



# Conseil économique et social

Distr. générale  
5 juin 2012  
Français  
Original: anglais

---

## Comité des droits économiques, sociaux et culturels

Quarante-cinquième session

### Compte rendu analytique de la 49<sup>e</sup> séance\*

Tenue au Palais des Nations à Genève, le lundi 15 novembre 2010, à 10 heures

*Président:* M. Marchán Romero

## Sommaire

Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels

Journée de débat général sur le droit à la santé sexuelle et procréative

---

\* Il n'a pas été établi de comptes rendus analytiques pour les 46ème à 48ème séances.

---

Le présent compte rendu est sujet à rectifications.

Les rectifications doivent être rédigées dans l'une des langues de travail. Elles doivent être présentées dans un mémorandum et être également incorporées à un exemplaire du compte rendu. Il convient de les adresser *une semaine au plus tard à compter de la date du présent document* au Groupe d'édition, bureau E.4108, Palais des Nations, Genève.

Les rectifications aux comptes rendus des séances publiques du Comité seront groupées dans un rectificatif unique qui sera publié peu après la session.

*La séance est ouverte à 10 h 10.*

**Questions de fond concernant la mise en œuvre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**

**Journée de débat général sur le droit à la santé sexuelle et procréative**

1. Le **Président** déclare que la journée de débat général sera divisée en quatre réunions-débats et apportera des informations utiles à la rédaction d'une observation générale du Comité des droits économiques, sociaux et culturels sur le droit à la santé sexuelle et procréative. Cette observation permettra de préciser les obligations des États parties de protéger ce droit conformément au Pacte. Il ne fait plus aucun doute que les droits économiques, sociaux et culturels ont le même statut juridique que les autres droits, et que tous les droits couverts par le Pacte relèvent ainsi de la compétence des tribunaux. Des milliers de personnes, en particulier des femmes et des enfants, meurent dans le monde en raison de la non-application du droit à la santé sexuelle et procréative.

2. **M<sup>me</sup> Barahona Riera** (Rapporteuse chargée de l'élaboration d'une observation générale sur le droit à la santé sexuelle et procréative) dit que la promotion et le respect du droit à la santé sexuelle et procréative sont essentiels à la protection de la dignité humaine. Comme les autres droits fondamentaux, le droit à la santé sexuelle et procréative est universel, indivisible et interdépendant.

3. Le droit de toute personne de prendre des décisions responsables, sans discrimination, contrainte ni violence s'agissant de sa propre vie sexuelle et procréative, et le droit des hommes et des femmes de jouir de la santé en matière de sexualité dans des conditions d'égalité et de respect de l'intégrité physique de chacun, sont au cœur du droit à la santé sexuelle et procréative. Ce droit implique également l'accès à un contrôle des naissances sûr, efficace et peu coûteux, et à des soins de santé sexuelle et procréative complets qui tiennent compte à part égale des besoins des hommes et des femmes. Les femmes ont droit à des soins qui préviennent les risques de décès pendant la grossesse, l'accouchement ou l'avortement. Il importe également d'être protégé contre les risques de maladies sexuellement transmissibles et d'avoir accès à une éducation sexuelle adéquate.

4. Au sujet de l'Observation générale n° 21 du Comité (E/C.12/GC/21), **M<sup>me</sup> Barahona Riera** souligne que les pratiques dangereuses, notamment celles attribuées aux coutumes et traditions, telle la mutilation génitale féminine, s'opposent au plein exercice du droit à la santé sexuelle et procréative des victimes. Les autres facteurs qui contribuent à la réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative incluent l'accès à l'eau courante propre et à des soins de santé satisfaisants, l'alimentation, le logement, les conditions de travail et l'éducation.

5. Le **Président** annonce que **M<sup>me</sup> Melo**, du Fonds des Nations Unies pour la population, animera la première réunion-débat.

*Réunion-débat 1: La notion de droit à la santé sexuelle et procréative*

6. **M<sup>me</sup> Yamin** (Université de Harvard) dit que le droit à la santé sexuelle et procréative est considérablement négligé et fait l'objet de manœuvres politiques aux niveaux national et international. L'observation générale du Comité devrait viser à renforcer les normes internationales existantes en la matière et à combler leurs éventuelles lacunes.

7. La définition de la santé en matière de sexualité et de procréation est largement fondée sur le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, tenue au Caire en 1994, et sur le Programme d'action de Beijing de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes. La promotion de l'égalité dépend très

largement de la législation, de la politique publique et des pratiques et dispositifs institutionnels.

8. L'observation générale devrait réaffirmer que le droit à la santé sexuelle et procréative est indivisible et indissociable des autres droits de l'homme, et elle devrait s'appuyer sur l'Observation générale n° 14 (E/C.12/2000/4). Le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation est étroitement lié aux autres droits découlant du Pacte, comme aux droits civils et politiques. Les documents de consensus élaborés au Caire et à Beijing reconnaissent la santé sexuelle et procréative comme un aspect fondamental de nombreux droits, notamment ceux ayant trait à l'intégrité corporelle et à la sécurité des personnes, à la non-discrimination et à l'égalité entre les hommes et les femmes.

9. Les obligations des États parties consistant à respecter, protéger et mettre en œuvre le droit à la santé sexuelle et procréative doivent être précisées. L'observation générale doit mettre en relief la responsabilité légale des États parties d'améliorer progressivement la santé en matière de sexualité et de procréation en utilisant au maximum les ressources dont ils disposent, de même que la responsabilité des États parties plus riches d'aider les pays plus pauvres à remplir leurs propres obligations. Les politiques en matière de commerce international, d'aide et d'investissement des États parties ne devraient pas être autorisées à compromettre l'instauration du droit à la santé sexuelle et procréative dans les autres pays.

10. Le retard des progrès réalisés dans la mise en œuvre des droits en matière de santé sexuelle et procréative au cours de la dernière décennie tient en partie à l'adoption de mesures rétrogrades, telles des législations sur l'avortement beaucoup plus restrictives, et à la répartition inéquitable des ressources, des biens et des services qui aggrave les disparités entre les différents groupes de population.

11. Les États parties doivent avoir conscience de leurs obligations immédiates en ce qui concerne la santé sexuelle et procréative qui impliquent l'élimination de la discrimination. Ils doivent parvenir à offrir un certain niveau de services en matière de soins de santé sexuelle et procréative, d'information et de disponibilité de professionnels de santé qualifiés, comme de techniques et de médicaments essentiels. Les États parties doivent également adopter des stratégies et des plans d'action nationaux. Les carences des systèmes de santé ont une incidence disproportionnée sur la santé sexuelle et procréative et conduisent souvent à la marginalisation des personnes, en particulier des femmes, des minorités sexuelles et des groupes stigmatisés. Des systèmes de santé prenant en compte les droits de l'homme pourraient, d'autre part, promouvoir l'intégration et contribuer à renforcer la démocratie.

12. L'observation générale devrait faire clairement apparaître le rôle essentiel de la législation pour définir le niveau d'accès aux soins de santé sexuelle et procréative. La criminalisation de l'avortement, le commerce du sexe et la consommation de drogues injectables, par exemple, exposent certains groupes à un risque accru de morbidité et de mortalité. La nécessité d'instaurer des mécanismes de responsabilité efficaces et accessibles, notamment des systèmes d'exécution et de contrôle des décisions judiciaires, devraient impérativement être soulignée. Les recours en justice jouent un rôle fondamental dans la répression des atteintes aux droits à la santé sexuelle et procréative, en s'élevant contre la violation systématique de ces droits et en encourageant l'application de politiques et de réformes, et la levée des restrictions légales aux soins.

13. **Mme D'Arcangues** (Organisation mondiale de la santé) rappelle que le Programme d'action sur la population et le développement et la Stratégie relative à la santé procréative de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) adoptés en 2004, soulignaient le fait que la santé sexuelle et procréative était un droit fondamental. Un mauvais état de santé sexuelle et procréative est étroitement lié à la pauvreté, car ce sont les personnes démunies qui ont le moins accès à la contraception, aux soins prénataux, à des soins obstétriques qualifiés et au

traitement de la stérilité. Cela n'est toutefois pas systématique, comme le démontrent la réduction substantielle de la mortalité maternelle et infantile au Chili et la disponibilité généralisée de la contraception au Bangladesh. Au Chili, la baisse des taux de mortalité s'est accompagnée d'un rétrécissement considérable de l'écart de ces taux entre les différents groupes socioéconomiques. Bien que la pauvreté soit un dénominateur commun de la plupart des difficultés d'accès aux soins de santé, la santé sexuelle et procréative dépend également de la situation matrimoniale, de l'âge, de l'orientation et de l'identité sexuelles, et du statut sérologique à l'égard du VIH. Les adolescents, par exemple, ont un accès à la contraception plus limité que les adultes.

14. Un certain nombre de domaines exigent une attention particulière. Il est difficile d'assurer l'accès à une information de planification familiale scientifiquement fondée et à une gamme complète de méthodes contraceptives modernes, et d'éliminer les obstacles financiers et juridiques. Une éducation sexuelle globale, objective et adaptée à l'âge, débutant dans la petite enfance et se poursuivant à l'adolescence, est essentielle pour donner à la jeunesse les moyens de se protéger. Il est aussi essentiel que les jeunes aient accès aux services de santé sexuelle et procréative sans avoir à demander l'autorisation parentale, en tenant compte de leur capacité d'évolution et de leur intérêt supérieur, et conformément aux principes de confidentialité et de respect de la vie privée.

15. L'avortement médicalisé, lorsqu'il est autorisé par la loi, n'est parfois possible que dans quelques centres urbains. Treize pour cent des décès maternels sont dus à des avortements pratiqués dans des conditions dangereuses; les motifs légaux permettant des avortements médicalisés doivent donc être élargis. L'adoption de réglementations s'impose afin de veiller à ce que les femmes puissent avoir recours à l'avortement si le personnel médical invoque l'objection de conscience.

16. Les rapports sexuels librement consentis entre adultes doivent cesser d'être un délit. La criminalisation de la transmission du VIH/sida est un moyen de prévention inefficace et elle compromet les droits des femmes. Les droits des personnes séropositives et des minorités sexuelles doivent être protégés.

17. Les taux de mortalité et de morbidité maternelles varient selon la couverture géographique et le coût des services, l'affectation de ressources à l'infrastructure de santé de base, les équipements et les médicaments, comme selon le nombre et la qualification des prestataires de soins. Les autres déterminants de la santé comprennent l'exclusion des femmes et des filles des processus décisionnels concernant leur propre santé, comme l'analphabétisme et les violences sexuelles.

18. Les statistiques disponibles sont souvent insuffisantes pour permettre une planification adéquate des programmes. Il y a peu d'informations sur les naissances et les décès, le comportement sexuel des adolescents et leur accès aux soins, ou les avortements non médicalisés cause de mortalité maternelle. De même, les données sont insuffisantes s'agissant de l'état de santé sexuelle et procréative des migrants, des réfugiés, des personnes déplacées, des personnes handicapées, de celles qui ont une orientation sexuelle différente, des travailleurs du sexe, ou du tourisme médical à des fins d'avortement ou de traitement de la stérilité.

19. L'Organisation mondiale de la santé a défini des normes et des règles en faveur de politiques de santé scientifiquement fondées, de programmes et de services concernant la planification familiale, l'avortement médicalisé, la santé maternelle, néonatale et infantile, les soins de santé primaire en matière de sexualité et de procréation et la santé procréative des réfugiés, et pour la mise en œuvre de sa Stratégie relative à la santé procréative. Pour promouvoir la santé sexuelle et procréative, elle a conçu un outil fondé sur les droits de l'homme dont une version a été adaptée aux besoins des adolescents. L'OMS a également conçu un mécanisme permettant de déterminer si les réglementations nationales relatives à

la santé sexuelle et procréative sont conformes aux obligations des États en matière de droits de l'homme et elle continue d'assurer au niveau mondial un suivi et des activités de conseil à la communauté internationale.

20. **M. Khosla** (Amnesty International) déclare que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement a reconnu la santé sexuelle comme un élément de la santé procréative. Une approche intégrée de la sexualité et de la santé procréative s'impose, et Amnesty International appelle le Comité à placer son observation générale dans le cadre global des droits liés à la sexualité et à la procréation. Cette approche devrait également transparaître dans l'intitulé de son observation.

21. L'Observation générale n° 14 révèle que la santé sexuelle et procréative dépend de l'exercice de divers droits fondamentaux indissociables, notamment les droits à l'alimentation, à l'éducation, à la non-discrimination, à la dignité, à la vie et à l'égalité. L'observation générale proposée offre l'occasion de souligner des droits spécifiques, tels la liberté de pensée, de conscience et de religion, le droit de choisir son conjoint et celui d'être protégé contre toute forme de violence sexuelle, et leur interdépendance avec la santé sexuelle et procréative.

22. La réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative exige un ensemble d'informations et de services. Une interprétation sélective de ce droit est tout simplement inopérante. L'observation générale proposée donnera au Comité la possibilité d'affirmer que les États ne sont en rien fondés à ne pas prendre les mesures appropriées pour fournir une gamme complète d'informations et de services concernant la santé sexuelle et procréative. Les approches sélectives qui incluent la prévention des grossesses non désirées, mais négligent l'offre de services permettant de réaliser des avortements médicalisés en toute légalité, violent les droits fondamentaux et ont une incidence néfaste sur la santé et le pouvoir de décision des femmes. De même, les approches qui excluent les jeunes femmes, les filles, les personnes célibataires ou lesbiennes, gays, bisexuelles ou transgenres, violent les droits de l'homme. Une étude d'Amnesty International relative aux législations et aux politiques nationales en matière de santé sexuelle, procréative et maternelle fait apparaître la nécessité de directives rigoureuses concernant des stratégies non sélectives. De nombreuses lois et politiques en matière de santé ignorent ou traitent de manière inadéquate les questions jugées sensibles sur le plan politique ou culturel, au mépris des violations des droits de l'homme qui en résultent.

23. La non-discrimination et l'égalité sont les fondements des droits à la santé sexuelle et procréative. L'Observation générale n° 14 du Comité appelle à une approche de la santé basée sur l'égalité entre les sexes. Pour mettre en œuvre leurs obligations, les États doivent s'engager à assurer l'égalité entre les sexes et l'absence de discrimination fondée sur l'âge, la situation matrimoniale, l'orientation ou l'identité sexuelles.

24. Le Comité devrait également prêter attention aux discriminations multiples. Comme l'a relevé le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, certaines femmes subissent des discriminations fondées sur la race, l'appartenance ethnique, la religion, le handicap, l'âge et/ou la classe sociale, qui les empêchent d'accéder aux soins de santé sexuelle et procréative. L'incidence de ces facteurs doit être examinée; malheureusement, l'existence des discriminations multiples est faiblement reconnue dans les activités et les politiques publiques.

25. L'observation générale proposée offre au Comité l'occasion d'exposer en détail son avis sur les motifs de discrimination tolérés et interdits, qu'il a donné dans l'Observation générale n° 14. Le Comité devrait en particulier examiner les raisons invoquées aux restrictions imposées qui entravent l'exercice des droits de l'homme. Cette question inclut les interventions en matière de santé sexuelle et procréative entreprises sans le consentement libre et éclairé de la personne concernée. Une attention particulière devrait

être accordée aux cas dans lesquels les processus législatifs nationaux sont cités en renfort des lois et politiques qui violent les droits de l'homme. Le Comité devrait réaffirmer que les États ne doivent pas invoquer les coutumes, traditions ou considérations d'ordre religieux pour faire obstacle au droit à la santé sexuelle et procréative.

26. Le Comité devrait également examiner les cas de conflit potentiel entre d'une part, les conceptions morales et d'autre part, les principes des droits de l'homme et les arguments de santé publique. L'éducation sexuelle est l'un des exemples cités par l'ancien Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation dans son récent rapport (A/65/162), dans lequel il note qu'une éducation sexuelle complète doit également reposer sur des données scientifiques et favoriser l'intégration des personnes dans une société plus démocratique et plus égalitaire.

27. Les États parties pourraient tirer profit du droit à un recours et à une réparation adéquate. L'observation générale pourrait à toute fin utile explorer comment le droit aux mécanismes de responsabilité peut opérer en matière de santé sexuelle et procréative, et où ces mécanismes doivent être modifiés pour remédier aux obstacles spécifiques. Un exemple classique est le refus du droit à la santé sexuelle et procréative dû à l'absence de réglementation de l'exercice du droit à l'objection de conscience que des professionnels de santé invoquent pour refuser certains types de soins. Le Comité devrait également étudier les cas dans lesquels des mesures visant à garantir la pleine jouissance des soins en matière de santé sexuelle et procréative devraient être adoptées à titre de réparation, par exemple la prestation d'une gamme complète de services médicaux et psychosociaux aux victimes de viol. L'observation générale doit mettre l'accent sur la nécessité de posséder des données ventilées pour guider des interventions ciblées en faveur des groupes menacés d'exclusion, de stigmatisation ou de privation de leur autonomie décisionnelle. Les femmes et les filles doivent disposer de recours efficaces contre le gouvernement de leur pays pour atteinte à leurs droits fondamentaux. Le Comité a un rôle important à jouer à cet égard en aidant les États parties à mettre en place des mécanismes nationaux de surveillance et de responsabilité.

28. **M. Riedel** convient avec M<sup>me</sup> Yamin de la nécessité de corriger les lacunes de l'Observation générale n° 14. Au cours des dernières années, le Comité a examiné un certain nombre de cas qui montrent que les problèmes relatifs à la santé sexuelle et procréative subsistent dans presque tous les pays. M. Riedel approuve en particulier les remarques de M<sup>me</sup> Yamin sur la dimension de l'intégration et sur les déterminants sociaux.

29. Les choix en matière d'action sociale sont à l'origine du problème et l'Observation générale n° 14 n'a pas suffisamment traité ce point. M. Riedel a notamment présenté à l'esprit l'obligation pour l'État de s'acquitter de ses responsabilités, domaine qui concerne la réalisation progressive des droits. Les avis du Comité sur l'affectation de ressources dans le cadre du paragraphe 1 de l'article 2 du Pacte, et l'observation générale n° 3 devraient être incorporés à l'observation générale proposée.

30. M. Riedel demande quelles sont les mesures adoptées par l'OMS pour encourager les États à appliquer les normes relatives aux droits de l'homme et faire ainsi progresser la santé sexuelle et procréative. M<sup>me</sup> d'Arcangues a également mentionné l'existence à cette fin d'un outil créé par l'OMS fondé sur les droits de l'homme, et son adaptation aux adolescents, mais il lui semble que l'OMS attend du Comité qu'il mette l'accent sur cet aspect. N'est-ce pas cependant une question à laquelle l'OMS devrait prêter davantage attention?

31. M. Riedel se félicite que M. Khosla ait mentionné les questions ayant trait aux recours, aux réparations, à la responsabilisation, à l'objection de conscience et à la mise en place de services médicaux et psychosociaux en faveur des victimes de viol, et il souligne la nécessité de disposer de recours judiciaires au niveau national. L'observation générale

proposée pourrait aider à cet égard les institutions nationales de défense des droits de l'homme.

32. **M<sup>me</sup> Bras Gomes** dit qu'une observation générale vise à clarifier un droit ou l'élément constitutif d'un droit. Le Comité se fonde sur les informations qu'il recueille auprès des États parties. Dans un tel contexte, il ne peut certainement pas souhaiter formuler une interprétation sélective. M<sup>me</sup> Bras Gomes aimerait se voir préciser la nature exacte des interprétations sélectives que le Comité devrait éviter dans l'observation générale proposée.

33. **M. Kedzia** demande à M<sup>me</sup> d'Arcangues de préciser sa remarque quant au fait que la criminalisation de la transmission du VIH/sida était un moyen de prévention inefficace et menaçait les droits fondamentaux des femmes. Il demande si cela implique la décriminalisation de la transmission du VIH/sida lorsque la personne infectée a transmis sciemment le virus.

34. **M<sup>me</sup> Barahona Riera**, notant les différences d'interprétation de la notion de droit à la santé sexuelle et procréative, demande si certains éléments de la définition ont été omis alors qu'ils auraient dû être inclus.

35. **M<sup>me</sup> Mostafa Rizk** (Égypte) déclare que sa délégation aurait souhaité que le concours préalable des États parties soit sollicité. Lorsque le Comité s'engage dans un processus de rédaction d'une observation générale, d'interprétation du Pacte et de recherche des lacunes de la protection des droits économiques, sociaux et culturels, les États parties doivent être davantage impliqués.

36. Il lui semble que le débat évolue dans une seule direction, à savoir la question de l'avortement. Les interprétations divergent sur ce sujet très sensible et le Comité ne devrait pas chercher à promouvoir la légalisation de l'avortement en l'interprétant comme quelque chose d'inhérent au droit à la santé sexuelle et procréative. Selon elle, ce droit concerne l'accès aux soins de santé, mais pas nécessairement la question de l'avortement, car celle-ci relève de la santé maternelle. Elle aimerait également avoir des précisions sur les questions de criminalisation de la transmission du VIH/sida et de sélectivité.

37. **M. Nabeel** (Pakistan) souligne que le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible est essentiel au bien-être global de la personne et donc à la jouissance du droit à la vie et de tous les autres droits. Toutefois, le Pacte ne mentionne pas le droit à la santé sexuelle et procréative, ou à ce sujet l'avortement. Le Comité ne devrait pas formuler une observation générale sur des questions pour lesquelles les États parties ne partagent pas le même avis. Le Pakistan reste très attaché au Pacte et prend toutes les mesures nécessaires pour en assurer au mieux la mise en œuvre.

38. **M. Flores Bermúdez** (Honduras) dit que son Gouvernement s'est maintes fois exprimé dans des forums internationaux en faveur de la réalisation du droit à la santé sexuelle et procréative dans le cadre de sa législation nationale et de ses obligations internationales. Son Gouvernement approuve le dialogue sur l'interdépendance et l'interaction des droits de l'homme, mais il reste convaincu que la question de la santé en matière de sexualité et de procréation ne relève pas du Pacte.

39. **M. Texier**, en réponse à la remarque précédemment formulée par la délégation égyptienne, demande instamment à tous les États parties de faire entendre leur voix en fournissant des renseignements écrits et en participant au débat.

40. Il se dit en net désaccord avec l'affirmation selon laquelle le Comité n'est pas habilité à rédiger une observation générale sur le droit à la santé sexuelle et procréative, au motif que celui-ci ne figure pas dans le Pacte. Les États parties ont donné mandat au Comité non seulement pour examiner leurs rapports, rédiger des conclusions et formuler des recommandations, mais également pour émettre des observations générales. Le fait

qu'un droit ne figure pas dans le Pacte n'empêche pas le Comité de rédiger une observation générale à son sujet. Pour citer un exemple, le Comité a rédigé l'Observation générale n° 15 relative au droit à l'eau, droit qui ne figure nulle part dans le Pacte mais qui, de toute évidence, relève du droit à la santé et à l'alimentation.

41. Il admet avec les précédents intervenants le caractère très sensible du problème de l'avortement. Le Comité lui-même est très divisé sur la question complexe de savoir quand débute la vie, et il serait erroné de supposer qu'il a adopté une position claire à ce sujet. La réunion actuelle a au contraire pour objet de contribuer à clarifier le point de vue du Comité, qui ne préparera pas son observation générale sans un débat approfondi. L'observation générale sera très mesurée sur des sujets difficiles tels le début de la vie et l'avortement. D'où la nécessité pour les États parties de formuler leurs positions par écrit.

42. **M. Sadi** signale qu'il souhaite également écarter l'idée selon laquelle le Comité est très favorable à un droit sans restriction à l'avortement. Il attend que des intervenants évoquent les différentes manières de traiter les maladies sexuellement transmissibles et le sida en particulier. La prostitution des enfants et les mariages précoces, l'exploitation et les abus sexuels, et la question de la prostitution doivent être plus sérieusement étudiés. Il serait donc utile de recenser les éléments qui devraient figurer au débat.

43. **M<sup>me</sup> Miller** (Malte) dit, de l'avis de sa délégation, que la question de l'avortement ne peut être examinée que dans le cadre du droit à la vie. Le Gouvernement maltais réaffirme sa position selon laquelle l'avortement constitue un déni du droit fondamental à la vie, droit qu'il reconnaît dès la conception. Le fait de mentionner des services et des droits relatifs à la santé sexuelle et procréative n'implique pas que l'avortement y soit inclus, ni l'obligation de considérer l'avortement comme un droit ou un service de santé. En conséquence, la question de l'avortement ne peut être envisagée dans le cadre des droits, mais uniquement comme une question relevant de la législation nationale. **M<sup>me</sup> Miller** cite dans ce contexte le paragraphe 8.25 du Programme d'action du Caire qui dispose "toute mesure ou modification liée à l'avortement dans le cadre du système de santé ne peut être déterminée qu'au niveau national ou local selon le processus législatif national". Le droit international n'a pas reconnu le droit à l'avortement et il est inapproprié qu'une observation générale le fasse dans le cadre de la santé sexuelle et procréative.

44. Bien que le Gouvernement maltais considère que la santé sexuelle et procréative n'inclut pas un droit à l'avortement, il soutient fermement le fait que les mesures visant à satisfaire les droits à la santé en matière de sexualité et de procréation doivent mettre l'accent sur les aspects positifs de l'éducation, de la protection sociale et des soins de santé.

45. **M. Parodi** (Chili) dit qu'il importe de renforcer l'application de tous les droits fondamentaux. Le système de santé public doit être développé pour améliorer la qualité des services, l'accessibilité et la non-discrimination. Toutefois, le Chili condamne l'avortement, qui est un refus du droit à la vie. La santé sexuelle et procréative ne peut en aucun cas comprendre l'avortement.

46. **M<sup>me</sup> Goy** (Luxembourg) dit que l'observation générale sera très utile au Conseil des droits de l'homme lors de son examen de la question de la mortalité maternelle, sur laquelle il a déjà adopté deux résolutions.

47. **M<sup>me</sup> Barahona Riera** se félicite de la participation des États parties à la journée de débat général dont l'annonce a été faite et diffusée en temps opportun pour permettre à toutes les parties intéressées de s'y inscrire et d'y participer.

48. La santé sexuelle et procréative est l'une des principales questions étudiées par le Comité en liaison avec l'article 12 du Pacte concernant le droit à la santé. Pendant plus de 15 ans, le Comité a adressé dans ses observations finales des recommandations sur ce sujet aux États parties. Bien que la mortalité maternelle, dont l'avortement est incontestablement

l'une des nombreuses causes, soit pour la communauté internationale une question très importante, le présent débat devrait être axé sur le droit à la santé sexuelle et procréative dont de nombreux États parties se préoccupent depuis la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994. Le Comité a déjà mentionné la santé en matière de sexualité et de procréation dans son Observation générale n° 14. La présente tribune ne devrait pas servir à élaborer des thèses sur une question particulière, mais à débattre et à dialoguer sur tous les aspects variés et complexes de la santé sexuelle et procréative, qui influe sur la vie de millions d'hommes et de femmes et qui est traitée de diverses manières par les différentes législations et pratiques nationales.

49. **M. Hani** (Liban) dit que, conformément aux définitions admises lors de la Conférence internationale sur la population et le développement et de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes, la santé procréative n'englobe pas nécessairement le droit à l'avortement. Le Comité des droits de l'enfant considère clairement que la protection de la vie débute dès la conception. Les droits à la vie et à la santé sont interdépendants et devraient être envisagés conjointement. Une observation générale du Comité sur la santé sexuelle et procréative serait d'une légitimité douteuse, car le sujet n'est pas explicitement mentionné dans le Pacte. La notion de santé sexuelle et procréative devrait du moins être étendue, pour inclure des questions telles la santé des hommes et des garçons et la prévention du cancer du sein. Les États devraient combattre la discrimination, l'inégalité entre les sexes et la violence à l'égard des femmes, et prévenir, par tous les moyens, les grossesses non désirées.

50. **M<sup>me</sup> Vizcaya** (Nicaragua) souligne l'importance que son Gouvernement attache à la santé en matière de sexualité et de procréation à tous les stades de la vie. Le modèle de santé national est considéré comme un processus social étroitement lié au développement humain, et repose sur les valeurs et les normes de comportement des personnes, des familles et des communautés. La santé sexuelle et procréative est une question intersectorielle qui devrait être considérée du point de vue du cycle de la vie, comme de celui des droits et de l'égalité entre les sexes. Le Nicaragua a défini une stratégie nationale sur la santé sexuelle et procréative qui incorpore cette vision. L'avortement, totalement interdit, est un délit relevant du Code pénal.

51. **M<sup>me</sup> Lee** (Alliance internationale pour les personnes handicapées), soulignant l'indivisibilité des droits et le cadre dans lequel la santé procréative doit être examinée, dit que la Convention relative aux droits des personnes handicapées offre des indications utiles car elle a été adoptée suite à la discrimination et aux abus dont font couramment l'objet les personnes handicapées dans de nombreux domaines, notamment en matière de santé sexuelle et procréative. La Convention s'est écartée d'une perspective purement médicale pour passer à une reconnaissance des personnes handicapées en tant que sujets dotés de leurs propres droits. M<sup>me</sup> Lee attire l'attention en particulier sur l'article 23 de la Convention, qui traite de la planification familiale, de l'éducation à la santé procréative et de questions connexes.

52. **M<sup>me</sup> Mountenay** (Endeavour Forum Inc.) attire l'attention sur les incidences potentiellement négatives pour la santé des avortements même légaux, mentionnant en particulier les études qui font observer un lien entre l'interruption volontaire de grossesse et le risque accru de cancer du sein. Pour réduire la mortalité maternelle dans les pays en développement, elle dit que des efforts devraient être consacrés à améliorer l'accès à l'eau propre, à l'alimentation, à la sécurité hématologique et à celle des soins obstétriques.

53. **M. Khosla** (Amnesty International), soulignant la nature complexe et multiforme de la question, dit qu'il n'y a pas de solution "unique pour tous". Pour définir la santé sexuelle et procréative et les droits en la matière, il faut chercher des orientations dans les systèmes existants. L'accent mis par le Programme d'action du Caire sur la santé sexuelle et procréative, en tant qu'état global de bien-être physique, psychologique et social et sur

l'amélioration de la vie et des relations personnelles, encourage une perspective qui ne se limite pas uniquement à la procréation. Les droits à la santé en matière de sexualité et de procréation sont inséparables; de même, la prévention des grossesses non désirées ne peut être isolée de l'offre de services d'interruption volontaire de grossesse médicalisés. Le dialogue sur une question aussi controversée est essentiel. Amnesty International n'a pas pour objectif d'obtenir des avortements à la demande, mais de promouvoir la décriminalisation de l'avortement. En cas de risques pour la santé de la mère ou du fœtus, de viol ou d'inceste, il est particulièrement important que des services d'interruption de grossesse soient accessibles, sans encourir de poursuites judiciaires. Le taux élevé de mortalité maternelle due à des avortements non médicalisés doit inciter la communauté internationale à engager un dialogue sur la question. En outre, des soins post-avortement devraient être dispensés, même là où l'avortement est un délit.

54. **M<sup>me</sup> d'Arcangues** (Organisation mondiale de la santé) dit que l'outil fondé sur les droits de l'homme employé par l'OMS a été adapté pour traiter des questions de santé sexuelle et procréative des adolescents. L'OMS a informé les organes conventionnels relatifs aux droits de l'homme de la situation qui prévaut dans différents pays en matière de santé sexuelle et procréative, et elle recueille actuellement dans le monde entier des exemples sur la manière dont les tribunaux ont invoqué les droits dans les affaires liées à la santé sexuelle. L'OMS offre des éléments d'appréciation pour alimenter les débats aux niveaux mondial, national et régional.

55. Compte tenu de la difficulté d'attribution de la transmission du VIH, la criminalisation n'est pas souhaitable. Elle tend en effet à dissuader d'effectuer les tests de VIH et à exacerber les rapports de force entre les partenaires sexuels, au détriment des femmes. L'OMS publiera prochainement ses dernières évaluations relatives aux taux mondiaux de l'avortement. Plus la législation en matière d'avortement est restrictive, plus l'avortement se pratique dans de mauvaises conditions et provoque des décès. Les taux d'avortement ne sont pas fortement influencés par la législation, mais ils sont moins élevés lorsque les personnes ont accès à l'information, à l'éducation sexuelle et aux services de planning familial. La réduction du taux mondial d'avortement s'explique essentiellement par une diminution des avortements médicalisés car la population est mieux informée, alors que le taux des avortements pratiqués dans des conditions d'insécurité est resté le même depuis plusieurs décennies. M<sup>me</sup> d'Arcangues dit qu'il n'existe aucun lien entre l'avortement et le cancer du sein et approuve l'observation de M. Khosla sur l'importance des soins post-avortement.

56. **M<sup>me</sup> Yamin** (Université de Harvard) invite instamment le Comité à ne pas omettre les questions litigieuses, telles la prostitution et l'avortement, dans sa proposition d'observation générale. L'avortement à la demande n'est pas souhaitable, mais des normes existent déjà au sein du Comité, d'autres organismes et de certaines législations nationales, en ce qui concerne les circonstances dans lesquelles l'avortement devrait être légalisé, notamment l'inceste et un risque pour la santé maternelle. De nombreux organismes, y compris le Comité, ont déjà reconnu que les sévères restrictions à l'avortement mettent en péril les droits des femmes à la vie, à la santé et à celui de ne pas être soumises à des traitements cruels et inhumains. Lorsqu'ils sont légaux, les services d'interruption de grossesse doivent être accessibles à toutes les femmes. Les soins obstétriques d'urgence sont essentiels non seulement pour la sécurité de la grossesse et de l'accouchement, mais également pour la sécurité des avortements. Divers organes conventionnels ont également admis que les États ne devraient pas contraindre les femmes à avouer qu'elles ont avorté quand elles bénéficient ensuite de soins, et devraient s'attaquer à la discrimination et à son incidence sur la pratique d'avortements. Le Comité devrait tenir compte des normes existantes dans l'élaboration de son observation générale.

57. Le **Président** souligne la nature ouverte et participative de la journée de débat général. Il dit que les États parties ont été informés à l'avance de l'ordre du jour du Comité et que la participation de tous aurait été souhaitée.

58. Le Comité a toute compétence pour rédiger l'observation générale relative à la santé sexuelle et procréative, en partie car il estime que l'article 12 du Pacte se réfère au droit de chacun de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, et en partie parce que cet article mentionne explicitement la réduction de la mortalité néonatale et infantile. Les observations générales ne sont pas des accords contraignants; elles visent plutôt à aider les États parties à comprendre l'interprétation du Comité sur les aspects juridiques des droits du Pacte. Elles représentent le fruit d'une étude et de débats prolongés, notamment avec les États parties. Le Président encourage les représentants des États parties et de la société civile à consulter les différentes observations finales émanant du Comité, dans lesquelles il demande aux États parties d'expliquer quelles mesures ils adoptent pour appliquer l'article 12 du Pacte et en particulier, pour réduire le nombre de décès dus à l'avortement. L'avortement, toutefois, n'est pas le sujet de l'observation générale proposée.

59. Le droit à la santé sexuelle et procréative ne saurait être contesté. Par le présent débat et par d'autres voies, le Comité s'enquiert des avis et des préoccupations en la matière de la communauté internationale pour éclairer ses délibérations sur la formulation d'une observation générale. Le Président souligne le rôle du Comité en tant qu'organe indépendant et non politique chargé de garantir le respect des droits énoncés dans le Pacte.

60. **M<sup>me</sup> Melo** (Fonds des Nations Unies pour la population) souligne la complexité du droit à la santé sexuelle et procréative qui touche aux questions essentielles de la société. Les participants au débat font confiance au Comité et ils s'efforceront de contribuer au mieux à son travail.

61. Le **Président** annonce que la deuxième réunion-débat sera animée par M<sup>me</sup> Jane Connors du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme.

*Réunion-débat 2: Aspects normatifs*

62. **M<sup>me</sup> Connors** (Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme) dit que le deuxième débat mettra l'accent sur les obligations des États parties telles qu'elles s'appliquent généralement, et sur les groupes spécifiques qui nécessitent une protection particulière. Les violations et la mise en œuvre des droits au niveau national seront également traitées, en particulier en ce qui concerne les systèmes de santé. M<sup>me</sup> Connors présente ensuite les participants au débat.

63. **M<sup>me</sup> Gruskin** (Université de Harvard), soulignant l'importance des résultats obtenus par le Comité, l'intérêt qu'ils présentent pour les responsables, les universitaires et les militants, et leur incidence sur la jouissance des droits des personnes, dit que l'observation générale proposée devrait clairement disposer l'obligation pour les gouvernements de garantir à chacun la santé en matière de sexualité et de procréation, notamment aux femmes, aux hommes, aux personnes transgenres, aux adolescents et à tous les groupes spécifiquement mentionnés dans l'Observation générale n° 20 du Comité comme nécessitant une protection contre la discrimination.

64. Plutôt que d'imaginer quelque chose de nouveau, le Comité devrait réunir les idées existantes en ce qui concerne les normes juridiques actuelles et les données pertinentes de santé publique. L'observation générale proposée devrait explicitement se référer à la santé sexuelle et procréative telle qu'elle est définie par l'OMS et d'autres organismes, et se fonder sur les obligations énoncées dans les Observations générales n° 14 et 20 du Comité. Les obligations relatives à la santé sexuelle et procréative devraient être clairement énoncées en fonction des droits du Pacte; la mention d'un nouveau droit spécifique à la

santé sexuelle et procréative devrait être évitée en raison de ses implications juridiques, et l'intitulé de l'observation générale proposée devrait donc être modifié en conséquence.

65. Le Comité devrait s'abstenir de recommander un ensemble minimal de services, en raison de la grande diversité des questions relatives à la santé sexuelle et procréative; il devrait plutôt mettre l'accent sur la protection des droits existants car ils sont liés à la fois aux déterminants fondamentaux de la santé et à l'offre de services de santé sexuelle et procréative accessibles et de qualité. Une approche de portée générale devrait être employée pour permettre aux États de recenser les services minimum dont ils ont besoin, mais en énonçant clairement l'obligation de s'employer à leur réalisation progressive. Les efforts engagés par les États pour protéger les droits à la santé sexuelle et procréative devraient être envisagés comme un continuum. Enfin, M<sup>me</sup> Gruskin exhorte le Comité à ne pas renoncer à traiter les questions sensibles telles la violence sexuelle, l'avortement et l'accès des adolescents aux services de santé sexuelle et procréative.

66. **M<sup>me</sup> Melo** (Fonds des Nations Unies pour la population) attire l'attention sur les questions relatives à des groupes spécifiques, tels les personnes handicapées, les peuples autochtones et les personnes âgées, qui devraient être prises en compte dans une observation générale sur la santé sexuelle et procréative.

67. Les personnes handicapées sont moins susceptibles d'être informées des questions de santé sexuelle et procréative et d'avoir accès aux services de santé appropriés, qu'il s'agisse du planning familial ou de soins prénatals, périnatals et postnatals. Les attitudes négatives à leur égard de la part des personnels de santé entre autres, entravent souvent l'accès à l'information et aux services. Les articles 23 et 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées reconnaissent les droits à la santé sexuelle et procréative des personnes handicapées. La Convention dans son ensemble s'inspire des huit principes fondamentaux énoncés à l'article 3, qui devraient s'appliquer sans discrimination à toute personne handicapée.

68. Une réforme juridique et politique doit être entreprise en consultation avec les personnes handicapées et leurs organisations. L'observation générale proposée devrait prendre en compte la nécessité pour les États d'adopter et d'appliquer des lois, des politiques et des programmes qui se conforment à la Convention tout en préservant les droits des personnes handicapées au mariage, à la famille, à la parentalité et aux relations mutuelles sur un pied d'égalité avec les personnes non handicapées. Une attention particulière devrait être accordée à assurer l'égalité de fait pour les femmes handicapées, grâce notamment à une action positive et à l'établissement de statistiques suffisamment ventilées sur les personnes handicapées pour déceler les cas de discrimination multiple.

69. Souvent, les peuples autochtones n'ont pas accès aux soins de santé, non seulement en raison de leur isolement géographique, mais parce que leurs préoccupations ne sont pas prises en considération dans les priorités et les schémas nationaux. Malgré quelques progrès récents dans la création de normes internationales dans le domaine des droits de l'homme, et l'obtention d'une participation accrue des populations autochtones aux processus politiques, leur vie, leur santé, leurs cultures, leurs valeurs et leurs traditions sont encore menacées.

70. L'observation générale relative au droit à la santé sexuelle et procréative devrait demander aux États de garantir aux autochtones les mêmes droits fondamentaux qu'au reste de la population. Les efforts pour protéger ces droits doivent prendre en compte les aspects propres à leur identité. Les États parties au Pacte doivent reconnaître que le savoir traditionnel des peuples autochtones est essentiel à la réalisation de leur droit à la santé sexuelle et procréative. Les services de santé y relatifs, pour les autochtones et les non-autochtones, doivent être accessibles, de bonne qualité et culturellement acceptables. Les peuples autochtones d'Amérique latine par exemple, ont développé un système de

croyances et de pratiques s'agissant du corps humain, fondé sur la vie en harmonie avec les autres, la nature et l'univers spirituel. La force et la survie des peuples autochtones sont liées à leurs systèmes traditionnels de santé.

71. S'agissant de la situation des personnes âgées, M<sup>me</sup> Melo relève le principe communément admis selon lequel ces personnes n'ont pas, ou ne devraient pas avoir d'activités sexuelles, ce qui non seulement contribue aux stéréotypes et à la stigmatisation, mais également les empêche d'avoir accès aux services et à l'information. Les personnes âgées sont parfaitement habilitées à bénéficier à titre préventif et thérapeutique de services et d'informations en matière de santé sexuelle et procréative. Les systèmes de santé doivent être attentifs aux besoins et à la dignité des personnes âgées. Les données disponibles montrent qu'elles sont davantage exposées aux risques de contracter le VIH et autres maladies sexuellement transmissibles et moins enclines à avoir des relations sexuelles protégées. Des campagnes et des programmes d'information devraient donc également cibler les personnes âgées.

72. **M. Mazin** (Organisation panaméricaine de la santé) dit que la santé sexuelle et procréative pourrait et devrait être une source de bien-être, de satisfaction et d'épanouissement personnels et collectifs. Le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation doit donc servir de cadre aux efforts engagés par les États parties pour promouvoir et appliquer le droit à la santé dans son ensemble.

73. La sexualité comporte plusieurs aspects qui, associés au contexte social, étayent le concept d'égalité entre les hommes et les femmes. La procréation est l'une des facettes de la sexualité humaine, positive quand elle est désirée et sans risque physique ou effet dommageable, mais susceptible également d'engendrer une détresse considérable lorsqu'elle n'est pas souhaitée, ou lorsqu'elle s'accompagne de coercition ou même comporte un risque pour la vie. La sexualité peut également être liée à des violations des droits découlant du Pacte. L'amélioration de la santé sexuelle et procréative devrait inclure l'élimination des obstacles à l'épanouissement des relations personnelles et la prévention des effets négatifs associés à la sexualité et à la procréation. S'agissant des droits relatifs à la santé sexuelle et procréative, les obligations incombant aux systèmes de soin comprennent la possibilité pour les personnes de prendre des décisions réfléchies et non contraintes en matière de sexualité et de procréation, un accès égal aux services de soins de santé sexuelle et procréative à tous les stades de la vie, la promotion de la participation du public aux processus décisionnels en matière de soins de santé, l'amélioration de la santé sexuelle de la population par des initiatives spécifiques, et une meilleure protection contre les conséquences financières d'une mauvaise santé sexuelle et procréative.

74. Les systèmes de soins de santé doivent également traiter et aider les victimes de violations des droits de l'homme liées à la sexualité et à la procréation. Les services clandestins doivent être remplacés par des pratiques médicalisées dans l'optique d'une meilleure prise en compte des besoins des femmes, de la gestion des maladies sexuellement transmissibles et du recours à l'avortement. L'usage d'informations trompeuses et pseudo-scientifiques pour inciter les personnes à prendre des décisions potentiellement nocives doit être dénoncé. Les programmes de santé procréative doivent également être élargis pour prendre en charge les préoccupations et les problèmes liés à la sexualité. Les prestataires de soins de santé devraient être formés pour traiter les personnes d'une manière sensible et respectueuse, quelles que soient leur identité et leur orientation sexuelles. Les interventions et le matériel nécessaires à la prévention, au diagnostic et au traitement des maladies sexuellement transmissibles, notamment du VIH, doivent être garantis, et le droit à la confidentialité des usagers de ces services doit être respecté.

75. Les stérilisations forcées et les mutilations génitales féminines devraient être dénoncées, comme tous les traitements qui relèvent du fanatisme et de la haine, de même que les opérations forcées de changement de sexe pour les homosexuels et les thérapies

dites de conversion. Des services devraient être mis en place pour aider les couples à prendre des décisions en matière de sexualité et de procréation et pour examiner les problèmes sexuels et traiter les dysfonctionnements et les troubles relatifs à la sexualité. La santé sexuelle et procréative doit être reconnue comme un droit de l'homme essentiel.

76. **M<sup>me</sup> Hocitor** (Commission internationale de juristes) dit que l'obligation des États parties de respecter les droits découlant du Pacte inclut la protection contre les interventions non consenties en matière de santé sexuelle et procréative, effectuées par des agents de l'État, notamment la stérilisation forcée, les tests obligatoires de grossesse ou de maladies sexuellement transmissibles, la contraception et l'avortement imposés, les examens gynécologiques ou anaux imposés, et les opérations médicalement inutiles sur les enfants intersexués.

77. Les cadres juridiques et réglementaires ne doivent pas limiter l'accès aux services de soins de santé sexuelle et procréative pour des raisons de situation matrimoniale, ou l'accès à l'information ou aux services pour des raisons d'âge. Les lois qui pénalisent l'activité sexuelle consentie, telles les relations hors mariage, l'homosexualité, l'adultère et les relations sexuelles entre adolescents, constituent aussi des manquements à l'obligation de respect. Les pratiques et les politiques publiques qui censurent ou dissimulent l'information, ou présentent une information fausse ou discriminatoire en matière de santé sexuelle et procréative, doivent être supprimées. Les exemples incluent les programmes d'éducation sexuelle dans les écoles publiques qui emploient des stéréotypes sexistes bien ancrés, décrivent de façon inexacte l'efficacité des préservatifs, ou présentent l'abstinence comme le seul moyen efficace de prévenir les maladies sexuellement transmissibles et les grossesses.

78. Les obligations des États en matière de protection des droits consacrés dans le Pacte comprennent la mise en place d'un cadre juridique pour prévenir les pratiques des acteurs privés qui compromettent et affectent la santé sexuelle et procréative. Ces pratiques incluent la violence et les abus sexuels, le mariage des enfants, le mariage forcé, les tests obligatoires de virginité et les mutilations génitales féminines. Les États parties doivent également réglementer les prestataires de soins privés, les compagnies d'assurance maladie, les établissements d'éducation et les centres de détention privés, pour faire en sorte qu'ils respectent les droits de l'homme. Les manquements à l'obligation de protection englobent également le fait de s'abstenir de prévenir les comportements de tierces parties qui nuisent à l'exercice des droits relatifs à la santé sexuelle et procréative, ou d'enquêter sur ces comportements et de mettre en cause les responsables.

79. S'agissant de l'obligation de garantir l'exercice des droits découlant du Pacte, M<sup>me</sup> Hocitor déclare que des violations peuvent se produire si un État partie s'abstient d'instaurer une politique de santé nationale globale et ouverte à tous. Les exemples incluent l'absence totale de politique de santé sexuelle, une politique de santé sexuelle qui omet de prendre en compte les besoins de groupes particuliers, ou le fait de ne pas faire figurer sur la liste nationale des médicaments, les médicaments et les instruments indispensables à la santé sexuelle et procréative. Le manque d'accès aux services et à l'information relatifs aux soins de santé sexuelle, notamment à la contraception, constitue également une violation. Les États parties devraient fournir à toutes les femmes relevant de leur juridiction des soins de santé maternelle de qualité, comme un accès efficace et en temps opportun à des avortements médicalisés et légaux. Une éducation sexuelle globale et fondée sur les droits de l'homme doit être inscrite dans les programmes scolaires et dispensée d'une manière adaptée à l'âge des élèves. Dans ce contexte, une information exhaustive, scientifiquement exacte doit être assurée en ce qui concerne les questions de planning familial, de contraception, de prévention et de traitement des maladies sexuellement transmissibles, y compris le VIH.

80. S'agissant de la mise en œuvre du droit à la santé sexuelle et procréative, M<sup>me</sup> Hoctor dit que les États doivent reconnaître les droits des personnes et des groupes de participer au processus décisionnel, en tenant dûment compte de la non-discrimination et de l'égalité. Il ne suffit pas de garantir la participation des femmes en général; des mesures doivent être adoptées pour garantir la participation des femmes de divers groupes, telles les femmes handicapées, les jeunes femmes, les lesbiennes, les migrantes, les femmes vivant avec le VIH/sida et celles issues de différents milieux socioéconomiques. Le choix d'indicateurs de santé sexuelle et procréative appropriés est également particulièrement important. La surveillance et l'évaluation doivent être entreprises pour faciliter l'identification des groupes à risques en fonction de données ventilées. Les États doivent également assurer la mise en œuvre de la responsabilité et des recours qui sont utiles à la société toute entière.

81. **M. French** (Save the Children) dit qu'il existe un lien étroit entre les droits à la santé sexuelle et procréative de la mère et les droits de l'enfant à la vie et à la santé. Ce lien devrait être pris en compte dans l'observation générale. A cet égard, le Comité devrait s'inspirer des directives énoncées par le Comité des droits de l'enfant et par ses observations générales. Les modèles concernant le droit à la santé devraient couvrir tout le cycle de la vie.

82. **M<sup>me</sup> Chojecka** (Pologne) dit qu'aux termes de la loi polonaise, les femmes bénéficient d'une protection spéciale pendant la grossesse, l'accouchement et la période postpartum. Les femmes enceintes et les femmes ayant accouché ont droit à des soins gratuits, même si elles n'ont pas d'assurance maladie. La Pologne a récemment adopté des normes juridiques concernant les soins périnatals et les soins aux nouveau-nés, qui défendent les droits des patients. La Pologne fait tout son possible pour prévenir la transmission du VIH et pour fournir des soins aux femmes enceintes et aux enfants porteurs du VIH. Le taux de mortalité maternelle, qui a diminué de 82% au cours des 20 dernières années, suite à la politique menée par le Gouvernement polonais en matière de santé maternelle et infantile, est inférieur à la moyenne de l'Union européenne et au taux des pays qui ont des législations libérales en matière d'avortement.

83. **M<sup>me</sup> Okafor** (Nigéria) dit que l'indifférence à l'égard de la liberté de conscience, des institutions traditionnelles et de la souveraineté des États, pourrait menacer la paix mondiale. Un certain nombre d'erreurs ont été énoncées durant le présent débat, notamment certaines affirmations concernant le lien entre la mortalité maternelle et le manque d'accès à l'avortement. Dans de nombreux pays africains, la mortalité maternelle est en réalité liée à un manque de soins périnatals appropriés et de sages-femmes qualifiées. Une autre erreur du même type est l'affirmation selon laquelle la libéralisation des lois sur l'avortement diminuerait le nombre d'avortements. L'avortement n'est pas, et ne sera jamais, légal au Nigéria. L'observation générale devrait mettre l'accent non seulement sur les droits, mais également sur les responsabilités concomitantes, et elle doit privilégier les valeurs familiales. Il conviendrait d'accorder aux droits de l'enfant, y compris aux droits du fœtus et aux droits paternels, toute la considération qu'ils méritent. Les États ne pourront se voir imposer des valeurs sans tenir compte de leur souveraineté, comme des valeurs et des jurisprudences nationales.

84. **M<sup>me</sup> Richler** (Alliance internationale pour les personnes handicapées) attire l'attention sur la stérilisation très fréquente des personnes handicapées, en particulier celles vivant en institutions. Les personnes handicapées qui ont été exclues de l'enseignement ordinaire sont souvent privées d'éducation sexuelle et de l'information relative au VIH/sida et ne peuvent donc prendre de décisions informées. Les mythes souvent associés au handicap peuvent entraîner des abus. Le respect des droits à la procréation est particulièrement important pour casser la chaîne génétique de certains handicaps.

85. **M<sup>me</sup> Sood** (Youth Coalition for Sexual and Reproductive Rights and the Sexual Rights Initiative) déclare que les adolescents et les jeunes représentent le tiers de la population mondiale et que leurs intérêts devraient être spécifiquement abordés dans l'observation générale relative au droit à la santé sexuelle et procréative. Les politiques et les lois devraient être en harmonie avec les capacités en constante évolution des adolescents et des jeunes. Il faudrait également tenir compte de la manière d'adapter les services de santé sexuelle et procréative à ces groupes et aux personnes du troisième sexe et personnes intersexuées, comme aux travailleurs du sexe.

*La séance est levée à 13 h 20.*