

STRATÉGIES POUR ÉLARGIR  
L'ACCÈS À L'AVORTEMENT  
SANS RISQUE



ADRIENNE GERMAIN ET THERESA KIM

INTERNATIONAL WOMEN'S HEALTH COALITION



**International Women's Health Coalition**

24 East 21st Street, 5th floor, New York, NY 10010

Tél. : +1-212-979-8500 Fax : +1-212-979-9009

Courrier électronique : [info@iwhc.org](mailto:info@iwhc.org)

Web : [www.iwhc.org](http://www.iwhc.org)



## Table des matières

Préface	<i>i</i>
Introduction	1
Justifier l'accès des femmes à des méthodes sûres : ce qui ressort des conférences internationales	2
Justifier l'accès à l'avortement pratiqué dans des conditions sûres : ce qu'en disent les traités internationaux en matière de droits de la personne	5
Arguments pour passer à l'action	7
Élargir l'accès des femmes à des services de santé sans risque : approches à considérer	8
Annexe I : Restrictions à l'avortement dans différents pays, classés par région, 2002	25
Annexe II : Dispositions pertinentes du Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994	26
Annexe III : Dispositions pertinentes de la Plate-forme d'action adopté à la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995	35
Annexe IV : Dispositions pertinentes des Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, New York, 1999	42
Annexe V : Articles pertinents de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948	44
Annexe VI : Articles pertinents du Pacte international relatif aux droits civils et politiques	45
Annexe VII : Articles pertinents du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels	46
Annexe VIII : Articles pertinents de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes	47
Bibliographie	49
Publications disponibles à l'IWHC	51

## Préface



**D**e tout ce que j'ai vu en 25 ans de travail international, le souvenir d'une scène me hante tout particulièrement : trois femmes qui avaient tenté d'avorter de grossesses non désirées reposaient sur des tablettes en bois non recouvertes, rangées l'une au-dessus de l'autre dans un espace de la grandeur d'un placard. Elles n'avaient pas de lumière, pas d'air et elles ne recevaient pratiquement pas de soins. L'une d'elles, âgée de 13 ans, avait été violée par l'homme qui la reconduisait à l'école tous les jours ; l'autre était une mère de quatre enfants, qui était prête à tout pour ne pas en avoir d'autre. La troisième ? Je ne sais pas. Elle était dans le coma, abandonnée par ceux qui l'avaient laissée là.

Cela se passait dans un service des urgences à Yaoundé, la capitale du Cameroun. C'était une construction en briques séchées délabrée, aux planchers criblés de trous, dont les murs étaient couverts de moisissures. Un médecin extraordinairement courageux travaillait là — il n'avait pas d'instruments, rien pour faire des transfusions sanguines, et manifestement pas un seul lit. À moins de 50 mètres de là au sommet de la colline dominant la zone marécageuse, trônait une maternité toute nouvelle, d'un blanc étincelant avec tout le personnel, tous les équipements nécessaires, beaucoup de lits — pour la plupart vides. Le contraste frappant entre les deux endroits en disait très long sur la peur et l'opprobre qui stigmatisent l'avortement.

Chaque année à travers le monde, c'est par dizaines de milliers que des femmes souffrent et meurent des complications dues à un avortement à

risques. Avec l'expertise et les techniques modernes qui existent de nos jours, aucune femme ne devrait subir de blessure ou mourir à cause d'un avortement dangereux. On connaît ces techniques : elles sont simples, peu coûteuses et sans risque lorsqu'elles sont exécutées par les mains expertes de prestataires de soins formés et bien équipés (médecins et personnel non médical). La présente brochure, *Stratégies pour élargir l'accès à l'avortement sans risque*, a été écrite pour générer des efforts concertés pour mettre fin aux souffrances et aux blessures inutiles, tout comme aux morts injustifiées.

L'avortement provoqué est légal dans presque tous les pays, du moins pour certaines indications thérapeutiques. Cette réalité, en conformité avec la lettre et l'esprit des accords adoptés lors de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD) en 1994 et de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (QCMF) en 1995, fournit une base solide pour élargir l'accès aux services, libéraliser les lois et les règlements et s'assurer que les gouvernements et des agences internationales passent à l'action.

Dans la première section de cette brochure, nous décrivons brièvement le contexte global dans lequel survient l'avortement. Les deux sections suivantes analysent les accords qui ont été conclus lors de conférences internationales, et les dispositions des traités en matière de droits de la personne qui peuvent être invoquées pour plaider en faveur de l'accès à des services d'avortement sans risque. La dernière section décrit les stratégies utilisées à l'heure actuelle dans un large éventail de pays. Les annexes fournissent des références faciles à consulter pour les paragraphes les plus pertinents des accords internationaux et des traités en matière de droits de la personne.

Pour rendre l'avortement sûr dans tous les pays, les défenseurs, les législateurs et les décideurs doivent créer une *volonté politique* et les agents de santé et de planification familiale doivent susciter une *volonté chez les professionnels*, de changer les lois et de faire en sorte que des services abordables et de bonne qualité soient accessibles. Nous espérons que vous vous joindrez à nous pour débarrasser le monde de scènes insoutenables comme celle dont j'ai été témoin au Cameroun.

Adrienne Germain  
Présidente de l'IWHC  
1<sup>er</sup> décembre 1998



## Introduction

**T**out au long de l'histoire, les femmes ont eu recours à l'avortement provoqué pour mettre un terme à des grossesses non désirées ou inopportunes. Quarante à 60 millions d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont pratiquées à travers le monde chaque année. De ce nombre, environ 20 millions d'IVG sont à risques\*, et 95 pour cent de ces dernières sont pratiquées dans les pays en voie de développement. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'au moins 80 000 femmes meurent chaque année à cause d'un avortement dangereux, et que beaucoup plus encore souffrent de séquelles qui affectent leur santé physique ou mentale pour le reste de leurs jours. Les complications découlant d'avortements à risques comptent parmi les principales causes de mortalité maternelle, soit presque 13 pour cent des quelque 600 000 décès maternels survenant chaque année à l'échelle mondiale (OMS 1998).

Contrairement aux nombreux problèmes liés à la grossesse et à d'autres accidents et maladies, les décès et les incapacités résultant d'avortements à risques sont entièrement évitables. Ils sont causés par des lois punitives, des politiques de la santé aux paramètres trop étroits, et par l'incapacité à fournir des services de santé et de planification familiale. Même si un grand nombre de lois et de politiques restrictives ont été libéralisées au cours des dernières années, on retrouve partout dans le monde des groupes anti-avortement bien financés et très mobilisés, qui tentent actuellement de faire adopter ou de renforcer des

---

\* L'OMS (1992) définit l'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions de sécurité comme « une intervention visant à interrompre une grossesse non désirée effectuée soit par des personnes qui ne possèdent pas les compétences nécessaires, soit dans un contexte où les conditions sanitaires minimales n'existent pas, ou les deux. »





lois restrictives — y compris par le biais de modifications constitutionnelles — pour empêcher les femmes d’avoir accès à des services sûrs. L’une des nombreuses tactiques utilisées par le mouvement anti-avortement est de créer l’impression que l’avortement est généralement illégal. C’est tout à fait inexact. Presque tous les pays permettent l’avortement, au moins pour sauver la vie de la femme\*. Par ailleurs, si 25 pour cent de la population mondiale habite dans des pays où l’avortement provoqué est autorisé uniquement pour sauver la vie de la femme, près de 75 pour cent de cette même population vit dans des pays où les lois ne comportent aucune restriction à l’avortement, ou le permettent pour un plus grand nombre d’indications thérapeutiques (voir l’annexe I). Il est donc plus juste de parler d’un « acte assujéti à des restrictions légales » que d’un « acte illégal ».

Répandre l’idée que l’avortement est « illégal » ou que de tels services devraient être dispensés « uniquement là où l’avortement n’est pas contraire à la loi », c’est donc entretenir à dessein un discours fallacieux. Par contraste, reconnaître que l’avortement est légal virtuellement partout au monde, du moins pour certaines indications thérapeutiques, fournit un cadre d’action aux professionnels de la santé, aux décideurs, aux défenseurs des droits de la personne, et à d’autres encore qui œuvrent pour que les femmes aient accès à des méthodes sûres pour mettre un terme à une grossesse. De plus, les accords qui ont été conclus lors de récentes conférences internationales sur les femmes, la population et les droits de la personne, ainsi que les traités pertinents sur les droits de la personne, sont des moyens d’action puissants mais encore sous-utilisés.

## **Justifier l’accès des femmes à des méthodes sûres : ce qui ressort des conférences internationales**

**L**es accords conclus dans le cadre de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement (CIPD) en 1994 et en 1995 à Beijing lors de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes (QCMF) constituent

---

\* Il y a de 149 à 151 pays dont la population dépasse le million. (Nota : ce chiffre a été révisé depuis la première publication de l’article de Rahman, Katzive et Henshaw, 1998).

une percée majeure en regard des documents qui avaient été approuvés en 1984 à Mexico dans le cadre de la Conférence internationale sur la population. En déclarant qu' « on ne devrait en aucun cas faire la promotion de l'avortement comme méthode de planification familiale », le Plan d'action de 1984 reléguait toute référence aux dangers inhérents aux avortements à risques dans un chapitre mineur portant sur la mortalité. Par contraste, les principaux chapitres des accords de la CIPD et de la QCMF (voir respectivement les annexes II et III) constatent que l'avortement à risques est un problème de santé publique majeur et définissent les services de santé relatifs à l'avortement comme un élément essentiel des soins de santé en matière de reproduction. À ce sujet, il est déclaré dans le Programme d'action adopté à la CIPD :

*« L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours de l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient facilement avoir accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés. » (CIPD, par. 8.25)*







Lors de la revue quinquennale de la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD (CIPD+5), qui s'est tenue à New York en 1999, les gouvernements s'engageaient en outre, dans les cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, à « former les prestataires de soin de santé et les équiper » et « à prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible » (par. 63 (iii)). Interprétés de manière à leur donner tout leur sens, les accords de la CIPD, de la QCMF et de la CIPD+5, de pair avec d'autres accords internationaux, peuvent ainsi être invoqués pour revendiquer la pratique d'avortements sans risque comme service de santé de base. Il faut par ailleurs prendre en considération certains aspects des droits de la personne, définis ci-dessous :

**1 Droit des femmes en matière de procréation.** La reconnaissance, par la Conférence mondiale sur la population tenue à Bucarest en 1974, du droit de tout « individu » — et non seulement celui du couple — de décider librement et avec discernement du nombre de ses enfants et de l'espacement de leurs naissances, donnait implicitement ce droit à la femme. C'est lors de la troisième Conférence mondiale sur les femmes, tenue à Nairobi en 1985, que furent reconnus de manière explicite les droits de la femme de contrôler sa propre fécondité. L'accord de 1995 de la QCMF renforce et élargit ce droit en y ajoutant le droit des femmes de contrôler les « questions relatives à leur sexualité » (par. 96). Une interprétation affirmative des droits des individus (homme et femme) de contrôler leur fécondité suppose donc qu'une femme ait le droit de mettre fin à une grossesse non souhaitée.

**2 Droit des femmes à l'accès à des méthodes sûres d'avortement.** L'accord de la CIPD, renforcé par celui de la QCMF (par. 97), va plus loin que tous les autres accords internationaux puisqu'il reconnaît le droit des hommes et des femmes « d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi » (par. 7.2). La CIPD définit l'avortement sans risque comme une composante des services de santé en matière de reproduction (par. 7.6). La CIPD et la CIPD+5 affirment que dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité (CIPD, par. 8.25 et CIPD+5 par. 63(i) et (iii)) et par des prestataires formés et équipés (CIPD, par. 63(iii)).

La QCMF insiste sur les dangers pour la santé inhérents à l'avortement à risques et réclame la révision des lois qui prévoient des sanctions contre les femmes qui ont recours à un avortement illégal (par. 106k).

**3 Droits des adolescents.** Les dispositions des accords de la CIPD et de la QCMF qui ont suscité le plus de controverses sont celles garantissant les droits des adolescents à l'information confidentielle et à des services de santé reproductive et sexuelle. En fin de compte, les deux documents résultant de ces conférences contiennent les accords les plus élaborés qui ont jamais été négociés sur ce sujet (CIPD, par. 7.41, 7.45 à 7.47 ; QCMF, par. 83l, 106m, 107e et g, 108k, 108l, 267, 281e et g, entre autres). Il est essentiel de reconnaître les droits des adolescents pour réduire les taux élevés de grossesses non désirées chez les adolescentes et le grand nombre d'avortements à hauts risques dans ce groupe d'âge.

**4 Droit des femmes à la vie privée.** Les textes de la CIPD et de la QCMF appuient le droit à la vie privée et s'élèvent contre toute intrusion de l'État à ce chapitre (CIPD, par. 7.12, 7.17 à 7.20 ; QCMF, par. 103, 106f, 107e et 267). Dans au moins un pays — à savoir les États-Unis — ce droit a été spécifiquement invoqué dans un jugement rendu par la Cour suprême qui accorde aux femmes le droit de décider elles-mêmes d'avoir recours ou non à l'avortement.

## **Justifier l'accès à l'avortement pratiqué dans des conditions sûres : ce qu'en disent les traités internationaux en matière de droits de la personne**

**C**omme l'ont expliqué Cook et Fathalla (1996), certaines dispositions des traités\* internationaux visant les droits de la personne peuvent aussi être invoquées pour prôner l'accès à des services d'avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité.

---

\* Voir les annexes V à VIII pour les dispositions pertinentes de ces traités.





**1 Droit des femmes à la vie et à la sécurité de leur personne.** La plupart des accords de la CIPD et de la QCMF sur les droits des personnes en matière de procréation trouvent leur appui dans les dispositions portant sur le droit à la vie et à la sécurité contenues dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (articles 1 et 3) et dans le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (articles 6.1 et 9.1). Le droit à la vie impliquerait que des services d'avortement doivent être fournis à toute femme dont la vie est menacée par sa grossesse. Un pays se trouverait à violer ce droit s'il refusait de protéger la vie ou la santé de toute femme qui risque de mourir ou d'avoir des séquelles résultant d'un avortement dangereux. Le droit à la sécurité de la personne peut être interprété pour signifier qu'aucune coercition ne doit être exercée sur une femme, que ce soit pour la forcer à interrompre ou mener à terme sa grossesse, et que toute femme a le droit de décider elle-même si elle désire mener à terme une grossesse non désirée. Cook et Fathalla signalent des décisions rendues par divers tribunaux ayant déclaré inconstitutionnelles des dispositions de lois pénales restreignant l'IVG au motif que ces dispositions violent le droit fondamental des femmes à la liberté et à la sécurité de leur personne.

**2 Droit des femmes au meilleur état de santé possible.** Les dispositions relatives aux droits de la personne contenues dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (article 25), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (article 12), et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) (articles 11f, 12 et 14.2b), se sont avérées des outils de négociation cruciaux au cours de la CIPD et de la QCMF. Ces dispositions peuvent être interprétées et appliquées pour soutenir que les femmes, pour atteindre le meilleur état de santé possible, doivent avoir accès à des services d'avortement sûrs dans le cadre des services de santé reproductive, et ceci, afin de satisfaire leurs besoins les plus élémentaires en matière de soins de santé.

**3 Droit des femmes de bénéficier du progrès scientifique, et de recevoir et diffuser des informations.** Ces droits reconnus dans la Déclaration universelle des droits de l'homme (articles 27.1 et 19), le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (article 19), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (articles 15.1b et

15.3) et la CEDAW (articles 10h et 16e) ont aussi été invoqués durant la CIPD et la QCMF pour en arriver à un accord sur plusieurs dispositions exigeant que les femmes aient accès aux nouvelles technologies (telles la pilule abortive et la régulation menstruelle par aspiration manuelle), que la priorité soit donnée à la recherche en santé reproductive — sujet relativement négligé — et que soit accordé le droit d’avoir accès à une information complète et sans contrainte sur la santé en matière de reproduction (CIPD, par. 7.2, 7.20, 7.23, 12.10 à 12.13, 12.17 ; QCMF, par. 95, 104, 223, entre autres).

Ces droits des femmes de contrôler leur fécondité, de jouir d’une bonne santé et à la sécurité de leur personne pourraient donc être invoqués — bien qu’ils ne l’aient pas encore été — pour promouvoir la légalisation de l’accès à toutes les méthodes d’avortement (Dixon-Mueller, 1993).



## Arguments pour passer à l’action

**L**es conférences internationales et les traités relatifs aux droits de la personne susmentionnés n’énoncent pas en termes explicites le *droit* de la femme à l’avortement, pas plus qu’il n’exigent la *légalisation* des services d’avortement sans risque comme composante des services de santé en matière de reproduction. En outre, les accords de la CIPD et de la QCMF reconnaissent la grande diversité des lois sur le sujet, ainsi que le droit souverain des gouvernements de déterminer la teneur des lois et des politiques nationales en la matière. Cependant, malgré ces réserves, les accords des conférences et les traités sur les droits de la personne — s’ils sont interprétés habilement et au sens large — peuvent être des outils très efficaces pour conjuguer les efforts en vue d’élargir l’accès à l’avortement sans risque.

Ceux qui se consacrent à l’éducation du public, à l’action politique et à la défense des droits et de la santé des femmes peuvent affirmer que les femmes ont le droit de mettre un terme à des grossesses non désirées et inopportunes. Ils doivent aller plus loin que les formules consacrées telles que

« prévention et prise en charge d'un avortement à risque », et argumenter que l'accès à l'avortement sans risque est la façon la plus directe d'éliminer les avortements dangereux. L'avortement sans risque est une procédure simple et peu coûteuse. De fait, beaucoup de gouvernements usent de moyens détournés pour permettre aux femmes de se faire avorter dans des conditions sûres, ou encore les autorisent à y avoir recours, en dépit de la loi, en invoquant des motifs de santé publique ou encore en fermant les yeux sur les violations à des lois restrictives.

## Élargir l'accès des femmes à des services de santé sans risque : approches à considérer

Dans beaucoup de pays, les groupes de femmes, les professionnels de la santé et les chefs politiques ont fait des progrès remarquables pour remettre en question des lois restrictives et pour assurer que les femmes reçoivent des soins adéquats, que ce soit ou non dans les limites de la loi. Les accords issus de la CIPD et de la QCMF, et les traités sur les droits de la personne, ont servi d'appui à ces groupes et ont renforcé leur confiance. Malgré une forte opposition, des personnes déterminées, des groupes et des coalitions ayant un réseau étendu agissent efficacement pour protéger et élargir l'accès des femmes à des services d'avortement sûrs dans des pays aussi divers que le Bangladesh, le Brésil et le Nigeria. On peut tirer de leurs efforts quelques leçons qui pourraient s'avérer utiles dans d'autres contextes.

**Le fait d'assurer la pleine prestation des services prévus par la loi aide à préparer le terrain pour un éventuel élargissement des services offerts.**

Les gouvernements qui ont participé à la CIPD et à la CIPD+5 ont convenu que, dans les cas où ils ne sont pas interdits par la loi, les services d'avortement devraient être fournis dans de bonnes conditions de sécurité (CIPD, par. 8.25, CIPD+5, par. 63 (i) et (iii)) et être accessibles (CIPD+5, par. 63(iii)). Toutefois, dans

les pays où les lois sont très restrictives (l'avortement n'étant généralement permis qu'en cas de viol ou pour sauver la vie de la femme), les professionnels de la santé ne savent souvent pas que la loi autorise l'avortement dans de telles circonstances. Dans d'autres cas, les professionnels de la santé refusent de se conformer à la loi, ou alors ne sont pas formés pour fournir ces services. Souvent également, les règles administratives accompagnant les lois restrictives sont si compliquées que les professionnels de la santé, malgré leur bonne volonté, ne peuvent tout simplement pas agir, ou sont si perplexes sur ce qu'ils sont autorisés à faire qu'ils refusent de courir le risque. En informant les autorités des hôpitaux du contenu des lois en vigueur, en formant les professionnels de la santé à pratiquer les techniques de base de l'IVG, et en leur apportant les ressources adéquates, on peut aider à améliorer l'accès à l'avortement et aider à dissiper les attitudes négatives dont sont victimes les femmes qui ont besoin de ces services. En outre, les prestataires peuvent adopter une définition plus large de ce que l'on entend par « menace à la vie de la femme » en prenant en considération le risque de décès (dans le cas où cette femme en est réduite à se faire avorter clandestinement ou à tenter de le faire elle-même). Ils peuvent aussi estimer que le viol dans le mariage constitue un motif raisonnable pour procéder à une IVG en vertu de la clause sur le viol.

⌘ Dans plusieurs villes du **Brésil**, des professionnels de la santé féministes et des militants travaillent depuis le début des années 1990 avec des écoles de médecine et les réseaux de santé municipaux pour mieux faire connaître la loi et pour changer le cursus universitaire en matière d'avortement. En moins de cinq ans, le nombre d'hôpitaux où l'avortement légalisé est pratiqué est passé d'un seul établissement à au moins 13 répartis dans sept villes. En août 1997, un projet de loi exigeant que tous les hôpitaux publics pratiquent les avortements autorisés par la loi (cas de viol ou pour sauver la femme) a été adopté par un comité exécutif du Congrès. Ce fut le signal d'une importante victoire symbolique pour les tenants du libre choix. Les forces anti-avortement se sont unies pour empêcher que le projet ne devienne loi, mais le ministère de la Santé va fort probablement proposer des normes pour rendre obligatoire la fourniture des services légaux par le système de la santé publique.



⌘ Dans la partie nord-est du **Brésil**, une organisation féministe s'est mobilisée pour encourager la prestation de services d'avortement légaux dans sa ville et son État, et pour faire progresser le débat sur la légalisation de cette pratique en général. En septembre 1997, l'organisation a convoqué un séminaire sur l'avortement grâce auquel elle s'est assurée la garantie du ministère de l'État à fournir les services d'avortement permis par la loi. Le ministère a par la suite créé une commission sur la mise en application de la loi et il y a invité ce groupe féministe. Le groupe compte diriger, en collaboration avec la nouvelle commission du gouvernement, des ateliers sur les services légaux d'avortement conçus pour des professionnels de la santé d'une maternité locale.

⌘ À **Goiânia**, capitale de l'État du Goiás à l'ouest de Brasilia, une petite organisation de femmes a travaillé deux ans, de 1993 à 1995, avec des fonctionnaires du réseau de la santé, des professeurs de la faculté de médecine, des étudiants et le conseil municipal pour préparer une résolution exigeant que les hôpitaux publics assurent la prestation des services d'avortement autorisés par la loi. Après l'adoption de la résolution en 1995, le groupe a fait appel aux organisations non gouvernementales (ONG) et aux groupes de femmes pour que soient donnés des stages de formation sur l'aspiration manuelle intra-utérine (AMIU), pour éduquer le public et pour enclencher une couverture médiatique. Malgré la persévérance du groupe, les forces anti-avortement ont réussi à faire annuler la résolution en 1997. Cette organisation de femmes joue toujours un rôle prépondérant en tant que membre influent d'un groupe de travail diversifié visant la mise en œuvre des services d'avortement déjà permis par la loi. Ces femmes ont aussi noué des relations avec les médias en aidant à générer en un an presque 250 articles traitant de l'avortement. Ces textes ont été publiés dans la presse locale.

**2**

**Le fait de former les prestataires de soins de santé — médecins et autres agents — pour qu'ils traitent avec compassion les femmes souffrant de complications résultant d'un avortement dangereux permet aussi d'élargir l'accès aux soins.**

L'accord de la CIPD commande aux gouvernements de prendre les mesures appropriées pour que toute femme souffrant des complications d'un avortement à risques (par. 7.24) soit traitée avec humanité et bénéficie de conseils.

Par ailleurs, le code de déontologie oblige les professionnels de la santé à traiter toute femme malade ou blessée. Par conséquent, ces professionnels doivent être formés non seulement pour fournir des traitements appropriés, mais aussi pour comprendre le dilemme auquel sont confrontées les femmes qui ont une grossesse non désirée, afin de les traiter avec respect, de les conseiller, et de les soutenir sur le plan émotif. L'expérience que les prestataires acquièrent en traitant ce genre de complications peut non seulement les aider à conclure que l'accès aux services sûrs est essentiel pour prévenir les blessures et des décès inutiles, mais aussi leur faire constater qu'ils pourraient être éventuellement intéressés à fournir eux-mêmes ces services.

⌘ Au **Chili**, depuis 1995, des féministes forment des agents sanitaires pour conseiller les femmes dans la période suivant l'avortement. Les travailleurs mettent l'accent sur le rôle que jouent les questions de pouvoir basées sur le genre et la sexualité dans les cas de grossesse non désirée et de décision d'avorter. De plus, des groupes féministes enseignent aux prestataires comment soigner avec respect et sympathie les femmes présentant un avortement incomplet, plutôt que d'adopter une attitude punitive comme ils le font trop souvent.

⌘ Au **Kenya**, où les complications découlant d'avortements à risques sont la cause d'environ 35 % des décès maternels, des médecins ont été formés en pratique privée pour fournir des soins post-avortement complets (ou PAC) à des coûts abordables, ainsi que des services de planification familiale\*. Cette formation porte sur les aspects cliniques et théoriques de l'avortement et sur d'autres sujets relatifs à la santé reproductive, entre autres le diagnostic des maladies sexuellement transmissibles (MST) et leur traitement. Les résultats préliminaires indiquent que les coûts associés à la formation de médecins au programme PAC sont abordables. À l'heure actuelle, le réseau gagne de nouveaux membres et s'implante dans un plus grand nombre de localités. On prévoit de relier ces médecins en pratique privée avec des prestataires de soins de santé primaires et des groupes de femmes de ces localités pour sensibiliser davantage les communautés aux problèmes de l'avortement à risques et de la

---

\* Les soins post-avortement comprennent : (1) le traitement d'urgence à la suite de toute complication; (2) le conseil post-avortement et (3) la liaison avec d'autres services de soins de santé en matière de reproduction (Rogo, Orero et Oguttu, 1998).





grossesse non désirée, et pour les renseigner sur les mesures à prendre (Rogo, Orero et Oguttu, 1998). Ce dernier projet complète un travail de longue haleine entrepris par le secteur public, lequel avait été amorcé en 1987 par un hôpital universitaire national et par Ipas, une organisation internationale. L'aspiration manuelle intra-utérine destinée à traiter les complications découlant de l'avortement avait alors été intégrée au cursus médical, et des services d'AMIU ont été ajoutés aux soins post-avortement, au conseil et à la planification familiale. Entre autres avantages de ce projet, on a constaté que les taux d'occupation des lits d'hôpitaux et les coûts associés aux complications liées aux avortements ont chuté de façon spectaculaire. En 1992, le ministère de la Santé a entrepris d'implanter des services d'AMIU dans tout le système de santé. On pratique cette procédure à l'hôpital national et dans 19 hôpitaux de district. Plus de 200 médecins et infirmières ont reçu une formation pour pratiquer l'AMIU ou des services connexes à celle-ci ; et plus de 15 000 femmes ont reçu des traitements pour des complications découlant d'un avortement incomplet en recourant aux services d'AMIU (French, Waithaka et Ominde, 1998).

**3** **Même dans des contextes où les lois sont restrictives, un examen approfondi des lois et des règlements peut révéler l'existence d'échappatoires permettant la pratique de l'avortement légal et sans risque.**

Dans certains pays où les lois sont très strictes, comme c'est le cas en Indonésie, l'avortement est autorisé à des fins pédagogiques ; les écoles de médecine et certaines cliniques indépendantes fournissent donc ces services. Même dans les pays où l'avortement est strictement interdit, les médecins décident, parfois pour des raisons d'éthique professionnelle ou d'ordre moral, d'interrompre la grossesse dans les cas où la santé de la femme, ou sa vie, est gravement menacée. Et dans d'autres pays où l'IVG est très sévèrement restreinte par la loi, la régulation menstruelle par l'AMIU est néanmoins autorisée comme procédure pour provoquer une menstruation ou « pour s'assurer qu'une femme risquant de tomber enceinte ne l'est pas en fait ». Pour tirer pleinement parti de ces conjonctures favorables, les défenseurs des droits des femmes et les prestataires de soins de santé se doivent d'informer les

femmes sur les façons de bénéficier de ces services et sur les endroits où elles doivent se rendre pour les obtenir.

⌘ Au **Bangladesh**, même si l'IVG n'est permise par la loi que dans certains cas, le gouvernement fournit aux postes sanitaires et aux écoles de médecine à travers le pays une formation sur la régulation menstruelle et les services connexes à ce traitement. Docteurs en médecine et travailleurs paramédicaux apprennent cette procédure simple qui consiste à évacuer le contenu de l'utérus à l'aide d'une seringue et d'une canule (Dixon-Mueller, 1988). Mais pour être admissibles à ces services, les femmes doivent se présenter chez le médecin lorsque l'aménorrhée persiste, au plus, depuis six à huit semaines. Or, plutôt que de se rendre à la clinique ou au poste de santé, beaucoup de femmes essaient d'autres méthodes, comme des remèdes à base de plantes, pour provoquer des règles tardives. Elles se présentent donc chez le médecin trop tard pour avoir droit à une régulation menstruelle. Pour les défenseurs des femmes et pour les prestataires de soins, il s'agit donc de s'assurer que les femmes comprennent toute l'importance de voir un médecin très tôt afin de bénéficier de ces soins.

#### **4 La documentation et les recherches sur l'avortement peuvent offrir des preuves convaincantes pour amorcer la légalisation et un changement de politiques et de programmes.**

La CIPD (par. 12.17) et la QCMF (par. 109i) engagent les gouvernements à « comprendre et mieux saisir la portée et les conséquences de l'interruption volontaire de grossesse ». Obtenir des statistiques précises sur les complications découlant de l'avortement et sur la mortalité peut s'avérer très difficile, surtout dans des pays où les lois sont sévères. Toutefois, l'information recueillie à partir d'études menées à petite échelle (par exemple dans les hôpitaux) peut entre autres choses faire ressortir l'ampleur et l'impact au niveau local des complications résultant d'avortements à risques, ainsi que la perception qu'en ont les professionnels de la santé et le grand public. Les résultats de la recherche peuvent aussi remettre en question les perceptions erronées que certains ont à l'égard des femmes qui ont recours à ces services ; renseigner les prestataires de soins et les décideurs sur les conséquences désastreuses qu'entraîne la restriction de l'accès à l'avortement ; et permettre d'évaluer les conséquences probables qu'aura l'assouplissement des lois sur la santé des



femmes. Pour ceux qui plaident pour la reconnaissance des droits des femmes, la documentation sur les conditions dans lesquelles les femmes se font avorter clandestinement ou les récits de femmes à qui on refuse un avortement licite, peuvent être utiles (Rogow, 1989).

⌘ En **Guyane**, les groupes de plaidoyer qui ont contribué à libéraliser la loi sur l'avortement en 1995 attribuent une grande partie de leur succès à l'information tirée de recherches effectuées dans des hôpitaux sur des cas de femmes admises à la suite d'avortements mal faits ou incomplets, et sur l'impact qu'ont les avortements dangereux sur les hôpitaux mêmes. Les défenseurs des femmes ont aussi enquêté auprès des professionnels de la santé, des adolescents et du public en général pour évaluer leurs points de vue sur l'avortement et sur la réforme des lois encadrant cette pratique médicale. Ils ont également recueilli des témoignages de femmes ayant eu recours à l'avortement clandestin. Ils ont utilisé leurs résultats pour informer les décideurs de l'ampleur inquiétante de cette pratique illégale et de ses conséquences graves pour la santé publique. Sur la base de ces données, ils ont mené des campagnes destinées à éduquer le grand public et ont fait appel aux médias pour gagner l'appui de l'opinion publique (Nunes et Delph, 1995).

⌘ Au **Chili**, où l'avortement est absolument interdit — même pour sauver la vie de la femme — les lois en vigueur prévoient des peines d'emprisonnement de trois à cinq ans pour une femme qui a recours à l'avortement, et de deux ans ou plus pour les prestataires. Mais la plupart des femmes et des prestataires qui sont poursuivis en justice sont condamnés avec sursis et ne sont donc pas incarcérés (Centre pour le droit et les politiques en matière de santé — CRLP ou Center for Reproductive Law and Policy\* — et Open Forum, 1998). C'est pourquoi les forces anti-avortement font pression pour l'adoption de lois exigeant l'incarcération, et exhortent les femmes à témoigner contre les prestataires pour obtenir en échange que leur peine soit réduite. En août 1998, dans une lettre ouverte publiée dans les journaux, un éminent médecin chilien demandait aux parlementaires de décriminaliser l'avortement. Se basant sur de la documentation et des recherches démontrant que la majorité des Chiliennes qui se font avorter sont déjà mères, il soutenait que « punir les femmes en les frappant de peines de prison [va à l'encontre] de la vie de

---

\* Devenu Le Centre pour les droits reproductifs (Center for Reproductive Rights)

famille, prive les enfants de leur mère ». Ses données mettaient au jour l'iniquité profonde qui règne dans la société chilienne et dont sont victimes les femmes qui ont recours à l'avortement : celles qui sont riches obtiennent des soins adéquats dans de bonnes conditions et, en général, elles ne sont ni appréhendées, ni poursuivies, ni punies. (Dans « *Medico pide al congreso* », 1998.)

⌘ En **Bolivie**, en 1996, six ONG se sont ralliées pour défendre la déclaration du ministre de la Santé à l'appui de la légalisation de l'avortement afin de réduire le nombre de décès inutiles, et pour contrer l'opposition de l'Église à la tenue d'un débat public sur l'avortement et sur la vente de préservatifs aux jeunes gens. Elles ont produit une vidéocassette, des brochures éducatives destinées aux jeunes gens, et ont entrepris une campagne médiatique d'un mois qui a culminé avec un événement culturel auquel ont participé des artistes bien connus. Bien qu'elles aient réussi à attirer énormément d'attention des médias, ces ONG se sont vite aperçues qu'elles avaient besoin de plus d'information sur l'opinion publique. En 1997, elles ont effectué un sondage dans 14 villes : presque 90 pour cent des répondants ont dit que la décision d'avoir recours à l'IVG revient à la femme ou au couple, et environ 50 pour cent ont signifié leur désaccord avec les positions de l'Église catholique sur la contraception et l'avortement. Même si elles font face à une opposition incessante, ces ONG continuent de chercher des moyens pour que le débat se poursuive sur la scène publique.

## **5 Informer les prestataires de soins des règlements administratifs et simplifier ces règlements sont deux approches pouvant faciliter l'accès aux services.**

D'ordinaire, nous portons notre attention sur les lois lorsque nous élaborons des stratégies visant à étendre l'accès aux services. Cependant, une loi relativement libérale autorisant l'IVG peut n'avoir aucun effet lorsque des règlements administratifs compliqués et irréalistes au niveau des hôpitaux et des cliniques empêchent les femmes autrement admises d'obtenir ces services. De tels règlements exigent des périodes d'attente, des visites à répétition ou des entrevues avec des médecins dont le nombre est par ailleurs insuffisant. Ces exigences administratives, qui réduisent l'accès à l'avortement en stipulant par exemple que seuls les médecins peuvent fournir de tels services, peuvent être



remises en question et changées, mais à condition d'être clairement identifiées comme posant problème.

⌘ En **Zambie**, un pays dont les lois sur l'avortement sont libérales, une règle administrative exige toutefois que trois médecins (nombre difficile à atteindre, surtout dans les régions rurales) autorisent la demande d'avortement. L'élimination de tels règlements faciliterait énormément l'accès à l'avortement.

⌘ En **Inde**, la loi de 1971 sur l'interruption médicale de grossesse (*Medical Termination of Pregnancy Act*) autorise l'avortement pour un grand nombre de motifs, mais les règlements sur la formation des prestataires et sur les spécifications exigées des établissements ont limité de beaucoup l'accessibilité aux services légaux. Il en résulte que la plupart des avortements pratiqués en Inde sont à risques et, techniquement, contraires à la loi. Une décision administrative pour faire une distinction entre l'interruption médicale de grossesse, qui doit être pratiquée par des obstétriciens-gynécologues ou d'autres médecins ayant des titres de compétences particuliers, et les régulations menstruelles, qui pourraient être pratiquées (comme au Bangladesh) par du personnel médical formé, pourrait élargir l'accès à des services sans risque tant en zone urbaine que rurale. De façon similaire, l'Association nationale des obstétriciens-gynécologues pourrait modifier ses exigences selon lesquelles seuls les médecins sont autorisés à pratiquer des avortements (interruptions médicales de grossesse et régulations menstruelles).

**6 Un plaidoyer concerté de coalitions diverses aux niveaux local et national peut changer les lois ou jeter les bases de futurs changements législatifs, même face à des obstacles apparemment insurmontables.**

Qu'il s'agisse de libéraliser des lois restrictives ou de contrer des campagnes anti-avortement visant à réduire l'accès aux services d'avortement légaux, les défenseurs de soins sûrs peuvent souvent obtenir des résultats remarquables en nouant des alliances avec d'autres parties intéressées et sympathiques à leur cause. Forger des alliances est un processus souvent long et frustrant, mais qui permet d'intégrer dans le processus politique et éducatif des personnes et des groupes depuis longtemps intéressés par ces questions : associations de

femmes issues de classes sociales, d'ethnies, de régions et de milieux très différents ; travailleurs de la santé de tous niveaux ; groupes religieux sympathiques à la cause des femmes ; hommes politiques disposés à prendre des risques pour des principes auxquels ils croient ; membres du barreau et bien d'autres encore. Bien que les intérêts de ces groupes puissent diverger, et même entrer en conflit, c'est souvent cette même diversité qui donne aux coalitions leur légitimité et leur force sur la scène politique.

⌘ Au **Brésil**, en 1995, le réseau national d'organisations féministes de soins de santé, avec la collaboration d'autres ONG et de personnes connues, a entrepris une campagne nationale pour éduquer le grand public et les législateurs sur les conséquences potentiellement néfastes d'un projet d'amendement constitutionnel qui aurait déclaré que la vie humaine commence dès le moment de la conception. Une organisation a suivi les événements au Congrès et a publié des bulletins hebdomadaires pour tenir le mouvement au courant de l'évolution de la situation. En parallèle, de nombreux groupes de femmes de différentes parties du pays ont travaillé avec leurs représentants au Congrès, avec des professionnels de la santé, les médias et d'autres personnes pour sensibiliser l'ensemble de la population aux conséquences probables de l'amendement proposé. Celui-ci fut finalement rejeté par le Congrès.

⌘ En **Afrique du Sud**, à la suite des premières élections démocratiques de 1994, une coalition de divers groupes — des groupes féministes, des organisations vouées au développement communautaire et des travailleurs de la santé originaires de différentes régions du pays — ont consacré temps, savoir-faire et autres ressources à une campagne nationale visant à libéraliser la loi sur l'avortement. Les membres de ces groupes se sont appuyés sur les résultats de recherches faisant état de l'ampleur du phénomène des avortements dangereux en Afrique du Sud, et ont sollicité l'appui d'hommes politiques connus pour faire des pressions qui ont abouti à une réussite, c'est-à-dire l'adoption en 1996 par le Parlement d'une loi plus souple.

⌘ Au **Népal**, jusqu'en septembre 2002, la loi interdisait l'avortement dans presque toutes les circonstances, et, à moins que ce ne soit pour sauver la vie de la femme, l'avortement était considéré comme un homicide passible d'emprisonnement autant pour la femme que pour le prestataire (Rahman, Katzive



et Henshaw, 1988). À partir de 1994, des groupes de femmes népalaises se sont mis en campagne pour que la loi soit libéralisée, et pour que les lois discriminatoires envers les femmes soient modifiées. Ce travail de plaidoyer et d'éducation populaire a finalement porté fruit. En mars 2002, le Parlement népalais a adopté une nouvelle loi sur l'avortement, ainsi que de nouvelles dispositions du Code civil sur le droit à la propriété, le droit à la citoyenneté, etc., que le roi a ratifiées en septembre de la même année. L'avortement est maintenant permis sur demande durant les 12 premières semaines de la grossesse, et dans les cas de viol, d'inceste, de malformation foetale, et lorsque la vie ou la santé de la femme est en danger. Il est à souhaiter que cette loi libérale mette fin à la pratique d'incarcérer les femmes ayant eu recours à un avortement illégal, et crée un climat permettant la libération de celles qui purgent actuellement une peine de prison pour le crime d'avortement.

**7****La décision de faire campagne pour la libéralisation des lois doit tenir compte des contrecoups possibles de cette action.**

Dans les pays où des services d'avortement sûrs sont disponibles malgré des lois restrictives, les efforts pour assouplir les lois peuvent avoir un effet contraire, soit d'entraîner non pas moins, mais plus de restrictions, et une application plus stricte des lois en vigueur. Ainsi, au Bangladesh, où les services de régulation menstruelle sont disponibles dans tout le réseau de santé gouvernemental et dans le secteur privé, on croit généralement qu'un débat public sur l'avortement pourrait compromettre l'existence même de ces services. Également, dans plusieurs pays d'Amérique du Sud, où les lois sont sévères mais où les femmes et les prestataires de soins ne sont pas d'ordinaire poursuivis en justice (même s'ils peuvent être harcelés et forcés d'acheter la police), ceux qui militent en faveur de changements au niveau des lois se doivent d'évaluer attentivement les chances de réussite avant de soulever ces questions. Dans tous ces cas, il est indispensable de se mettre d'accord sur une action concertée.

⌘ En **Pologne**, en 1996, une alliance de groupes de femmes a réussi, pour une courte période, à obtenir l'assouplissement de la loi de 1993 sur l'avortement, en vertu de laquelle les femmes n'avaient droit aux avortements légaux que dans les cas de viol, d'inceste, de malformations congénitales graves ou d'urgences médicales extrêmes. La loi de 1996 autorisait les femmes aux prises

avec de sérieux problèmes financiers ou personnels à obtenir un avortement jusqu'à la douzième semaine de grossesse, pourvu qu'elles reçoivent des séances obligatoires de conseil et respectent ensuite un délai d'attente de trois jours. Malheureusement, un tribunal constitutionnel influencé par les forces anti-avortement a déclaré inconstitutionnel l'avortement pratiqué pour des raisons d'ordre social et a invalidé la loi de 1996 avant même qu'elle ne soit mise en œuvre. Malgré cet échec majeur, une coalition formée de groupes pro-choix a entrepris le long et dur combat indispensable pour faire assouplir la loi, et est en train de rassembler des données sur les effets qu'ont les restrictions de l'avortement sur la santé des femmes ; de sensibiliser le public à la nécessité d'élargir l'accès à l'avortement comme droit fondamental des femmes ; de surveiller l'application de la loi et donc d'assurer que les hôpitaux pratiquent effectivement les avortements autorisés par la loi ; et enfin de s'assurer que les cours d'éducation sexuelle mandatés par la loi sont bel et bien dispensés dans les écoles.

**8** **L'éducation du public est essentielle pour faire adopter des lois libérales et élargir l'accès à des services d'avortement pratiqués dans de bonnes conditions.**

Dans tous les pays, le grand public doit être sensibilisé au lourd tribut que paient les femmes lorsqu'elles sont contraintes d'avorter clandestinement ou de recourir à des méthodes dangereuses. Dans les pays où les lois sont très limitatives, il se peut que le public ne comprenne pas jusqu'à quelles extrémités ces malheureuses doivent aller pour mettre un terme à leur grossesse ; et dans ceux où les lois sont maintenant libérales, il se peut qu'il ait oublié. Sonder attentivement l'opinion publique dans les différents secteurs de la vie sociale et économique d'un pays, se préoccuper de questions touchant la santé et la survie des femmes, éduquer le grand public sur les causes des avortements dangereux, sur leur ampleur et leurs conséquences néfastes, sont autant de gestes essentiels s'ajoutant aux nombreux efforts que l'on déploie pour élargir et protéger l'accès à des services sûrs.

Au Nigeria et en Afrique du Sud, à travers toute l'Amérique du Sud et dans les pays d'Europe de l'Est, des groupes éduquent les médias, organisent des séminaires et font des manifestations pour que l'on comprenne mieux que les





restrictions à l'avortement sont très lourdes de conséquences pour les femmes, les familles et pour le réseau de santé, et aussi pour contrecarrer la désinformation répandue par les opposants à l'avortement. Dans les sociétés où les lois sont relativement libérales, comme aux États-Unis par exemple, les militants pro-choix continuent aussi d'éduquer le grand public sur les conséquences potentiellement désastreuses d'un retour aux lois et règlements plus restrictifs.

⌘ À travers l'**Amérique latine**, le mouvement pour les droits des femmes et les droits en matière de santé reproductive soutient depuis 1992 une campagne régionale pour que les populations soient plus sensibilisées aux droits des femmes en matière de procréation, pour qu'elles comprennent mieux l'importance d'offrir des services d'avortement légaux et sûrs, et pour stimuler le débat public sur cette question. Chaque année, le mouvement organise une Journée pour la légalisation de l'avortement ; il donne de l'information aux médias et encourage le dialogue entre les représentants des pays dont la législation est relativement libérale et ceux dont les lois sont plus limitatives. Ce travail transnational aide à créer un climat propice au changement.

⌘ Au **Nigeria**, un regroupement de professionnels de la santé, de journalistes, de militants en faveur des droits des femmes, d'avocats et d'ONG œuvrant pour réduire le nombre de grossesses non désirées, a élaboré un projet de législation pour accroître l'accessibilité à l'avortement sans risque. Ce regroupement a aussi publié un bulletin d'information et organisé un symposium public intitulé « So That Our Daughters Do Not Die » ( « Pour que nos filles ne meurent pas » ). Il a beaucoup collaboré avec les médias, en faisant l'éducation des journalistes et comités de rédaction. Suite à un atelier auquel ont participé une vingtaine des plus importants chroniqueurs de presse et producteurs de la radio et de la télévision, la couverture de la question par les médias nigériens les plus influents s'est grandement améliorée. Le groupe a aussi créé un comité de porte-parole qui inclut des représentants des médias. Ripostant aux stratégies politiques qui insistent sur le fait que le gouvernement ne pouvait pas aller de l'avant sur la question de l'avortement à cause de données « insuffisantes », le regroupement a fait des recherches sur le degré d'utilisation des méthodes dangereuses et sur leurs conséquences sur la santé des femmes

nigérianes, et il a ensuite compilé plusieurs feuilles de renseignements pour promouvoir la défense des femmes et pour éduquer le grand public.

⌘ Aux **États-Unis**, la Ligue nationale sur l'avortement et les droits reproductifs ou NARAL (National Abortion and Reproductive Rights Action League)\*, forte d'un vaste réseau de mouvements populaires implantés à travers le pays, éduque la population, travaille pour faire élire des candidats pro-choix, et fait la promotion de politiques en matière de santé reproductive. La NARAL suit de près les lois relatives à l'avortement et à la liberté reproductive dans chaque État. De plus, elle surveille l'évolution des tensions que suscite l'avortement au pays : actes violents perpétrés contre prestataires de soins et cliniques, ainsi que les manœuvres d'intimidation contre les femmes désireuses de se faire avorter. Par ailleurs, elle évalue combien de femmes risquent de tomber enceintes contre leur gré faute d'information ou de services (NARAL, 1998). La NARAL recourt à ces études exhaustives pour mobiliser citoyens et hommes politiques afin de lutter contre les restrictions croissantes à l'accessibilité à l'avortement, comme les délais d'attente obligatoires, l'obligation d'obtenir le consentement des parents, les interdictions visant certaines méthodes d'avortement, ainsi que celles d'utiliser des fonds publics.

⌘ En **Uruguay**, un groupe pro-choix est en train de produire une vidéo et un guide de discussions conçu tout particulièrement pour atteindre les populations pauvres et marginalisées de l'Amérique latine. La vidéo mettra l'accent sur les droits du couple, en particulier ceux de la femme, dont celui d'avoir une vie sexuelle satisfaisante (HERA Santé sexuelle) indépendante de la procréation, et celui d'avoir un avortement dans le cas d'une grossesse non désirée ou inopportune.

**9** **Si les lois et politiques favorables et les prestataires de services de santé bien formés et équipés sont nécessaires, ils ne suffisent pas toujours à garantir l'accessibilité à des services d'avortement sans risque.**

Même dans les pays dotés de lois libérales sur l'avortement comme l'Inde, les services d'avortement prodigués dans de bonnes conditions de sécurité sont souvent inaccessibles ou inexistantes. Bien qu'il faille travailler sans relâche pour

---

\* Devenu NARAL Pro-Choice America



écarter les obstacles juridiques et administratifs, ce n'est pas en soi suffisant. On doit aussi investir des fonds pour informer les femmes et les jeunes filles du quand, comment et où obtenir les services auxquels elles ont droit. Que peuvent-elles faire, où peuvent-elles aller et combien leur en coûtera-t-il ?

⌘ En **Afrique du Sud**, avec l'adoption de la loi de 1996 sur le choix en matière d'interruption de grossesse, une ONG vouée à la santé publique a vu sa ligne directe — normalement réservée aux questions générales de santé — inondée d'appels d'hommes et de femmes qui demandaient de l'information sur la loi et sur les endroits où ils pouvaient obtenir les services d'IVG. Cette permanence téléphonique permet aux gens d'obtenir des renseignements à jour sur la loi régissant l'avortement, sur les méthodes et sur les personnes pouvant les aider, et dans certains cas, de recevoir des conseils. Une alliance formée de 30 groupes a commencé à surveiller de près l'application de cette loi (Reproductive Rights Alliance, 1997). Par le truchement de sa publication trimestrielle, elle informe le grand public sur l'état de la situation (par province et par hôpital), sur les obstacles à l'accès à l'avortement et, entre autres choses, sur les problèmes liés à la qualité des soins.

**10 Un appui technique, financier, politique et moral soutenu s'impose pour garantir la viabilité et l'efficacité des services et pour en assurer la promotion.**

Les échanges nationaux et internationaux sont un moyen important et efficace pour appuyer les prestataires de soins et les groupes de plaidoyer qui travaillent souvent dans une isolation relative, et sont la cible de dures critiques.

⌘ En 1996, une conférence internationale a réuni des leaders de mouvements prônant le droit à l'avortement pour qu'ils étudient les stratégies de réforme législative, les questions relatives aux services et aux programmes, ainsi que les nouvelles technologies médicales. Des leaders de la Guyane ont partagé leurs expériences avec des militants de l'Afrique du Sud, de la Pologne, de la Colombie et du Bangladesh. Des membres de l'alliance nigériane pour la réforme de la loi sur l'avortement ont comparé idées et stratégies avec des collègues venus du monde entier, et ils ont regagné leur pays ragailardis par de

nouvelles approches et bien déterminés à coordonner davantage leur action avec leurs propres collègues africains.

⌘ Au **Brésil**, en 1997, une réunion régionale sur l'avortement a attiré plus de 80 participants — des élus du peuple, des militants, des journalistes, des professionnels de la santé et des juristes — pour renforcer les progrès accomplis sur la scène locale au niveau de la prestation de services légaux, pour faciliter les échanges et pour établir des alliances stratégiques entre acteurs clés et mouvement féministe, et aussi pour sensibiliser la population et promouvoir un débat national sur l'avortement. Les participants ont partagé leurs expériences et ont élaboré des stratégies pour les médias et pour continuer leur dialogue. Un des faits les plus marquants s'est avéré le témoignage d'un membre du Congrès sur les « engagements moraux des hommes vis-à-vis l'avortement », dans lequel il révélait ce qu'il avait lui-même vécu avec une partenaire ayant eu recours à un avortement. Sa prise de position politique, sa franchise sur la question et le fait que ses remarques furent télédiffusées — tout cela contribua à l'impact remarquable de son intervention.

⌘ En octobre 1998, 95 parlementaires originaires de 22 pays d'**Amérique latine** et des **Caraïbes** se sont réunis en Colombie pour discuter de l'IVG. Une université avait organisé l'événement pour donner aux participants — des parlementaires dont les vues politiques sont très divergentes — un cadre académique où ils se sentiraient totalement libres de débattre de questions délicates d'ordre légal, moral et politique en rapport avec l'avortement. Malgré la diversité des perspectives politiques, des contextes sociaux fort différents au niveau de chaque pays, et des opinions personnelles très différentes sur le sujet, les parlementaires sont parvenus à rédiger la Déclaration de Bogota (1998), adoptée par consensus. Ils ont reconnu que non seulement la législation en vigueur n'avait pas su réduire le nombre d'IVG dans la région, mais qu'elle avait plutôt contribué à aggraver les risques pour les femmes de condition modeste. Ils se sont engagés à aider à sauver la vie des femmes dans leur pays respectif et à entretenir un débat ouvert sur l'avortement en mettant à contribution un plus grand nombre d'intervenants de secteurs divers de la société, y compris les organisations féministes.



⌘ **HERA (Santé, Autonomisation des Femmes, Droits et Responsabilité)** est un groupe de travail international composé de 24 femmes leaders originaires de 18 pays qui ont contribué à l'élaboration et à l'adoption des accords de la CIPD, de la QCMF et de la CIPD+5. Le groupe a aussi produit du matériel faisant la promotion des droits en matière de santé sexuelle et de reproduction, dont un sur l'avortement, à l'usage des responsables de programmes de formation, de l'enseignement communautaire, des représentants des gouvernements et des agences internationales (HERA, 1998). Les membres œuvrent dans leur pays respectif à la mise en application des accords, et à s'assurer que les agences internationales ajustent leurs politiques, budgets et programmes pour qu'ils soient conformes aux accords de ces conférences.

# Annexe I

## Restrictions à l'avortement dans différents pays, classés par région, 2002

Restrictions à l'avortement	Amérique et Caraïbes	Asie centrale, Moyen-Orient, et Afrique du Nord	Asie du Sud-Est, Asie du Sud et Pays du Pacifique	Europe	Afrique subsaharienne	
I. Permis seulement pour sauver la vie de la femme ou totalement interdit (les pays en caractères gras font une exception explicite pour sauver la vie de la femme)	<b>Antigua-et-Barbuda</b> Brésil-V Chili-ND Colombie Guatemala Haïti Honduras <b>Île Dominique</b> <b>Mexique-D/V</b> <b>Nicaragua-AM/AP</b> <b>Panama-AP/V/F</b> <b>Paraguay</b> Rép. Dominicaine Salvador-ND Suriname Venezuela	Afghanistan Égypte-AM Emirats Arabes Unis-AM/AP Iran Irak Liban Libye-AP Malte Oman Syrie-AM/AP Yémen	<b>Bangladesh</b> Belau Bhoutan <b>Brunei</b> Îles Marshall <b>Îles Salomon</b> <b>Îles Tonga</b> <b>Indonésie</b> <b>Kiribati</b> Laos Micronésie Myanmar Papouasie-Nouvelle Guinée Philippines Sri Lanka Tuvalu	Andorre Irlande Rép. de Saint-Marin	Angola Bénin Congo (Brazzaville) Côte d'Ivoire Gabon Guinée-Bissau Île Maurice Kenya Lesotho Madagascar <b>Mauritanie</b> Malawi-AM Mali-V/I <b>Niger</b> Nigeria <b>Ouganda</b> Rép. Cen- trafricaine Rép. Dém. du Congo-F São Tomé-et- Principe Sénégal Somalie Swaziland Soudan-V Tanzanie Tchad Togo	
II. Santé physique (également pour sauver la vie de la femme)	Argentine-VM Bahamas Bolivie-V/I Costa Rica Équateur-VM Grenade Îles Malouines Pérou Sainte Lucie	Arabie Saoudite-AM/AP Jordanie Koweït-AM/AP/F Maroc-AM Pakistan Qatar-AM/F	Îles Maldives-AM Rép. de Corée-AM/V/I/F Thaïlande-V Vanuatu	Liechtenstein Pologne-AP/V/I/F	Burkina Faso-V/I/F Burundi Cameroun-V Comores Djibouti Guinée Équatori-ale-AM Érythrée Éthiopie	
III. Santé mentale (également pour sauver la vie de la femme et sa santé physique)	Jamaïque-AP Saint-Kitts-et-Nevis Trinité-et-Tobago	Algérie Bahreïn-F Israël-V/I/F	Malaisie Nauru Nouvelle-Zélande-I/F Samoa	Espagne-V/F Portugal-AP/V/F	Botswana-V/I/F Gambie Ghana Libéria-V/I/F Namibie-V/I/F Seychelles-V/I/F Sierra Leone	
IV. Motifs socio-économiques (également pour sauver la vie de la femme, ainsi que sa santé physique et mentale)	Barbade-AP/V/I/F Béliez-F Saint-Vincent-et-les-Grenadines-V/I/F	Chypre-V/F	Australie-D Fiji Inde-AP/V/F Japon-AM Taïwan-AM/AP/I/F	Finlande-V/F Grande-Bretagne-F/NI Islande-V/I/F Luxembourg-AP/V/F	Zambie-F	
V. Sans restriction quant au motif	Canada-L Cuba*-AP États-Unis-A/AP/PV Guyane Française***	Arménie* Azerbaïdjan* Cambodge† Corée du N.-L Géorgie* Kazakhstan* Kirghizistan* Ouzbékistan* Tadjikistan* Tunisie* Turquie*-AM/AP Turkménistan*	Népal Chine-AP/L/H Mongolie* Singapour‡ Viêt-nam-L	Albanie* Allemagne† Autriche† Belgique† Biélorussie* Bosnie-Herzégovine*-AP Bulgarie* Croatie*-AP Danemark*-AP Estonie* Fédération de Russie* France*-AP Grèce*-AP Hongrie* Italie-AP	Lettonie* Lituanie* Macédoanie*-AP Moldavie* Monaco Norvège*-AP Pays-Bas-PV Rép. de Slovaquie*-AP Rep. Tchèque*-AP Roumanie† Slovénie*-AP Suède** Suisse Ukraine* Yougoslavie (R.F.)*-AP	Afrique du Sud* Cap-Vert*

\*Limite de gestation de 12 semaines. †Limite de gestation de 14 semaines. ‡ Limite de gestation de 24 semaines. \*\* Limite de gestation de 18 semaines. \*\*\* Limite de gestation de huit semaines. Notes: Pour les limites de gestation, la période de grossesse est calculée à partir de la date des dernières règles, qui se produisent en moyenne deux semaines avant la conception. Ainsi, les limites légales maximales de gestation se trouvent de fait prolongées de deux semaines.

AM=Autorisation maritale. AP=Autorisation parentale nécessaire. V=Avortement permis en cas de viol. VM=Avortement permis en cas de viol d'une femme avec une infirmité mentale. I=Avortement permis en cas d'inceste. F=Avortement permis en cas de malformation foetale. L=La loi n'indique pas de durée limite de gestation. PV=La loi ne limite pas l'avortement avant la période de viabilité du fœtus. D=Systeme fédéral dans lequel les lois divergent entre les états. L'avortement est accessible pour la majorité de la population. ND=Récente législation stricte, prohibant l'avortement pour quelque motif que ce soit, et éliminant donc probablement le recours à la défense de nécessité. U=Loi peu claire. H-Hong-Kong tombe dans la catégorie III.

Ressource : The Center for Reproductive Rights, 120 Wall Street, New York, NY 10005, USA, Tél. : +1-917-637-3600, Fax : +1-917-637-3666, E-mail : info@reprorights.org.



## Annexe II

### Dispositions pertinentes du Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement, Le Caire, 1994\*

**7.2** Par santé en matière de reproduction, on entend le bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. Cela suppose donc qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix, ainsi que d'autres méthodes de leur choix de régulation des naissances qui ne soient pas contraires à la loi, méthodes qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Il faut donc entendre par services de santé en matière de reproduction l'ensemble des méthodes, techniques et services qui contribuent à la santé et au bien-être en matière de procréation en prévenant et résolvant les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine. On entend également par cette expression la santé en matière de sexualité qui vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles.

**7.3** Compte tenu de la définition susmentionnée, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà reconnus dans des législations nationales, des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et d'autres documents pertinents des Nations Unies qui sont le fruit d'un consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et des individus de décider librement et

---

\* Organisation des Nations Unies. *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Assemblée générale, Document : A/171/13, New York, 18 octobre 1994.

avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances et de disposer des informations nécessaires pour ce faire, et du droit de tous d'accéder à la meilleure santé en matière de sexualité et de reproduction. Ce droit repose aussi sur le droit de tous de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la coercition ou à la violence, tel qu'exprimé dans des documents relatifs aux droits de l'homme. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Que tous exercent ce droit de façon responsable devrait être l'objectif fondamental des politiques et programmes financés par des fonds publics, au niveau gouvernemental comme au niveau local, dans le domaine de la santé en matière de reproduction, y compris de la planification familiale. Il faudrait veiller soigneusement à ce que, conformément au but visé, ces politiques et programmes favorisent l'établissement de relations de respect mutuel et d'équité entre les sexes, et satisfassent particulièrement les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable. Nombreux dans le monde sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de reproduction pour des raisons diverses : connaissance insuffisante de la sexualité ; inadaptation ou mauvaise qualité des services et de l'information disponibles dans le domaine de la santé en matière de procréation ; prévalence de comportements sexuels à hauts risques ; pratiques sociales discriminatoires ; attitudes négatives vis-à-vis des femmes et des filles ; et pouvoir restreint qu'exercent les femmes sur leur vie sexuelle et leurs fonctions reproductives. Le fait que, dans la plupart des pays, les adolescents soient privés d'information et de services satisfaisants dans ce domaine les rend particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques dans le domaine de la santé en matière de reproduction qui, souvent, ne sont pas pris en compte d'une manière adéquate.

**7.6** Tous les pays devront s'efforcer de permettre le plus tôt possible et au plus tard en l'an 2015 l'accès, par l'intermédiaire de leur réseau de soins de santé primaires, aux services de santé en matière de reproduction à tous les individus aux âges appropriés. Dans le cadre des soins de santé primaires, il faut entendre notamment par soins de santé en matière de reproduction : l'orientation, l'information, l'éducation, la communication et les services en matière de planification familiale ; l'éducation et les services relatifs aux soins prénatals, à l'accouchement sans risque et aux soins postnatals, en particulier l'allaitement naturel, les soins dispensés aux nourrissons et aux femmes ; la prévention et le traitement de la stérilité ; l'avortement tel qu'il est décrit au paragraphe 8.25, y compris la prévention de l'avortement et les moyens de faire face aux conséquences de cette pratique ; le traitement des affections de l'appareil génital ; les maladies sexuellement transmissibles et autres conditions de santé en matière de reproduction ; et le cas échéant, l'information, l'éducation et l'orientation en matière de sexualité humaine, de santé en matière de reproduction et de parente responsable. Les complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, et les cas de stérilité, d'affection de l'appareil génital, de cancer du sein et de cancer de l'appareil génital, de maladies sexuellement transmissibles et d'infection par le VIH et le sida devraient toujours, s'il y a lieu, pouvoir être renvoyés à des services de





planification familiale et faire l'objet d'un diagnostic complémentaire et d'un traitement. Les soins de santé primaires, y compris les programmes de santé en matière de reproduction devraient inclure des mesures actives de dissuasion de pratiques nocives telles que les mutilations sexuelles féminines.

**7.12** Les programmes de planification familiale ont pour but de permettre aux couples et aux individus de décider librement et avec discernement du nombre et de l'espacement de leurs enfants et de disposer des informations et des moyens nécessaires à cette fin, de faire des choix éclairés et de mettre à leur disposition toute une gamme de méthodes sûres et efficaces. Les succès auxquels ont abouti les programmes de sensibilisation aux questions de population et de planification familiale dans des contextes très variés montrent bien que, dans le monde entier, les personnes informées peuvent répondre — et répondent effectivement — de façon responsable à leurs besoins propres et à ceux de leur famille et de leur collectivité. Le principe du choix libre et éclairé est une condition essentielle du succès à long terme des programmes de planification familiale. Aucune forme de coercition ne doit y jouer le moindre rôle. Dans toutes les sociétés, il existe de nombreuses mesures économiques et sociales d'encouragement ou de dissuasion qui influencent les décisions prises par les individus quant au nombre et à l'espacement de leurs enfants. Depuis un siècle, de nombreux gouvernements ont mis en œuvre toutes sortes de dispositifs, et notamment des mesures spécifiques d'encouragement et de dissuasion, afin d'augmenter ou de réduire les taux de fécondité. La plupart de ces dispositifs n'ont exercé que des effets limités sur ces taux et, dans certains cas, leurs effets ont été opposés à ceux que l'on espérait. Les objectifs des pouvoirs publics en matière de planification familiale devraient être exprimés en termes de besoins à satisfaire dans les domaines de l'information et des services. S'il est légitime pour les administrations publiques d'inclure des objectifs démographiques dans leurs stratégies de développement, ces objectifs ne doivent pas être pour autant imposés au personnel des services de planification familiale sous forme de quotas ou de « clients » à recruter.

**7.17** Les pouvoirs publics, à tous les niveaux, sont instamment invités à mettre en place des systèmes de surveillance et d'évaluation des services de planification familiale d'utilisation facile en vue de détecter, de prévenir et de combattre tout abus de la part de ceux qui les gèrent et qui les fournissent et d'assurer une amélioration constante de la qualité de ces services. À cette fin, les gouvernements devraient veiller à ce que les services de planification familiale et de santé en matière de reproduction soient fournis dans le respect des droits de l'homme et des normes éthiques et professionnelles pour que les bénéficiaires les utilisent en connaissance de cause et que leur décision soit réfléchie et librement prise, de même qu'en ce qui concerne la prestation de ces services. Les techniques de fécondation in vitro devraient être utilisées dans le respect de règles éthiques appropriées et de codes de déontologie médicale.

**7.18** Les organisations non gouvernementales ont un rôle actif à jouer pour mobiliser l'appui des familles et des collectivités, rendre plus accessibles et plus acceptables les ser-

vices de santé en matière de reproduction, y compris la planification familiale, et elles devraient coopérer avec les gouvernements à la préparation et à la fourniture de prestations fondées sur un choix fait en connaissance de cause et aider à surveiller les programmes du secteur public et du secteur privé, y compris leurs propres programmes.

**7.19** Dans le cadre des efforts déployés pour répondre aux besoins non satisfaits, tous les pays devraient chercher à répertorier et éliminer tous les principaux obstacles qui s'opposent encore à l'utilisation des services de planification familiale. Certains de ces obstacles tiennent à l'insuffisance, à la piètre qualité et au coût des services existants de planification familiale. Les organisations de planification familiale publiques, privées et non gouvernementales devraient se donner pour objectif de surmonter d'ici à l'an 2005 tous les obstacles d'ordre programmatique à la planification familiale en repensant ou en développant l'information et les services et autres moyens propres à rendre les couples et les individus mieux à même de prendre librement et en pleine connaissance de cause leurs décisions concernant le nombre, l'espacement et le moment des naissances et de se protéger contre les maladies sexuellement transmissibles.

**7.20** Plus précisément, les gouvernements devraient faciliter la prise en charge par les couples et les individus de leur santé en matière de reproduction, en abolissant toutes les restrictions injustifiées d'ordre juridique, médical, clinique et réglementaire à l'information sur les services et méthodes de planification familiale et à l'accès à ces services et méthodes.

**7.23** Dans les années à venir, tous les programmes de planification familiale devront s'efforcer notablement d'améliorer la qualité des soins. Il faudrait notamment :

- a) Reconnaître que les méthodes appropriées pour les couples et les individus varient selon leur âge, le nombre de leurs enfants, la taille souhaitée pour leur famille, ainsi que d'autres facteurs, et faire en sorte que les hommes et les femmes disposent des informations voulues et aient accès à la gamme la plus large possible de méthodes sûres et efficaces de planification familiale afin d'être en mesure de faire leurs choix librement et en pleine connaissance de cause ;
- b) Diffuser des informations accessibles, exhaustives et précises sur les diverses méthodes de planification familiale, y compris leurs risques pour la santé, leurs avantages, leurs éventuels effets secondaires et leur efficacité comme moyen de prévention de la contamination par le VIH et de la propagation du sida et des autres maladies sexuellement transmissibles ;
- c) Offrir aux bénéficiaires des services plus sûrs, abordables, plus pratiques et plus accessibles et assurer, en renforçant les systèmes logistiques, un approvisionnement suffisant et régulier de contraceptifs essentiels de bonne qualité. Le respect de la vie privée et la confidentialité devraient être assurés ;



- d) Élargir et améliorer la formation, formelle et informelle, dans le domaine des soins de santé en matière de sexualité, de reproduction et de planification familiale de tous les prestataires de services de santé et de tous les éducateurs et gestionnaires du secteur sanitaire, notamment par l'enseignement des techniques de communication interpersonnelle et d'assistance socio-psychologique ;
- e) Assurer un suivi approprié, et notamment le traitement des effets secondaires de l'usage des contraceptifs ;
- f) Assurer l'accès, sur place, à des services connexes de santé en matière de reproduction ou l'orientation vers des centres appropriés ;
- g) Mesurer les résultats non seulement au plan quantitatif, mais aussi au plan qualitatif en tenant compte du point de vue des bénéficiaires actuels et futurs, grâce notamment à des systèmes efficaces de gestion de l'information et à des techniques d'enquête permettant de procéder rapidement à l'évaluation des services ;
- h) Les programmes de planification familiale et de santé en matière de reproduction devraient mettre l'accent sur l'éducation en faveur de l'allaitement naturel et les services d'appui aux femmes qui le pratiquent, ce qui peut en même temps contribuer à l'espacement des naissances, à une amélioration de la santé maternelle et infantile et à de meilleurs taux de survie infantile.

**7.24** Les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils.

**7.41** Dans le domaine de la santé en matière de reproduction, les besoins des adolescents en tant que groupe ont jusqu'à présent été largement ignorés des services compétents. C'est sur une information qui aide les adolescents à atteindre un niveau de maturité leur permettant de prendre des décisions responsables que les sociétés devraient fonder leur réponse aux besoins dans ce domaine. Les adolescentes devraient notamment pouvoir accéder à une information et à des services qui les aident à comprendre leur sexualité et se protéger contre les grossesses non désirées, les maladies sexuellement transmissibles et les risques de stérilité en résultant. Il faudrait également enseigner aux jeunes gens à respecter l'autodétermination des femmes et à partager les responsabilités avec elles dans les questions de sexualité et de procréation. Cet effort est extrêmement important pour la santé des jeunes femmes et des enfants, pour l'autodétermination des femmes et, dans de nombreux pays, pour les efforts déployés en vue de ralentir l'accroissement de la population. La maternité précoce comporte des risques de mortalité maternelle bien supérieurs à la moyenne et les taux de morbidité et de mortalité des enfants nés de mères trop jeunes sont plus élevés que la moyenne. Partout dans le monde, la maternité précoce continue de faire obstacle à l'amélioration du statut économique et social et du niveau d'éducation des

femmes. En général, le mariage et la maternité précoces peuvent réduire fortement la possibilité pour les jeunes femmes de faire des études et de travailler, et risquent de porter un préjudice durable à la qualité de leur vie et à celle de leurs enfants.

**7.45** Les parents et les autres personnes légalement responsables d'adolescents ayant le droit, le devoir et la responsabilité d'orienter et de guider comme il convient l'adolescent en matière de sexualité et de procréation, compte tenu du développement de ses capacités, les pays doivent veiller à ce que les programmes et l'attitude des prestataires de soins de santé ne restreignent pas l'accès des adolescents aux services et à l'information dont ils ont besoin, notamment en ce qui concerne les maladies sexuellement transmissibles et les violences sexuelles. À cet effet et, notamment, pour remédier à de telles violences, ces services doivent protéger le droit des adolescents au respect de leur vie privée, à la confidentialité, à la dignité et celui de donner leur consentement en connaissance de cause, tout en respectant les valeurs culturelles et les convictions religieuses. À cet égard, les pays devraient, s'il y a lieu, supprimer les dispositions législatives, réglementaires et sociales qui empêchent de fournir aux adolescents des informations sur la santé en matière de procréation ou des soins dans ce domaine.

**7.46** Avec l'appui de la communauté internationale, les pays devront protéger et promouvoir le droit des adolescents à l'éducation, à l'information et aux soins dans le domaine de la santé en matière de reproduction et faire en sorte que le nombre des grossesses d'adolescentes diminue considérablement.

**7.47** Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, sont invités à reconnaître que les adolescents ont des besoins particuliers et à mettre en œuvre les programmes qui permettront de répondre à ces besoins. Ces programmes devraient comprendre des mécanismes d'appui à l'éducation et à l'orientation des adolescents dans des domaines tels que les relations entre hommes et femmes et l'égalité entre les sexes, la violence à l'encontre des adolescents, un comportement sexuel responsable, la planification responsable de la famille, la vie familiale, la santé en matière de reproduction, les maladies sexuellement transmissibles, la contamination par le VIH et la prévention du sida. Les adolescents devraient bénéficier de programmes pour la prévention et le traitement des sévices sexuels et de l'inceste ainsi que d'autres services de santé en matière de reproduction. De tels programmes devraient fournir aux adolescents les informations dont ils ont besoin et viser délibérément à renforcer des valeurs culturelles et sociales positives. Les adolescents qui ont une activité sexuelle auront besoin d'informations, d'une orientation et de services spécifiques dans le domaine de la planification familiale, et les adolescentes qui se retrouvent enceintes auront besoin d'un appui particulier de leur famille et de la collectivité au cours de leur grossesse et de la petite enfance de leur bébé. Les adolescents doivent être pleinement associés à la planification, à la fourniture et à l'évaluation de ces informations et de ces services, compte dûment tenu des orientations et des responsabilités parentales.

**8.25** L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés.

**12.10** La recherche, en particulier la recherche biomédicale, a concouru de manière décisive à faire que de plus en plus de gens ont accès à une gamme plus étendue de moyens modernes de régulation des naissances. Cela dit, tous les êtres humains n'ont pas encore trouvé une méthode de planification familiale qui leur convienne et le choix de solutions offertes aux hommes est plus limité que celui des femmes ; de plus, la prolifération des maladies sexuellement transmissibles, notamment du VIH/sida, exige une augmentation importante des investissements en faveur de nouvelles méthodes de prévention, de diagnostic et de traitement. Malgré la chute des crédits affectés à la recherche sur la santé en matière de reproduction, les perspectives de mise au point et de diffusion de nouvelles méthodes et de nouveaux produits de contraception et de régulation des naissances sont prometteuses. L'amélioration de la collaboration et de la coordination des activités à l'échelle internationale se traduira par une augmentation de la rentabilité, mais le renforcement de l'appui des gouvernements et des industries n'en demeure pas moins nécessaire pour mettre au point plusieurs nouvelles méthodes fiables et abordables, notamment des méthodes à adjuvants qui sont en cours d'expérimentation. Cette recherche devra tenir compte, à toutes les étapes, des points de vue des hommes et des femmes, notamment ceux des femmes, et des besoins des usagers, ainsi que des normes légales, éthiques, médicales et scientifiques internationalement reconnues de la recherche biomédicale.

## Objectifs

**12.11** Il s'agit de :

- a) Aider à cerner les facteurs qui influent sur une santé universelle en matière de reproduction, y compris la santé en matière de sexualité, et élargir l'éventail des choix possibles en matière de procréation ;

- b) Garantir l'innocuité, la qualité et la valeur sanitaire à court et à long terme des méthodes de régulation des naissances ;
- c) Afin de contribuer à ce que chacun puisse jouir d'une bonne santé en matière de reproduction et de sexualité, la communauté internationale devrait mettre à profit toute la gamme des résultats issus de la recherche fondamentale dans les domaines biomédical, social, du comportement et des programmes concernant la santé en matière de reproduction et la sexualité.

## Mesures à prendre

**12.12** Les gouvernements, avec l'aide de la communauté internationale et des organismes donateurs, du secteur privé, des organisations non gouvernementales et des milieux universitaires, devraient accroître leur soutien à la recherche fondamentale et appliquée dans les domaines biomédical, technologique, clinique et épidémiologique et en sciences sociales afin de renforcer les services de santé en matière de reproduction, ce qui suppose notamment d'améliorer les méthodes de régulation des naissances et d'en mettre au point de nouvelles qui répondent aux besoins des utilisateurs et qui soient acceptables, faciles d'emploi, sûres, dépourvues d'effets secondaires à long terme et à court terme et sur la seconde génération, efficaces, abordables, adaptées aux différents groupes d'âge et aux différentes cultures, ainsi qu'aux différentes phases de la période de procréation. La mise à l'essai et le lancement sur le marché de toute nouvelle technologie devraient faire l'objet d'une surveillance systématique, pour écarter les risques d'utilisation abusive. Parmi les domaines exigeant une attention accrue figurent notamment les moyens mécaniques de contraception masculine et féminine utilisés pour réguler les naissances et prévenir les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, ainsi que les microbicides et les virocides, qui ont ou qui n'ont pas un effet contraceptif.

**12.13** Des recherches sur la sexualité, les rôles masculins et féminins et les relations entre hommes et femmes dans différents contextes culturels sont absolument nécessaires. Elles devraient essentiellement porter sur les mauvais traitements, la discrimination et les actes de violence dont les femmes sont victimes, les mutilations sexuelles là où elles sont pratiquées, les mœurs et comportements sexuels, l'attitude des hommes à l'égard de la sexualité, de la procréation, de la fécondité, de la famille et des rôles respectifs des hommes et des femmes, les comportements qui sont facteurs de risque de maladie sexuellement transmissible et de grossesse non désirée, les besoins dont font état les hommes et les femmes en matière de méthodes de régulation des naissances et de services de santé en matière de sexualité et les raisons pour lesquelles les populations n'ont pas recours aux services et techniques existants ou ne les utilisent pas correctement.

**12.17** Dans la mesure où l'avortement, lorsqu'il est pratiqué dans des conditions dangereuses, constitue une grave menace pour la santé et la vie des femmes, il faudrait encourager les recherches sur les causes et les conséquences de l'interruption volontaire de grossesse, notamment sur ses effets ultérieurs sur la fécondité, la santé en matière de reproduction, l'hygiène mentale et les pratiques contraceptives, ainsi que sur le traitement des complications d'un avortement et les soins à dispenser après un avortement\*.

---

\* [Pour commander le texte complet de ce document, contactez : ICPD Secretariat, 220 East 42nd Street, 22nd floor, New York NY 10017 USA; (fax) +1-212-297-5250). Il est aussi disponible à <http://www.un.org/popin/icpd/conference/offre/conf13fre.html>]

## Annexe III

### Dispositions pertinentes de la Plate-forme d'action adopté à la Quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 1995\*

#### Mesures à prendre

**83** Les gouvernements, les ministères de l'éducation et autres institutions scolaires et universitaires devraient:

- k) Éliminer, le cas échéant, les obstacles d'ordre législatif, réglementaire et social à l'éducation en matière d'hygiène sexuelle et de santé génésique dans les programmes d'enseignement de type classique concernant les questions relatives à la santé des femmes ;
- l) Encourager, avec l'aide de leurs parents et la coopération du personnel enseignant et des établissements scolaires, l'élaboration de programmes d'enseignement à l'intention des filles et des garçons et la mise en place de services intégrés, afin de leur faire prendre conscience de leurs responsabilités et de les aider à les assumer, compte tenu de l'importance de cet enseignement et de ces services pour l'épanouissement de la personnalité et le respect de soi, ainsi que de l'urgente nécessité d'éviter les grossesses non désirées, la propagation des maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, et des phénomènes comme la violence sexuelle.

**95** En ce sens, les droits en matière de procréation correspondent à certains droits de l'homme déjà consacrés dans des législations nationales, dans des instruments internationaux relatifs aux droits de l'homme et dans d'autres textes des Nations Unies adoptés par consensus. Ces droits reposent sur la reconnaissance du droit fondamental de tous les couples et de toutes les personnes de décider librement et de façon responsable du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances et d'être informés des moyens de le faire, ainsi que du droit au meilleur état possible de santé en matière de sexualité et de procréation. Ils reposent aussi sur le droit de prendre des décisions en matière de procréation sans être en butte à la discrimination, à la contrainte ou à la violence, conformément aux

---

\* Organisation des Nations Unies, *Déclaration de Beijing et plate-forme d'action : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Document : A/Conf. 177/20, New York, 17 octobre 1995.



textes relatifs aux droits de l'homme. Dans l'exercice de ce droit, il importe que les couples et les individus tiennent compte des besoins de leurs enfants présents et à venir et de leurs propres responsabilités envers la société. Les politiques et programmes publics, nationaux ou locaux, de santé en matière de procréation, et de planification familiale doivent avoir pour objectif essentiel de promouvoir l'exercice responsable de ces droits. Ils doivent aussi favoriser des relations de respect mutuel et d'égalité entre les sexes, et particulièrement fournir aux adolescents l'éducation et les services nécessaires pour qu'ils apprennent à assumer leur sexualité dans un esprit positif et responsable. Nombreux sont ceux qui ne peuvent jouir d'une véritable santé en matière de procréation pour des raisons diverses : défaut d'éducation sexuelle ; insuffisance qualitative ou quantitative des services et de l'information ; comportements sexuels à risque ; pratiques sociales discriminatoires ; préjugés contre les femmes et les filles ; limitation du droit des femmes de prendre librement leurs décisions en matière de sexualité et de fécondité. Faute d'information et de services satisfaisants, les adolescents sont, dans la plupart des pays, particulièrement vulnérables. Les personnes âgées des deux sexes ont des besoins spécifiques qui, souvent, ne sont pas satisfaits d'une manière adéquate.

**96** Les droits fondamentaux des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur sexualité, y compris leur santé en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence, et de prendre librement et de manière responsable des décisions dans ce domaine. L'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne la sexualité et la procréation, y compris le respect total de l'intégrité de la personne, exige le respect mutuel, le consentement et le partage de la responsabilité des comportements sexuels et de leurs conséquences.

**97** Par ailleurs, la santé des femmes court des risques particuliers parce que leurs besoins en matière de sexualité et de procréation ne sont pas pris en considération comme il conviendrait et que les services qui permettraient de les satisfaire ne leur sont pas offerts. Dans de nombreuses régions en développement, les complications de la grossesse et de l'accouchement figurent parmi les principales causes de mortalité et de morbidité des femmes en âge de procréer. Des problèmes analogues existent, dans une mesure plus ou moins grande, dans certains pays en transition. Les avortements faits dans de mauvaises conditions menacent la vie de nombreuses femmes ; c'est là un grave problème de santé publique, du fait que ce sont principalement les femmes les plus pauvres et les plus jeunes qui prennent les plus grands risques. La prévention de ces décès, des maladies et des lésions serait possible si les femmes avaient plus facilement accès à des services de santé adéquats, notamment à des méthodes de planification familiale sûres et efficaces et à des soins obstétriques d'urgence et si le droit des femmes et des hommes d'être informés sur les méthodes de planification familiale qui soient sûres, efficaces, abordables et acceptables, et d'utiliser celle qui leur convient, ainsi que toute autre méthode de régulation des naissances qui ne soit pas illégale était reconnu, de même que le droit à des services de santé assurant un bon déroulement de la grossesse et de l'accouchement et donnant aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé. Ces problèmes et les solutions possibles

devraient être examinés sur la base du rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement, et en particulier des paragraphes pertinents du Programme d'action de la Conférence. Dans la plupart des pays, les activités publiques et privées des femmes et, en particulier leur éducation et leurs moyens d'action économique et politique sont très limités parce que leurs droits en matière de procréation ne sont pas respectés. La possibilité pour les femmes d'être maîtresses de leur fécondité est une base importante pour la jouissance d'autres droits. Le partage entre les femmes et les hommes de la responsabilité des comportements sexuels et de la procréation est aussi un facteur essentiel de l'amélioration de la santé des femmes.

**103** La qualité des soins de santé fournis aux femmes est insuffisante à divers égards et dépend des circonstances locales. Les femmes sont souvent traitées sans respect, la protection de leur vie privée et la confidentialité des informations qui les concernent ne sont pas assurées et elles ne sont pas toujours pleinement informées des options et services qui s'offrent à elles. En revanche, dans certains pays, les femmes sont souvent surmédicalisées, d'où des interventions chirurgicales inutiles et des thérapeutiques inadaptées.

**104** La collecte des statistiques de santé n'est souvent pas systématique et les données ne sont pas toujours ventilées ni analysées selon l'âge, le sexe, la situation socio-économique et des paramètres démographiques et autres qui seraient utiles pour servir les intérêts et résoudre les problèmes des groupes vulnérables et marginalisés. Nombre de pays ne disposent pas de données récentes et fiables sur la mortalité et la morbidité féminines ni sur l'état de santé des femmes et les maladies qui les frappent plus que les hommes. On sait relativement peu de choses sur les facteurs économiques et sociaux qui influent sur la santé des fillettes et des femmes de tous âges, sur les services de santé dont elles bénéficient et la manière dont elles les utilisent, ainsi que sur la qualité des programmes de prévention et de santé qui leur sont destinés. La recherche sur les questions importantes pour la santé des femmes n'est pas suffisante et manque souvent de crédits. Dans de nombreux pays, il est fréquent que la recherche médicale, sur les maladies cardiaques par exemple, et les études épidémiologiques portent uniquement sur les hommes et ne tiennent pas compte des sexes spécifiques. Quand des essais cliniques sont faits sur des femmes pour étudier la posologie, les effets secondaires et l'efficacité des médicaments, notamment des contraceptifs, ce qui est rare, ils ne respectent pas toujours la déontologie de la recherche et de l'expérimentation. Nombre de protocoles thérapeutiques, d'actes et de traitements médicaux appliqués aux femmes reposent sur des recherches effectuées sur des hommes sans que l'on ait cherché à les adapter aux spécificités de chaque sexe.

### Mesures à prendre

**106** Les gouvernements, en coopération avec les organisations non gouvernementales et les associations patronales et syndicales et avec l'appui des institutions internationales, devraient:

- f) Revoir l'information, les services et la formation destinés aux agents sanitaires, de



manière à tenir compte des spécificités de chaque sexe, des attentes de l'utilisateur en matière de communication interpersonnelle et de son droit au respect de la vie privée et à la confidentialité. Ces services, cette information et cette formation devraient s'inspirer d'une approche globale ;

- j) Prendre conscience du fait que les séquelles des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions posent un problème majeur de santé publique, et remédie à cette situation comme en est convenue la Conférence internationale sur la population et le développement au paragraphe 8.25 de son Programme d'action ;
- k) Aux termes du paragraphe 8.25 du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement : « L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés » ; envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal ;
- m) Veiller à ce que les fillettes aient accès en permanence, à mesure qu'elles grandissent, aux informations et services nécessaires en matière de nutrition et de santé, afin qu'elles passent en bonne santé de l'enfance à l'âge adulte ;

### Mesures à prendre

**107** Les gouvernements, en collaboration avec les organisations non gouvernementales, les organes d'information, le secteur privé et les organismes internationaux compétents, notamment les organismes des Nations Unies, devraient, selon qu'il convient :

- e) Rassembler et diffuser les informations disponibles par des campagnes d'éducation sanitaire, et en utilisant les médias, des services fiables de conseil et les écoles, afin que

les hommes et les femmes, en particulier les jeunes, soient mieux informés sur leur santé, notamment en ce qui concerne la sexualité et la procréation, sans perdre de vue les droits des enfants — droit à l'information, à une vie privée, à la confidentialité, au respect et au consentement éclairé — non plus que les responsabilités, droits et devoirs des parents ou tuteurs — qui doivent leur donner des conseils et des renseignements adaptés à leur âge pour les guider dans l'exercice des droits qui leur sont reconnus par la Convention relative aux droits de l'enfant, en respectant les dispositions de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ; veiller à ce que toute mesure concernant les enfants soit principalement motivée par le souci de protéger leurs intérêts ;

- g) Reconnaître les besoins spécifiques des adolescents et mettre en œuvre des programmes appropriés, d'éducation et d'information, par exemple, sur les questions de santé se rapportant à la sexualité et à la procréation et sur les maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH/sida, compte tenu des droits de l'enfant et des droits, devoirs et responsabilités des parents tels qu'ils sont rappelés au paragraphe 107e).

### Mesures à prendre

**108** Les gouvernements, les organisations internationales, notamment les organismes compétents des Nations Unies, les donateurs bilatéraux et multilatéraux et les organisations non gouvernementales devraient :

- k) S'attacher à promouvoir le respect mutuel et l'égalité dans les relations entre les sexes et, en particulier, à fournir aux adolescents l'éducation et les services dont ils ont besoin pour pouvoir vivre leur sexualité de façon constructive et responsable ;
- l) Concevoir à l'intention des hommes de tout âge et des adolescents, en tenant compte du rôle des parents tel qu'il est rappelé au paragraphe 107e), des programmes spécifiques et complets d'information précise sur le comportement sexuel et la procréation responsables et sans risques, notamment sur l'utilisation volontaire par les hommes de méthodes appropriées et efficaces pour prévenir l'infection par le VIH/sida et les autres maladies sexuellement transmissibles, en particulier l'abstinence et l'emploi de préservatifs.

### Mesures à prendre

**109** Les gouvernements, le système des Nations Unies, le personnel médical, les instituts de recherche, les organisations non gouvernementales, les donateurs, l'industrie pharmaceutique et les médias devraient, selon qu'il convient :

- i) L'avortement pratiqué dans de mauvaises conditions constituant l'une des principales menaces pour la santé et la vie des femmes, il faudrait promouvoir la recherche afin de mieux comprendre et maîtriser les causes et les conséquences de l'avortement

provoqué, y compris ses séquelles sur la fécondité et la santé génésique et mentale de la femme et les pratiques contraceptives, ainsi que la recherche sur le traitement des complications de l'avortement et les soins après avortement ;

**223** Ayant à l'esprit le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement ainsi que la Déclaration et le Programme d'action de Vienne adoptés par la Conférence mondiale sur les droits de l'homme, la quatrième Conférence mondiale sur les femmes réaffirme que les droits en matière de reproduction sont fondés sur la reconnaissance du droit fondamental qu'ont tous les couples et tous les individus de décider librement et en toute responsabilité du nombre de leurs enfants et de l'espacement des naissances, et de disposer de l'information et des moyens voulus, ainsi que du droit qu'à chacun de jouir du meilleur état de santé possible en matière de sexualité et de reproduction, et de prendre des décisions en matière de reproduction sans faire l'objet de discrimination, de contrainte ou de violence, comme prévu dans les instruments relatifs aux droits de l'homme.

**267** Aux termes du paragraphe 7.3 du Programme d'action adopté par la Conférence internationale sur la population et le développement, « il faudrait veiller soigneusement à ce que des relations de respect mutuel et d'équité s'établissent entre les sexes et en particulier à ce que les besoins des adolescents en matière d'enseignement et de services soient satisfaits afin qu'ils apprennent à assumer leur sexualité de façon positive et responsable », compte tenu des droits de l'enfant à l'information, au respect de sa vie privée, à la confidentialité, au respect de sa dignité et à la liberté de donner son consentement en connaissance de cause, ainsi que des responsabilités, des droits et des devoirs des parents et tuteurs pour ce qui est de guider et de conseiller l'enfant, d'une manière qui corresponde au développement de ses capacités, dans l'exercice des droits que lui reconnaît la Convention relative aux droits de l'enfant, et conformément à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. L'intérêt supérieur de l'enfant sera une considération primordiale dans toutes les mesures concernant les enfants. Il faudrait que les jeunes reçoivent, avec l'aide de leurs parents, une éducation sexuelle intégrale qui fasse prendre conscience aux hommes de leurs propres responsabilités en matière de sexualité et de fécondité, et les aide à se comporter en conséquence.

**281** Les gouvernements et les organisations internationales et non gouvernementales devraient :

- c) Renforcer et réorienter l'éducation sanitaire et les services de santé, en particulier les programmes de soins de santé primaires, y compris la santé en matière de sexualité et de procréation, et concevoir des programmes de santé de qualité qui permettent de répondre aux besoins physiques et mentaux des filles et qui tiennent compte des besoins des jeunes mères, des femmes enceintes et des mères allaitantes ;

- e) Dispenser aux filles, en particulier aux adolescentes, une éducation et des informations concernant la physiologie de la reproduction, la santé en matière de sexualité et de reproduction, comme convenu dans le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et comme prévu dans le rapport de cette conférence, la planification de la famille, la vie familiale, la santé en matière de reproduction, les maladies sexuellement transmissibles et la prévention de la contamination par le VIH et du sida, en tenant compte du rôle des parents tel qu'il est défini au paragraphe 267 ;
  
- g) Souligner le rôle et la responsabilité des adolescents en ce qui concerne la santé génésique et le comportement sexuel et procréateur, dans le cadre de services et de conseils appropriés, comme indiqué au paragraphe 267\*.



---

\* [Pour commander le texte complet de ce document, contactez : FWCW Secretariat/Division of the Advancement of Women, 2 United Nations Plaza, DC2-1226, New York, NY 10017, USA; (fax) +1-212-963-3463; Courrier électronique : daw@undp.org. Il est aussi disponible à <http://www.un.org/womenwatch/confer/beijing/reports/platfra.htm>]

## Annexe IV

### Dispositions pertinentes des Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, New York, 1999\*

- 63** (i) L'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. La plus haute priorité doit toujours être accordée à la prévention des grossesses non désirées et tout devrait être fait pour éliminer la nécessité de recourir à l'avortement. Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints de compréhension. Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement. Après un avortement, des services de conseil, d'éducation et de planification familiale devraient être offerts rapidement, ce qui contribuera également à éviter des avortements répétés ;
- (ii) Les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale, et dans tous les cas, veiller à ce que les femmes qui ont eu recours à l'avortement soient traitées avec humanité et bénéficient de conseils ;

(iii) Pour se conformer aux dispositions qui précèdent et les appliquer, dans le cas où l'avortement n'est pas interdit par la loi, les systèmes de santé devraient former les prestataires des soins de santé et les équiper et devraient prendre d'autres mesures pour que l'avortement soit alors pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et soit accessible. Des mesures supplémentaires devraient être prises pour préserver la santé des femmes\*.



---

\* Organisation des Nations Unies, *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Assemblée générale, Document : A/S-21/5/Add. I, New York, 1er juillet 1999.



## Annexe V

### Articles pertinents de la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948\*

#### Article premier

Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits. Ils sont doués de raison et de conscience et doivent agir les uns envers les autres dans un esprit de fraternité.

#### Article 3

Tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne.

#### Article 19

Tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression, ce qui implique le droit de ne pas être inquiété pour ses opinions et celui de chercher, de recevoir et de répandre, sans considérations de frontières, les informations et les idées par quelque moyen d'expression que ce soit.

#### Article 25

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

#### Article 27

1. Toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent.

---

\* Organisation des Nations Unies, Déclaration universelle des droits de l'homme, Assemblée générale, Résolution : 217A (III), 10 décembre 1948. *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994. Disponible à <http://www.unhchr.ch/udhr/lang/frn.htm>. [Pour commander le texte complet de ce document, voir la page 48.]

## Annexe VI

### Articles pertinents du Pacte international relatif aux droits civils et politiques\*

#### Article 6

1. Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie.

#### Article 9

1. Tout individu a droit à la liberté et à la sécurité de sa personne. Nul ne peut faire l'objet d'une arrestation ou d'une détention arbitraire. Nul ne peut être privé de sa liberté, si ce n'est pour des motifs, et conformément à la procédure prévus par la loi.

#### Article 19

1. Nul ne peut être inquiété pour ses opinions.

2. Toute personne a droit à la liberté d'expression ; ce droit comprend la liberté de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées de toute espèce, sans considération de frontières, sous une forme orale, écrite, imprimée ou artistique, ou par tout autre moyen de son choix.

3. L'exercice des libertés prévues au paragraphe 2 du présent article comporte des devoirs spéciaux et des responsabilités spéciales. Il peut en conséquence être soumis à certaines restrictions qui doivent toutefois être expressément fixées par la loi et qui sont nécessaires :

- a) Au respect des droits ou de la réputation d'autrui ;
- b) À la sauvegarde de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé ou de la moralité publiques.

---

\* Organisation des Nations Unies, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Assemblée générale, Résolution : 2200A (XXI), 16 décembre 1966 (entré en vigueur le 23 mars 1976). *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994. Disponible à [http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a\\_ccpr.htm](http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm). [Pour commander le texte complet de ce document, voir la page 48.]

## Annexe VII

### Articles pertinents du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels\*

#### Article 12

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les États parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :

- a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
- b) L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
- c) La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
- d) La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

#### Article 15

1. Les États parties au présent Pacte reconnaissent à chacun le droit :

- b) De bénéficier du progrès scientifique et de ses applications

3. Les États parties au présent Pacte s'engagent à respecter la liberté indispensable à la recherche scientifique et aux activités créatrices.

---

\* Organisation des Nations Unies, Pacte international relatif aux droits civils et politiques, Assemblée générale, Résolution : 2200A (XXI), 16 décembre 1966 (entré en vigueur le 23 mars 1976). *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994. Disponible à [http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a\\_ccpr.htm](http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm). [Pour commander le texte complet de ce document, voir la page 48.]

## Annexe VIII

### Articles pertinents de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes\*

#### Article 10

1. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes afin de leur assurer des droits égaux à ceux des hommes en ce qui concerne l'éducation et, en particulier, pour assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :

- h) L'accès à des renseignements spécifiques d'ordre éducatif tendant à assurer la santé et le bien-être des familles, y compris l'information et des conseils relatifs à la planification de la famille.

#### Article 11

1. Les États parties s'engagent à prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine de l'emploi, afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les mêmes droits, et en particulier :

- f) Le droit à la protection de la santé et à la sécurité des conditions de travail, y compris la sauvegarde de la fonction de reproduction.

#### Article 12

1. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

---

\* Organisation des Nations Unies, Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, Assemblée générale, Résolution : 34/180, 18 décembre 1979 (entrée en vigueur le 3 septembre 1981). *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994. Disponible à <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/fconvention.htm>.



2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les États parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.

#### **Article 14**

2. Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans les zones rurales afin d'assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, leur participation au développement rural et à ses avantages et, en particulier, ils leur assurent le droit :

b) D'avoir accès aux services adéquats dans le domaine de la santé, y compris aux informations, conseils et services en matière de planification de la famille.

#### **Article 16**

1. Les États parties prennent toutes les mesures nécessaires pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans toutes les questions découlant du mariage et dans les rapports familiaux et, en particulier, assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme :

e) Les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits\*.

---

\* [Pour commander le texte complet de ce document ou les documents mentionnés dans les annexes V-VIII, contactez : United Nations Publications, Sales Section, 2 United Nations Plaza, Rm. DC2-853, Dept. IDO I, New York, NY 10017, USA; (tél.) +1-212-963-8302; +1-800-253-9646; (fax) +1-212-963-3489; Courrier électronique : PUBLICATIONS@UN.ORG].

## Bibliographie

CRLP — Center for Reproductive Law and Policy (devenu Center for Reproductive Rights ou Centre pour les droits reproductifs) et Open Forum on Reproductive Health and Rights. *Women Behind Bars: Chile's Abortion Laws — A Human Rights Analysis*, New York, Center for Reproductive Law and Policy, 1998.

COOK, R. J. et M. F. FATHALLA « Advancing reproductive rights beyond Cairo and Beijing », *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, n° 3 (1996).

*Declaración de Bogotá*. Document découlant du Encuentro de Parlamentarias y Parlamentarios de América Latina y el Caribe sobre Aborto Inducido, Bogota, Colombie, 9 octobre 1998.

DIXON-MUELLER, R., *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*. Westport (Connecticut), Praeger, 1993.

—. « Innovations in reproductive health care: Menstrual regulation policies and programs in Bangladesh », *Studies in Family Planning*, vol. 19, n° 3 (1988).

EQUALITY NOW, « Nepal: Maternal mortality and the criminalization of abortion — The death of Bimla », *Women's Action*, 10.2, New York (1998).

FRENCH, B. N. WAITHAKA et A. OMINDE, « Management of incomplete abortion in Kenya by clinical officers: A pilot study ». Article non publié présenté à l'occasion de la réunion Advances and Challenges in Postabortion Care Operations Research, commandité par le Population Council, New York, du 19 au 21 janvier 1998.

HERA (Santé, Autonomisation des Femmes, Droits et Responsabilité). *Mesures à prendre: Droits et santé des femmes en matière de sexualité et de reproduction*, New York, HERA (c/o International Women's Health Coalition) 1998.

« Médico pide al Congreso despenalizar el aborto », *La Tercera*, Santiago, Chili, 9 août 1998.

NARAL — National Abortion Rights Action League (devenu NARAL Pro-Choice America). *A State-by-State Review of Abortion and Reproductive Rights*, Washington, D. C., NARAL Foundation, 1998.

NUNES, F. E. et Y. DELPH, « Making abortion law happen in Guyana : A success story », *Reproductive Health Matters*, n° 6 (1995).

RAHMAN, A., L. KATZIVE et S. HENSHAW, « A global review of laws on induced abortion, 1985-1987 », *International Family Planning Perspectives*, vol. 24, n° 2 (1998).

Reproductive Rights Alliance (RRA). *Barometer*, Johannesburg, vol. I, numéro 2 (septembre 1997).



ROGO, K., S. ORERO et M. OGUTTU, « Preventing unsafe abortion in western Kenya: An innovative approach through private physicians », *Reproductive Health Matters*, vol. 6, n° II (1998).

ROGOW, D., « Designing abortion research for policy impact », *Methodological Issues in Abortion Research*, New York, Population Council, 1990.

ORGANISATION DES NATIONS UNIES, *Déclaration de Beijing et plate-forme d'action : Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Document : A/Conf. 177/20, New York, 17 octobre 1995.

\_\_\_ *Programme d'action adopté à la Conférence internationale sur la population et le développement*, Document : A/171/13, New York, 18 octobre 1994.

\_\_\_ *Principales mesures pour la poursuite de l'application du Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, Assemblée générale, Document : A/S-21/5/Add. I, New York, 1er juillet 1999.

\_\_\_ *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, Assemblée générale, Résolution : 34/180, 18 décembre 1979 (entrée en vigueur le 3 septembre 1981). *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994.

\_\_\_ *Pacte international relatif aux droits civils et politiques*, Assemblée générale, Résolution : 2200A (XXI), 16 décembre 1966 (entré en vigueur le 23 mars 1976). *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994.

\_\_\_ *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels*, Assemblée générale, Résolution : 2200 (XXI), 16 décembre 1966 (entré en vigueur le 3 janvier 1976). *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994.

\_\_\_ *Déclaration universelle des droits de l'homme*, Assemblée générale, Résolution : 217A (III), 10 décembre 1948. *Human Rights: A Compilation of International Instruments*, New York et Genève, Nations Unies, 1994.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *The Prevention and Management of Unsafe Abortion, Rapport d'un Groupe de travail technique*, WHO/MSM/92.5, Genève, Organisation mondiale de la santé, avril 1992.

\_\_\_ *Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of and Mortality Due to Unsafe Abortion, With a Listing of Available Country Data*, WHO/RHT/MSM/97.16, Genève, OMS, 1998.

## Publications disponibles à l'IWHC

*La Mesure de notre courage : éduquer les adolescents du Nigeria et du Cameroun sur la sexualité et le genre* (2000) (Disponible aussi en anglais et en portugais)

*Les Femmes veulent des résolutions et des actes* (2000) (Disponible aussi en anglais)

*Cairo + Five: Reviewing Progress for Women Five Years After the International Conference on Population and Development* (1999) (Disponible aussi en espagnol)

*HERA Mesures à prendre : droits et santé des femmes en matière de sexualité et de reproduction* (1998) (Disponible aussi en anglais, en chinois, en espagnol, en portugais, et en russe)

*Practical and Ethical Dimensions in the Clinical Testing of Microbicides* (1998)

*Ensuring Women's Sexual and Reproductive Health and Rights* (1996)

*Gender and Health: From Research to Action* (1996)

*Learning about Sexuality: A Practical Beginning* (1996) (Disponible aussi en espagnol)

*Women Redrawing the Map: The World After the Beijing and Cairo Conferences* (1996)

*The Cairo Consensus: The Right Agenda for the Right Time* (1995) (Disponible aussi en anglais, en espagnol, et en chinois)

*Challenging the Culture of Silence: Building Alliances to End Reproductive Tract Infections* (1994)

*Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment, and Rights* (1994)

*Santé et justice en matière de reproduction* (1994) (Disponible aussi en anglais et en espagnol)

*Stalking the Elusive Unmet Need for Family Planning* (1994)

*Violence Against Women: The Hidden Health Burden* (1994)

*Women's Perspectives on Fertility Regulation Methods and Services* (1994)





*Women's Perspectives on Reproductive Health Research (1994)*

*Quatre essais sur la régulation des naissances : besoins et risques (1993)* (Disponible aussi en anglais et en espagnol)

*The Sexuality Connection in Reproductive Health (1993)*

*Population Policy and Women's Political Action in Three Developing Countries (1993)*

*Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health (1992)*

*Creating Common Ground: Report of a Meeting Between Women's Health Advocates and Scientists on Women's Perspectives on the Introduction of Fertility Regulation Technologies (1991)*

*The Culture of Silence: Reproductive Tract Infections Among Women in the Third World (1991)* (Disponible aussi en portugais et en espagnol)

*Reproductive Tract Infections in Women in the Third World: National and International Policy Implications (1991)*

*Abortion Policy and Women's Health in Developing Countries (1990)*

*Population Control and Women's Health: Balancing the Scales (1989)* (Disponible aussi en espagnol)

*Women's Health in the Third World: The Impact of Unwanted Pregnancy (1989)*

*Innovations in Reproductive Health Care: Menstrual Regulation Policies and Programs in Bangladesh (1988)*

*A Study of Costs and Behavioral Outcomes of Menstrual Regulation Services in Bangladesh (1988)*

## Conseil d'administration de l'IWHC

Ellen Chesler, Ph.D., Présidente du Conseil d'administration

Jacqueline de Chollet, Vice-présidente du Conseil d'administration

Thomas W. Merrick, Ph.D., Vice-présidente du Conseil d'administration

Paul S. Zuckerman, Ph.D. Secrétaire / Trésorier

Adrienne Germain, Présidente de l'IWHC

Mabel Bianco, M.D.

Jo Ivey Boufford, M.D.

Maja Daruwala

Nicolaas H. Biegman, Ph.D.

Joan B. Dunlop

Wilene A. Johnson, Ph.D.

Kati Marton

H.E. Pascoal Manuel Mocumbi, M.D.

Susan Nitze

María Isabel Plata, M.D.

Gita Sen, M.D.

Sandra Silverman

#### Édition anglaise originale

Directrice de la rédaction : Hilary Maddux  
Assistante à la production : Renu Nahata  
Révision : Carol Edwards  
Correction d'épreuves : Martha Cameron  
Graphisme : Julie Graham, Curtis & Company  
Impression : Citation Graphics

#### Pour l'édition française

Traduction : Catherine Roberge  
Révision : Françoise Girard  
Correction d'épreuves : Genevieve Haines  
Directrice de la rédaction : Andrea Lynch  
Assistante à la production : Rose Sarr  
Graphisme : Julie Graham, Curtis & Company  
Impression : Citation Graphics

Imprimé sur papier recyclé.

