_anniversary.aspx.

⁶ Voir A/HRC/26/39 ; A/HRC/32/44 ; et les déclarations du Groupe de travail, du 20 avril 2020, intitulée « Les réponses à la pandémie de COVID-19 ne doivent pas faire fi des femmes et des filles », et, du 14 juillet 2020, intitulée « COVID-19 et augmentation de la violence sexiste et de la discrimination à l'égard des femmes ».

⁷ Voir A/HRC/28/76.

⁸ Paul Shrivastava, « Crisis theory/practice : towards a sustainable future », *Industrial and Environmental Crisis Quarterly* vol. 7, n° 1. Voir également Fonds international de développement agricole, « Guidelines for disaster early recovery », 2011.

les femmes et les filles, et peut ainsi influencer l'élaboration de mesures préventives et de politiques générales efficaces. Si l'on met uniquement l'accent sur un événement imprévu ou une série d'événements pour définir une crise, les conséquences particulières que peut avoir cette crise pour les femmes et les filles et ses causes profondes risquent de ne pas être pleinement pris en compte.

12. Les inégalités entre les sexes, qui font que les femmes sont désavantagées tout au long de leur vie et sont vulnérables face à la violence fondée sur le genre, constituent aux yeux de nombreuses femmes dans le monde une crise en soi, normalisée par des siècles d'institutions et de cadres juridiques et politiques patriarcaux, coloniaux et racialisés, et aggravée par la non-respect des protections juridiques et des engagements politiques. Nombre de crises vécues par des femmes et des filles, comme les grossesses non planifiées et les violences sexuelles, portent atteinte à leur dignité, restreignent leurs libertés et sont liées à leur sexualité et à leur statut de procréatrice. Elles sont liées à la discrimination structurelle et favorisées par l'oppression patriarcale, les stéréotypes sexistes omniprésents, la stigmatisation et les tabous qui alimentent les inégalités entre les sexes. Ces crises ne sont pas officiellement reconnues et continuent d'être ignorées, malgré leur nature systémique et leurs graves conséquences pour les femmes et les filles.

13. Pour les femmes et les filles, la fréquence des grossesses forcées et précoces dues à des abus sexuels, l'absence d'une éducation sexuelle complète ou l'existence de pratiques néfastes⁹, telles que le mariage d'enfants et la violence en bande organisée, s'apparentent à des crises trop souvent oubliées. De nombreux problèmes de santé sexuelle et procréative ont des aspects liés à la santé mentale, qui sont également sous-estimés et sont exacerbés dans les situations de crise. L'empoisonnement de notre planète est une crise moins visible, qui a des effets dévastateurs sur la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles, à l'origine, notamment, de cas d'infécondité, de fausses couches, de naissances prématurées, de cas de menstruation et de ménopause précoces, de cancers du système reproductif et de la diminution de la lactation¹⁰.

14. Il faut que l'on change radicalement la façon de définir et de traiter les situations de crise, en adoptant une approche qui tienne compte des questions de genre, qui soit intersectionnelle et qui reconnaisse le traumatisme caché, mais profond, lié au non-respect des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, ainsi que ses effets tout au long de la vie et sur plusieurs générations. De nombreuses situations de crise sont prédéterminées par des inégalités et des discriminations qui se sont accumulées et qui peuvent être brusquement mises en évidence ou profondément exacerbées par un événement particulier¹¹. Comme l'a rappelé le Comité consultatif du Conseil des droits de l'homme, certaines formes de violations des droits de l'homme constituent un signe précoce d'une crise potentielle ou émergente¹². Pendant la crise de la pandémie de COVID-19, des femmes ont en effet fait observer que pour elles « la crise existait déjà »¹³.

15. Aucun pays au monde n'a réussi à éliminer la discrimination à l'égard des femmes et des filles ou à atteindre une parfaite égalité entre les sexes¹⁴. Les lois et les politiques qui privent les femmes et les filles de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative sont intrinsèquement discriminatoires. Les États ne peuvent pas être véritablement préparés à une crise ou alors s'en remettre, si des inégalités et des problèmes structurels persistent et privent les femmes et les filles de toute la gamme de services et de biens en matière de santé sexuelle et procréative, sapent leur autonomie et laissent de côté les déterminants fondamentaux de la santé.

⁹ Voir la recommandation générale/l'observation générale conjointe n° 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et n° 18 du Comité des droits de l'enfant (2019).

¹⁰ E/C.19/2013/9, par. 21. Voir également Donatella Caserta et autres, « Environment and women's reproductive health », *Human Reproduction Update*, vol. 17, n° 3.

¹¹ Voir Jane McAdam, « The concept of crisis migration », *Forced Migration Review* vol. 45, n° 10.

¹² A/HRC/28/76, par. 42 et 43.

¹³ Points de vue exprimés lors des consultations régionales tenues par le Groupe de travail.

¹⁴ Voir A/HRC/38/46.

2. Droits en matière de santé sexuelle et procréative

16. Le fait que les femmes et les filles ne puissent pas exercer leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative est un obstacle important à l'égalité des sexes et met en évidence de profondes inégalités. On estime que 810 décès maternels surviennent chaque jour dans le monde¹⁵ et que 25 millions d'avortements à risque ont lieu chaque année¹⁶, entraînant environ 47 000 décès par an¹⁷, principalement dans des pays en développement et parmi des personnes socioéconomiquement défavorisées et marginalisées. Un bébé est mort-né toutes les 16 secondes¹⁸. Plus de 200 millions de femmes qui souhaitent ne pas tomber enceintes n'utilisent pas de moyens de contraception modernes, en raison de toute une série d'obstacles¹⁹. Des millions de femmes et de filles n'ont pas la possibilité de gérer leur cycle menstruel en toute sécurité et avec dignité²⁰. Ces statistiques et ces problèmes augmentent considérablement en temps de crise.

17. Dans un contexte de montée des fondamentalismes, les réactions négatives que suscitent les avancées en matière d'égalité ont trop souvent porté sur les droits des femmes à la santé sexuelle et procréative²¹. Une grande partie de la discrimination à laquelle les femmes et les filles se heurtent en ce qui concerne leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative peut être attribuée à l'instrumentalisation et à la politisation de leur corps²².

18. Le Groupe de travail rappelle que les droits en matière de santé sexuelle et procréative sont clairement établis par le droit international. Ils font partie intégrante d'un certain nombre de droits civils et politiques qui sous-tendent l'intégrité physique et mentale des individus et leur autonomie, comme le droit à la vie, à la liberté et à la sécurité de la personne, le droit de ne pas être soumis à la torture et à d'autres traitements cruels, inhumains ou dégradants, le droit au respect de la vie privée et de la vie familiale, ainsi que de droits économiques, sociaux et culturels, comme le droit à la santé, à l'éducation et au travail et le droit de bénéficier du progrès scientifique, et les droits transversaux liés à la non-discrimination et à l'égalité²³. Le droit d'une femme à maîtriser sa fécondité est essentiel à la réalisation de ces droits, ainsi qu'à son autonomie et à son pouvoir d'action²⁴. Les États sont tenus de veiller à ce que des services de santé sexuelle et procréative soient disponibles, accessibles, abordables, acceptables et de bonne qualité²⁵. Les besoins distincts des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative doivent être pris en compte si l'on veut garantir une égalité réelle.

19. Les États ont l'obligation fondamentale et immédiate d'éliminer la discrimination et de garantir les droits en matière de santé sexuelle et procréative²⁶. Le Groupe de travail a

¹⁵ Organisation mondiale de la Santé (OMS), « Mortalité maternelle », dossier factuel, 2019.

¹⁶ Ann M. Starrs et autres, « Accelerate progress – sexual and reproductive health and rights for all : report of the Guttmacher-Lancet Commission », *The Lancet*, vol. 391, n° 10140.

¹⁷ OMS, « Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé », 2012.

¹⁸ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), « A neglected tragedy : the global burden of stillbirths », 2020.

¹⁹ Ann M. Starrs et autres, « Accelerate progress ».

²⁰ UNICEF, « Guidance on menstrual health and hygiene », 2019.

²¹ Voir [A/HRC/35/29](#) ; et [A/HRC/38/46](#).

²² Voir [A/HRC/32/44](#).

²³ Entre autres : Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (art. 12) ; Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (art. 12) ; Convention relative aux droits de l'enfant (art. 17, 23 à 25 et 27) ; Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (art. 5 e) iv) ; Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (art. 28, 43 1) e), 45 1) c) et 70) ; et Convention relative aux droits des personnes handicapées (art. 23 et 25). Voir également Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000), observation générale n° 21 (2009) et observation générale n° 22 (2016) ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999).

²⁴ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (art. 16 e)).

²⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 11 à 21.

²⁶ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 3 (1990), observation générale n° 14 (2000), observation générale n° 16 (2005) et observation générale

appelé à plusieurs reprises l'attention sur le fait que l'égalité dans le domaine de la santé exige une approche différenciée à l'égard des femmes et des hommes, en fonction de leurs besoins biologiques²⁷. Il est discriminatoire pour un État de refuser de fournir légalement certains services de santé procréative aux femmes²⁸. L'obligation fondamentale qui incombe aux États d'éliminer la discrimination s'applique aussi aux formes croisées de discrimination, qui aggravent les violations des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative.

20. Les normes internationales en matière de droits de l'homme qui concernent la santé sexuelle et procréative continuent de s'appliquer dans les situations de crise²⁹. Les États doivent continuer à s'acquitter de leurs obligations fondamentales dans les situations de crise, y compris l'obligation de fournir un accès aux services de planification familiale, y compris la contraception d'urgence, les services de santé maternelle, les services d'avortement sans risque et les soins et conseils postavortement pour les personnes qui en ont besoin, de prévenir et de traiter le VIH/sida et les autres infections sexuellement transmissibles, de garantir l'accès à une éducation et à des informations complètes sur la santé sexuelle et procréative, et de veiller à ce que les victimes d'actes de violence sexiste aient accès à un traitement médical complet, à des soins de santé mentale et à un soutien psychosocial, entre autres services³⁰. Les obligations internationales en matière de droits de l'homme concernant les droits à la santé sexuelle et procréative sont complémentaires de celles du droit international humanitaire, du droit des réfugiés et du droit pénal³¹. Le Groupe de travail rappelle que les acteurs non étatiques, tels que les groupes armés, sont également tenus de respecter le droit international des droits de l'homme³².

21. Le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration et le Programme d'action de Pékin et le Programme de développement durable à l'horizon 2030 comprennent des engagements visant à réaliser l'égalité entre les sexes en garantissant tout un éventail de droits en matière de santé sexuelle et procréative pour les femmes et les filles. Le Conseil de sécurité a insisté sur l'importance de garantir l'accès à l'ensemble des services de santé sexuelle et procréative pendant et après un conflit dans sa résolution 2122 (2013) sur les femmes, la paix et la sécurité. Plus récemment, dans ses résolutions 75/156 et 75/157, l'Assemblée générale a demandé l'allocation de ressources pour garantir la poursuite de l'accès universel aux services de soins de santé, y compris les services de santé sexuelle et procréative, dans le cadre des mesures de riposte à la COVID-19. Le Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe, 2015-2030, prévoit des mécanismes de filet de sécurité sociale qui intègrent la santé sexuelle et procréative (par. 30 j)). Dans le Consensus de Grenade sur la santé sexuelle et génésique

n° 22 (2016) ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) et recommandation générale n° 28 (2010).

²⁷ Groupe de travail, « Women's autonomy, equality and reproductive health in international human rights: between recognition, backlash and regressive trends », document directif, 2017 ; et [A/HRC/32/44](#).

²⁸ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999), par. 11.

²⁹ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) et observation générale n° 22 (2016) ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 28 (2010), recommandation générale n° 30 (2013) et recommandation générale n° 37 (2018).

³⁰ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) et observation générale n° 22 (2016) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) et recommandation générale n° 30 (2013) ; Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire, « Manuel de terrain du Groupe interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire », 2018 ; [A/HRC/32/44](#) ; et Groupe de travail, document directif, « Women's autonomy ».

³¹ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 30 (2013), par. 19.

³² Ibid. Voir également www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26797&LangID=E.

dans les situations d'urgence chroniques et les phases de relèvement, les participants ont appelé à donner la priorité à la santé sexuelle et procréative³³.

C. Principaux facteurs qui expliquent et aggravent les risques et les menaces

1. Lois, politiques et pratiques discriminatoires

22. Le déni d'accès à diverses formes de soins de santé procréative, comme les soins de santé maternelle, y compris les soins obstétricaux d'urgence, et l'incrimination de l'avortement constituent un manquement profond à l'obligation de garantir l'égalité dans le domaine de la santé sexuelle et procréative³⁴. Le fait de ne pas assurer l'accès à une offre complète d'informations et de services en matière de contraception, et de ne pas éliminer les obstacles à cet accès, y compris l'invocation de stéréotypes tels que le « rôle naturel » de mère des femmes pour justifier la situation, constitue une forme de discrimination à l'égard des femmes et des filles, qui met en péril leur bien-être³⁵.

23. Les atteintes à la santé et aux droits des femmes en matière de sexualité et de procréation, telles que les stérilisations forcées, l'avortement forcé, la grossesse forcée, la criminalisation de l'avortement, le refus ou le report d'un avortement sans risques et des soins après avortement, la continuation forcée d'une grossesse, les sévices et mauvais traitements subis par les femmes et les filles qui cherchent des informations, des biens et des services en matière de santé sexuelle et procréative, sont des formes de violence fondée sur le genre qui peuvent être assimilées à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant³⁶. L'engagement de poursuites judiciaires et l'emprisonnement de femmes et de filles pour fausse couche ou mortinaissance sont discriminatoires et violent un large éventail de droits humains.

24. Les garanties et protocoles juridiques qui assurent le respect de la vie privée, la confidentialité et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause, sans coercition, discrimination ni crainte de violence, sont nécessaires pour garantir aux femmes et aux filles l'exercice des droits en matière de santé sexuelle et procréative dans des conditions d'égalité³⁷. La stigmatisation souvent associée à des questions de santé sexuelle et procréative, telles que la fistule obstétricale, les menstruations, l'avortement, la grossesse chez les adolescentes et les infections sexuellement transmissibles, est ancrée dans des stéréotypes sexistes discriminatoires et des normes patriarcales qui doivent être déconstruits par des politiques et des interventions appropriées³⁸.

2. Incapacité des États à donner la priorité aux droits en matière de santé sexuelle et procréative

25. Les États manquent systématiquement à l'ensemble de leurs obligations en matière de droits de l'homme en ce qui concerne les droits à la santé sexuelle et procréative avant et pendant les situations de crise. Le Groupe de travail constate avec une vive préoccupation que, parmi les pays qui ont rendu compte de l'examen et de l'évaluation en 2020 des suites données à la Déclaration et au Programme d'action de Beijing, seuls 20 % ont indiqué avoir

³³ Voir

https://www.who.int/hac/techguidance/pht/reproductive_health_protracted_crises_and_recovery.pdf.

³⁴ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) ;

[A/HRC/21/22](#) ; Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Da Silva Pimentel c. Brésil* (CEDAW/C/49/D/17/2008) ; [CEDAW/C/OP.8/PHL/1](#) ; et [A/HRC/32/44](#). Voir également Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) et recommandation générale n° 33 (2015).

³⁵ [CEDAW/C/OP.8/PHL/1](#), par. 33, 36 et 43 ; et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016), par. 28.

³⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 35 (2017). Voir également [A/74/137](#).

³⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 22 (2016) ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999).

³⁸ Voir [A/HRC/32/44](#).

fourni aux femmes et aux filles, y compris aux réfugiées, un accès aux services de santé sexuelle et procréative dans des contextes humanitaires³⁹.

26. Les opérations menées à la suite d'une crise ne tiennent trop souvent pas compte des questions de genre et ne répondent pas bien aux besoins distincts des femmes et des filles. La valeur vitale de nombreux services essentiels de santé sexuelle et procréative n'est pas reconnue, et ces services ne constituent pas une priorité ou ne sont pas fournis du tout⁴⁰. La discrimination à l'égard des femmes explique que la priorité ne soit pas accordée à ces services, « ce qui est révélateur des inégalités dans la société quant aux personnes qui comptent et à celles qui ne comptent pas »⁴¹. Les mesures que les États adoptent pendant une crise, telles que la réorientation des ressources financières et humaines au détriment des soins de santé sexuelle et procréative et l'imposition de restrictions à la fourniture des services, montrant ainsi qu'ils les jugent non essentiels, équivalent en pratique à une régression, incompatible avec les obligations des États en matière de droits de l'homme⁴². Ces restrictions continuent souvent à compromettre l'accès aux soins de santé sexuelle et procréative après la fin d'une crise⁴³ et, dans la majorité des cas, les programmes de reconstruction et les plans de relance ne donnent pas la priorité à la santé sexuelle et procréative⁴⁴. Pendant la pandémie de COVID-19, la fourniture d'un large éventail de services et de biens essentiels en matière de santé sexuelle et procréative a été suspendue ou reportée, notamment l'offre d'informations et de services concernant la contraception ; les services d'avortement sans risque et les soins postavortement ; les mammographies, les services de détection du cancer du col de l'utérus et le dépistage et le traitement du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles ; les services de soutien aux femmes et aux filles victimes de mutilations génitales ; et les traitements de la stérilité⁴⁵. Les traitements de la dysphorie de genre ont également été interrompus, avec de graves conséquences psychologiques pour les personnes concernées⁴⁶.

27. Le Groupe de travail souligne le rôle crucial des différents acteurs dans la fourniture de soins de santé sexuelle et procréative. Tous les secteurs de la société – les particuliers, y compris les professionnels de la santé, les familles, les communautés locales, les organisations intergouvernementales et non gouvernementales, les organisations de la société civile, ainsi que le secteur privé – ont des responsabilités dans la réalisation du droit à la santé⁴⁷. L'État, outre l'exercice de son obligation de diligence raisonnable à l'égard des actes de particuliers ou d'entités privées qui pourraient porter atteinte aux droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, doit créer des conditions propices à l'exercice de ces responsabilités et au respect de ces droits. Les prestataires de services de santé doivent être soumis à des réglementations pour prévenir toutes violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative, par exemple des obstacles à l'accès aux biens et services, la pratique de la désinformation⁴⁸ ou le refus de soins pour des raisons de conscience ou de religion. Ils doivent se conformer aux normes relatives aux droits de l'homme et à leurs obligations éthiques en tant que professionnels de la santé.

28. Le Groupe de travail juge prometteuses la reconnaissance constitutionnelle des droits sexuels et/ou procréatifs par certains États et l'intégration des normes relatives aux droits de

³⁹ Voir [E/CN.6/2020/3](#).

⁴⁰ [A/HRC/42/24](#), par. 53.

⁴¹ [A/HRC/39/26](#), par. 47.

⁴² Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) et observation générale n° 22 (2016).

⁴³ Contribution de la Feminist Alliance for Rights sur l'expérience vécue pendant la crise de la maladie à virus Ébola.

⁴⁴ Voir Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), « Manuel pour la protection des femmes et des filles », 2008.

⁴⁵ Voir les contributions de l'Institut danois des droits de l'homme, de la Finlande, de El Salvador, de la Slovaquie, du Global Respectful Maternity Care Council, du End FGM European Network, de Marie Stopes International et de la Comunidad de Derechos Humanos.

⁴⁶ Voir les contributions de la Finlande et de CHOICE for Youth and Sexuality.

⁴⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 12 (1999).

⁴⁸ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 24 (2017) ; et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999).

l'homme dans les lois et les grandes politiques nationales. La reconnaissance formelle des services de santé sexuelle et procréative comme étant des services essentiels est également une pratique prometteuse, qui, dans certains pays, a été obtenue par la voie des tribunaux nationaux⁴⁹ et, dans d'autres, par l'inclusion expresse de ces services dans les interventions liées à des situations d'urgence. Dans les cas où des services de santé sexuelle et procréative n'ont été déclarés essentiels qu'après le début d'une crise, leur mise en place a posé des problèmes, en l'absence d'une action cohérente et globale et des mécanismes institutionnels nécessaires pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de telles mesures avec la participation des femmes⁵⁰.

29. L'OMS a appelé à l'assouplissement de certaines exigences et à la réduction des obstacles pendant la COVID-19 afin d'éviter les retards dans l'accès à certains biens et services essentiels de santé sexuelle et procréative, notamment les contraceptifs et les soins d'avortement et postavortement sans risques⁵¹. Pratique encourageante, des États ont élargi l'accès à l'avortement médicalisé autoprovocqué, notamment au moyen de la télé-médecine⁵². Le Groupe de travail constate qu'au niveau local, les sages-femmes peuvent jouer un rôle crucial en répondant aux besoins en matière de santé sexuelle et procréative pendant une crise, en complétant des effectifs limités et en assurant la couverture des services, en particulier dans les zones reculées, tout en permettant une approche interculturelle, aspect essentiel de la fourniture de soins acceptables et de qualité dans certaines communautés.

3. Manque d'investissement dans les services de santé sexuelle et procréative et lacunes de l'aide étrangère.

30. L'absence de budgétisation tenant compte du genre et d'investissement financier dans ce domaine, y compris dans l'aide étrangère, montre bien que les États n'accordent pas une priorité suffisante aux droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, et la situation est encore aggravée par les mesures d'austérité et les mesures néolibérales, parmi lesquelles la privatisation des services publics⁵³. Les dépenses publiques consacrées à la santé sexuelle et procréative pourraient doubler, du moins dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, si les États accordaient davantage la priorité à la santé dans leur propre budget⁵⁴. Nombre d'États ont montré qu'ils n'avaient pas la capacité ni la volonté de consacrer des ressources suffisantes à la santé sexuelle et procréative⁵⁵.

31. Le Groupe de travail est préoccupé par les obstacles structurels liés à la mauvaise gestion et à la corruption, allant des goulets d'étranglement qui entravent le flux des ressources au sein des États à l'évasion fiscale et aux flux financiers illicites qui limitent les ressources des États pour fournir des services publics, y compris des services de santé sexuelle et procréative pour les femmes et les filles⁵⁶.

⁴⁹ Voir <http://www.icj.org/wp-content/uploads/2020/11/Nepal-Right-to-http://www.icj.org/wp-content/uploads/2020/11/Nepal-Right-to-health-Advocacy-analysis-brief-2020-ENG.pdf>

⁵⁰ Voir les contributions du Forum des personnes handicapées de l'ASEAN et du Defensor del Pueblo d'Argentine.

⁵¹ OMS, « Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 », 2020.

⁵² Contribution du Centro de Estudios Legales y Sociales. Voir également Church *et al*, « Reproductive health under COVID-19 – challenges of responding in a global crisis », *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, n° 1.

⁵³ Voir la contribution de l'AIDS and Rights Alliance for Southern Africa.

⁵⁴ Partenariat pour la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et autres, « Funding for sexual and reproductive health and rights in low- and middle-income countries : threats, outlook and opportunities », 2019.

⁵⁵ Voir A/HRC/39/26.

⁵⁶ Voir A/HRC/28/73 ; et www.euro.who.int/en/data-and-evidence/evidence-informed-policy-making/publications/hen-summaries-of-network-members-reports/how-does-corruption-affect-health-care-systems,-and-how-can-regulation-tackle-it#:~:text=Il%20est%20de plus en plus%20évident%20que%20que,les%20groupes%20de%20population%20les%20plus%20vulnérables.

32. Les États sont tenus, au regard du droit international des droits de l'homme, d'allouer des ressources budgétaires, humaines et administratives suffisantes pour assurer l'accès des femmes et des filles sans discrimination à la santé sexuelle et procréative⁵⁷. Ils ont l'obligation immédiate de prendre des mesures délibérées, concrètes et ciblées en vue de la réalisation du droit des femmes et des filles à des soins de santé sexuelle et procréative et d'agir aussi rapidement et efficacement que possible, en mobilisant les ressources nationales et, si nécessaire, en sollicitant la coopération internationale⁵⁸.

33. Le Groupe de travail constate avec préoccupation que les priorités des donateurs déterminent souvent les opérations menées dans les situations de crise humanitaire⁵⁹, et que l'égalité des sexes ne fait pas toujours partie de ces priorités. Sept des 11 principaux pays donateurs n'auraient alloué que 2 % des fonds à des programmes ciblés sur l'égalité des sexes, alors que les femmes et les filles représentent environ 50 % des personnes concernées dans les situations humanitaires⁶⁰. Les services de santé sexuelle et procréative ne sont généralement pas considérés comme essentiels ou urgents, malgré les vulnérabilités et les risques spécifiques auxquels font face les femmes et les filles. La contraception, l'avortement et la santé des adolescents ne sont souvent pas prioritaires⁶¹. La santé menstruelle et la gestion de la douleur sont à peine abordées. Dans certains cas, même les soins de maternité ne seraient pas suffisamment financés ou ne seraient pas prioritaires car ils ne sont pas perçus comme une préoccupation « humanitaire »⁶². Les victimes d'actes de violence sont souvent privées d'accès à des biens et services essentiels, notamment la contraception d'urgence, la prophylaxie postexposition, les services d'avortement sans risques et le conseil psychologique⁶³.

34. La « règle du bâillon mondial » est une politique néfaste instituée par un grand pays donateur, qui a été appliquée de façon intermittente à l'aide internationale. Elle a eu des conséquences catastrophiques pour les femmes et les filles ainsi que pour les systèmes de santé de nombreux pays en développement, notamment une augmentation des grossesses non planifiées et des avortements à risque, et a aussi eu pour effet de stigmatiser l'avortement, d'empêcher l'information sur l'avortement sûr et légal et d'étouffer les initiatives de plaidoyer en faveur d'une réforme de la loi là où des restrictions existent⁶⁴. Les États donateurs et les acteurs internationaux ont l'obligation de respecter les normes relatives aux droits de l'homme en matière de santé sexuelle et procréative et ne doivent pas exercer leur influence pour imposer des restrictions à la fourniture d'informations et de services⁶⁵.

4. Absence d'établissement des responsabilités pour les violations des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative.

35. Le Groupe de travail est profondément préoccupé par l'impunité généralisée concernant les violations des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative. Si des progrès ont été réalisés en matière d'enquêtes sur les infractions de violence sexuelle dans les situations de conflit et de poursuites judiciaires⁶⁶, de nombreuses

⁵⁷ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) ; et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) et observation générale n° 22 (2016).

⁵⁸ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000).

⁵⁹ Neha Singh et autres, « Delivering health interventions to women, children, and adolescents in conflict settings : what have we learned from ten country case studies ? », *The Lancet*, vol. 397, n° 10273.

⁶⁰ CARE, « Time for a better bargain : how the aid system shortchanges women and girls in crisis », 2021.

⁶¹ Ibid.

⁶² Voir [A/HRC/42/24](#).

⁶³ Voir [CEDAW/C/CAF/CO/1-5](#).

⁶⁴ Voir la contribution du Global Justice Center ; et Terry McGovern et Anand Tamang « Exporting bad policy : an introduction to the special issue on the GGR's impact », *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, n° 3.

⁶⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) et observation générale n° 22 (2016).

⁶⁶ Voir Kim Thuy Seelinger, « Close to home : a short history, and rough typology, of national courts prosecuting wartime sexual violence », *Journal of International Criminal Justice*, vol. 18, n° 2 ; et

violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative continuent d'être soit négligées, soit tolérées et se produisent en toute impunité.

36. D'une manière générale, on dispose de rares données fiables concernant l'accessibilité, la disponibilité et la qualité des services de santé sexuelle et procréative, ventilées par sexe, genre, âge et autres motifs, et cela est particulièrement vrai concernant les contextes humanitaires⁶⁷. Les États continuent de tarder à fournir des services dans ce domaine en se fondant sur des plans précis, des indicateurs, des points de référence et des examens réguliers, alors qu'il s'agit d'un aspect essentiel des obligations qui leur incombent en matière de droits de l'homme et d'un élément crucial pour garantir l'établissement des responsabilités⁶⁸.

37. Le Groupe de travail souligne que la responsabilisation est indispensable à de multiples niveaux et peut prendre diverses formes, notamment administratives, sociales, politiques et juridiques. La mise en place d'un « cercle de responsabilisation » est une pratique prometteuse, telle qu'envisagée dans le guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables⁶⁹. Elle fait appel aux communautés locales et aux acteurs gouvernementaux, entre autres, dans le cadre d'efforts de surveillance menés par la communauté pour garantir l'établissement des responsabilités en cas de violation des droits en matière de santé sexuelle et procréative⁷⁰.

38. Le Groupe de travail juge prometteuses les initiatives des institutions nationales des droits de l'homme et des tribunaux visant à protéger les droits en matière de santé sexuelle et procréative dans les situations de crise, y compris pendant la pandémie de COVID-19, en appelant l'attention sur les lacunes concernant la conception et/ou la mise en œuvre des ripostes aux crises⁷¹. Une autre pratique prometteuse est la conduite d'enquêtes indépendantes par des commissions nationales et des commissions internationales spécialement nommées qui ont mis en évidence des violations de grande ampleur des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans diverses situations de crise et ont fourni des orientations claires sur les réparations et les réformes structurelles⁷².

39. Les femmes et les filles ont le droit de recevoir des réparations adéquates, y compris la restitution, l'indemnisation, la satisfaction, la réhabilitation et les garanties de non-répétition, si leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative ont été bafoués, et les États ont l'obligation fondamentale de garantir l'accès à des réparations utiles et transparentes⁷³. Cependant, les femmes et les filles continuent de rencontrer divers obstacles pour accéder à la justice dans les situations de crise⁷⁴, qu'il s'agisse du manque de reconnaissance du préjudice subi en raison de la violation de leurs droits ou de l'absence de procédures et de mécanismes formels. Le Groupe de travail se félicite de la reconnaissance judiciaire des préjudices causés par la violence sexuelle et procréative pendant les conflits et

Daniela Kravetz, « Accountability for sexual and gender-based violence during mass repression and in conflict the experiences of Argentina and Guatemala », *Journal of International Criminal Justice* vol. 18, n° 2.

⁶⁷ Voir [A/HRC/39/26](#).

⁶⁸ Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999) ; et Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000).

⁶⁹ Voir [A/HRC/21/22](#).

⁷⁰ Voir la contribution de CARE et du Center for Reproductive Rights.

⁷¹ Voir les contributions de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos du Salvador et de la Commission nationale des droits de l'homme de l'Inde.

⁷² Voir « Sexual and gender-based violence in Myanmar and the gendered impact of its ethnic conflicts », document de séance ; [A/HRC/41/18](#) ; <https://reliefweb.int/report/south-sudan/access-health-survivors-conflict-related-sexual-violence-south-sudan-may-2020> ; et <http://www.mmiwg-ffada.ca/final-report/>.

⁷³ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, observation générale n° 14 (2000) et observation générale n° 22 (2016).

⁷⁴ Parmi beaucoup d'autres, voir les contributions de l'Argentine, de la Colombie, de la Grèce et du Mali et de l'État de Palestine.

de l'octroi de réparations⁷⁵. Des États ont été tenus responsables de ne pas avoir protégé les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans des affaires concernant l'accès à l'avortement thérapeutique⁷⁶, l'accès non discriminatoire et en temps voulu à des soins de santé maternelle⁷⁷, des mauvais traitements pendant l'accouchement⁷⁸ et l'accès à des informations et des services en matière de contraception⁷⁹.

40. Le Groupe de travail dénonce avec la plus grande fermeté les poursuites et la criminalisation dont font l'objet les femmes et les filles accusées d'avoir avorté, y compris dans les cas de fausses couches et de mortinatalité. Il condamne les exigences en matière de déclaration qui font que les femmes qui ont avorté ou qui sont soupçonnées de l'avoir fait passent de l'hôpital à la prison et l'incrimination de la participation à la réalisation d'avortements, qui touche les travailleurs de la santé, y compris les sages-femmes, en particulier en temps de crise lorsqu'il est difficile d'avoir accès à des services de santé institutionnels⁸⁰.

5. Manque de soutien aux organisations féministes et organisations de défense des droits des femmes et violence à l'encontre des défenseurs et défenseuses travaillant dans le domaine des droits en matière de santé sexuelle et procréative

41. Les organisations féministes et les organisations de défense des droits des femmes au niveau local jouent un rôle essentiel s'agissant de garantir les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, en particulier en période de crise. Nombre d'entre elles participent directement à la fourniture de services et d'informations en matière de santé sexuelle et procréative, intervenant là où les biens et services publics ne sont plus disponibles⁸¹. Les États sont tenus, au regard du droit international, de veiller à ce que ces organisations soient soutenues dans l'exercice de leur rôle et associées à la planification, à la mise en œuvre et au suivi des opérations de crise⁸². Le Groupe de travail constate toutefois que leur savoir-faire et leurs connaissances ne sont souvent pas pris en considération⁸³. Les leaders féministes et les organisations travaillant en première ligne ne sont pas systématiquement inclus dans la prise des décisions. En outre, une évaluation récente a montré que, dans les situations de crise, l'on réduit en premier les fonds en faveur de la réalisation des droits des femmes⁸⁴.

42. Le Groupe de travail constate avec préoccupation que les défenseuses des droits humains sont la cible d'actes de violence et font l'objet d'actes d'intimidation et de représailles en raison des efforts qu'elles déploient pour garantir les droits des femmes en matière de santé sexuelle et procréative et pour demander des comptes à tous les auteurs d'actes de violence sexuelle et de féminicides⁸⁵.

⁷⁵ Cour constitutionnelle de Colombie, décision SU-599/19 du 11 décembre 2019.

⁷⁶ Voir *L. C. c. Pérou* (CEDAW/C/50/D/22/2009).

⁷⁷ Voir *Da Silva Pimentel c. Brésil* ; et *S. F. M. c. Espagne* (CEDAW/C/75/D/138/2018).

⁷⁸ Voir CEDAW/C/IRL/CO/6-7.

⁷⁹ Voir CEDAW/C/OP.8/PHL/1.

⁸⁰ Voir <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25385> ; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25560> ; https://www.corteidh.or.cr/docs/tramite/manuela_y_otros.pdf ; A/66/254 ; et A/HRC/41/33.

⁸¹ Voir la contribution de Maat for Peace Development and Human Rights – Somalie et Ipas Pakistan.

⁸² Voir également Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 (1999).

⁸³ CARE, « Time for a better bargain » ; Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, « Study on transitional justice and human and peoples' rights in Africa », 2019 ; et contribution par Pathways for Women's Empowerment and Development.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Voir <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25833> ; Voir <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25447> ; Voir <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25372> ; et A/HRC/41/33.

6. Exclusion des femmes et des filles de la prise de décision

43. Sans autonomie et sans contrôle sur leurs fonctions et rôles en matière de procréation, les femmes et les filles continuent d'être assujetties dans toutes les sphères de la vie et ne sont pas en mesure de réaliser pleinement leur potentiel. Elles sont effectivement privées de la capacité de participer à la vie publique et d'exercer un leadership. Les restrictions légales à l'autonomie des femmes et des filles et leur exclusion de la prise de décision sont aggravées par la tendance, en période de crise, à promouvoir uniquement une certaine image de la femme en tant que mère et à essentialiser leur rôle par le recours à des stéréotypes préjudiciables et discriminatoires, ce qui conduit à exclure encore davantage leurs préoccupations et leurs perspectives du discours politique public⁸⁶.

44. Des valeurs culturelles et traditionnelles sont constamment invoquées pour justifier la résistance aux rôles politiques et publics des femmes, et une idéologie semblable est utilisée pour refuser aux femmes et aux filles leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. Il importe au plus haut point que les États garantissent la participation des femmes et des filles à la vie politique et publique dans des conditions d'égalité avec les hommes et les garçons, ainsi que l'intégration des femmes et des filles dans les processus décisionnels relatifs à la prévention et à la gestion des crises et au relèvement⁸⁷, y compris l'élaboration des lois et politiques, le suivi, la mise en œuvre et l'établissement des responsabilités.

7. Manque de collaboration et de responsabilisation des hommes et des alliés masculins

45. Les hommes détiennent un niveau disproportionné de pouvoir décisionnel dans les sphères publiques et privées. En période de crise, le manque de soutien des hommes lorsqu'il s'agit de donner la priorité aux droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative constitue un obstacle majeur⁸⁸. Les États doivent promouvoir un changement de culture pour faire évoluer les mentalités et les attitudes patriarcales en renforçant la responsabilisation des hommes en matière d'égalité des sexes et en les incitant en tant qu'alliés à donner la priorité à l'égalité des sexes dans la prise de décision, notamment en ce qui concerne les droits en matière de santé sexuelle et procréative.

46. Les États doivent également prendre des mesures pour lutter contre la masculinité toxique⁸⁹. Pour se faire, ils peuvent s'employer à éliminer le sexisme et la misogynie dans le débat public et la violence contre les femmes et les filles. Les normes sociales et les stéréotypes liés à la masculinité toxique encouragent les comportements sexuels à risque et découragent les garçons et les hommes de chercher à avoir accès aux services de santé sexuelle et procréative. En outre, de nombreux hommes considèrent que la santé sexuelle et procréative relève de la responsabilité exclusive des femmes et ne savent pas reconnaître quand leurs partenaires et les membres de leur famille doivent recevoir d'urgence de tels soins de santé⁹⁰. Le Groupe de travail juge prometteurs les efforts que déploient des hommes parlementaires et militants pour promouvoir des messages positifs sur la manière dont les hommes et les garçons peuvent participer activement à la promotion de masculinités non violentes et favoriser des comportements positifs chez les hommes en temps de crise, comme cela a été fait avec des mesures de confinement liées à la COVID-19⁹¹.

8. Opposition idéologique et religieuse aux droits en matière de santé sexuelle et procréative

47. Des fondamentalistes religieux et leurs alliés politiques ont pris la tête d'une riposte politique mondiale, organisée et bien financée, contre l'égalité des sexes au nom de la liberté de religion et de valeurs traditionnelles⁹². Cette riposte est particulièrement visible depuis que

⁸⁶ Points de vue exprimés lors des consultations régionales ; et contribution de la Latsi Nu Women Agency.

⁸⁷ [A/HRC/23/50](#), par. 36 et 41.

⁸⁸ Contribution de Somali Gender Justice.

⁸⁹ Voir [A/75/289](#).

⁹⁰ Contribution de la MenEngage Alliance.

⁹¹ Ibid.

⁹² Voir [A/HRC/38/46](#). Voir également Groupe de travail, « Women's autonomy » et « Gender equality and gender backlash », document directif, 2020.

les gouvernements sont parvenus à un consensus pour promouvoir et faire progresser les droits procréatifs des femmes à la Conférence internationale sur la population et le développement, et elle a pris de l'ampleur depuis que les droits sexuels ont été établis à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes. Le Rapporteur spécial sur la liberté de religion ou de conviction a constaté que dans toutes les régions du monde, certains acteurs invoquaient de plus en plus la liberté de religion ou de conviction pour plaider en faveur de l'imposition de lois et de politiques directement ou indirectement discriminatoires à l'égard des femmes et des filles⁹³. Le Groupe de travail réaffirme que les arguments formulés en termes de diversité culturelle et de liberté de religion ne sauraient être invoqués pour justifier la discrimination à l'égard des femmes. Les pratiques discriminatoires, répressives et violentes à l'égard des femmes doivent être éliminées, quelles que soient leurs origines, y compris celles fondées sur certaines interprétations de la culture ou de la religion⁹⁴.

48. Ces dernières années, des gouvernements, y compris devant le Conseil des droits de l'homme, ont pris activement part à la riposte en remettant en cause l'universalité des droits de l'homme⁹⁵. Cette évolution des choses est au cœur des préoccupations du Groupe de travail, qui constate que les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative dans toutes les situations, y compris en temps de crise, sont délaissés et relégués au second plan. L'une des principales stratégies de cette opposition organisée a été de saper la réalisation des droits des femmes en matière de santé sexuelle et procréative dans leur ensemble en faisant de son opposition idéologique à l'avortement le fondement de son action. Les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, y compris la possibilité d'empêcher et d'interrompre en toute sécurité une grossesse non désirée, doivent être pleinement reconnus et soutenus à tout moment afin de prévenir toutes violations graves de l'intégrité corporelle et de l'autonomie des femmes et des filles⁹⁶. Plus récemment, des États ont faussement prétendu que les partisans de l'égalité entre les hommes et les femmes défendaient une « idéologie de genre » néfaste, leur objectif étant d'approfondir et d'instrumentaliser le clivage idéologique et de saper les protections offertes par la loi⁹⁷.

49. L'adoption de la « Déclaration de consensus de Genève sur la promotion de la santé de la femme et le renforcement de la famille » en 2020 est un autre exemple de la mobilisation néfaste d'États qui ont des programmes conservateurs et hostiles aux droits des femmes et cherchent à entraver l'exercice des droits fondamentaux bien établis et mondialement reconnus des femmes et des filles⁹⁸. Le Groupe de travail salue la détermination sans faille de nombreux États qui défendent les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative au moyen de déclarations diplomatiques conjointes⁹⁹.

9. Autres problèmes en période de crise

50. Les crises posent des problèmes supplémentaires aux systèmes de santé qui présentent déjà des déficiences en matière de prestation de services de santé sexuelle et procréative de base, comme, par exemple, l'effondrement ou le ralentissement du fonctionnement des infrastructures de santé, des transports publics, de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement, de la gestion des déchets et d'autres déterminants de l'accès aux soins de santé¹⁰⁰. Les défaillances des systèmes de santé qui réduisent la disponibilité et l'accès peuvent donner lieu à une perte d'intimité dans les établissements de soins et dissuader les femmes et les filles de chercher à obtenir des soins de santé sexuelle et procréative.

51. En raison de l'effondrement du système de santé et de la violence dont ils peuvent faire l'objet, les agents de santé peuvent être dans l'incapacité de dispenser des soins, d'où les problèmes de disponibilité des services. Conjuguée à des perturbations imprévues dans la

⁹³ Voir [A/HRC/43/48](#).

⁹⁴ Voir [A/HRC/29/40](#).

⁹⁵ Voir [A/HRC/29/40](#).

⁹⁶ Voir également Groupe de travail, « Women's autonomy »

⁹⁷ et « Gender equality and gender backlash ».

⁹⁸ Voir <https://geneva.usmission.gov/wp-content/uploads/sites/290/GenevaDeclaration.pdf>. La nouvelle administration des États-Unis d'Amérique a pris ses distances par rapport à cette déclaration.

⁹⁹ Voir <https://www.government.nl/documents/diplomatic-statements/2019/09/23/joint-statement-on-srhr-in-uhc>.

¹⁰⁰ Contributions d'Ipas Pakistan et d'ECKO Grèce.

chaîne d'approvisionnement, la mauvaise gestion des problèmes et des défaillances aggrave considérablement les effets que peut avoir une crise sur la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles¹⁰¹. Une intervention militarisée en cas de crise, par exemple si l'on confie la gestion d'une catastrophe naturelle aux forces armées, peut aboutir à une augmentation des menaces et des actes de violence à l'encontre des femmes et des filles¹⁰².

52. Les mesures imposées pendant une crise font souvent reculer les avancées majeures réalisées dans le domaine des droits des femmes et des filles à la santé sexuelle et procréative. On estime qu'en raison des mesures d'endiguement de la COVID-19, 2 millions de cas de mutilations génitales féminines, qui auraient pu être évités, risquent d'être enregistrés au cours des dix prochaines années, et que 13 millions de mariages d'enfants supplémentaires pourraient avoir lieu d'ici à 2030¹⁰³. Les grossesses non planifiées devraient augmenter de plusieurs millions¹⁰⁴. On s'attend à une réduction d'un tiers des progrès réalisés pour mettre fin à la violence fondée sur le genre d'ici à 2030¹⁰⁵. On a observé en outre une augmentation des soins maternels non respectueux de la personne et des cas de violence obstétricale, parallèlement à une réduction des services prénatals et d'accouchement¹⁰⁶.

53. Les situations de crise peuvent être exploitées pour restreindre l'accès des femmes et des filles à certains services de santé procréative. Pendant la pandémie de COVID-19, plusieurs pays ont restreint l'accès aux services d'avortement et ont suspendu les opérations des équipes mobiles de proximité fournissant des services de contraception aux communautés rurales et marginalisées, qu'ils jugeaient non essentiels, sans parler d'autres tentatives visant à revenir sur des lois et politiques existantes¹⁰⁷.

D. Obstacles et menaces multiples auxquelles se heurtent les femmes et les filles

54. Certains groupes de femmes et de filles sont davantage exposés aux violations de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative, et leur situation est aggravée en temps de crise, du fait de formes multiples et croisées de discrimination. Les effets d'une crise sont exacerbés par les inégalités et la discrimination liée à la situation socioéconomique, conjuguées aux lacunes des cadres juridiques et politiques et des ripostes à la crise¹⁰⁸. Certains groupes ont été de tout temps soumis à des « situations de crise chronique » pour des raisons raciales et ethniques. Le Groupe de travail évoquera ci-dessous un certain nombre de situations particulières.

1. Filles et adolescentes

55. Les filles et les adolescentes sont davantage exposées à la violence sexuelle, aux grossesses précoces et non planifiées, aux rapports sexuels forcés et à des pratiques préjudiciables en général et en particulier dans les situations de crise¹⁰⁹. Cela est dû au

¹⁰¹ Voir les contributions d'Ipas Pakistan et de la Commission pour les réfugiés.

¹⁰² Voir les contributions de la Latsi Nu Women Agency et du Global Justice Center.

¹⁰³ Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), « Impact of the COVID-19 Pandemic on Family Planning and Ending Gender-based Violence, Female Genital Mutilation and Child Marriage », 2020.

¹⁰⁴ Voir <https://news.un.org/en/story/2020/4/1062742>.

¹⁰⁵ UNFPA, « Impact of the COVID-19 pandemic ».

¹⁰⁶ Voir la déclaration du Groupe de travail du 20 avril 2020 ; et contribution du Global Respectful Maternity Care Council.

¹⁰⁷ Colleen Marcoux, « Sexual and reproductive health during the COVID-19 crisis », Coalition internationale pour la santé de la femme, 2020 ; Center for Reproductive Rights, « Sexual and reproductive rights during COVID-19 response and beyond : standards from the United Nations », 2020 ; contribution de Marie Stopes International ; <https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=23130&LangID=F>.

¹⁰⁸ Voir les contributions du Mexique, du Forum des personnes handicapées de l'ASEAN, de Women Enabled International, du Global Interfaith Network, de la Latsi Nu Women Agency et de Choice for Youth and Sexuality.

¹⁰⁹ UNFPA, « Adolescent girls in disaster and conflict », 2016 ; HCR, « Manuel » ; et Plan International, « Adolescent girls in crisis: voices from the Sahel », 2020.

manque d'accès à l'information et aux biens et services, ainsi qu'à des stéréotypes et des tabous omniprésents¹¹⁰. Avec les fermetures d'écoles et les mesures de confinement pendant la crise de la COVID-19, il est devenu très difficile d'avoir accès aux informations sur la santé sexuelle et procréative et des occasions ont été manquées de détecter et de signaler les cas de violence¹¹¹.

56. Pendant l'épidémie de maladie à virus Ébola, les adolescentes des communautés frappées sont tombées enceintes deux fois plus souvent que celles des communautés moins touchées¹¹². En période de crise, les mariages arrangés et forcés augmentent, sous l'effet de pratiques traditionnelles préjudiciables dans un contexte de pauvreté aggravée¹¹³. Les filles mariées de cette façon courent un risque plus élevé de mortalité liée à la grossesse et de fistule obstétricale, blessure évitable et dévastatrice liée à la grossesse qui provoque une incontinence et peut entraîner la stigmatisation, l'abandon et l'exclusion sociale¹¹⁴. Pourtant, le mariage des enfants et les besoins des adolescentes en matière de santé sexuelle et procréative sont toujours en grande partie ignorés dans les contextes humanitaires¹¹⁵.

2. Femmes et filles des zones rurales

57. Les zones rurales sont généralement mal desservies, ce qui fait que les femmes et les filles qui y vivent sont davantage exposées aux violations de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative dans les situations de crise. L'accès aux contraceptifs est limité¹¹⁶ et la mortalité et les morbidités maternelles, telles que la fistule obstétricale et le prolapsus utérin, sont élevées chez ces femmes et ces filles¹¹⁷. L'incidence de la mortinatalité y est plus élevée¹¹⁸. Les obstacles auxquels se heurtent généralement les femmes et les filles des zones rurales sont notamment les longues distances qui les séparent des centres de santé, le coût des soins, le manque de prestataires formés, les délais d'attente, l'absence d'information et de confidentialité, et des contraintes liées à leur charge de travail¹¹⁹. Nombre de ces obstacles se manifestent de manière encore plus criante dans les situations de crise.

58. L'accapement des terres et les activités des industries extractives sur les territoires ruraux des peuples autochtones et d'autres communautés sont vécus par les femmes et les filles comme une crise qui menace leur survie même¹²⁰. Elles sont souvent la cible d'actes de violence sexuelle, notamment sous la forme de l'exploitation sexuelle et de la traite, qui sont associées à des taux plus élevés d'infections sexuellement transmissibles et de VIH¹²¹.

3. Femmes et filles handicapées

59. Les besoins des femmes et des filles handicapées, par exemple l'adoption d'aménagements raisonnables, tels que l'installation de rampes et la fourniture de lits portables et de fauteuils roulants, afin de garantir l'accès aux biens et services de santé sexuelle et procréative, ne sont souvent pas pris en compte dans le cadre des mesures de

¹¹⁰ Voir la contribution de Choice for Youth and Sexuality.

¹¹¹ Voir les contributions du Kenya et de la Finlande ; et Colleen Marcoux, « Sexual and reproductive health ».

¹¹² Banque mondiale, « Empowering adolescent girls in a crisis context : lessons from Sierra Leone in the time of Ebola », note de synthèse n° 34, 2019.

¹¹³ Voir [CRC/C/SYR/CO/5](https://www.crc/c/syr/co/5) ; recommandation générale/observation générale conjointe n° 31 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et n° 18 du Comité des droits de l'enfant (2019) ; et contributions de la Feminist Alliance for Rights et du Mali.

¹¹⁴ Voir <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/10-facts-on-obstetric-fistula>.

¹¹⁵ Voir la contribution de Plan international.

¹¹⁶ Voir https://www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper_CSJW_DEF.pdf.

¹¹⁷ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 34 (2016).

¹¹⁸ Voir <https://data.unicef.org/resources/a-neglected-tragedy-stillbirth-estimates-report/>.

¹¹⁹ Voir https://www.choiceforyouth.org/assets/Docs/198f89dc19/PositionPaper_CSJW_DEF.pdf.

¹²⁰ Points de vue exprimés lors des consultations régionales. Voir également la contribution de Pathways for Women's Empowerment and Development.

¹²¹ Voir Commission interaméricaine des droits de l'homme, « Indigenous and tribal peoples of the pan-Amazon region », 2019 ; [A/HRC/36/46/Add.1](https://www.ohchr.org/en/hrbodies/interam/interamrc/interamrc_a/cr/interamrc_a_cr_46_1_2019) ; [A/HRC/39/17/Add.3](https://www.ohchr.org/en/hrbodies/interam/interamrc/interamrc_a/cr/interamrc_a_cr_39_17_2019) ; et [E/C.19/2013/9](https://www.ohchr.org/en/hrbodies/interam/interamrc/interamrc_a/cr/interamrc_a_cr_19_2013_9).

riposte aux crises¹²². Souvent, les informations ne sont pas disponibles dans des formats accessibles, ce qui complique la recherche de services et la communication avec le personnel¹²³. Les femmes et les filles handicapées courent un risque plus élevé de maltraitance et de violence en raison de l'effondrement des dispositifs de soutien auxquels elles pouvaient avoir accès auparavant¹²⁴. Les stéréotypes négatifs liés à leur situation en matière de santé sexuelle et procréative peuvent aboutir à une marginalisation encore plus forte de leurs besoins et préoccupations dans les situations de crise¹²⁵. Les besoins en matière de santé sexuelle et procréative des femmes et des filles qui développent des handicaps en raison de blessures physiques et émotionnelles dues à la violence et aux conflits armés ne font l'objet d'aucune attention ou presque¹²⁶.

4. Femmes et filles migrantes, réfugiées ou déplacées

60. Les femmes et les filles migrantes, réfugiées ou déplacées portent souvent en elles les traumatismes de la violence, des persécutions, des conflits et de la pauvreté. Les structures et dispositifs d'accueil n'ont souvent pas la capacité de répondre à leurs besoins accrus en matière de services de santé sexuelle et procréative¹²⁷. Beaucoup vivent dans des camps sous la menace constante de la violence, y compris de la part de partenaires intimes¹²⁸, et la santé sexuelle et procréative y est généralement considérée comme un sujet tabou¹²⁹. Des barrières culturelles et linguistiques entravent la circulation d'informations cruciales¹³⁰. Certaines ont raconté des expériences traumatisantes de grossesses non planifiées et forcées qui avaient « déclenché des crises » dans les circonstances précaires et catastrophiques des camps¹³¹.

61. Nombreuses sont celles qui ont recours à des « rapports sexuels monnayés » pour satisfaire leurs besoins matériels de base, et les femmes en transit qui fuient une crise peuvent se voir imposer des rapports sexuels, ce qui augmente la probabilité de grossesses non planifiées et d'autres risques pour la santé procréative lorsque les services font défaut¹³². Dans des pays de destination, des migrantes ont été placées dans des centres de détention, privées des biens et services de base en matière de santé procréative et soumises à des procédures de santé procréative non consenties et inutiles du point de vue médical¹³³.

62. Les programmes d'aide ne tiennent souvent pas compte des besoins des femmes et des filles, notamment en matière d'hygiène menstruelle et de gestion de la douleur¹³⁴, ce qui a des conséquences physiques et émotionnelles pour les femmes, parmi lesquelles certaines ont fait observer que « [le système des Nations Unies] fournit de bons services de santé en ce qui concerne les soins pré et postnatals, mais, après cela, il n'y a rien »¹³⁵.

5. Femmes et filles « en situation de crise chronique »

63. Il existe des communautés de femmes et de filles dont la vie a été façonnée par des histoires d'oppression, d'asservissement, d'exclusion, de discrimination raciale, d'assimilation forcée et d'apartheid, liées à la conquête et à la colonisation, ainsi que de violence systématique et de mépris de leur culture, de leur spiritualité et de leurs traditions,

¹²² Voir la contribution du Forum des personnes handicapées de l'ASEAN.

¹²³ Voir la contribution du Kenya.

¹²⁴ Voir la contribution de la Finlande.

¹²⁵ Comité des droits des personnes handicapées, observation générale n° 3 (2016) ; et contribution du Castan Centre for Human Rights Law.

¹²⁶ Points de vue exprimés lors des consultations régionales.

¹²⁷ Voir les contributions de la Grèce, de Pathways for Women's Empowerment and Development et d'EKO.

¹²⁸ Voir la contribution de la Feminist Alliance for Rights.

¹²⁹ Ibid.

¹³⁰ Voir les contributions de la Grèce, de Pathways for Women's Empowerment and Development et d'EKO.

¹³¹ Points de vue exprimés lors des consultations régionales.

¹³² Voir <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26410397.2020.1822493?src=recsys&>.

¹³³ Voir

<https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25835>.

¹³⁴ Voir <https://plan-international.org/because-i-am-a-girl/menstrual-hygiene-matters-refugee-girls>.

¹³⁵ Voir la contribution de la Feminist Alliance for Rights.

et qui, de ce fait, ont vécu des « situations de crise chronique ». Beaucoup ont été systématiquement soumises à des formes de violence procréative, notamment des grossesses forcées et des stérilisations, tandis que d'autres ont été séparées de leurs enfants. Certains groupes sont passés en revue ci-dessous, mais il ne faut pas oublier que des femmes appartenant à d'autres groupes ethniques et minoritaires se trouvent dans des situations de crise grave, notamment les femmes dalits, rohingya, yézidiennes et ouïgoures¹³⁶.

a) Femmes et filles autochtones

64. Les femmes et les filles autochtones composent une communauté diverse, liée par l'histoire de la conquête, de la colonisation, de l'assimilation forcée et de la dépossession constante des terres de leurs peuples. Nombre d'entre elles ont également été victimes d'un éventail complexe de violations des droits humains¹³⁷, y compris des pratiques discriminatoires et coercitives telles que le contrôle des naissances imposé par l'eugénisme, la stérilisation forcée et des viols et abus sexuels généralisés¹³⁸. Les taux de morbidité et de mortalité liés à la grossesse sont relativement plus élevés chez les femmes et les filles autochtones¹³⁹. L'absence de services de santé qui intègrent leurs connaissances et leur vision du monde ainsi qu'une approche interculturelle fait que les autochtones se heurtent à des barrières linguistiques et culturelles, ainsi qu'à des obstacles financiers, et que leur situation en ce qui concerne la santé procréative soit moins bonne¹⁴⁰.

65. Dans les zones urbaines, les femmes et les filles autochtones peuvent avoir un meilleur accès aux équipements que dans les zones rurales, mais elles « souffrent souvent d'invisibilité et de discrimination » en raison de leur identité autochtone¹⁴¹. Dans de nombreux cas, l'incrimination de la profession de sage-femme autochtone et l'interdiction d'accoucher sur la terre de leurs ancêtres, qui, dans de nombreuses traditions, rompt le lien spirituel du nouveau-né avec la communauté, contribuent également au sentiment général d'insécurité et à la détresse des femmes enceintes pendant l'accouchement¹⁴². Pour les femmes autochtones, le lien avec les terres ancestrales et l'environnement est fondamental pour leur santé¹⁴³.

b) Femmes et filles d'ascendance africaine

66. L'héritage de l'esclavage, du racisme systémique, de la discrimination structurelle et des pratiques coercitives à l'encontre des femmes d'ascendance africaine se reflète dans les situations contemporaines de désavantage socioéconomique et de profondes inégalités¹⁴⁴. Ces disparités sautent aux yeux si l'on considère la santé sexuelle et procréative médiocre des femmes et des filles d'ascendance africaine, ainsi que les nombreuses violations des droits de l'homme dont elles sont victimes, notamment les mauvais traitements infligés aux femmes

¹³⁶ Voir A/HRC/32/18 ; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=19319> ; <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=22468> ; et <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile?gId=25780>.

¹³⁷ A/HRC/30/41, par. 5.

¹³⁸ Voir la contribution du Castan Centre.

¹³⁹ Voir E/2019/43 ; <https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/2014/press/shrr.pdf> ; <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/gdr-gender-equity-and-indigenous-women-health-americas.pdf> ; et les contributions du Castan Centre et de la Native Women's Association du Canada.

¹⁴⁰ Voir https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_PUB_2018_EN_human_rights_report.pdf.

¹⁴¹ Ibid.

¹⁴² Voir les contributions du Castan Centre et de la Native Women's Association du Canada.

¹⁴³ Voir <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/gdr-gender-equity-and-indigenous-women-health-americas.pdf>.

¹⁴⁴ Voir la Déclaration et le Programme d'action de Durban ; Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, recommandation générale n° 34 (2011) ; Arachu Castro et autres, « Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America », *Rev Panam Salud Publica*, vol. 38, n° 2 ; Cynthia Prather et autres, « Racism, African American Women and their sexual and reproductive health : a review of historical and contemporary evidence and implications for health equity », *Health Equity*, vol. 2, n° 1.

enceintes dans les établissements de soins et les niveaux sensiblement plus élevés des taux de mortalité maternelle¹⁴⁵. Les stéréotypes raciaux des prestataires de soins de santé à l'égard des femmes d'ascendance africaine font que celles-ci sont mal soignées ou le sont trop tardivement, facteur parmi d'autres qui explique l'incidence élevée des décès maternels évitables¹⁴⁶.

67. Le racisme dans le système de santé peut être exacerbé par une surveillance et un contrôle généralisés de la part de l'État, ainsi que par les obligations de signalement en cas de soupçons de consommation de stupéfiants et de maltraitance ou de négligence d'enfants, qui dissuadent souvent les femmes enceintes d'obtenir des soins de santé procréative et sapent leur confiance dans les prestataires de services de santé¹⁴⁷. Ces normes et pratiques s'inscrivent dans un contexte précis, à savoir un discours toxique concernant « l'inaptitude des femmes noires à être mères »¹⁴⁸, qui a été utilisé pour légitimer la violence de l'État à l'encontre des femmes noires, sous la forme de stérilisations forcées¹⁴⁹ et la séparation des mères de leurs enfants¹⁵⁰.

68. Pratique prometteuse s'appuyant sur les droits de l'homme et, plus précisément, sur des expériences vécues, des militantes noires ont élaboré leur propre cadre pour mener des activités de plaidoyer, à savoir un cadre pour la justice dans le domaine de la procréation et de la naissance, qui reconnaît trois grands principes intrinsèquement liés, à savoir le droit d'avoir un enfant, le droit de ne pas avoir d'enfant et le droit d'élever des enfants dans un environnement sûr et sain¹⁵¹.

c) Femmes et filles roms

69. De tout temps, les femmes et les filles roms dans toute l'Europe ont fait l'objet d'antitsiganisme et ont été victimes de violations flagrantes de leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative. La stérilisation forcée des femmes roms a été répandue dans certains pays européens jusque dans les années 1990, entraînant des pratiques abusives institutionnalisées et suscitant la méfiance envers les systèmes de santé¹⁵². La ségrégation ethnique des femmes roms dans des établissements de santé maternelle où les normes d'hygiène et de sécurité de base ne sont pas garanties est une pratique discriminatoire. Il arrive que des professionnels de la santé refusent d'intervenir, parce qu'ils pensent que les Roms ne peuvent pas les payer¹⁵³ ou parce qu'ils ont des stéréotypes négatifs à leur sujet¹⁵⁴, ce qui explique la qualité médiocre des soins dispensés ou des retards délibérés dans la fourniture des services¹⁵⁵.

70. Les taux de grossesse chez les adolescentes roms sont disproportionnés, du fait en partie des taux élevés de mariages précoces ou de mariages d'enfants¹⁵⁶. Elles ont plus besoin que les autres d'informations et de services en matière de contraception (alors qu'elles n'en obtiennent pas) et courent un risque accru d'infections sexuellement transmissibles, dont le VIH¹⁵⁷, et de pauvreté menstruelle. Les autorités invoquent souvent des présomptions discriminatoires sur l'aptitude des Roms à devenir mères dans le but de leur retirer leurs enfants¹⁵⁸.

¹⁴⁵ Voir la contribution de Birth Justice.

¹⁴⁶ Voir *Da Silva Pimentel c. Brésil*.

¹⁴⁷ Voir la contribution de Birth Justice.

¹⁴⁸ Ibid.

¹⁴⁹ Voir la contribution de Her Rights Initiative South Africa.

¹⁵⁰ Voir la contribution de Birth Justice.

¹⁵¹ Ibid.

¹⁵² Voir https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/330090/4-Advancing-womens-sexual-reproductive-rights-in-Europe.pdf.

¹⁵³ Ibid.

¹⁵⁴ Nadia Rusi, "Discrimination of Roma women regarding their access to reproductive health services in Albania", *European Journal of Multidisciplinary Studies*, vol. 2, n° 1.

¹⁵⁵ Ibid.

¹⁵⁶ Voir <https://eeca.unfpa.org/en/publications/inequities-roma-womens-health?page=4%2C0%2C4>.

¹⁵⁷ Ibid.

¹⁵⁸ Voir <https://spcommreports.ohchr.org/TMResultsBase/DownloadPublicCommunicationFile%20?gId=23724>.

III. Conclusions et recommandations

A. Conclusions

71. Les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative sont systématiquement ignorés, non pas par manque de ressources ou de connaissances techniques, mais parce que la dignité, l'intégrité corporelle et l'autonomie des femmes ne suscitent que mépris généralisé. Les questions de santé sexuelle et procréatives sont intrinsèques à chaque femme et fille et sont liées à leur capacité de vivre dans la dignité et à exercer leur liberté d'action. Le fait de ne pas garantir les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative est discriminatoire et pose un problème majeur en soi.

72. Les crises ne peuvent pas toujours être évitées, mais les États peuvent mieux se préparer à y faire face. Ils doivent rapidement mettre en place des garanties pour remédier aux atteintes à la santé sexuelle et procréative des femmes et des filles, et en atténuer les effets : c'est leur premier devoir. Les initiatives prises à la suite d'une crise doivent tenir compte des questions de genre et nécessitent une combinaison de mesures d'urgence et de mesures à long terme, notamment en ce qui concerne la santé sexuelle et procréative. Elles doivent être élaborées et mises en œuvre avec la participation active des femmes et des filles, en tenant compte de leurs besoins médicaux urgents et de la discrimination structurelle généralisée dont elles sont victimes, tout en protégeant l'autonomie et les libertés individuelles, au moyen d'une approche concertée et intégrée¹⁵⁹.

73. La pandémie de COVID-19 a frappé une planète qui était déjà déchirée par de nombreuses crises. Alors que le monde s'efforce de se remettre des effets combinés de multiples crises et que de nombreux États font face à la perspective de mesures d'austérité – autre crise prévisible qui touchera de manière disproportionnée les femmes et les filles pour ce qui est de leur santé sexuelle et procréative – la question de savoir comment faire en sorte que les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative soient pleinement reconnus et garantis doit passer au premier plan¹⁶⁰. Les phases de gestion et de relèvement d'une crise offrent une occasion unique de réforme, de réflexion innovante et de transformation. Le statu quo, avec des millions de femmes et de filles dans le monde qui courent de graves risques pour leur santé sexuelle et procréative, est inacceptable. Les risques et les préjudices auxquels les femmes et les filles font face dans le domaine de la santé sexuelle et procréative ne doivent pas être traités comme des tragédies inévitables ou des dommages collatéraux, mais reconnus comme le résultat de l'échec des politiques et comme le signe de graves violations des droits humains.

74. Si les femmes et les filles ne sont pas en mesure d'exercer pleinement leurs droits en matière de santé sexuelle et procréative, elles ne pourront pas progresser dans d'autres domaines. Ces droits peuvent et doivent être réalisés au moyen de lois et de politiques cohérentes qui les consacrent, d'une plus grande responsabilisation et de la mise en œuvre immédiate des obligations et des engagements politiques dans le domaine des droits de l'homme, qui continuent malheureusement d'être ignorés en toute impunité.

B. Recommandations

75. Cinq séries de mesures étroitement liées peuvent permettre de progresser vers la réalisation des droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative en tout temps et, en particulier, dans les situations de crise.

¹⁵⁹ Voir [A/HRC/43/50](#) ; [A/HRC/26/39](#) ; [A/HRC/29/40](#) ; et [A/HRC/32/44](#).

¹⁶⁰ Voir [A/HRC/26/39](#).

1. Donner la priorité aux droits en matière de santé sexuelle et procréative

76. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) De considérer que les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative sont essentiels et de les intégrer pleinement dans les plans de prévention, de riposte, d'évaluation, de gestion, de relèvement, de réhabilitation et de reconstruction liés à une crise ;

b) De souscrire à la Liste modèle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) des médicaments essentiels, à tout le moins, et de garantir l'accès en temps voulu à des interventions médicales et à des médicaments vitaux ;

c) De satisfaire les besoins d'informations, de biens et de services fiables en matière de santé sexuelle et procréative dans les situations de crise, notamment par des mesures temporaires spéciales, et de combattre la désinformation pour permettre une prise de décision éclairée et autonome ;

d) De garantir la sécurité des agents de santé, notamment des sages-femmes, dans les communautés locales, à tout moment et en particulier dans les situations de crise, d'offrir à ces personnes des conditions de travail décentes et de promouvoir le recours à des sages-femmes et d'autres formes de soins et de soutien au niveau communautaire ;

e) D'élargir la disponibilité des services de santé sexuelle et procréative, notamment au moyen de la télémédecine et de cliniques mobiles, afin de pouvoir toucher des groupes divers, notamment les femmes et les filles handicapées, celles qui vivent dans les zones rurales et les adolescentes ;

f) D'investir dans les infrastructures physiques, notamment l'approvisionnement en eau et l'assainissement, les transports publics et les télécommunications, ainsi que les systèmes de santé, et d'en renforcer la résilience afin de garantir la disponibilité en continu des services de santé sexuelle et procréative pour toutes les femmes et les filles, en tenant compte de la question du genre ;

g) De tirer parti des arrangements institutionnels, des réseaux et des installations existants pour assurer la distribution des produits et des informations en matière de santé sexuelle et procréative dans les communautés locales, notamment au moyen des services de transport, des services postaux et des bibliothèques ;

h) D'augmenter le financement public des organisations communautaires qui s'attachent à défendre les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative et à répondre à la demande accrue de services ;

i) D'atteindre le seuil de 0,7 % du revenu national brut pour l'aide publique au développement et la coopération, sans restrictions préjudiciables aux droits en matière de santé sexuelle et procréative, et de faire de la fourniture de biens et services complets en matière de santé sexuelle et procréative une composante essentielle des programmes d'aide humanitaire.

2. Éliminer les lois, politiques et pratiques discriminatoires

77. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) De garantir l'accès des femmes et des filles à une gamme complète d'informations et de services de contraception, y compris de contraceptifs d'urgence, et d'en accroître la disponibilité dans les situations de crise ;

b) De dépénaliser l'avortement, d'élargir l'accès à des services d'avortement sécurisé, y compris à l'avortement médical et à des soins postavortement, et de supprimer les obstacles juridiques à l'avortement dans les situations de crise ;

c) De garantir l'accès en temps voulu à des services de santé maternelle et à des soins obstétricaux d'urgence, y compris le traitement des morbidités liées à la grossesse, sans obligation de surveillance et de signalement qui porte atteinte à la vie

privée des personnes, et de mettre en place des garanties pour prévenir et réparer les violences obstétricales ;

d) De réaliser un audit national pour évaluer les besoins des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative, y compris les questions non traitées liées à la violence et à la pauvreté menstruelle, et d'élaborer un cadre juridique et stratégique cohérent, accompagné d'une budgétisation et d'investissements financiers qui tiennent compte de la question du genre, afin de garantir l'accès aux services de santé sexuelle et procréative et leur caractère abordable ;

e) De faire en sorte que le pouvoir d'action, l'autonomie, la vie privée et le consentement éclairé des femmes et des filles soient au cœur de toutes les lois et politiques en matière de santé sexuelle et procréative, et de garantir l'accès à des informations précises à ce sujet, de supprimer les obligations qui entraînent des retards ou des refus de soins de santé sexuelle et procréative et portent atteinte à l'autonomie des femmes et des filles, telles que les obligations de consentement par un tiers et les approbations de commissions médicales, et de régler les refus de soins fondés sur la conscience ou la religion ;

f) De remédier à la surmédicalisation et à l'approche paternaliste des services de santé sexuelle et procréative pour les femmes et les filles dans les politiques et les pratiques, et de s'orienter plutôt vers des normes et des procédures visant à sauvegarder l'intégrité corporelle, l'autonomie et le pouvoir d'action des femmes et des filles ;

g) De garantir l'accès de toutes les femmes et les filles à des services de santé sexuelle et procréative respectueux et non coercitifs et de prendre des mesures supplémentaires pour instaurer la confiance avec les communautés qui ont été de tout temps soumises à la discrimination, à la coercition et/ou à la violence ;

h) D'adopter une approche interculturelle et participative de la santé sexuelle et procréative pour faire en sorte que les femmes et les filles autochtones et celles appartenant à des minorités ethniques, entre autres, participent activement à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes qui leur sont proposés dans ce domaine de la santé, notamment par leurs propres institutions et communautés ;

i) D'élaborer des politiques et de mobiliser des ressources supplémentaires pour lutter contre les formes multiples et croisées de discrimination qui contribuent aux disparités en matière de santé procréative et les risques particuliers auxquels se heurtent les adolescentes, les femmes et les filles handicapées, et les femmes et les filles migrantes, réfugiées et déplacées, entre autres ;

j) D'éliminer les stéréotypes discriminatoires à l'égard des femmes et des filles ainsi que la stigmatisation et les tabous associés à la santé sexuelle et procréative dans les lois, les politiques et les pratiques.

3. Institutionnaliser et renforcer le suivi et la responsabilisation dans le domaine des droits à la santé sexuelle et procréative

78. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) D'adopter et d'appliquer des cadres juridiques et politiques clairs et cohérents pour encadrer la fourniture de services, conformément aux obligations relatives aux droits de l'homme, et de s'attaquer simultanément aux normes sociales et aux stéréotypes discriminatoires qui font obstacle à la mise en œuvre de ces cadres, notamment en établissant des voies claires pour les réparations et la responsabilisation ;

b) De recueillir des données, ventilées par sexe, genre, race, appartenance ethnique et autres facteurs, pour déterminer la situation de divers groupes de femmes, tout au long de leur cycle de vie, en ce qui concerne leurs droits et leurs besoins en matière de santé sexuelle et procréative, l'objectif étant d'élaborer des lois et des politiques relatives à la santé sexuelle et procréative, d'en assurer le suivi et de les faire mieux appliquer, tout en protégeant les données personnelles et en empêchant qu'elles soient utilisées de façon abusive ;

c) De définir par la voie législative un large éventail de réparations en cas de violations des droits en matière de santé sexuelle et procréative, et de veiller à ce des réparations soient offertes, notamment au moyen de mesures structurelles, telles que des garanties de non-répétition ;

d) De prendre des mesures efficaces pour mettre fin à la violence et au harcèlement dont sont victimes les défenseurs et les défenseuses qui militent en faveur des droits à la santé sexuelle et procréative, et veiller à ce que les responsables aient à répondre de leurs actes ;

e) D'appliquer pleinement les recommandations des mécanismes internationaux relatifs aux droits de l'homme et les décisions légales des instances et tribunaux nationaux et régionaux qui reconnaissent les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative ;

f) De prendre des mesures pour que les prestataires de services de santé s'acquittent de leurs obligations professionnelles en respectant les droits de l'homme et se conforment à leurs obligations éthiques.

4. Garantir la participation des femmes et des filles et encourager les hommes à assumer leur responsabilité

79. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) D'accroître la représentation et la participation effective des femmes et des filles à la prise de décision à tous les niveaux et d'assurer la parité entre les sexes, y compris dans le cadre des initiatives de prévention, de gestion et de relèvement liées à une crise ;

b) De faire participer systématiquement les organisations féministes et les organisations de défense des droits des femmes à l'élaboration, à la mise en œuvre, au suivi, à l'évaluation et à l'amélioration constante des lois, des politiques et des pratiques relatives à la santé sexuelle et procréative, ainsi qu'au recensement et à la suppression des obstacles ;

c) De mettre en place des initiatives de participation qui favorisent l'autonomisation et qui soient inclusives, accessibles et non discriminatoires, en accordant une attention particulière aux femmes et aux filles qui ont été touchées de manière disproportionnée par la crise, notamment les groupes privés de droits et victimes de marginalisation, telles que les migrantes, les réfugiées et les personnes déplacées ;

d) D'intégrer les questions relatives au genre, à l'âge, au handicap et à l'interculturalité dans toutes les politiques et pratiques, et de promouvoir le leadership des femmes et des jeunes ;

e) De favoriser la participation et la responsabilisation des hommes pour lutter contre le sexisme, la misogynie, la violence et la masculinité toxique généralisés et pour promouvoir les droits des femmes et des filles en matière de santé sexuelle et procréative.

5. Repousser les idéologies conservatrices et antidroits de l'homme, et combattre la désinformation.

80. Le Groupe de travail recommande aux États :

a) De lutter activement contre les idéologies religieuses conservatrices et les idéologies politiques raciales qui nuisent à l'égalité des sexes ;

b) De s'opposer à la désinformation et aux positions religieuses qui entravent l'exercice des droits des femmes et des filles à la santé sexuelle et procréative ;

c) De veiller à ce que l'aide et l'assistance internationales, y compris l'aide humanitaire, soient fournies et mises en œuvre conformément aux normes relatives aux droits de l'homme et donnent la priorité au respect des droits fondamentaux des femmes et des filles, sans restrictions préjudiciables ;

d) **D'aider le système des Nations Unies à lutter contre les idéologies religieuses qui s'opposent aux droits des femmes et des filles à la santé sexuelle et procréative, et de faire en sorte que toutes les initiatives du système des Nations Unies soient coordonnées et menées dans le plein respect de ces droits ;**

e) **De s'abstenir d'utiliser leur influence politique et financière auprès d'autres États et acteurs non étatiques pour entraver et faire reculer les droits des femmes et des filles en menant ou en soutenant des programmes idéologiques contraires aux normes relatives aux droits humains.**
