

COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES



Observations Générales N ° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c)) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique

**Observations Générales N ° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b),
(c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c)) du Protocole à la
Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples
relatif aux Droits de la Femme en Afrique**

Préface

Le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique (Protocole de Maputo) est le principal instrument juridique de protection des droits femmes et des filles. Il garantit de façon spécifique, en son article 14, le droit à la santé et au contrôle des fonctions de reproduction.

Les droits des femmes à la santé sexuelle et reproductive comprennent notamment : le droit pour elles d'exercer un contrôle sur leur fécondité ; le droit de décider de leur maternité ; du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances; le droit de choisir librement une méthode de contraception ainsi que le droit à l'éducation sur la planification familiale.

À l'alinéa 2(c) de l'Article 14, le Protocole de Maputo engage les États - parties à prendre toutes les mesures appropriées pour protéger " les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère et du fœtus".

Il est important de relever que le Protocole de Maputo est le tout premier traité, à reconnaître l'avortement, dans certaines conditions, comme un droit humain des femmes, dont elles devraient jouir, sans restrictions ni crainte de poursuites judiciaires.

La Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples (Commission Africaine) se réjouit de la ratification de cet instrument important, par la majorité des États membres de l'Union Africaine. Mais elle fait le constat que plusieurs pays tardent à engager les réformes juridiques nécessaires à l'intégration de ses dispositions pertinentes, dans leur législation interne en particulier, dans le domaine des droits sexuels et reproductifs. Ainsi, dans plusieurs États - parties ces droits restent encore caractérisés par le faible accès des femmes et des adolescentes à la planification familiale ; la pénalisation de l'avortement et les obstacles que rencontrent celles-ci pour accéder à des services d'avortement sûrs et disponibles, y compris dans les cas autorisés par la loi nationale.

Plusieurs raisons continuent d'être invoquées pour expliquer la persistance de cette situation préjudiciable à la santé mentale et physique des femmes, en dépit des taux très élevés des décès maternels quotidiennement, enregistrés en Afrique.

C'est pour aider à inverser cette tendance que la Commission Africaine a adopté des **Observations Générales n ° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits des Femmes en Afrique**, à l'occasion de sa 55ème Session Ordinaire tenue à Luanda (Angola) du 28 Avril au 12 Mai 2014. Elles donnent des orientations claires sur les obligations générales et spécifiques des États - parties en vue de favoriser

l'intégration et la mise en œuvre effectives des dispositions de l'Article 14 du Protocole de Maputo.

Les dites Observations Générales doivent être utilisées également , lors de l'élaboration et de la soumission par les États de leurs rapports périodiques , pour rendre compte des mesures législatives et autres, par eux prises, dans le domaine de la promotion et de la protection de la sante sexuelle et reproductive des femmes et des adolescentes.

La Commission Africaine tient a adresser ses vifs remerciements a IPAS- Alliance Afrique pour son partenariat efficace sur toutes les questions relatives aux droits sexuels et reproductifs ainsi que pour son appui technique lors de la conduite du processus d'élaboration des présentes Observations Générales.

Commissaire Soyata Maïga
Rapporteure spéciale sur les droits de la femme en Afrique

Table des matières

| | |
|---|----|
| Préface | 2 |
| Introduction..... | 5 |
| Contexte | 7 |
| Contenu normatif | 9 |
| <i>Article 14.1.a), b) et c) : le droit d'exercer un contrôle sur sa fécondité, de décider de sa maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, et de choisir librement les méthodes de contraception.</i> | 9 |
| <i>Article 14.1.f) : Le droit à l'éducation sur la planification familiale.....</i> | 10 |
| <i>Article 14.2.a) : le droit aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural</i> | 11 |
| <i>Article 14.2.c) : le droit à l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.....</i> | 11 |
| Obligations générales de l'État : respecter, protéger, promouvoir et réaliser des droits | 13 |
| Obligations spécifiques de l'État..... | 14 |
| <i>Cadre juridique et politique favorable</i> | 14 |
| <i>Accès à l'information et à l'éducation sur la planification familiale/contraception et l'avortement médicalisé.....</i> | 15 |
| <i>L'accès aux services de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé ...</i> | 16 |
| <i>Procédures, technologies et services de santé sexuelle et de la reproduction</i> | 16 |
| <i>Obstacles aux droits à la planification familiale / contraception et à l'avortement médicalisé</i> | 17 |
| <i>Allocation de ressources financières.....</i> | 18 |
| <i>Respect de la soumission des Rapports périodiques par les Etats parties</i> | 18 |

Observations Générales N ° 2 sur l'Article 14.1 (a), (b), (c) et (f) et Article 14. 2 (a) et (c)) du Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique

Introduction

1. Les organes de surveillance des conventions relatives aux droits humains utilisent généralement les Observations Générales comme outil d'interprétation et de développement des dispositions des instruments juridiques internationaux pertinents, aux fins de guider les États, dans la mise en œuvre de leurs obligations. La compétence de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (la Commission) découle de l'article 45.1.b) de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (la Charte africaine), qui l'autorise à « *formuler et élaborer des règles et des principes qui permettent de résoudre les problèmes juridiques relatifs à la jouissance des droits de l'homme et des peuples.* » En tant qu'instrument juridique complémentaire à la Charte africaine, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique (le Protocole) relève aussi, du domaine de la compétence interprétative de la Commission.
2. Il est important de relever en outre que les articles 60 et 61 de la Charte africaine consacrent l'importance des instruments régionaux et internationaux des droits de l'homme, comme éléments de référence pour l'application et l'interprétation de ladite Charte ; il en est de même du Protocole.
3. Consciente de son engagement à promouvoir l'égalité entre hommes et femmes et de la nécessité d'éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, l'Union africaine a adopté le Protocole en 2003. Aux fins de cet instrument, entré en vigueur en 2005, on entend par « femmes » les personnes de sexe féminin, y compris les filles, incluant les femmes et les filles vivant avec un handicap.
4. La Commission se félicite de l'engagement des États africains à redoubler d'efforts en vue de garantir le principe d'égalité en matière de santé, ainsi que de promouvoir et protéger les droits sexuels et reproductifs de la femme, tels que consacrés par la Déclaration solennelle sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique (2004), la Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afriqueⁱ (2004), le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique (2006), le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique (2006) et la Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA)..

5. La Commission prend note avec satisfaction, des rapports intérimaires 2012 et 2013 de l'Union africaine sur la santé maternelle, néonatale et infantile, de la déclaration consensuelle issue des consultations régionales africaines sur l'agenda de développement post-2015, du rapport 2013 sur les progrès de l'Afrique vers la réalisation des Objectifs du millénaire pour le développement, ainsi que des directives techniques publiées par le Haut Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH-ONU) pour guider les États appelés à adopter, une approche fondée sur les droits de l'homme, dans la mise en œuvre des politiques et programmes de réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles évitables.
6. La Commission réaffirme le contenu normatif du droit à la santé consacré par l'Observation générale N°14 du Comité des Nations Unies chargé de veiller au respect du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), selon laquelle : « *Le droit à la santé suppose à la fois des libertés et des droits. Les libertés comprennent le droit de l'être humain de contrôler sa propre santé et son propre corps, y compris le droit à la liberté sexuelle et génésique, ainsi que le droit à l'intégrité, notamment le droit de ne pas être soumis à la torture et de ne pas être soumis sans son consentement à un traitement ou une expérience médicale. D'autre part, les droits comprennent le droit d'accès à un système de protection de la santé qui garantisse à chacun, sur un pied d'égalité, la possibilité de jouir du meilleur état de santé possible.* »
7. Le Protocole reconnaît aux femmes le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint. Ainsi la santé mentale et physique mentionnée à l'article 14. 2. c) dudit instrument, devrait s'entendre au sens de la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), à savoir: « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* »
8. L'article 14.1.a), b), c) et f) du Protocole garantit expressément le droit à la planification familiale, et l'article 14.2.c), le droit à l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère et du fœtus. Il est important de relever que c'est pour la première fois que, le droit à l'avortement médicalisé dans des cas limitativement énumérés, se trouve expressément consacré, par un instrument international juridiquement contraignant.
9. Au sens du Protocole, « *la planification familiale* » désigne les mesures prises en faveur d'un individu pour maîtriser sa fécondité, y compris le recours à la contraception, s'il choisit de ne pas avoir d'enfants dans l'immédiat, ni à l'avenir. Dans les présentes observations générales ce concept est désigné : « *planification familiale/contraception* ».
10. Au sens du Protocole, « *Avortement médicalisé* » désigne les services d'avortement sans risque,² fournis au moyen de médicaments ou méthodes spécifiques, avec tous les renseignements nécessaires et le consentement éclairé des intéressés, par des professionnels de santé des niveaux primaire, secondaire

et tertiaire , formés à l'avortement médicalisé, conformément aux normes de l'OMS. Ces services comportent aussi des techniques chirurgicales et des traitements.

11. Bien que les présentes Observations Générales portent essentiellement sur les dispositions stipulées à l'article 14.1.a), b), c) et f) et à l'article 14.2.a) et c) garantissant les droits sexuels et reproductifs de la femme, elles doivent être lues et interprétées à la lumière des autres dispositions du Protocole portant sur des aspects transversaux des droits humains de la femme, y compris le droit de ne pas faire l'objet de discrimination, le droit à la dignité, le droit à l'intégrité et à la sécurité, l'accès à la justice et le droit à l'éducation.

Contexte

12. En Afrique, la persistance de plusieurs formes de discrimination fondées, mais pas uniquement, sur l'ethnicité, la race, le sexe, le genre, l'âge, le statut matrimonial, la séropositivité, l'orientation sexuelle, le statut socioéconomique, le handicap, la résidence géographique, le domicile légal et/ou les croyances traditionnelles, religieuses et culturelles empêchent les femmes d'exercer et de jouir de leurs droits sexuels et reproductifs.
13. Ainsi, une forte proportion de femmes souhaite éviter ou retarder les grossesses ou avoir plus d'enfants que la progéniture initialement voulue. Il a été prouvé que ce sont les femmes issues des milieux pauvres, les moins instruites, les jeunes filles et les femmes rurales qui affichent les plus faibles taux de recours à la planification familiale/contraception. Le pourcentage de femmes n'ayant pas accès aux contraceptifs modernes reste encore élevé.
14. Les violences sexuelles contre les femmes font légion dans presque tous les pays africains, y compris le viol, l'inceste, la violence exercée par un partenaire dans l'espace intime, notamment le viol conjugal et les premières expériences sexuelles exercées sous la contrainte. Ces violences constituent certaines des causes de mortalité et de morbidité, y compris la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles. Elles engendrent également des grossesses non désirées et le recours par les victimes, à l'avortement dans des conditions non sécurisées, avec des conséquences, comme les traumatismes psychologiques.
15. L'Afrique affiche un taux élevé de grossesses non désirées. La violence sexuelle, l'opposition des partenaires ou des parents/tuteurs à l'usage de contraceptifs, l'échec des politiques en matière de planification familiale/contraception et le nonaccès aux moyens contraceptifs en raison des systèmes de santé précaires, la pauvreté, et l'existence de services inadaptés aux besoins des femmes et des filles, figurent au nombre des facteurs qui contribuent au faible taux de recours aux contraceptifs et aux grossesses non désirées.

16. En Afrique subsaharienne, les complications liées à la grossesse et à l'accouchement sont les principales causes de morbidité et de mortalité maternelles. Pour une femme qui meurt au moment de l'accouchement en Afrique, 20 autres souffrent de morbidité liée à la grossesse.
17. En outre certaines adolescentes deviennent très tôt sexuellement actives ou y sont contraintes. L'Afrique subsaharienne détient toujours l'un des taux les plus élevés de mariage précoce, certaines filles étant données en mariage à l'âge de 7 à 10 ans, ce qui les expose à des grossesses précoces avant d'atteindre leur pleine maturité physique ; il en résulte un risque accru d'accouchements avec des complications et un fort taux de mortalité et de morbidité maternelles. Les statistiques concernant les femmes dans leur ensemble révèlent que, les filles âgées de 15 à 19 ans sont les plus exposées à la mortalité maternelle.
18. La plupart des décès maternels ont pour cause directe les cinq affections suivantes : hémorragie post-partum, pré-éclampsie, accouchement obstrué, sepsis puerpérale et complications résultant d'un avortement pratiqué dans des conditions non sécurisées. Le taux d'avortement de ce type est, depuis des décennies, plus élevé en Afrique que dans les autres régions du monde, contribuant ainsi à plus de la moitié des décès maternels, enregistrés dans le monde, des suites des avortements non sécurisés.
19. Seul un très faible pourcentage des avortements pratiqués en Afrique, est effectué sans risque. Il résulte de cet état des faits que les avortements non sécurisés demeurent un facteur de mortalité maternelle évitable. En outre, ils constituent pour les femmes qui les subissent, un facteur de handicap persistant qui n'est pas souvent répertorié, en tant que tel. Il a été démontré que dans un contexte où les lois nationales autorisent l'avortement thérapeutique lorsqu'il s'avère nécessaire, et où les services de santé sont disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité, la prévalence ainsi que les complications résultant des avortements dangereux sont généralement moins élevées, que dans les pays où les conditions légales de l'avortement sont restreintes.
20. Le Protocole met à la charge des Etats parties l'obligation de protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé dans les cas énumérés à l'article 14. 2. c.). En outre le Plan d'action de Maputo engage les gouvernements à adopter des politiques et cadres juridiques, en vue de réduire les cas d'avortement dans des conditions insalubres, ainsi qu'à élaborer et mettre en œuvre des plans d'action nationaux pour atténuer la prévalence des grossesses non désirées et des avortements pratiqués dans des conditions insalubres. L'OMS réitère que, si les États ne suppriment pas les barrières juridiques et administratives qui entravent l'accès des femmes aux services d'avortement sans risque, ils ne sauraient remplir leurs obligations

internationales consistant à respecter, protéger, promouvoir et appliquer le droit à la non-discrimination.

21. Ainsi, les lois, politiques, procédures, pratiques administratives discriminatoires doivent être éliminées, à l'effet pour les femmes de revendiquer de façon effective leur liberté reproductive et les droits y afférents, et en jouir.
22. Les Etats parties doivent impérativement prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'éliminer les normes et structures socioculturelles qui favorisent et perpétuent l'inégalité fondée sur le sexe. Il en est de même, des formes transversales de discrimination contenues dans les lois, les politiques, les plans, les procédures administratives ainsi que la fourniture des ressources, des informations et des services concernant la planification familiale/contraception et l'avortement médicalisé, dans les cas limitativement énumérés.

Contenu normatif

Article 14.1.a), b) et c) : le droit d'exercer un contrôle sur sa fécondité, de décider de sa maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, et de choisir librement les méthodes de contraception.

23. Le droit d'exercer un contrôle sur sa fécondité, de décider de sa maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances, et de choisir librement une méthode de contraception sont inextricablement liés, interdépendants et indissociables.
24. Le droit à la dignité consacre la liberté de prendre des décisions personnelles sans ingérence de l'État, ni des acteurs non étatiques. Le droit de la femme de prendre des décisions personnelles implique la prise en compte ou non des croyances, traditions, valeurs et pratiques culturelles ou religieuses, et celui de les remettre en question ou d'en faire abstraction.
25. Le droit aux soins de santé sans discrimination exige des États parties qu'ils suppriment les obstacles aux services de santé réservés aux femmes, notamment les barrières fondées sur des idéologies ou croyances. Les lois, politiques et procédures administratives des systèmes et structures de santé, ne sauraient restreindre l'accès à la planification familiale/contraception sur la base de croyances religieuses.
26. Le droit à la liberté de ne pas faire l'objet de discrimination proscrit toute privation quant à l'accès à des services de planification familiale/contraception par des prestataires de soins de santé pour des raisons d'objection de conscience. S'il est vrai que ces derniers peuvent invoquer l'objection de conscience à la fourniture directe des services requis, les États parties doivent veiller à ce que le

dispositif nécessaire, soit mis en place pour permettre aux femmes, d'être bien informées et dirigées vers d'autres prestataires de soins de santé en temps voulu. En outre, ils doivent s'assurer que seul le personnel de santé directement impliqué dans la prestation des services de planification familiale/contraception, jouit du droit à l'objection de conscience et qu'il n'en soit pas ainsi pour les institutions. Toutefois, le droit à l'objection de conscience ne saurait être invoqué dans le cas d'une femme qui court un risque sérieux pour sa santé, et dont l'état nécessite des soins ou un traitement d'urgence.

27. Les lois, politiques, procédures et pratiques administratives, ainsi que les normes et attitudes socioculturelles qui entravent l'accès à la planification familiale/contraception, enfreignent le droit de la femme à la vie, à la non-discrimination et à la santé, en ce qu'elles la privent de son pouvoir de décision et la contraignent à subir une grossesse précoce, à risque, ou non désirée, avec pour conséquences, la tentation d'avoir recours à un avortement non sécurisé, au péril de sa santé et de sa vie.

Article 14.1.f) : Le droit à l'éducation sur la planification familiale

28. Les États parties sont tenus de fournir des renseignements complets et précis qui s'avèrent nécessaires pour le respect, la protection, la promotion et la jouissance de la santé, y compris le choix de méthodes de contraception. Les mesures requises des États parties sont notamment:

- a) former ou mettre à niveau les prestataires de soins de santé et des éducateurs compétents en matière d'informations complètes à fournir aux clients, y compris les causes de l'échec de la contraception pratiquée et les options qui s'offrent, s'il en résulte une grossesse non désirée ;
- b) veiller à ce que les informations sur les méthodes de contraception disponibles, accessibles, acceptables et fiables soient fournies, sous forme imprimée ou par tous autres moyens, tels que l'Internet, la radio et la télévision, les applications de téléphonie mobile, le service d'assistance téléphonique et autres ;
- c) permettre aux structures des systèmes de santé, aux établissements et programmes d'enseignement, ainsi qu'aux organisations de la société civile ayant la compétence requise, d'assurer à la population concernée, l'information et l'éducation nécessaires en matière de planification familiale/contraception ;
- d) veiller à ce que les informations sur la planification familiale/contraception soient fournies dans des langues accessibles aux communautés et sous une forme qui soit accessible à toutes les femmes et les filles, y compris celles vivant avec un handicap.

Article 14.2.a) : le droit aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural

29. Il est crucial d'assurer la disponibilité, l'accessibilité financière et géographique ainsi que la qualité des services de soins de santé sexuelle et reproductive pour les femmes, sans aucune discrimination tenant à l'âge, à l'état de santé, au handicap, au statut matrimonial ou au lieu de résidence. Les États parties ont l'obligation d'assurer des services complets, intégrés et basés sur les droits. Ils doivent élaborer des lois, assorties de mécanismes de recours administratif et de réclamation qui permettent aux femmes d'exercer dûment leurs droits de telle manière qu'elles puissent être édifiées, sur les procédures et les raisons qui ont conduit au refus de services de planification familiale/contraception ainsi que sur les moyens de contester une telle décision, en vue de pouvoir exercer en temps voulu les recours prévus.

30. Cette obligation leur impose notamment d'élaborer un plan national de santé publique, comportant des services complets de santé sexuelle et reproductive, des protocoles, directives et normes conformes aux normes probantes actuelles établies par l'OMS et les Comités chargés de veiller au respect, par les États, des conventions pertinentes des Nations Unies telles que le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC), la Convention relative aux droits de l'enfant (Convention relative aux droits de l'enfant) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF).

Article 14.2.c) : le droit à l'avortement médicalisé en cas d'agression sexuelle, de viol d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus.

Droits visés

31. La jouissance des droits est non discriminatoire et garante de l'égalité hommes-femmes, lorsque les femmes sont bien informées des produits, procédures et services de santé qui leur sont spécifiques et y ont, effectivement accès, notamment en matière de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé.

32. Le droit d'être à l'abri de la discrimination implique également que les femmes ne fassent pas l'objet de poursuites pénales et ne subissent pas non plus des sanctions légales pour avoir bénéficié des services de santé qui leur sont réservés, tels les soins d'avortement et post-avortement. Il implique, par ailleurs, que le personnel de santé n'ait à craindre ni poursuites, ni représailles

disciplinaires ou autres pour avoir fourni ces services, dans les cas prévus au Protocole.

33. L'article 15.1.b) du PIDESC stipule que tout individu doit bénéficier du progrès scientifique et de ses applications. Les femmes se voient dénier le droit de bénéficier des fruits de ce progrès dès lors qu'on leur refuse les moyens d'interrompre, sans risque, une grossesse non désirée en recourant aux services modernes performants.
34. Le fait pour les femmes ayant droit aux services d'avortement thérapeutique d'être soumises, par des prestataires de soins de santé, des autorités policières et/ou judiciaires à un interrogatoire sur les raisons pour lesquelles elles veulent interrompre une grossesse non désirée, répondant aux critères énumérés à l'article 14. 2.c) ou d'être accusées ou détenues pour soupçons d'avortement illégal, lorsqu'elles sollicitent des soins post avortement, constitue une violation de leurs droits à la vie privée et à la confidentialité.
35. L'OMS recommande aux Etats membres, de mettre fin à la pratique d'extorsion d'aveux des femmes qui sollicitent des soins médicaux d'urgence, à la suite d'un avortement illégal et de lever l'obligation imposée par la loi aux médecins et autres prestataires de soins de santé, de dénoncer les cas des femmes ayant subi un avortement. Les États sont tenus de veiller à assurer, immédiatement et sans condition, le traitement requis à toute personne en quête de soins médicaux d'urgence. Les instances onusiennes des droits de l'homme ont également condamné ces pratiques qui constituent une violation des droits humains.
36. L'article 5 de la Charte africaine proscrit les traitements cruels, inhumains et dégradants, interdiction réitérée à l'article 4 du Protocole. Les États parties doivent veiller à ce que les femmes ne soient pas traitées de manière inhumaine, cruelle ou dégradante, lorsqu'elles demandent à bénéficier des services de santé de la reproduction tels que la planification familiale/contraception ou les soins d'avortement médicalisé, dans les cas prévus par la loi nationale et le Protocole.

Motifs d'avortement énoncés dans le Protocole

37. Le Protocole garantit aux femmes le droit d'interrompre une grossesse contractée à la suite d'une agression sexuelle, d'un viol et d'un inceste. Le fait pour une femme d'être contrainte de garder une grossesse résultant de ces cas, constitue un traumatisme supplémentaire de nature à affecter sa santé physique et mentale, comme en témoignent les organes onusiens chargés de veiller au respect des traités, qui plaident en faveur de l'accès des femmes à l'avortement thérapeutique légal en cas de grossesse découlant d'une agression sexuelle.
38. Outre les dommages physiques potentiels à court et long terme, la non disponibilité ou le refus d'accéder à des services d'avortement sécurisé sont la

cause bien souvent, d'une souffrance mentale, qui peut être exacerbée, par le handicap ou le statut socioéconomique précaire de la femme. Lorsqu'on évalue les risques pour la santé d'une femme enceinte, la santé doit être interprétée selon la définition de l'OMS, à savoir : « *un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.* » Les raisons avancées par la femme qui sollicite un avortement doivent être prises en compte et les États sont tenus de veiller à ce que les cadres juridiques en place facilitent l'accès des femmes à l'avortement médicalisé, lorsque la grossesse présente un danger pour la santé de la mère. Ceci implique notamment que, la preuve d'un examen psychiatrique préalable, n'est pas nécessaire pour établir le risque pour la santé mentale.

39. Le Protocole garantit le droit de mettre un terme à une grossesse lorsque la vie de la femme est menacée. Or la vie des femmes se trouve en danger lorsqu'elles n'ont pas accès à des procédures légales de sécurité, ce qui les oblige à recourir aux services d'avortements clandestins. La mortalité maternelle due aux avortements pratiqués dans des conditions insalubres constitue un risque élevé, particulièrement pour les adolescentes qui cherchent à interrompre une grossesse en ayant recours à des prestataires de services non qualifiés ou non spécialisés, ou à des avortements provoqués à l'aide de procédures, produits et objets dangereux.
40. L'avortement médicalisé peut être requis, par les femmes dont la grossesse comporte des risques pour la vie de la mère ou du fœtus. Il en est ainsi par exemple, lorsqu'il est démontré que le fœtus qui se développe souffre de malformations incompatibles avec la survie, de sorte que le fait d'être contraint de mener la grossesse à terme constituerait un traitement cruel et inhumain. Cela peut également se produire chez les femmes qui ont besoin d'un traitement médical spécial pour une maladie cardiaque, le cancer ou d'autres maladies qui peuvent mettre en danger la survie du fœtus.

Obligations générales de l'État : respecter, protéger, promouvoir et réaliser des droits

41. L'Article 14.1. a), b), c) et f) et l'Article 14.2. a) et c) imposent quatre obligations générales aux États parties, à l'instar de plusieurs dispositions en matière des droits de l'homme à savoir : respecter, protéger, promouvoir et réaliser les droits y consacrés.
42. L'obligation de respecter les droits requiert des États parties qu'ils s'abstiennent de porter atteinte, directement ou indirectement, aux droits des femmes et qu'elles soient dûment informées sur les services de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé, lesquels devraient être disponibles, accessibles, acceptables et de bonne qualité.

43. L'obligation de protéger requiert des États parties de prendre les mesures nécessaires pour empêcher les tiers d'interférer dans la jouissance des droits sexuels et reproductifs des femmes. Une attention particulière doit être accordée à la prévention, quant à l'interférence des tiers en ce qui concerne les droits des groupes vulnérables tels que les adolescentes, les femmes vivant avec un handicap, les femmes vivant avec le VIH et les femmes dans les situations de conflit. L'obligation comprend la formulation de normes et directives portant la précision que, le consentement et l'implication de tierces parties, y compris mais exclusivement, les parents, tuteurs, conjoints et partenaires, ne sont pas requis lorsque les femmes adultes et les adolescentes veulent accéder à des services de planification familiale/contraception, et d'avortement médicalisé dans les cas prévus au Protocole.
44. L'obligation de promouvoir impose aux États parties de créer les conditions juridiques, économiques et sociales permettant aux femmes d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs, en matière de planification familiale / contraception, et d'avortement médicalisé, ainsi que d'en jouir. Une étape essentielle en vue d'éliminer la stigmatisation et la discrimination liées à la santé de la reproduction comprend mais non exclusivement, l'appui à l'autonomisation des femmes, la sensibilisation et l'éducation des communautés, des chefs religieux, des chefs traditionnels et des leaders politiques sur les droits sexuels et reproductif des femmes ainsi que la formation des travailleurs de la santé.
45. L'obligation de réaliser les droits requiert de la part des États parties l'adoption de lois, politiques et programmes nécessaires pour garantir la réalisation *de jure* et *de facto* des droits sexuels et reproductifs des femmes, y compris l'allocation de ressources suffisantes et disponibles en vue de la pleine réalisation desdits droits.

Obligations spécifiques de l'État

Cadre juridique et politique favorable

46. Les États parties doivent assurer un environnement juridique et social favorable à l'exercice, par les femmes de leurs droits sexuels et reproductifs. Ceci implique la relecture des lois restrictives, et si nécessaires, des politiques et procédures administratives relatives à la planification familiale / contraception et à l'avortement médicalisé dans les cas prévus au Protocole, ainsi que l'intégration des dispositions dudit instrument juridique dans le droit interne.
47. Les États parties devraient veiller à ce que les mesures législatives, politiques et procédures administratives nécessaires soient prises pour garantir qu'aucune femme ne soit contrainte du fait de sa séropositivité, de son handicap, de son ethnie ou de toute autre situation, d'utiliser des méthodes contraceptives particulières ou de subir une stérilisation ou un avortement. L'utilisation, par les

femmes, des services de planification familiale / contraception et d'avortement médicalisé doit se faire avec leur consentement éclairé et volontaire.

48. Les États parties devraient veiller à ce que les lois, politiques et procédures administratives visant à garantir aux femmes l'accès aux services de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé dans les cas prévus au Protocole, soient respectées et mises en œuvre. Les États parties devraient particulièrement veiller à ce que les services de santé et les prestataires de soins de santé, ne dénie pas aux femmes l'accès à l'information et aux services liés à la planification familiale/contraception et à l'avortement médicalisé, par exemple, du fait d'exigences de tiers ou pour raison d'objection de conscience.
49. Les États parties doivent veiller à ce que les praticiens du droit, les avocats magistrats, et officiers de police judiciaire reçoivent une formation adéquate et soient sensibilisés au respect et à la mise en œuvre des droits individuels et des obligations de l'État garantis par le Protocole, afin que les femmes ne soient pas arrêtées, inculpées et poursuivies à cause du recours par elles aux services d'avortement médicalisé ou des soins après avortement, lorsque elles y ont droit.
50. Les mesures de facilitation de l'accès aux services de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé, lorsque de droit devraient être réalisées par les États parties notamment, à travers: La mise en place de mécanismes de responsabilisation; la formulation de normes et directives de mise en œuvre; un cadre de suivi et d'évaluation; et la mise à disposition de mécanismes de recours accessibles, opportuns et efficaces pour les femmes dont les droits sexuels et reproductifs ont été violés.

Accès à l'information et à l'éducation sur la planification familiale/contraception et l'avortement médicalisé

51. La Commission voudrait souligner l'importance de l'information et de l'éducation en matière de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé pour les femmes, en particulier les adolescentes et les jeunes. Les États parties doivent garantir la fourniture d'une information complète et d'une éducation sur la sexualité, la santé de la reproduction ainsi que les droits sexuels et génésiques. Le contenu doit être basé sur des résultats cliniques, fondé sur les droits, sans jugement et tenant compte du niveau de maturité des adolescentes et des jeunes, conformément au Plan d'action de Maputo et aux articles 2 et 5 du Protocole.
52. En outre, ils devraient veiller à ce que les établissements d'enseignement primaire, secondaire et tertiaire introduisent les questions des droits sexuels et reproductifs dans leurs programmes scolaires et prendre les mesures nécessaires pour que lesdits programmes atteignent les femmes et les filles dans les écoles privées, y compris les écoles confessionnelles, ainsi que celles qui sont non scolarisées.

L'accès aux services de planification familiale/contraception et d'avortement médicalisé

53. La garantie de la disponibilité, de l'accessibilité, de l'acceptabilité et de la bonne qualité des services de soins de santé de la reproduction, y compris la planification familiale / contraception et l'avortement médicalisé pour les femmes est cruciale. Les États parties devraient assurer des services complets, intégrés, fondés sur les droits, sensibles à la réalité des femmes dans tous les contextes, et adaptés aux femmes vivant avec un handicap et aux jeunes, en dehors de toute contrainte, discrimination et violence.
54. Ils devraient intégrer et / ou lier les services de planification familiale / contraception et d'avortement médicalisé financés par des ressources publiques aux autres services relatifs à la santé reproductive, aux soins de santé primaire, au VIH et autres infections sexuellement transmissibles.

Procédures, technologies et services de santé sexuelle et de la reproduction

55. Les États parties devraient garantir la disponibilité, l'accessibilité et l'acceptabilité des procédures, technologies et services complets et de bonne qualité, en utilisant des technologies fondées sur des résultats cliniques. L'accès aux services doit être garanti à toutes les femmes, notamment les femmes rurales, en veillant à la disponibilité des approvisionnements à travers des systèmes de passation des marchés qui fonctionnent correctement.
56. Les services de planification familiale / contraception devraient inclure l'accès des femmes à une variété de méthodes contraceptives, y compris les méthodes à court terme (contraceptifs hormonaux, préservatifs masculins et féminins, contraception d'urgence), à long terme (implants, injections, dispositifs intra-utérins, anneaux vaginaux) et les permanentes (stérilisation volontaire). Les nouvelles technologies fondées sur des données probantes, lorsqu'elles sont disponibles, y compris, mais non exclusivement, les microbicides spermicides, devraient être également intégrées. De tels services devraient être fournis à la fois à travers des programmes de planification familiale/contraception et dans le cadre des soins post-avortement.
57. Les services d'avortement médicalisé devraient inclure des méthodes recommandées par l'OMS, actualisées et fondées sur des résultats cliniques, y compris les procédures telles que l'évacuation, la dilatation et l'aspiration manuelle ou électrique intra-utérines, ainsi que l'utilisation d'autres méthodes efficaces ou de médicaments qui pourraient devenir disponibles dans l'avenir. L'équipement et les médicaments recommandés par l'OMS devraient être inclus dans les listes de produits et médicaments essentiels nationaux. Les techniques

telles que dilatation et le curetage devraient être remplacées par des méthodes plus sûres.

58. Les États parties devraient éviter toutes les restrictions inutiles ou non pertinentes, sur le profil des prestataires autorisés à pratiquer l'avortement médicalisé et les exigences de multiples signatures ou l'approbation de Comités, dans les cas prévus au Protocole. Dans de nombreux pays africains, il n'y a pas suffisamment de médecins formés de disponible. Les prestataires de niveau intermédiaire comme les sages-femmes et autres travailleurs de la santé qualifiés devraient être formés, pour dispenser les soins d'avortement dans des conditions de sécurité. La formation des agents de santé devrait inclure la non discrimination, la confidentialité, le respect de l'autonomie et du consentement libre et éclairé des femmes et des filles.
59. Les États parties devraient veiller à ce que le dépistage du VIH ne soit pas utilisé comme condition d'accès aux services de planification familiale / contraception et d'avortement médicalisé. Lorsque les femmes révèlent leur séropositivité, les tests positifs ne doivent pas servir de prétextes à l'utilisation de pratiques coercitives ou à la suspension de l'offre des services.

Obstacles aux droits à la planification familiale / contraception et à l'avortement médicalisé

60. Les États parties devraient prendre toutes les mesures appropriées, au moyen de politiques, de programmes de sensibilisation et d'éducation civique, en vue d'éliminer tous les obstacles à la jouissance, par les femmes, de leurs droits à la santé sexuelle et reproductive. Des efforts spécifiques devraient particulièrement être consentis pour remédier aux disparités entre les sexes, aux attitudes patriarcales, aux pratiques traditionnelles néfastes, aux préjugés des prestataires de soins de santé, aux lois et politiques discriminatoires, conformément aux articles 2 et 5 du Protocole. À cet égard, les États parties devraient travailler en collaboration avec les prestataires de soins de santé, les chefs traditionnels et religieux, les organisations de la société civile, les organisations non gouvernementales, y compris les organisations féminines, les organisations internationales et les partenaires techniques et financiers.
61. Les États parties devraient prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer les obstacles tels que ceux découlant de la situation matrimoniale, de l'âge, du handicap ainsi que les barrières économiques et géographiques auxquels sont confrontées les femmes qui souhaitent accéder aux services de planification familiale / contraception et d'avortement médicalisé, en particulier les jeunes femmes, les adolescentes, les femmes vivant avec un handicap, les femmes dans les situations de conflit, les femmes déplacées ou réfugiées, ainsi que les femmes rurales.

Allocation de ressources financières

62. Conformément à l'article 26.2. du Protocole, au paragraphe 26 de la Déclaration d'Abuja et au paragraphe 7 du Plan d'action de Maputo, les États parties devrait affecter des ressources financières adéquates pour le renforcement des services de santé publique pour qu'ils fournissent une gamme complète de soins, en matière de planification familiale / contraception et d'avortement médicalisé. Cela comprend l'affectation de fonds à des lignes budgétaires spécifiques dans le budget de la santé au niveau national et local, ainsi que le suivi des dépenses dans ces lignes budgétaires. Des informations sur les dépenses de santé devraient être disponibles pour en favoriser le suivi, le contrôle ainsi que la reddition de comptes.

Respect de la soumission des Rapports périodiques par les Etats parties

63. Les États parties ont l'obligation conformément à l'article 26. 1. du Protocole de soumettre dans les délais impartis, leurs rapports périodiques sur les mesures législatives et autres, qu'ils ont prises pour la pleine réalisation des droits reconnus dans ledit instrument. Les rapports doivent prendre en considération les présentes Observations Générales, et se conformer aux lignes directrices adoptées par la Commission Africaine à cet effet.



