



PARLEMENT EUROPÉEN

2009 - 2014

---

*Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres*

---

**2013/2040(INI)**

31.5.2013

# PROJET DE RAPPORT

sur la santé et les droits sexuels et génésiques  
(2013/2040(INI))

Commission des droits de la femme et de l'égalité des genres

Rapporteure: Edite Estrela

## SOMMAIRE

	<b>Page</b>
PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN .....	3
EXPOSÉ DES MOTIFS .....	10

## PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN

### sur la santé et les droits sexuels et génésiques (2013/2040(INI))

*Le Parlement européen,*

- vu la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée en 1948, notamment ses articles 2 et 25,
- vu l'article 2, paragraphe 2, et les articles 3 et 12 du Pacte international des Nations unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 1966, tel qu'interprétés dans l'observation générale n° 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies,
- vu les articles 2, 12, paragraphe 1, et 16, paragraphe 1, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée en 1979 et relative à la santé des femmes, au mariage et à la vie familiale, et vu les recommandations générales 21 (1994) et 24 (1999),
- vu les articles 2, 12 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée en 1989, relative à la non-discrimination, au droit de l'enfant à être entendu, et à la protection de la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant, ainsi qu'au développement de l'information et des services en matière de planification familiale,
- vu la déclaration et le programme d'action de la Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement (Le Caire, 13 septembre 1994), et vu la résolution n° 65/234 de l'assemblée générale des Nations unies relative au suivi de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 (décembre 2010),
- vu la déclaration de Pékin et le programme d'action adoptés durant la quatrième conférence mondiale sur les femmes du 15 septembre 1995 ainsi que ses résolutions du 18 mai 2000 sur le suivi du programme d'action de Pékin, du 10 mars 2005 sur le suivi du programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Pékin+10) et du 25 février 2010 sur le suivi du programme d'action de Pékin (Pékin+15),
- vu les objectifs du Millénaire pour le développement adoptés lors du Sommet du Millénaire des Nations unies en septembre 2000,
- vu les déclarations parlementaires d'engagement sur la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD à Ottawa (2002), Strasbourg (2004), Bangkok (2006), Addis-Abeba (2009) et Istanbul (2012),
- vu le rapport aux Nations unies du rapporteur spécial sur le droit à l'éducation, A/65/162 (2010),
- vu la stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, lancée en 2010 par l'Organisation mondiale de la santé,

- vu le paragraphe 16 du rapport intermédiaire du rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, A/66/254 (2011),
- vu le rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, A/HRC/17/25 (2011),
- vu la résolution n° 21/6 du Conseil des droits de l'homme des Nations unies du 21 septembre 2012 sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme,
- vu le rapport du Fonds des Nations unies pour la population du 14 novembre 2012, intitulé "État de la population mondiale 2012: oui au choix, non au hasard",
- vu les paragraphes 45 à 50 du rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/22/53 (2013),
- vu la Convention européenne des droits de l'homme et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, notamment son article 9, relatif à la liberté de pensée, de conscience et de religion,
- vu la résolution 1399 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en 2004 sur une stratégie européenne pour la promotion de la santé et les droits sexuels et génésiques,
- vu la résolution 1607 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en 2008 sur l'accès sûr et légal à l'avortement en Europe,
- vu les articles 2, 5 et 152 du traité CE,
- vu les articles 8, 9 et 19 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, relatifs à la lutte contre la discrimination basée sur le sexe et à la protection de la santé humaine,
- vu la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne,
- vu le Consensus européen pour le développement de 2005,
- vu le règlement (CE) n° 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil du 15 juillet 2003 concernant les aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement<sup>1</sup>,
- vu le règlement (CE) n° 1922/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 portant création d'un Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes<sup>2</sup>,
- vu le règlement (CE) n° 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004

---

<sup>1</sup> JO L 224 du 6.9.2003, p. 1.

<sup>2</sup> JO L 403 du 30.12.2006, p. 9.

instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies<sup>1</sup>;

- vu ses résolutions du 29 septembre 1994<sup>2</sup> sur les résultats de la Conférence internationale sur la population et le développement au Caire et du 4 juillet 1996<sup>3</sup> sur le suivi de cette conférence,
  - vu sa résolution du 3 juillet 2002<sup>4</sup> sur la santé et les droits sexuels et génésiques,
  - vu sa résolution du 10 février 2004<sup>5</sup> sur la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies,
  - vu sa résolution du 4 septembre 2008 sur la mortalité maternelle dans la perspective de la réunion de haut niveau des Nations unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement organisé le 25 septembre 2008<sup>6</sup>,
  - vu sa résolution du 13 mars 2012<sup>7</sup> sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'Union européenne – 2011,
  - vu l'article 48 de son règlement,
  - vu le rapport de la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres et l'avis de la commission du développement (A7-0000/2013),
- A. considérant que les droits sexuels et génésiques sont des droits fondamentaux, dont la violation constituerait un manquement au droit des femmes et des jeunes filles à l'égalité, à la non-discrimination, à la dignité et à la santé, ainsi qu'à leur droit de ne pas être soumises à des peines ou traitements inhumains ou dégradants;
- B. considérant que les femmes et les hommes doivent pouvoir exercer en toute connaissance de cause et de manière responsable leurs propres choix pour ce qui est de leur santé sexuelle et génésique;
- C. considérant le rapport du rapporteur spécial des Nations unies publié en 2010 sur le droit à l'éducation, qui indique que le droit à une éducation sexuelle intégrale est un droit fondamental;
- D. considérant que les femmes souffrent de manière disproportionnée des lacunes en matière de santé et de droits sexuels et génésiques (SDSG) eu égard à la nature de la reproduction humaine et au contexte social, juridique et économique, basé sur le sexe, où existent ces lacunes;

---

<sup>1</sup> JO L 142 du 30.04.2004, p. 1.

<sup>2</sup> JO C 305 du 31.10.94, p. 80.

<sup>3</sup> JO C 211 du 22.7.1996, p. 31.

<sup>4</sup> JO C 271 du 12.11.2003, p. 197.

<sup>5</sup> JO L 142 du 30.04.04, p. 1.

<sup>6</sup> JO C 295 du 4.12.2009.

<sup>7</sup> P7\_TA(2012)0069.

- E. considérant les disparités observées entre États membres et au sein des États membres concernant les normes en matière de santé sexuelle et génésique, ainsi que les inégalités existant dans les droits sexuels et génésiques des femmes;
- F. considérant que l'opposition aux SDG a augmenté en Europe et dans le monde, en vue de refuser aux femmes et aux hommes les droits fondamentaux en matière sexuelle et génésique que tous les États membres de l'UE se sont engagés à défendre dans le cadre d'accords internationaux;
- G. considérant que l'accès à un avortement sûr est interdit, sauf dans des circonstances très limitées, dans trois États membres de l'UE (Irlande, Malte et Pologne) et que celui-ci demeure largement indisponible, bien que légal, en raison d'un recours abusif à l'objection de conscience, ou d'interprétations trop restrictives des limites existantes;
- H. considérant que la mortalité maternelle demeure un sujet de préoccupation dans certains États membres;
- I. considérant que les disparités existant entre les taux d'avortement de différents États membres et la prévalence de la mauvaise santé génésique dans certaines régions de l'UE révèlent le besoin d'une offre non discriminatoire de services abordables, accessibles, acceptables et de qualité, y compris la planification familiale et les services adaptés aux jeunes, ainsi que d'une éducation sexuelle intégrale;
- J. considérant que des études ont démontré qu'une éducation sexuelle complète augmente les chances d'un comportement responsable lors du premier rapport sexuel et des suivants;
- K. considérant que la pratique consistant à stériliser des femmes roms ou handicapées de force ou sous la contrainte a toujours lieu dans certains États membres;

***En ce qui concerne la politique générale de l'UE en matière de santé et de droits sexuels et génésiques***

1. rappelle que la santé est un droit fondamental indispensable à l'exercice des autres droits fondamentaux, et que l'UE ne peut atteindre le niveau le plus élevé possible en matière de santé que si les SDG sont pleinement reconnus et promus;
2. rappelle que les SDG sont un élément essentiel de la dignité humaine, et qu'ils doivent être abordés dans le contexte général de la discrimination structurelle et des inégalités entre les sexes; invite par ailleurs les États membres à protéger les SDG par l'intermédiaire de l'Agence des droits fondamentaux;
3. déplore vivement que la proposition de programme "La santé en faveur de la croissance" pour la période 2014-2020 ne fasse aucune mention des SDG<sup>1</sup>;
4. observe que même si les États membres sont compétents pour élaborer et mettre en œuvre des politiques relatives aux SDG, l'UE peut exercer sa compétence d'élaboration des politiques dans le domaine de la santé publique et de la non-discrimination, et promouvoir

---

<sup>1</sup> COM(2011)709.

une meilleure mise en œuvre des droits sexuels et génésiques;

5. invite les États membres à travailler avec l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (IEEH) et avec la société civile pour élaborer une stratégie européenne de promotion des SDSDG, et à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales complètes en matière de santé sexuelle et génésique; propose que l'IEEH soit habilité à recueillir et à analyser des données et des meilleures pratiques;
6. souligne que les mesures d'austérité actuelles ont des effets négatifs, notamment pour les femmes, sur les services de santé publique liés à la santé sexuelle et génésique, à la fois en matière de qualité et d'accessibilité, ainsi que sur les organisations de planification familiale, sur les ONG prestataires de services, et sur l'indépendance économique des femmes;

***En ce qui concerne la grossesse non désirée: accès à la contraception et à des services d'avortement sûrs***

7. souligne qu'il est essentiel pour le développement individuel, social et économique que les femmes aient le droit de décider de manière libre et responsable du nombre de leurs enfants, ainsi que du moment de leur naissance et du délai entre les naissances, comme le dispose le droit international en matière de droits fondamentaux;
8. prie les États membres de favoriser la recherche scientifique sur les méthodes de contraception utilisées par les hommes ou les femmes, afin de faciliter le partage du fardeau de la responsabilité de la contraception;
9. souligne que l'avortement ne doit en aucun cas être encouragé en tant que méthode de planification familiale;
10. recommande que, dans un souci de respect des droits fondamentaux, l'avortement soit rendu légal, sûr et accessible à toutes;
11. souligne que, même dans les cas où il est légal, l'avortement est souvent empêché ou retardé par des obstacles aux services appropriés, par exemple le recours répandu à l'objection de conscience, les périodes d'attente non nécessaires d'un point de vue médical, ou les conseils partiels; souligne que les États membres devraient réglementer et surveiller le recours à l'objection de conscience, afin de veiller à ce que les soins de santé génésique soient garantis en tant que droit de l'individu, tout en assurant un accès à des services légaux et en mettant en place des services de renvoi appropriés et abordables;
12. recommande que les États membres continuent de fournir les informations et les services nécessaires au maintien d'un faible taux de mortalité maternelle et à la garantie de soins de qualité avant et après l'accouchement;

***En ce qui concerne l'éducation sexuelle et les services adaptés aux jeunes***

13. invite les États membres à garantir d'accès universel à des informations, une éducation et des services complets en matière de SDSDG; invite les États membres à veiller à ce que ces informations portent sur différentes méthodes de planification et de consultation familiale,

sur une aide qualifiée lors de l'accouchement, et sur le droit d'accès à des soins gynécologiques et obstétricaux d'urgence; les invite également à offrir des informations neutres et scientifiquement exactes sur les services d'avortement;

14. souligne le fait que les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique sont différents de ceux des adultes; invite dès lors les États membres à veiller à ce que les adolescents et les adultes vulnérables (handicapés, analphabètes, réfugiés, etc.) aient accès à des services adaptés où leurs préoccupations et leur droit à la confidentialité et au respect de la vie privée soient dûment pris en considération;
15. invite les États membres à garantir une éducation obligatoire en matière de sexualité et de relations amoureuses pour tous les enfants et adolescents (à l'école et en dehors de l'école), en prenant en considération leur âge et leur sexe;
16. souligne que l'éducation sexuelle doit inclure la lutte contre les stéréotypes et les préjugés, dénoncer la discrimination basée sur le sexe et l'orientation sexuelle ainsi que les obstacles structurels à l'égalité fondamentale, et mettre en valeur le respect mutuel et la responsabilité partagée;

#### ***En ce qui concerne la prévention et le traitement des IST***

17. prie les États membres de garantir un accès immédiat et universel au traitement des IST, offert dans un environnement sûr et neutre;
18. invite la Commission et les États membres à aborder la question spécifique des SDG pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, en mettant l'accent sur les besoins des femmes, notamment en intégrant l'accès aux tests et au traitement et en remédiant aux facteurs socio-économiques sous-jacents tels que l'inégalité des sexes et la discrimination, qui contribuent au risque pour les femmes de contracter le VIH/SIDA;

#### ***En ce qui concerne la violence liée aux droits sexuels et génésiques***

19. condamne toute violation de l'intégrité corporelle des femmes, ainsi que les pratiques néfastes visant à contrôler la sexualité des femmes et leur autonomie en matière reproductive; souligne qu'il s'agit là de graves violations des droits fondamentaux, et que les États membres ont pour responsabilité d'y mettre fin;
20. invite les États membres à répondre au besoin de protéger les femmes, les jeunes, les enfants et les hommes de toute forme d'abus, dont l'abus sexuel, l'exploitation, la traite des êtres humains et la violence, y compris la mutilation génitale féminine, en mettant en œuvre des programmes éducatifs à l'échelle nationale et communautaire, et en mettant l'accent sur les mesures en ce sens incluant des peines importantes pour les auteurs de tels abus;

#### ***En ce qui concerne la SDG et l'aide publique au développement (APD)***

21. rappelle aux États membres que les investissements dans la santé génésique et la planification familiale sont parmi les moyens les plus efficaces, en matière de rapport qualité-prix et de développement, de favoriser le développement durable d'un pays;

22. soutient la recommandation 1903 (2010) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe portant sur l'allocation de 0,7 % du PNB à l'APD; invite l'UE à maintenir cet engagement par le financement et la mise en œuvre des instruments européens pour l'action extérieure pour 2014-2020, ainsi que du Fonds de développement européen;
23. prie la Commission de veiller à ce que la coopération européenne au développement adopte une approche basée sur les droits fondamentaux, et à ce qu'elle mette fortement l'accent de manière explicite sur les SDSG, avec des objectifs concrets;
24. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

Chaque année, le PNUD classe les pays par degré d'inégalité hommes-femmes. L'indice d'inégalités de genre est mesuré selon le degré de désavantage dont souffrent les femmes dans trois aspects de la vie: la santé génésique, l'autonomisation, et le marché de l'emploi<sup>1</sup>. Le présent rapport se concentre sur ce premier élément et sur les droits associés, non seulement en tant que question liée aux droits fondamentaux, mais en tant que moyen de parvenir à l'égalité entre hommes et femmes.

Étant parmi les pays les plus développés au monde, les États membres (EM) se placent en haut du classement mondial des pays en fonction de la santé génésique de leur population<sup>2</sup>. Les données disponibles auprès des EM révèlent toutefois d'importantes disparités en matière de santé sexuelle et génésique des femmes à travers l'Europe.

À plusieurs occasions, le Parlement européen (PE) a indiqué qu'il soutenait les investissements dans la santé et les droits sexuels et génésiques (SDSG). Une position forte de l'UE sur la question des SDSG ne sera pourtant possible que si cette institution fournit un effort important dans ce sens.

Ce rapport intervient à un moment très important. Le climat politique et économique actuel menace le respect des SDSG. En raison de la crise financière et de la récession que nous traversons, ainsi que des coupes budgétaires des EM, il existe une tendance parmi ceux-ci à accélérer le mouvement de privatisation des services de santé, et à réduire la qualité des services de santé ainsi que l'accès à ceux-ci<sup>3</sup>. En outre, des positions très conservatrices concernant les SDSG ont gagné du terrain dans toute l'Europe. Comme on a pu le voir clairement dans des pays comme l'Espagne et la Hongrie, ainsi que dans des forums régionaux tels que l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, le comité européen des droits sociaux et même le PE, le mouvement d'opposition à l'avortement devient plus puissant et fait entendre davantage sa voix. Compte tenu de cette opposition, il est plus important que jamais que le PE défende les droits sexuels et génésiques en tant que droits fondamentaux, et qu'il présente un état des lieux utile de la situation des SDSG au niveau européen.

### Santé sexuelle et génésique

L'OMS indique que la santé génésique "s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être

---

<sup>1</sup> Fonds de développement des Nations unies (2011). Rapport sur le développement humain 2011: Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous, note technique 3.

<sup>2</sup> Comme le démontrent les indicateurs utilisés pour calculer l'indice d'inégalités de genre. FNUD (2001). Rapport sur le développement humain 2011: Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous. Annexe statistique, tableau 4.

<sup>3</sup> Résolution du PE du 12 mars 2013 sur les répercussions de la crise économique sur l'égalité entre les hommes et les femmes et les droits des femmes.

suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé."<sup>1</sup>

La santé sexuelle est définie comme étant "un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés."<sup>2</sup>

### **Droits sexuels et génésiques**

La santé sexuelle et génésique est protégée par les droits sexuels et génésiques. Comme l'indique l'article 96 du programme d'action de Pékin (1995), ces droits sont basés sur les droits fondamentaux que sont l'égalité et la dignité.

Les droits sexuels et génésiques, y compris le droit à des soins de santé maternelle et à des services de planification familiale, comprennent à la fois des libertés et des droits liés à de nombreux droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels déjà établis. Bien que non interchangeables, les droits génésiques sont un aspect des droits sexuels, de même que les droits sexuels sont un aspect des droits génésiques.<sup>3</sup>

### **Mortalité maternelle**

Bien que la majeure partie des EM maintienne des taux de mortalité maternelle (TMM) très faibles (de 2 à 10 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)<sup>4</sup>, ce taux est bien plus élevé dans certains EM (34 en Lettonie, 27 en Roumanie, 21 en Hongrie et 20 au Luxembourg). Plusieurs EM ont révélé une tendance encourageante: entre 1990 et 2010, le TMM de la Roumanie a baissé de 170 à 27, celui de la Lettonie de 54 à 34, celui de la Bulgarie de 24 à 11, et celui de la Lituanie de 34 à 8. Cependant, dans le même temps, d'autres EM présentent des tendances et des fluctuations préoccupantes: le TMM du Luxembourg, d'après les estimations, serait passé de 6 en 1990 à 20 en 2010, tandis que la Hongrie aurait réussi à faire baisser son TMM de 23 (pendant les années 1990) à 10 (années 2000), pour le voir ensuite remonter à 21 en 2010.<sup>5</sup> Dans sa résolution du 13 décembre 2012 concernant le rapport annuel 2011 sur les droits de l'homme et la

---

<sup>1</sup> Comité pour la politique mondiale de l'OMS (1994). Document de synthèse sur la santé, la population et le développement à l'occasion de la conférence internationale sur la population et le développement organisée au Caire du 5 au 13 septembre 1994, p. 24, paragraphe 89.

<sup>2</sup> OMS (2006). Définition de la santé sexuelle: rapport sur une consultation technique sur la santé sexuelle; 28 au 31 janvier 2002, Genève.

<sup>3</sup> Yamin, A. E. (Éd.), 2005, *Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights* ("Apprendre à danser: faire progresser la santé et le bien-être génésiques des femmes dans la perspective de la santé publique et des droits fondamentaux"), Cambridge, Harvard University Press.

<sup>4</sup> On suppose que les pays ayant entre 1 et 10 décès pour 100 000 naissances ont essentiellement le même niveau de soins, et que les différences sont dues au hasard, voir note 1.

<sup>5</sup> Groupe interorganisations des Nations unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (2012). Tendances en matière de mortalité maternelle de 1990 à 2010: estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale.

démocratie dans le monde et la politique de l'Union européenne en la matière, le Parlement européen rappelle que la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles nécessite de véritablement promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles, en particulier leur droit à la vie, à l'éducation, à l'information et à la santé. Le PE souligne que l'Union européenne doit elle aussi jouer un rôle important, en contribuant à faire reculer les complications évitables survenant avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement.

### **Données recueillies**

De nombreux EM ne recueillent pas les données nécessaires pour mesurer la santé génésique et sexuelle. Par exemple, plus de deux tiers des EM ne disposent d'aucune information concernant le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale, et plus d'un quart des EM n'ont aucune donnée sur le pourcentage de naissance assistée par un professionnel de la santé<sup>1</sup>. Bien que la compilation de telles données peut être considérée comme inutile par certains pays très développés, elles constituent néanmoins des indicateurs importants permettant une surveillance régulière des normes en matière de santé génésique. Il est nécessaire que les EM recueillent et surveillent plus de données et de statistiques concernant les indicateurs en matière de santé sexuelle et génésique (IST, taux d'avortement et de contraception, besoins non satisfaits en matière de contraception, grossesse des adolescentes...), ventilées au moins par sexe et par âge. Afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la situation dans toute l'Union, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes devrait donc être habilité à effectuer la collecte et l'analyse de données et de meilleures pratiques.

### **Éducation sexuelle**

Dans la plupart des EM, l'éducation sexuelle est obligatoire en vertu du droit national, bien que le contenu et la qualité des enseignements varient. D'après une étude récente, les meilleures pratiques en matière d'éducation sexuelle sont observées au Benelux, dans les pays nordiques, en France et en Allemagne. Les EM d'Europe orientale et méridionale tendent à avoir des programmes d'éducation sexuelle lacunaires, voire inexistant<sup>2</sup>.

Des taux plus élevés de natalité chez les adolescentes, d'avortement et d'infections sexuellement transmissibles (IST) ont tendance à être liées à une éducation sexuelle déficiente ou insuffisante. Les données actuelles de l'UE corroborent cette idée, comme l'indique le taux plus élevé de natalité chez les adolescentes et d'avortement dans les EM d'Europe orientale<sup>3</sup>.

Bien que la tendance générale soit une lente amélioration des programmes en matière d'éducation sexuelle, le partage d'objectifs communs et de meilleures pratiques entre États membres de l'UE pourrait contribuer à faciliter l'harmonisation des normes en matière d'éducation sexuelle, ainsi qu'à une amélioration de la santé sexuelle et génésique de tous les

---

<sup>1</sup> FNUD (2001). Rapport sur le développement humain 2011: Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous. Annexe statistique, tableau 4.

<sup>2</sup> Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E; Parlement européen (2013). *Policies for Sexuality Education in the European Union* ("Les politiques d'éducation sexuelle dans l'Union européenne"), disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>

<sup>3</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (juin 2012). *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010* ("Infections sexuellement transmissibles en Europe, 1990-2010").

jeunes Européens.

### **Taux de natalité et grossesse non désirée chez les adolescentes**

Les taux de natalité chez les adolescentes connaissent d'importantes variations d'un EM à l'autre. Les taux les plus faibles (entre 5 et 9 naissances par année) sont actuellement observés aux Pays-Bas, en Slovénie, au Danemark, en Suède, à Chypre, en Italie, au Luxembourg et en Finlande. Des taux légèrement plus élevés (de 10 à 20 naissances) sont observés dans la plupart des EM: Allemagne, Autriche, France, Belgique, Grèce, Espagne, République tchèque, Lettonie, Pologne, Portugal, Irlande, Lituanie, Hongrie et Malte. Les taux de naissance chez les adolescentes les plus élevés sont observés en Slovaquie (22), en Estonie (24), au Royaume-Uni (26), en Roumanie (40) et en Bulgarie (44).

Malgré des tendances encourageantes dans certains EM, l'important écart qui existe entre le taux de grossesse chez les adolescentes observé aux Pays-Bas (5) et celui observé au Royaume-Uni (26) ou en Bulgarie (44) révèle qu'une part importante de la jeunesse européenne ne dispose pas des compétences et des connaissances nécessaires pour effectuer des choix informés en matière de sexualité et de reproduction.

Outre la nature imprévue de la plupart des grossesses d'adolescentes et le fait que les jeunes filles ne sont en général pas prêtes à être mères, l'accouchement présente souvent des conséquences à long terme pour les adolescentes. Les problèmes de santé liés à la grossesse sont plus courants chez les adolescentes que chez les adultes (p. ex. fausse couche, décès néonatal). Les études indiquent également que les mères adolescentes ont moins de chances d'obtenir leur diplôme d'études secondaires et sont plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté. Par ailleurs, les enfants d'adolescentes souffrent souvent d'insuffisance pondérale à la naissance, ainsi que de problèmes de santé et de développement<sup>1</sup>.

Le problème des grossesses non désirées concerne également les femmes adultes, et il peut être dû à plusieurs facteurs: dysfonctionnement de la contraception, utilisation incorrecte ou irrégulière de la contraception, opposition des partenaires sexuels à l'utilisation de la contraception, rapports sexuels sous la contrainte ou viols, ou raisons de santé. Comme l'indique l'OMS, "même une grossesse planifiée peut devenir non désirée si les circonstances changent."<sup>2</sup>

### **Avortement**

Vingt EM autorisent l'avortement légal et à la demande. Parmi les sept autres, trois EM (Royaume-Uni, Finlande, Chypre) permettent une interprétation souple des motifs de restriction, tandis qu'au sein de trois autres (Irlande, Pologne, Luxembourg), l'interprétation des motifs de restriction est plus étroite, et les médecins ne sont en général pas disposés à pratiquer des avortements, ou craignent des répercussions, ce qui signifie que les avortements

---

<sup>1</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (juin 2012). *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010* ("Infections sexuellement transmissibles en Europe, 1990-2010").

<sup>2</sup> OMS (2012). *Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region* ("Santé sexuelle et génésique: faits et chiffres sur l'avortement dans la région européenne").

légaux sont, d'après les statistiques, rarement, voire jamais, pratiqués. Malte est le seul EM interdisant l'avortement, sans exception<sup>1</sup>. Les motifs de restriction à la pratique de l'avortement peuvent inclure le risque pour la vie de la mère ou sa santé physique et/ou mentale, la malformation fœtale, le viol, ou des raisons médicales ou socio-économiques. Dans la majorité des EM, la limite de gestation pour l'avortement est de 12 semaines. Les frais liés à l'avortement varient considérablement d'un EM à l'autre; dans les pays où la sécurité sociale rembourse l'avortement, elle ne le fait que s'il est pratiqué pour des motifs médicaux. Certains EM imposent une période d'attente, et les mineures souhaitant se faire avorter peuvent nécessiter un accord parental<sup>2</sup>.

Il convient de remarquer que de plus en plus d'obstacles sont imposés pour empêcher l'accès aux services d'avortement, même dans les pays ayant des lois souples en matière d'avortement. Les femmes sont surtout confrontées au recours non réglementé à l'objection de conscience par les professionnels de la santé génésique, aux périodes d'attente obligatoires, et aux conseils partiels<sup>3</sup>. Le recours à l'objection de conscience a empêché de nombreuses femmes d'avoir accès à des services de santé génésiques, tels que l'information ou la vente de contraceptifs, les tests prénatals, et l'interruption légale de grossesse. Des cas ont été rapportés en Slovaquie, en Hongrie, en Roumanie, en Pologne, en Irlande et en Italie où près de 70 % des gynécologues et 40 % des anesthésistes invoquent l'objection de conscience et refusent de pratiquer des actes liés à l'avortement. Ces obstacles s'opposent de manière manifeste aux normes en matière de droits fondamentaux, ainsi qu'aux normes médicales internationales<sup>4</sup>.

Il n'est pas rare que les femmes vivant dans des pays imposant des restrictions à la pratique de l'avortement se rendent dans d'autres EM pour se faire avorter. Cette pratique représente toutefois un fardeau économique important pour certains groupes, en plus de présenter un risque de poursuites pénales dans le pays de résidence de ces femmes. De plus, elle rend plus difficile la collecte de données fiables sur l'avortement. Dans certains EM, les femmes vivant dans des régions rurales doivent souvent voyager pour se faire avorter de manière légale<sup>5</sup>. En pratique, l'interdiction de l'avortement touche plus particulièrement les femmes déjà marginalisées, qui ne peuvent se rendre facilement dans un autre pays de l'UE pour se faire avorter, par exemple les femmes qui se trouvent dans une situation financière difficile, les demandeuses d'asile, les femmes sous la garde ou la tutelle de l'État; cela contribue à l'augmentation des inégalités en matière de santé au sein de l'Union.

Les EM faisant état du nombre d'avortements le plus bas<sup>6</sup> sont l'Allemagne, la Grèce, le Danemark et le Portugal (entre 7 et 9 avortements légaux pour 1 000 femmes âgées de 15 à 44 ans), tandis que les EM faisant état du nombre d'avortements le plus élevé sont l'Estonie, la

---

<sup>1</sup> Voir dans la revue des Nations unies de la conférence internationale sur la population et le développement après 2014 (juillet 2012), profils de mise en œuvre dans les États; Fédération internationale pour la planification familiale (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>2</sup> IPPF (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>3</sup> Rapport de Christine McCafferty au Conseil de l'Europe sur le problème du recours non réglementé à l'objection de conscience pour l'accès des femmes à des soins médicaux légaux, 20/07/2010, et résolution 1763 (2010) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

<sup>4</sup> OMS (2<sup>e</sup> éd., 2012), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* ("Avortement sûr: orientations techniques et politiques pour les systèmes de santé")

<sup>5</sup> IPPF (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>6</sup> À l'exclusion des États membres ayant les politiques les plus restrictives (Irlande, Pologne, Luxembourg, Malte).

Roumanie, la Bulgarie, la Lettonie, la Hongrie et la Suède (entre 21 et 35 avortements), suivis du Royaume-Uni (17) et de la France (18)<sup>1</sup>.

Au vu des conséquences potentielles d'une interdiction de l'avortement sur la santé publique, il semble évident que cette interdiction ne découragera pas les femmes de se faire avorter; il serait plus efficace de se concentrer sur la prévention des grossesses non désirées.<sup>2</sup> Il n'existe enfin qu'un lien très ténu entre la légalité de l'avortement et le recours à celui-ci, tandis qu'il existe une forte corrélation entre la légalité de l'avortement et la pratique de celui-ci dans des conditions sûres. De plus, selon l'OMS, "le coût d'un avortement sûr représente [...] un dixième du coût du traitement des conséquences d'un avortement risqué".<sup>3</sup>

Il convient également de remarquer que l'accent actuellement mis sur les politiques familiales, en raison de la crise démographique, présente des effets directs et indirects sur les choix politiques effectués en matière de SDSG. Certains semblent croire que l'interdiction de l'avortement se traduira par une hausse des naissances, et que sa légalisation serait un facteur de décroissance de la population. Cette idée n'est pas corroborée par des données concrètes, et nous estimons qu'un moyen plus efficace de favoriser les naissances en Europe serait d'améliorer les possibilités pour les mères et les pères d'atteindre un équilibre entre leur vie privée et professionnelle.

### **Infections sexuellement transmissibles**

L'UE mène systématiquement des enquêtes portant sur les IST: VIH, syphilis, syphilis congénitale, blennorragie, chlamydia, et lymphogranulomatose vénérienne (LGV). La décision 2119/98/CE, dispose que les EM présentent des données liées à toutes les variables demandées; cela n'est cependant pas toujours fait en pratique, ce à quoi on peut ajouter le fait que certains systèmes nationaux de surveillance des IST sont incomplets. Par conséquent, la comparaison et le repérage de tendances pourraient être fondés sur des données insuffisantes ou inexistantes.

Le taux moyen de nouveaux cas de VIH par année dans les EM est de 5,7 pour 100 000 habitants, les taux les plus faibles en 2010 étant observés en Slovaquie (0,5) et en Roumanie (0,7), tandis que les taux les plus élevés étaient observés en Estonie (27,8), en Lettonie (12,2), en Belgique (11) et au Royaume-Uni (10,7). Les données ventilées par âge révèlent que 11 % des nouveaux cas de VIH étaient observés chez les jeunes de 15 à 24 ans<sup>4</sup>.

Il est important que la Commission européenne (CE) et les EM abordent la question spécifique des SDSG et des besoins des femmes vivant avec le VIH dans le cadre d'une approche globale visant à limiter cette épidémie. Cet objectif peut être atteint en généralisant l'accès aux programmes de soins de santé sexuelle et génésique, en intégrant l'accès au

---

<sup>1</sup> Données non disponibles pour l'Autriche, Chypre, le Luxembourg et Malte. Département des affaires économiques et sociales des Nations unies: Division de la population (mars 2011), *World Abortion Policies 2011* ("Politiques en matière d'avortement dans le monde, 2011").

<sup>2</sup> IPPF (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>3</sup> OMS (2012). *Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region* ("Santé sexuelle et génésique: faits et chiffres sur l'avortement dans la région européenne").

<sup>4</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) / Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011* ("Surveillance du VIH/SIDA en Europe, 2011").

dépistage et au traitement du VIH/SIDA, en offrant des services de soutien, de conseil et de prévention, et en remédiant aux facteurs socio-économiques contribuant au risque pour les femmes de contracter le VIH/SIDA, comme les inégalités entre hommes et femmes, la discrimination, et l'absence de mécanismes de protection des droits fondamentaux.

### **Violences liées aux droits sexuels et génésiques**

Selon les estimations, sept femmes sur dix sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie. La violence fondée sur le sexe est une forme de discrimination qui entrave de manière importante la capacité des femmes à jouir de leurs droits et de leurs libertés de la même manière que les hommes. La violence sexuelle comporte des effets catastrophiques et permanents sur la santé et le bien-être psychologique et physique des victimes de tels actes. Le respect et la promotion de la santé sexuelle et génésique, ainsi que des droits génésiques, sont une condition nécessaire à la réalisation de l'égalité entre hommes et femmes et l'autonomisation des femmes afin qu'elles jouissent de tous leurs droits fondamentaux et de toutes leurs libertés fondamentales, ainsi qu'à la prévention et à l'atténuation de la violence faite aux femmes.

Il convient également d'accorder une attention particulière aux pratiques traditionnelles nocives, telles que la mutilation génitale féminine ou les mariages précoces et forcés, car ces pratiques ont un effet néfaste sur le bien-être des femmes, sur leurs relations sexuelles, sur les grossesses et les naissances, mais également sur les communautés.

### **Les SDGS dans l'aide publique au développement**

Les SDGS sont des éléments essentiels de la dignité humaine et du développement humain, et représentent une pierre angulaire du progrès social et économique. Les données récemment recueillies démontrent que d'importants problèmes doivent encore être résolus en matière de santé sexuelle et génésique à travers le monde, et plus particulièrement dans les pays en développement.

En plus de prendre des engagements forts en matière de politiques adoptées, l'UE devrait également jouer un rôle en tant qu'acteur politique et de développement dans la défense des SDGS. L'UE a un rôle important à jouer dans la promotion, l'application et la protection des SDGS à l'échelle internationale, y compris dans le cadre du développement après 2015, afin de veiller à ce que les questions liées à la population et aux SDGS soient mises en priorité dans l'élaboration de ce cadre et dans le suivi de la conférence Rio+20.

Les EM devraient contribuer à accélérer les progrès effectués afin de réaliser le 5<sup>e</sup> objectif du Millénaire pour le développement et ses deux sous-objectifs en abordant de manière complète la question de la santé génésique, maternelle, du nourrisson et de l'enfant. Cela pourrait inclure l'offre de services de planification familiale, de soins prénatals, d'une aide qualifiée lors de l'accouchement, de soins d'urgence en matière d'obstétrique ou pour les nourrissons, et de méthodes de prévention et de traitement des maladies et infections sexuellement transmissibles, telles que le VIH. Les EM devraient en outre encourager les systèmes permettant à tous d'avoir accès à des services de santé abordables, équitables et de haute qualité, y compris des soins préventifs et cliniques à l'échelle des collectivités.

La CE peut jouer un rôle important, en veillant à ce que la coopération européenne au développement adopte une approche basée sur les droits fondamentaux qui mette explicitement l'accent sur les SDG en fixant des objectifs concrets en la matière.