



Réseau-DESC



# Documents informatifs du Groupe de travail sur les femmes et les DESC : l'intersection entre la santé et les droits économiques, sociaux et culturels des femmes<sup>1</sup>

Mars 2016

## Série de documents informatifs du Groupe de travail sur les femmes et les DESC

La série de documents informatifs du Groupe de travail sur les femmes et les DESC du Réseau-DESC est axée sur l'intersection entre les femmes et des questions spécifiques relatives aux droits économiques, sociaux et culturels (DESC). Les documents présentent des défis spécifiques et systémiques pour la mise en œuvre des DESC des femmes dans la pratique et examinent des approches novatrices pour l'application d'une perspective d'égalité réelle. Les documents s'inspirent principalement du travail des membres du Réseau-DESC dans différents domaines, et sont en outre éclairés et améliorés par le dialogue avec d'autres experts dans ce domaine. Ce document a été préparé pour, et éclairé par, la consultation du Groupe de travail avec les membres du Comité DESC et CEDEF sur « les femmes et les droits économiques, sociaux et culturels : les défis actuels et possibilités d'évolution », qui a eu lieu à Genève le 7 Novembre 2015. Pour obtenir de plus amples renseignements et le rapport de la réunion, veuillez consulter: <https://www.escri-net.org/fr/nouvelles/2015/geneve-consultation-avec-membres-du-comite-desc-et-cedef-sur-defis-actuels-et>

## Dans une perspective d'égalité réelle

En mettant en scène une analyse de l'égalité réelle dans ses activités et projets communs, le Groupe de travail sur les femmes et les DESC encourage de passer d'une approche neutre en termes de genre qui se limite à garantir un traitement équitable, à une approche tenant compte des effets d'une action / inaction particulière. Tout d'abord, l'égalité réelle exige la prise en considération de la discrimination indirecte à l'égard des femmes lorsqu'une loi, une politique ou une pratique apparemment neutre affecte négativement les femmes de manière disproportionnée en raison des différences biologiques et/ou des façons dont les femmes sont situées ou perçues dans le monde à travers du prisme des différences de genre édifiées socialement et culturellement. Plus généralement, la réalisation de l'égalité réelle en pratique requiert une approche multidimensionnelle à même de : **corriger les désavantages** (fondés sur des structures sociales historiques et actuelles et des rapports de pouvoir qui définissent et influencent la capacité des femmes de jouir de leurs droits humains) ; **combattre les stéréotypes, la stigmatisation, les préjugés et la violence** (en introduisant un changement fondamental dans la manière dont les femmes sont considérées et se considèrent, et sont traitées par les autres) ; **transformer les structures et les pratiques institutionnelles** (qui sont souvent androcentristes et ignorent ou méprisent les expériences des femmes) ; et **faciliter l'inclusion sociale et la participation politique** (dans tous les processus décisionnels formels et informels).<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Nous tenons à remercier les membres du Groupe de travail sur les femmes et les DESC du Réseau-DESC qui ont joué un rôle primordial dans la rédaction et la révision de ce document, notamment : Center for Reproductive Rights (international) ; Hakijamii (Kenya) ; Nazdeek (Inde) ; François-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, Harvard University (États Unis) ; Asia Pacific Forum on Women, Law and Development (région Asie), et d'autres membres qui ont apporté une précieuse contribution.

<sup>2</sup> Pour plus d'informations sur ce cadre, veuillez consulter: Sandra Fredman et Beth Goldblatt "Gender Equality and Human Rights" (Égalité des sexes et droits humains) (2015) ONU Femmes document de travail n° 4, <http://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2015/7/dps-gender-equality-and-human-rights>.

## Introduction

Les femmes se heurtent à plusieurs obstacles particuliers qui empêchent ou entravent la pleine réalisation et la jouissance de leur droit au meilleur état de santé physique et mentale possible.<sup>3</sup> Certains de ces obstacles comprennent le traitement différentiel que les États accordent aux besoins sanitaires des femmes, des obstacles juridiques ou autres qui empêchent les femmes d'accéder à des services de santé de qualité, et plusieurs obstacles formels et informels auxquels les femmes sont confrontées lorsqu'elles prennent des décisions autonomes concernant leur santé. Afin de surmonter ces obstacles, il est indispensable d'interpréter les droits des femmes à la santé à travers d'un prisme d'égalité réelle.

Les besoins de santé des femmes diffèrent de ceux des hommes. Ceci découle des différences biologiques, telles que les capacités reproductrices des femmes, ainsi que des facteurs sociaux, tels que les rôles sexospécifiques et les stéréotypes profondément enracinés qui ont un impact négatif sur la jouissance du droit des femmes à la santé.<sup>4</sup> En ce qui concerne les capacités reproductrices, les femmes sont souvent contraintes de lutter contre des lois discriminatoires qui limitent ou empêchent l'accès aux services essentiels de santé génésique<sup>5</sup> y compris des lois restrictives en matière d'avortement, des mesures interdisant certaines méthodes de contraception et des restrictions de financement spécifiques à certains services de santé.<sup>6</sup> Diverses barrières procédurales, telles que des délais d'attente

obligatoires et des conseils biaisés, entravent également fréquemment l'accès des femmes aux services de santé génésique. En outre, la stigmatisation omniprésente autour de la sexualité des femmes constitue également un obstacle à leur accès à l'information et aux services de santé sexuelle et génésique.

Bien que le droit à la santé soit consacré dans le droit international des droits humains et dans de nombreux cadres juridiques nationaux, les normes juridiques et culturelles concernant la capacité des femmes à prendre des décisions autonomes entravent également leur droit à la santé. Par exemple, dans certains endroits, les femmes doivent obtenir l'autorisation d'un membre de la famille de sexe masculin ou d'un conjoint pour accéder à quelconque service de santé.<sup>7</sup> Les attitudes patriarcales, les rôles sexospécifiques discriminatoires et les stéréotypes ont également un impact négatif sur la réalisation et la jouissance du droit des femmes à la santé. Les femmes peuvent, par exemple, avoir moins de contrôle sur les dépenses du ménage et, par conséquent, être incapables d'allouer des ressources financières à leurs besoins de santé. Ce phénomène est aggravé par les normes sexospécifiques et les stéréotypes dominants qui placent les besoins des hommes et des garçons au-dessus de ceux des femmes et des filles.<sup>8</sup> Pour les mères célibataires ou les familles vivant dans la pauvreté, le rôle socialisé des femmes en tant que principal fournisseur de soins peut les rendre peu disposées à faire le sacrifice de dépenser de l'argent pour répondre aux besoins de leurs enfants afin de s'occuper de leurs propres soins de santé.

Lorsque les systèmes de santé fonctionnent de manière insuffisante – que ce soit dans l'ensemble de l'État ou dans une région ou dans une zone donnée – les femmes sont souvent affectées de façon disproportionnée, tant du fait de leurs besoins particuliers en matière de santé que de leur statut social inférieur. Par exemple, lorsque les ressources en matière de santé sont limitées, les hôpitaux et les cliniques peuvent prioriser ce qu'ils considèrent comme des besoins de santé « généraux » tout en négligeant les risques particuliers pour la santé auxquels les femmes sont confrontées, comme par exemple

3 Le droit au meilleur état de santé mentale et physique possible est reconnu dans un certain nombre d'instruments de droit international, y compris l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) ; le préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ; l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) ; et l'article 5 e) iv) de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (CERD) ; et l'article 24 de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE).

4 Veuillez consulter la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de l'ONU (2015), par.90. Veuillez également consulter ONU Femmes « Femmes et santé » dans ONU Femmes Beijing, dix ans après (2005), p.7, disponible à : <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/beijingat10/>.

5 En 2005, les problèmes de santé génésique ont été la principale cause de maladie et de décès chez les femmes dans le monde entier. Veuillez consulter ONU Femmes « Femmes et santé » dans ONU Femmes Beijing, dix ans après (2005), p.5.

6 Ibid., p.5.

7 Ibid., p.7

8 Ibid., p.7

## Étude de cas : les femmes et la santé dans le contexte de la décentralisation et de l'affectation des ressources au Kenya

Suite à l'introduction de la Constitution de 2010, la santé a été reconnue comme un droit pour la première fois au Kenya. Cette évolution visait à réduire les disparités dans l'accès aux soins de santé à l'échelle nationale, en se concentrant sur les zones marginalisées telles que la partie septentrionale du Kenya (où seulement 8,2% des femmes accouchent dans un établissement de santé, et dont uniquement 11,3% d'entre elles sont assistées par un personnel médical qualifié) et les zones de faible développement socio-économique telles que les établissements informels.

Cependant, après l'introduction de la Constitution et de la conséquente décentralisation, le Kenya a réduit ses dépenses de santé de 6 à 3,5 pour cent du budget national, bien en deçà des 15 pour cent que le pays s'était engagé à investir dans le cadre de la déclaration d'Abuja. Le gouvernement impute cette réduction à la décentralisation, en affirmant qu'il est trop coûteux de payer les travailleurs aux niveaux communal et national. En juin 2013, le Kenya avait accordé des soins de maternité gratuits à toutes les femmes dans les établissements de santé publique et, au mois de juillet, il avait déjà enregistré une augmentation de 10 pour cent des accouchements dans les hôpitaux de l'ensemble du pays. Malheureusement, étant donné que le projet était une promesse faisant partie d'une campagne électorale, et non pas une norme promulguée dans le cadre juridique, la mise en œuvre en a pâti. Par exemple, malgré les milliards de shillings affectés à leurs soins de santé, plusieurs femmes ont été détenues à l'hôpital en raison de factures non payées. En 2014, le projet n'était plus viable en pratique, ce qui a entraîné une grève nationale de tous les professionnels de la santé. Le Kenya n'a pas réussi à atteindre ses buts concernant les Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies, et continue d'être à la traîne derrière d'autres pays avec une moyenne de 448 décès pour 1000 naissances.

Depuis la décentralisation, les budgets au Kenya manquent de transparence, la corruption a considérablement augmenté et les citoyens ordinaires ne bénéficient pas du budget de la santé dans la pratique. Par exemple, une femme est récemment décédée dans une ambulance après avoir attendu 18 heures pour un lit d'hôpital dans le principal hôpital du pays ; de même, une autre femme est décédée après un accouchement de 14 heures en raison du manque de personnel médical compétent, en dépit des ressources monétaires affectées à l'hôpital en question.

L'examen réalisé par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) sur la conformité du Kenya avec le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) en février 2016 a permis que le Kenya soit interrogé sur la transparence budgétaire, l'affectation des ressources dans le secteur de la santé et la promulgation de la loi sur la santé 2014 qui exige une priorisation de la santé des femmes en général et qui stipule spécifiquement que nul ne peut se voir refuser un traitement médical d'urgence.

le besoin d'avoir en stock des médicaments et des équipements essentiels liés à la grossesse et à l'accouchement. En outre, dans les pays en développement, de piètres résultats de santé, tels que la mortalité et la morbidité maternelles, sont souvent considérés comme des dénouements fatalistes plutôt que des situations évitables. Les femmes appartenant à des groupes marginalisés sont doublement affectées par cela, comme par exemple les femmes Dalit ou autochtones, car d'une part leurs besoins de santé sont négligés, et d'autre part, elles se heurtent souvent à d'autres formes de discrimination dans les établissements de santé qui entravent leur droit à des soins de qualité. Dans de nombreux pays, les femmes sont souvent victimes de graves violations des droits humains lorsqu'elles recherchent des services de santé génésique dans les établissements de santé publics et privés. Ces violations comprennent des négligences et des mauvais traitements pendant et après l'accouchement, des agressions physiques et verbales, des détentions dans les établissements de santé suite à l'incapacité de payer les services et des mutilations génitales féminines.

En outre, le genre est un déterminant social essentiel de la santé. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit les déterminants sociaux de la santé comme « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, et [qui sont] déterminées par plusieurs forces et systèmes qui modèlent les circonstances de la vie quotidienne. »<sup>9</sup> Le genre devrait donc être considéré comme un facteur déterminant, étant donné qu'il affecte l'accès à l'information et à l'éducation, la manière dont les individus vivent la pauvreté et la qualité et l'accès à la nutrition, au logement, à l'eau et à l'assainissement, parmi d'autres facteurs qui affectent la santé des individus. Tenir compte des déterminants sociaux de la santé et reconnaître et aborder le problème de la discrimination intersectorielle potentielle est indispensable pour améliorer les résultats en matière de santé et pour parvenir à la réalisation du droit à la santé. En raison de la discrimination intersectorielle, les femmes handicapées, les femmes autochtones, les travailleuses migrantes, les femmes réfugiées, les femmes âgées, les femmes LGBTI et les filles

9 Pour de plus amples informations sur les déterminants sociaux de la santé, veuillez consulter « Principaux Concepts » de l'OMS (2008), disponible à [http://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/key\\_concepts/fr/](http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/)

peuvent faire face à des problèmes spécifiques liés aux droits à la santé.

Enfin, la dynamique du pouvoir, que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des établissements de santé, influence fortement le droit des femmes à la santé. Lorsque les femmes ne sont pas habilitées à faire valoir leurs droits, elles ne sont pas en mesure d'obtenir des réparations pour les violations des droits humains perpétrées contre elles, telles que la maltraitance ou la violence dans les établissements de santé ou les violations de leur droit au consentement éclairé. En outre, les femmes, de crainte d'être victimes d'abus dans les établissements de santé, renoncent souvent d'y accéder. La manière dont cette dynamique du pouvoir imprègne les sociétés influence également les modèles de violence sexospécifique qui, en plus de nuire directement à la santé des femmes exige que les services de santé soient prêts à répondre de façon appropriée et efficace.

## Évolutions positives

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (Comité CEDEF) et le CDESC ont formulé des commentaires percutants et ont donné des conseils utiles aux États concernant les femmes et le droit à la santé.

Le Comité CEDEF a publié une série de Recommandations générales concernant le droit des femmes à la santé, la plus exhaustive étant la Recommandation générale 24.<sup>10</sup> D'autres recommandations portent sur divers aspects des droits des femmes à la santé, y compris la Recommandation générale 18,<sup>11</sup> la Recommandation générale 14,<sup>12</sup> et la Recommandation générale 15.<sup>13</sup> Le CDESC a également joué un rôle primordial dans la promotion des normes relatives aux droits humains en matière de santé et d'égalité des sexes. L'Observation générale 14 du CDESC sur le droit à la santé consacre le principe d'égalité et

10 Comité CEDEF *Recommandation générale n°24 : article 12 de la Convention (Les femmes et la santé)* (1999)

11 Comité CEDEF *Recommandation générale n°18 : Femmes handicapées* (1991).

12 Comité CEDEF *Recommandation générale n°14 : L'excision féminine* (1990).

13 Comité CEDEF *Recommandation générale n°15 : Non-discrimination à l'égard des femmes dans les stratégies nationales de prévention du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)* (1990).

de non-discrimination et exprime son engagement à éliminer les inégalités substantielles, notamment en ce qui concerne la jouissance inégale des femmes du droit à la santé.<sup>14</sup> Tant le Comité CEDEF que le CDESC ont donné des orientations supplémentaires aux États par le biais d'Observations finales sur les rapports des États parties, faisant référence à l'intersection entre les femmes et le droit à la santé, ainsi qu'au droit à la santé en général. Les principaux commentaires des deux comités sont énoncés dans l'annexe du présent document.

Au cours des dernières années, le Comité CEDEF a intégré une forte approche intersectorielle dans son examen du droit des femmes à la santé. Par exemple, dans l'affaire *Alyne da Silva Pimentel c. Brésil*<sup>15</sup> concernant la mortalité maternelle évitable d'une femme afro-brésilienne pauvre, le Comité CEDEF a reconnu que l'État l'avait discriminée tant en raison de son genre que de sa situation socioéconomique.<sup>16</sup> Cette reconnaissance selon laquelle les États ne respectent pas leurs obligations en matière de droits humains lorsque les mesures sanitaires négligent ou ne parviennent pas à atteindre tous les secteurs de la société, y compris les plus marginalisés, est une composante essentielle de l'égalité réelle. Le Comité CEDEF a de nouveau utilisé cette approche dans son enquête sur les Philippines, publiée en 2015, dans laquelle il a reconnu que l'interdiction effective de contraceptifs modernes de la ville de Manille a violé la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF) et a eu une incidence disproportionnée sur les femmes issues de groupes défavorisés, telles que les femmes pauvres, les adolescentes et les femmes vivant dans des relations de violence.<sup>17</sup>

Le précédent novateur dans l'affaire *Alyne c. Brésil* a récemment été repris et précisé dans une affaire

domestique au Kenya concernant la détention de femmes pauvres dans les hôpitaux après l'accouchement pour défaut de paiement de leurs factures médicales. En se fondant sur les normes établies par le CDESC dans son Observation générale 14 et dans la jurisprudence du Comité CEDEF, le juge a statué que l'État a violé, entre autres droits, les droits à la santé et à la non-discrimination, en n'offrant pas de soins de santé génésique abordables et a exercé un traitement discriminatoire à l'égard des femmes en raison de leur genre et de leur situation économique.<sup>18</sup> De même, une affaire nationale en Inde a examiné la manière dont la situation socioéconomique et le genre ont eu une incidence défavorable sur l'accès au droit à la santé dans la pratique, le juge ayant constaté que le déni de santé maternelle et des avantages et services nutritionnels constituait une violation des droits humains constitutionnels et internationaux des femmes enceintes vivant dans la pauvreté.<sup>19</sup>

La décision de 2012 de la Cour interaméricaine des droits de l'homme dans l'affaire *Artavia Murillo et al c. Costa Rica*,<sup>20</sup> qui a annulé l'interdiction de la fécondation in vitro (FIV) du Costa Rica, a également adopté une approche d'égalité réelle pour examiner l'incidence disproportionnée de l'interdiction sur le genre, le handicap et la situation économique. La Cour a ordonné au Costa Rica d'inclure la FIV dans son système de santé en tant que traitement contre l'infertilité, conformément au principe de non-discrimination.

Le Guide technique du Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations Unies concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables offre aux

14 CDESC *Observation générale n° 14 : Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (2000), par. 18-22

15 *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, Communication du comité CEDEF n° 17/2008 (2011) Doc ONU CEDEF/C/49/D/17/2008, par. 3.4. Pour de plus amples informations sur l'affaire et ses incidences, veuillez consulter le résumé du Réseau-DESC, disponible en anglais à : <https://www.escri-net.org/docs/i/1623066>.

16 Ibid., par. 7.7

17 Procédure d'enquête CEDEF / C / OP8 / PHL / 1 (Version préliminaire non éditée, 22 avril 2015). Pour de plus amples informations sur l'affaire et ses incidences, veuillez consulter le résumé du Réseau-DESC-Net disponible à : <https://www.escri-net.org/node/365940>.

[org/node/365940](https://www.escri-net.org/node/365940).

18 *Awuor et Olieli c. le Procureur général et autres* n° 562 de 2012 (2015) Haute Cour du Kenya. Pour de plus amples informations veuillez consulter : <http://www.reproductiverights.org/press-room/kenyan-high-court-maternity-hospital-illegally-imprisoned-women-violated-human-rights>

19 *Laxmi Mandal c. Deen Dayal Harinagar Hospital & Ors*, W.P. (C) Nos. 8853/2008 Haute Cour de Delhi. Pour de plus amples informations sur l'affaire et ses incidences, veuillez consulter : <https://www.escri-net.org/docs/i/1370523>.

20 *Artavia Murillo et autres c. le Costa Rica*, Jugement de la Cour interaméricaine des droits de l'homme, 28 novembre 2012, disponible à : [http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec\\_257\\_ing.pdf](http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_ing.pdf).

États des mesures concrètes pour la réalisation des droits humains sur le terrain.<sup>21</sup> Bien que le document soit axé sur les problèmes maternels, son utilité s'étend à l'ensemble du secteur de la santé puisqu'il fournit des conseils essentiels pour garantir la responsabilisation, y compris par le suivi, les évaluations, la surveillance et les recours. En outre, il fournit des conseils en se fondant sur une approche basée sur les sexospécificités et les droits humains en matière de planification et de budgétisation dans le secteur de la santé.

Plus récemment, l'adoption d'un protocole facultatif prévoyant un mécanisme de plaintes individuelles relatif au PIDESC constitue un développement significatif pour les droits des femmes à la santé, étant donné que le CDESC a joué un rôle primordial dans la promotion des normes de droits humains en matière de santé et d'égalité des sexes. Le mécanisme représente une grande occasion d'améliorer l'accès à la justice pour les violations des droits des femmes dans le secteur de la santé et d'approfondir la question du genre et du droit à la santé.

## L'agenda 2030

Les objectifs de développement durable (ODD) adoptés en septembre 2015,<sup>22</sup> soutiennent explicitement l'égalité entre les sexes et la réalisation des droits fondamentaux des femmes et des filles, y compris le droit à la santé pour tous.<sup>23</sup> Cependant, ces agendas favorisent également la libéralisation du commerce et des investissements dans le cadre du financement privé international et des partenariats public-privé (PPP) en tant que stratégies fondamentales pour financer les objectifs. Les PPP, globalement descriptifs de la collaboration entre les secteurs public et privé pour atteindre un objectif de politique publique, et inclure le financement, l'élaboration ou l'exploitation

21 Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) *Guide techniques concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles évitables* (2012) UN Doc A / HRC / 21/22 disponible à : [http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22\\_fr.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session21/A-HRC-21-22_fr.pdf)

22 Veuillez consulter « Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030 » de l'ONU (2015). Pour plus d'informations sur les ODD, veuillez consulter : <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>.

23 Veuillez consulter en particulier les ODD 3, 5, 6 et 16.

d'une installation ou d'un service public par des sociétés privées,<sup>24</sup> ont souvent été utilisés pour fournir des services sociaux, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. Il a été constaté que la promotion de la participation du secteur privé dans la prestation de services dans les principaux domaines sociaux visait à créer des « entreprises très rentables et très florissantes qui ne respectent pas les obligations en matière de droits de l'homme ».<sup>25</sup> Cela a souvent accentué l'inégalité dans l'accès aux services et aggravé les inégalités sociales.

En particulier, la privatisation des services de santé a accru les inégalités concernant l'accessibilité aux soins de santé, et a provoqué une augmentation des frais à la charge des patients.<sup>26</sup> Par exemple, aux Philippines, la privatisation de divers hôpitaux publics (conformément aux directives politiques de la Banque asiatique de développement et de la Banque mondiale au cours des décennies) a été associée par le gouvernement philippin à l'augmentation du taux de mortalité maternelle.<sup>27</sup> L'accès aux médicaments et la priorisation des investissements sont souvent décidés selon les principes de financement, ce qui a abouti à des réductions ou au démantèlement des services essentiels pour la santé des femmes qui se sont avérés coûteux et non rentables.<sup>28</sup>

La réduction des dépenses publiques et l'externalisation des services publics essentiels ont une incidence directe sur les droits des femmes de diverses manières : premièrement, les femmes dépendent plus que les hommes des services publics et des garanties de sécurité sociale ; et

24 Asia Pacific Forum on Women, Law and *Development Delivering Development Justice? Financing the 2030 Agenda for Sustainable Development* (2015), un document d'information pour la réunion du Groupe d'experts sur « l'autonomisation des femmes et le lien avec le développement durable » tenue à New York les 2 et 4 novembre 2015.

25 Assemblée générale des Nations Unies, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à l'éducation : Protéger le droit à l'éducation contre la commercialisation (2015) Doc ONU A / HRC / 29/30.

26 Assemblée générale des Nations Unies, Rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, (2012) Doc ONU A / HRC / 20/15/Add.2. Veuillez également consulter la Déclaration et le Programme d'action de Beijing de l'ONU (2015), par.91

27 Veuillez consulter en particulier les ODD 3, 5, 6 et 16.

28 Déclaration et le Programme d'action de Beijing de l'ONU (1995), par.91

deuxièmement, les femmes doivent combler les lacunes qui se produisent dans la prestation de services lorsque ces derniers sont réduits.

## Principales questions à examiner

Les femmes ne sont pas un groupe homogène dans un contexte spécifique et elles ont des besoins de santé différents, à la fois en raison de leurs différences biologiques, telles que les capacités reproductrices des femmes, et en raison des rôles et des stéréotypes sexospécifiques qui comportent des risques pour leur santé auxquels elles doivent faire face. Voilà pourquoi ce document ne cherche pas à aborder toutes les situations, mais soulève plutôt un certain nombre de questions essentielles et de recommandations, en s'appuyant sur l'expertise et l'expérience des membres du groupe de travail au cours des dernières années.

- De nombreux États ont mis en place des lois ou des politiques rigoureuses concernant la santé des femmes mais n'ont pas réussi à affecter les ressources financières suffisantes pour les mettre en œuvre. Pour respecter leurs obligations en matière de droits humains, ces programmes doivent être intégralement financés et être mis en œuvre équitablement, ce qui requiert un suivi de leurs résultats ventilés, notamment par sexe, race, statut autochtone, âge, géographie, orientation et identité sexuelles et handicap. Il est également nécessaire d'accroître la transparence en matière d'accès aux budgets pour déterminer les allocations, les utilisations et les dépenses, y compris des lois rigoureuses sur le droit à l'information afin de permettre aux communautés et à la société civile d'accéder à l'information budgétaire. En outre, des garanties de responsabilisation doivent être mises en place pour résoudre les éventuelles incidences négatives de la décentralisation et de la privatisation des services de santé publique.
- Tel que l'ont reconnu plusieurs cas régionaux et internationaux en matière de droits humains, les États doivent créer des mécanismes permettant aux femmes de contester les refus de leur droit d'accéder, en temps opportun, aux services de santé, notamment aux services de santé génésique, que ce soit dans des établissements publics ou privés. De tels mécanismes doivent permettre que l'opinion de la femme soit entendue, émettre une décision dans un délai lui permettant d'accéder aux services et être susceptible d'appel si de tels services lui ont été refusés. Les États devraient également être attentifs aux programmes de surveillance communautaires, notamment parce qu'ils tiennent compte des forums de plaintes des citoyens et d'autres mécanismes.
- Les lois et les politiques qui criminalisent les femmes en fonction de leur statut d'immigrante, de leur lieu de travail, de leur statut sérologique ou de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre, entre autres, entravent leur droit à la santé en les dissuadant ou en les empêchant d'accéder aux soins essentiels. En outre, bien qu'il soit reconnu que les lois qui empêchent ou limitent l'accès aux services de santé spécifiques pour les femmes sont une forme de discrimination, certaines lois et politiques restrictives continuent d'entraver l'accès des femmes aux services de santé et de perpétuer la stigmatisation et les stéréotypes sexospécifiques et doivent par conséquent être annulées.
- Pour permettre aux femmes de prendre des décisions significatives sur leur santé, il est essentiel que les États prennent des mesures positives pour améliorer le statut des femmes, notamment en éliminant les normes et les stéréotypes sexospécifiques préjudiciables, en garantissant aux femmes l'accès à l'information et aux ressources pour agir sur ces décisions et en facilitant une éducation sexuelle pour les adolescents.
- Les systèmes de santé qui fonctionnent de manière insuffisante ont une incidence disproportionnée sur les femmes, en particulier sur les femmes issues de groupes marginalisés. Il est essentiel que les États garantissent que tous les individus ont accès aux établissements de santé avec un personnel dûment formé et des ressources adéquates pour fournir des soins de qualité.
- Dans un contexte d'investissement privé et d'acteurs économiques privés en plein essor, des mécanismes sont nécessaires pour permettre à toutes les parties prenantes de s'exprimer et de se protéger contre l'influence des intérêts particuliers qui peuvent avoir une incidence disproportionnée sur les droits des femmes à la santé et autres droits humains.

## Conclusion

---

Bien que d'importants progrès aient été réalisés, et continuent d'être effectués, dans l'intersection entre la santé et les droits économiques, sociaux et culturels des femmes, les enjeux évoqués ci-dessus reflètent la discrimination directe et indirecte constante que subissent les femmes en ce qui concerne la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des soins de santé. L'adoption d'une approche d'égalité réelle pour que les femmes jouissent de leurs droits à la santé requiert un examen plus attentif des manifestations et des stratégies pour faire face à ces questions interdépendantes.

---

## Ressources supplémentaires sélectionnées

---

- Comité CEDEF, Recommandations générales No. 24 (les femmes et la santé), No. 27 (les femmes âgées), et No. 26 (les travailleuses migrantes)
- Comité CEDEF et Comité des droits de l'enfant, [recommandation générale conjointe / commentaire sur les pratiques nuisibles](#) (2014)
- Center for Reproductive Rights, [Accountability for Discrimination Against Women in the Philippines: Key Findings and Recommendations from the CEDAW Committee's Special Inquiry on Reproductive Rights](#) (2015).
- Center for Reproductive Rights, [Breaking Ground 2015: Treaty Monitoring Bodies on Reproductive Rights](#) (2015).
- Center for Reproductive Rights, [Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe](#) (2015).
- Center for Reproductive Rights, [Substantive Equality and Reproductive Rights: A Briefing Paper on Aligning Development Goals with Human Rights Obligations](#) (2014).
- Audrey Chapman, [The Impact of Reliance on Private Health Services on the Right to Health](#) (2014) 16(1) *Health and Human Rights Journal* 122.
- Audrey R. Chapman, ['The social determinants of health, health equity, and human rights'](#) (2010) 12(2) *Health and Human Rights Journal* 17.
- Bureau du Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH) [Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la morbidité et la mortalité maternelles évitables](#) Rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (2012)
- Paul Hunt, et al, [Making the Case: What is the Evidence of Impact of Applying Human Rights-Based Approaches to Health?](#) (2015) 17(2)



- Tessa Khan, APWLD, Delivering Development Justice? Financing the 2030 Agenda for Sustainable Development Document d'information pour la réunion du Groupe d'experts d'ONU Femmes, en préparation de la 60ème session de la CSW, sur «L'autonomisation des femmes et le lien avec le développement durable» New York, du 2 au 4 novembre 2015 (2015).
- Gillian MacNaughton, Untangling equality and non-discrimination to promote the right to health care for all (2009) 11(2) Health and Human Rights Journal 47.
- Jyoti Sanghera, et al, Human Rights in the New Global Strategy (2015) BMJ 351.
- UNFPA, Lessons from the First Cycle of the Universal Periodic Review: From Commitment to Action on Sexual and Reproductive Health and Rights (2014).
- Assemblée générale des Nations Unies, rapport intérimaire du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (sur la criminalisation de la santé sexuelle et génésique) (2011).
- Assemblée générale des Nations Unies, rapport du Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (sur la criminalisation de la transmission du VIH) (2010).
- Organisation mondiale de la santé, combler le fossé en une génération: instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé, rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé (chapitre 13: équité entre les sexes) (2008).
- Alicia Ely Yamin, Shades of dignity: Exploring the demands of equality in applying human rights frameworks to health (2009) 11(2) Health and Human Rights Journal 1.

## Annexe : références aux femmes et à la santé dans les observations finales des CEDEF et CDESC<sup>29</sup>

CEDEF	CDESC
<b>Garantir l'accès des femmes aux services de santé</b>	
<p>A exprimé son inquiétude concernant le nombre d'obstacles structurels entravant l'accès des femmes et des filles à des services de santé adéquats, notamment le manque d'infrastructures matérielles adéquates et la limitation des ressources humaines et financières.<sup>30</sup></p> <p><b>A demandé aux États :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De prendre des mesures concrètes pour améliorer l'accès des femmes à un large éventail d'établissements et de services de santé de qualité, notamment aux soins de santé sexuelle et génésique<sup>31</sup></li> <li>• De prendre des mesures pour améliorer l'infrastructure sanitaire afin de garantir l'accès des femmes aux services de soins de santé<sup>32</sup></li> <li>• D'augmenter les allocations budgétaires au secteur de la santé<sup>33</sup></li> </ul>	<p>A exprimé son inquiétude concernant le nombre d'obstacles structurels entravant l'accès des femmes et des filles à des services de santé adéquats, notamment le manque d'infrastructures matérielles adéquates, la limitation des ressources humaines et financières et l'insuffisance de ressources allouées au secteur de la santé.<sup>34</sup></p> <p><b>A demandé aux États :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De prendre des mesures concrètes pour améliorer l'accès des femmes à un large éventail d'établissements et de services de santé de qualité, notamment aux soins de santé de base et aux soins de santé sexuelle et génésique<sup>35</sup></li> <li>• D'intensifier les mesures visant à augmenter les allocations budgétaires dans le secteur de la santé<sup>36</sup></li> </ul>
<b>Garantir l'accès des femmes aux services de santé génésique</b>	
<p>A exprimé son inquiétude concernant le manque d'accès des femmes aux services de soins de santé sexuelle et génésique, dont la planification familiale et l'accès à un large éventail de services contraceptifs.<sup>37</sup> A exprimé son inquiétude concernant le fait que les femmes aient besoin de l'autorisation de leurs époux afin de se soumettre à certaines procédures médicales ou d'accéder à certains services médicaux.<sup>38</sup> A exprimé son inquiétude concernant le fait que certains États interdisent ou limitent fortement les avortements, ce qui conduit les femmes à recourir à des avortements dangereux ou clandestins.<sup>39</sup></p>	<p>A exprimé son inquiétude concernant le manque d'accès des femmes aux services de soins de santé sexuelle et génésique.<sup>40</sup> A exprimé son inquiétude concernant les rapports faisant état des cas de stérilisations forcées.<sup>41</sup> A exprimé ses inquiétudes concernant le déséquilibre entre le ratio des filles et des garçons à la naissance et son possible lien avec les avortements sexosélectifs en raison de la discrimination à l'égard des femmes, y compris dans l'héritage et la préférence pour les fils.<sup>42</sup></p>

29 Cette annexe est une liste non exhaustive des références faites aux femmes et à la santé. Les observations finales suivantes du Comité CEDEF ont été analysées pour cette table ronde : Congo, Erythrée, Malawi, Mexique (2006) ; Belize, Hongrie, Indonésie, Mozambique (2007) ; Bahreïn, Uruguay (2008) ; Guinée-Bissau (2009) ; Bangladesh, Kenya, Lesotho, Paraguay (2011) ; Afghanistan, Cambodge, Colombie, Moldavie, Serbie, Seychelles, Tadjikistan (2013) ; Sri Lanka (2014) ; Espagne, Ouzbékistan (2015). Les observations finales suivantes du Comité CDESC ont été analysées pour cette table ronde : Albanie, Koweït (2013) ; Chine, Indonésie, Ukraine, Ouzbékistan (2014) ; Gambie, Paraguay, Tadjikistan (2015).

30 Malawi, Mexique (2006) ; Mozambique (2007) ; Guinée-Bissau (2009) ; Paraguay (2011) ; Afghanistan, Tadjikistan (2013).

31 Congo, Erythrée, Malawi, Mexique (2006) ; Hongrie, Indonésie,

Mozambique (2007) ; Belize (2008) ; Bangladesh, Lesotho (2011) ; Afghanistan, Serbie, Tadjikistan (2013).

32 Guinée-Bissau (2009).

33 Afghanistan (2013).

34 Albanie (2013) ; Chine (2014) ; Gambie, Tadjikistan (2015).

35 Indonésie, Ukraine (2014) ; Gambie (2015).

36 Albanie (2013) ; Chine, Ukraine (2014) ; Gambie, Tadjikistan (2015).

37 Erythrée, Mexique (2006) ; Belize (2008) ; Guinée-Bissau (2009) ; Kenya, Lesotho, Paraguay (2011) ; Cambodge (2013) ; Sri Lanka (2014).

38 Bahreïn (2008) ; Afghanistan (2013).

39 Lesotho (2011) ; Afghanistan, Seychelles (2013) ; Sri Lanka (2014).

40 Paraguay (2015).

41 Chine (2014).

42 Albanie (2013).

**Garantir l'accès des femmes aux services de santé génésique**

A exprimé son inquiétude concernant les cas de stérilisations forcées et d'utilisation accrue de la stérilisation ou de la contraception dans certains États en raison de l'indisponibilité et / ou de l'inaccessibilité d'autres formes de contraception.<sup>43</sup>

**A demandé aux États :**

- D'améliorer la disponibilité et l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et génésique, notamment à la planification familiale, dans le but de prévenir les grossesses précoces et les avortements clandestins<sup>44</sup>
- De renforcer et d'intensifier les efforts afin d'accroître l'accès à une gamme complète de services contraceptifs sans danger et à un prix abordable<sup>45</sup> et de prendre des mesures pour empêcher l'utilisation de la stérilisation ou de l'avortement comme des moyens de contraception<sup>46</sup>
- D'adopter et de mettre en œuvre des mesures efficaces pour prévenir les avortements non médicalisés<sup>47</sup> et d'améliorer l'accès à des avortements efficaces et sans danger<sup>48</sup> et à des services de santé après l'avortement<sup>49</sup>
- De renforcer les programmes d'éducation sexuelle, les campagnes de sensibilisation et les services de santé sexuelle et génésique afin de s'assurer que les femmes et les hommes peuvent faire des choix éclairés sur le nombre d'enfants et l'espacement des naissances<sup>50</sup>
- De prendre les mesures appropriées pour que les femmes puissent donner leur consentement libre, préalable et éclairé aux procédures et aux traitements médicaux sans le consentement et / ou l'autorisation de toute autre personne, y compris celle de leurs époux<sup>51</sup>
- D'abroger les lois qui interdisent l'avortement<sup>52</sup> et de réviser les lois relatives à l'avortement afin d'éliminer les dispositions punitives imposées aux femmes qui subissent un avortement.<sup>53</sup>

**A demandé aux États :**

- D'améliorer la disponibilité et l'accès aux services de santé sexuelle et génésique aux femmes, notamment à la planification familiale<sup>54</sup>
- De renforcer et d'intensifier les efforts afin d'accroître l'accès à une gamme complète de services contraceptifs sans danger et à un prix abordable et de prendre des mesures pour empêcher l'utilisation de l'avortement comme un moyen de contraception<sup>55</sup>
- D'adopter et de mettre en œuvre des mesures efficaces pour prévenir les avortements non médicalisés et d'améliorer l'accès à des avortements efficaces et sans danger et à des services de santé après l'avortement<sup>56</sup>
- De renforcer les programmes d'éducation sexuelle, les campagnes de sensibilisation et les services de santé sexuelle et génésique<sup>57</sup>
- De modifier la législation sur l'interdiction de l'avortement pour la rendre compatible avec d'autres droits fondamentaux, tels que le droit des femmes à la santé, à la vie et à la dignité<sup>58</sup>
- De prendre des mesures pour prévenir et criminaliser l'utilisation des stérilisations ou des avortements forcés, contraindre les responsables à rendre compte de leurs actes et indemniser les victimes ayant subi ces préjudices<sup>59</sup>

43 Colombie, Moldavie, Serbie (2013) ; Ouzbékistan (2015).

44 Érythrée, Malawi, Mexique (2006) ; Indonésie (2007) ; Belize (2008) ; Guinée-Bissau (2009) ; Kenya, Paraguay (2011) ; Colombie (2013) ; Sri Lanka (2014)

45 Malawi, Mexique (2006) ; Hongrie (2007) ; Belize (2008) ; Bangladesh, Kenya, Lesotho, Paraguay (2011) ; Moldavie, Seychelles (2013) ; Ouzbékistan (2015).

46 Colombie, Serbie (2013) ; Ouzbékistan (2015).

47 Mexique (2006). Belize, Uruguay (2008) ; Bangladesh, Kenya, Paraguay (2011), Sri Lanka (2014).

48 Mexique (2006) ; Paraguay (2011) ; Colombie, Moldavie (2013).

49 Colombie (2013).

50 Mexique (2006) ; Hongrie, Mozambique (2007) ; Belize, Uruguay (2008) ; Kenya, Lesotho, Paraguay (2011) ; Moldavie (2013).

51 Bahreïn (2008) ; Colombie, Moldavie (2013) ; Ouzbékistan (2015).

52 Lesotho (2011).

53 Afghanistan, Seychelles (2013) ; Sri Lanka (2014).

54 Chine, Indonésie (2014) ; Gambie, Paraguay (2015).

55 Albanie (2013) ; Chine (2014) ; Paraguay (2015).

56 Albanie (2013).

57 Paraguay (2015).

58 Paraguay (2015).

59 Chine (2014).

**Faire face aux répercussions des conflits armés**

A exprimé son inquiétude concernant les répercussions négatives des conflits armés sur la mortalité et la morbidité maternelle et infantile et sur l'accès des femmes aux services de santé (y compris l'accès aux soins obstétricaux d'urgence et aux services liés à la santé).<sup>60</sup>

**Garantir l'accès aux services de santé pour les groupes vulnérables de femmes**

A exprimé son inquiétude concernant le manque d'accès aux services de santé et les inégalités persistantes dans la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé rencontrées par les groupes vulnérables de femmes et de filles, notamment les femmes migrantes,<sup>61</sup> les femmes pauvres,<sup>62</sup> les femmes handicapées,<sup>63</sup> les femmes âgées,<sup>64</sup> les femmes autochtones<sup>65</sup> et les femmes rurales.<sup>66</sup> A exprimé son inquiétude concernant les rapports faisant état des cas de stérilisations forcées, notamment des femmes handicapées,<sup>67</sup> des femmes rurales et des femmes Rom.<sup>68</sup>

**A demandé aux États :**

- D'améliorer l'accès aux services de santé pour les femmes rurales<sup>69</sup> et de veiller à ce que les femmes rurales ne soient pas confrontées à des obstacles dans l'accès aux informations et aux services de planification familiale<sup>70</sup>
- D'améliorer l'accès à des soins de santé abordables aux femmes âgées,<sup>71</sup> aux femmes pauvres et aux femmes handicapées.<sup>72</sup>

A exprimé son inquiétude concernant le manque d'accès aux services de santé et les inégalités persistantes dans la disponibilité, la qualité et l'accessibilité des services de santé rencontrées par les individus et les groupes défavorisés et marginalisés, notamment les personnes handicapées, les réfugiés, les demandeurs d'asile,<sup>73</sup> les minorités ethniques et les habitants des zones rurales.<sup>74</sup>

**A demandé aux États :**

- D'améliorer l'accès aux services de santé pour les individus et les groupes défavorisés et marginalisés.<sup>75</sup>
- D'améliorer l'accès aux services de santé pour les femmes rurales, notamment l'accès aux services de santé sexuelle et génésique<sup>76</sup> et l'accès aux établissements de soins de santé.<sup>77</sup>
- De prendre les mesures nécessaires pour garantir que les demandeurs d'asile aient pleinement accès aux soins médicaux d'urgence gratuits<sup>78</sup>

60 Congo (2006) ; Afghanistan (2013) ; Sri Lanka (2014).

61 Colombie (2013) ; Espagne (2015).

62 Colombie (2013).

63 Colombie, Serbie (2013).

64 Moldavie (2013).

65 Mexique (2006).

66 Congo, Érythrée, Malawi (2006) ; Guinée-Bissau (2009) ; Bangladesh, Kenya, Lesotho (2011) ; Tadjikistan (2013) ; Cambodge, Tadjikistan (2013).

67 Tadjikistan (2013).

68 Moldavie (2013).

69 Congo, Érythrée (2006) ; Hongrie ; Indonésie (2007) ; Afghanistan, Colombie (2013).

70 Érythrée (2006) ; Bangladesh, Lesotho (2011).

71 Colombie, Moldavie (2013).

72 Colombie, Serbie (2013).

73 Ukraine (2014).

74 Chine, Indonésie (2014) ; Tadjikistan (2015).

75 Chine (2014) ; Tadjikistan (2015).

76 Ukraine (2014) ; Gambie, Paraguay (2015).

77 Ouzbékistan (2014).

78 Ukraine (2014).

**Combattre les stéréotypes négatifs et les pratiques traditionnelles néfastes**

A exprimé son inquiétude concernant la persistance des rapports de force inégaux entre les femmes et les hommes et des normes sexospécifiques,<sup>79</sup> susceptibles d'entraver la capacité des femmes à négocier des rapports sexuels protégés et d'accroître leur vulnérabilité à la contamination par les IST ou le VIH/SIDA.<sup>80</sup> A exprimé son inquiétude concernant le taux élevé de mutilations génitales féminines dans certains États et l'absence de législation visant à éradiquer cette pratique.<sup>81</sup>

**A demandé aux États :**

- D'étudier les comportements des communautés, et plus particulièrement des femmes, afin d'identifier ce qui empêche les femmes d'utiliser les services de santé existants et de prendre les mesures appropriées<sup>82</sup>
- D'effectuer des campagnes de sensibilisation pour éliminer les attitudes patriarcales et les croyances culturelles qui entravent l'accès gratuit des femmes aux services de santé et aux méthodes contraceptives<sup>83</sup>
- D'adopter une législation interdisant expressément les mutilations génitales féminines, de veiller à ce que les responsables soient poursuivis et condamnés à des peines proportionnées à la gravité de leurs actes et de mettre en œuvre des efforts de sensibilisation pour modifier les perceptions culturelles liées à la mutilation génitale féminine<sup>84</sup>
- D'établir des services de soutien pour répondre aux besoins de santé et psychosociaux des femmes et des filles victimes de mutilations génitales féminines<sup>85</sup>

A exprimé son inquiétude concernant la pratique continue de mutilations génitales féminines<sup>86</sup> et l'absence de législation interdisant la pratique de mutilations génitales féminines dans certains États.<sup>87</sup>

**A demandé aux États :**

- D'adopter une législation interdisant expressément les mutilations génitales féminines, de garantir sa mise en œuvre rigoureuse et de mettre en œuvre des efforts de sensibilisation pour modifier les perceptions culturelles liées à la mutilation génitale féminine<sup>88</sup>
- D'intensifier les efforts pour prévenir et combattre toutes les pratiques néfastes pour les femmes et les filles<sup>89</sup>
- De prendre des mesures pour prévenir toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, notamment combattre les pratiques coutumières ainsi que les mentalités patriarcales et stéréotypées<sup>90</sup>

**Aborder la prévalence du VIH / SIDA**

A exprimé son inquiétude concernant la prévalence de la pandémie du VIH / SIDA chez les femmes,<sup>91</sup> le grand nombre de décès dus à des maladies liées au SIDA<sup>92</sup> et la stigmatisation et la discrimination des femmes atteintes du VIH / SIDA.<sup>93</sup>

A exprimé son inquiétude concernant la prévalence du VIH / SIDA<sup>94</sup> et le grand nombre de décès dus à des maladies liées au SIDA, y compris la tuberculose,<sup>95</sup> et la stigmatisation et la discrimination des femmes atteintes du VIH / SIDA.<sup>96</sup>

79 Afghanistan (2013).

80 Kenya, Lesotho (2011).

81 Érythrée (2006) ; Indonésie (2007) ; Guinée-Bissau (2009) ; Kenya (2011).

82 Congo (2006).

83 Malawi (2006) ; Afghanistan (2013).

84 Érythrée (2006) ; Indonésie (2007) ; Guinée-Bissau (2009), Kenya (2011).

85 Kenya (2011).

86 Indonésie, Ukraine (2014) ; Gambie (2015).

87 Gambie (2015).

88 Gambie (2015).

89 Gambie (2015).

90 Albanie (2013).

91 Malawi (2006) ; Belize, Uruguay (2008) ; Kenya, Lesotho (2011) ; Cambodge, Tadjikistan (2013) ; Sri Lanka (2014).

92 Belize (2008).

93 Cambodge, Tadjikistan (2013).

94 Ukraine, Ouzbékistan (2014).

95 Chine (2014) ; Paraguay, Tadjikistan (2015).

96 Chine (2014).

CEDEF	CDESC
<b>Aborder la prévalence du VIH / SIDA</b>	
<p>A exprimé son inquiétude concernant le manque d'accès au traitement antirétroviral pour les femmes atteintes du VIH / SIDA.<sup>97</sup> A exprimé son inquiétude concernant le lien direct existant entre les pratiques traditionnelles néfastes et la propagation du VIH / SIDA.<sup>98</sup></p> <p><b>A demandé aux États :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De prendre des mesures globales pour lutter contre la pandémie du VIH / SIDA, prendre de fortes mesures préventives et veiller à ce que les femmes et les filles infectées par le VIH / SIDA ne soient pas victimes de discrimination et reçoivent une assistance appropriée.<sup>99</sup> Les États devraient également inclure une perspective sexospécifique dans leurs politiques et programmes sur le VIH / SIDA.<sup>100</sup></li> <li>• De garantir la mise en œuvre efficace de leurs stratégies de lutte contre le VIH / SIDA, si ces stratégies ont déjà été développées<sup>101</sup></li> <li>• D'améliorer la diffusion de l'information sur les risques et les moyens de transmission du VIH / SIDA<sup>102</sup></li> <li>• D'accroître l'accès au traitement antirétroviral pour les femmes et les hommes atteints du VIH / SIDA, notamment les femmes enceintes<sup>103</sup></li> <li>• De fournir des informations statistiques et analytiques détaillées sur les femmes et le VIH / SIDA dans leur prochain rapport périodique<sup>104</sup></li> </ul>	<p><b>A demandé aux États :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De prendre des mesures globales pour lutter contre la pandémie du VIH / SIDA, et d'améliorer la diffusion de l'information sur les risques et les moyens de transmission du VIH / SIDA<sup>105</sup></li> <li>• De prendre des mesures pour abroger ou modifier des lois ou des politiques afin de s'assurer que les personnes atteintes du VIH / SIDA ne sont pas discriminées et peuvent accéder aux services de de santé<sup>106</sup></li> <li>• D'améliorer la diffusion de l'information sur les risques et les moyens de transmission du VIH / SIDA<sup>107</sup></li> <li>• De garantir la mise en œuvre efficace de leurs stratégies de lutte contre le VIH / SIDA, si ces stratégies ont déjà été développées<sup>108</sup> D'accroître l'accès au traitement antirétroviral pour les femmes et les hommes atteints du VIH / SIDA, notamment les femmes enceintes<sup>109</sup></li> </ul>
<b>Lutter contre la mortalité maternelle</b>	
<p>A exprimé son inquiétude concernant le taux élevé de mortalité maternelle, qui est principalement attribuable à la pratique d'avortements non médicalisés ou clandestins.<sup>110</sup></p>	<p>A exprimé son inquiétude concernant les taux élevés de mortalité maternelle et infantile.<sup>111</sup></p>

97 Serbie (2013).

98 Malawi (2006).

99 Mozambique (2007) ; Uruguay (2008) ; Guinée-Bissau (2009) ; Colombie, Tadjikistan (2013).

100 Belize (2008) ; Kenya (2011) ; Tadjikistan (2013).

101 Congo, Malawi (2006) ; Kenya, Lesotho (2011).

102 Malawi (2006) ; Belize (2008) ; Kenya, Lesotho (2011).

103 Colombie, Moldavie, Serbie (2013).

104 Congo (2006).

105 Chine, Ukraine, Ouzbékistan (2014) ; Tadjikistan (2015).

106 Chine (2014).

107 Chine (2014).

108 Congo, Malawi (2006) ; Kenya, Lesotho (2011).

109 Ukraine (2014).

110 Érythrée, Malawi, Mexique (2006) ; Indonésie, Mozambique (2007) ; Belize, Uruguay (2008) ; Guinée-Bissau (2009) ; Bangladesh, Kenya, Lesotho, Paraguay (2011) ; Afghanistan, Cambodge, Tadjikistan (2013) ; Sri Lanka (2014).

111 Indonésie, Ukraine, Ouzbékistan (2014) ; Gambie, Tadjikistan (2015).

CEDEF	CDESC
<b>Lutter contre la mortalité maternelle</b>	
<p>A exprimé son inquiétude concernant le fait que les États n'aient pas développé de stratégies pour réduire la mortalité maternelle et que les politiques de santé maternelle n'incluent pas les complications découlant d'un avortement non médicalisé.<sup>112</sup></p> <p><b>A demandé aux États :</b> de prendre les mesures nécessaires pour identifier les causes et pour réduire la mortalité maternelle en élaborant des plans globaux d'interventions qui comprennent des soins de santé appropriés avant et après l'accouchement, l'accès à des sages-femmes qualifiées, l'accès à des soins obstétricaux d'urgence, ainsi que des programmes d'éducation et de sensibilisation<sup>113</sup></p>	<p><b>A demandé aux États :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De prendre les mesures législatives et administratives nécessaires pour prévenir la mortalité et la morbidité maternelles<sup>114</sup></li> <li>• De prendre des mesures pour réduire les taux de mortalité maternelle et infantile en améliorant la qualité, la disponibilité et l'accessibilité des services de santé<sup>115</sup></li> <li>• Lutter contre les disparités dans la disponibilité et la qualité des services de santé maternelle, notamment en mettant en place une formation préalable, une formation continue, des systèmes de contrôle et d'accréditation des installations<sup>116</sup></li> </ul>
<b>Lutter contre les maladies et les conditions spécifiques</b>	
	<p>A exprimé son inquiétude concernant la prévalence de la tuberculose, l'insuffisance des médicaments antituberculeux, la déficience des activités de prévention des infections, le faible impact des efforts de détection et l'insuffisance de prestation de services dans les centres de soins de santé primaires.<sup>117</sup></p> <p><b>A demandé aux États :</b> d'intensifier les efforts visant à améliorer les politiques et les stratégies de prévention et de détection des maladies et veiller à ce qu'il y ait un traitement et des médicaments suffisants, accessibles et spécialisés contre la tuberculose<sup>118</sup></p>
<b>Aborder les problèmes de santé mentale</b>	
	<p>A exprimé son inquiétude concernant le taux de problèmes de santé mentale, y compris les taux de suicide élevés, de troubles affectifs, de schizophrénie et de psychose liée à l'alcool,<sup>118</sup> et le manque de disponibilité et d'accessibilité des services de soins de santé mentale.<sup>119</sup></p> <p><b>A demandé aux États :</b> de s'attaquer aux causes profondes de la prévalence et de l'augmentation des problèmes de santé mentale et d'accroître la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des services professionnels et des spécialistes qualifiés de santé mentale<sup>120</sup></p>

112 Uruguay (2008) ; Kenya (2011).

113 Érythrée (2006) ; Mozambique (2007) ; Guinée-Bissau (2009) ; Bangladesh, Kenya, Lesotho, Paraguay (2011) ; Afghanistan, Tadjikistan (2013) ; Sri Lanka (2014).

114 Paraguay (2015).

115 Albanie (2013) ; Ukraine, Ouzbékistan (2014) ; Gambie, Paraguay, Tadjikistan (2015).

116 Indonésie (2014).

117 Ukraine (2014).

118 Ukraine, Ouzbékistan (2014).

119 Paraguay (2015).

120 Indonésie (2014).

**Collecte de données ventilées**

A exprimé son inquiétude concernant le manque de données détaillées sur l'accès des femmes aux services de santé et sur l'état de santé des femmes et a encouragé les États à recueillir et à fournir de telles données.<sup>121</sup>

**A demandé aux États :**

- De recueillir et analyser des données ventilées sur les besoins de santé des femmes, l'accès aux services de santé et les indicateurs mesurables pour évaluer les progrès accomplis dans la réalisation des droits des femmes à la santé<sup>122</sup>
- De fournir des informations statistiques et analytiques détaillées sur les mesures prises pour améliorer l'accès des femmes à l'information et aux services de santé, y compris la santé sexuelle, génésique et familiale, et sur l'impact de ces mesures<sup>123</sup>

<sup>121</sup>Bangladesh (2011).

<sup>122</sup>Moldavie (2013) ; Sri Lanka (2014).

<sup>123</sup>Congo (2006) ; Hongrie, Mozambique (2007).

## Le Réseau-DESC et son Groupe de travail sur les femmes et les DESC

Le Réseau international pour les droits économiques, sociaux et culturels (Réseau-DESC) relie plus de 280 ONG, mouvements sociaux et activistes de 75 pays en facilitant l'échange stratégique, en développant la solidarité, et en coordonnant le plaidoyer collectif afin de garantir la justice sociale et économique par le biais des droits humains. Les membres du Réseau-DESC définissent des stratégies communes et favorisent des actions conjointes, principalement grâce aux groupes de travail internationaux, tels que le Groupe de travail sur les femmes et les DESC, regroupant une quarantaine de membres - ONG, mouvements sociaux et défenseurs individuels - qui travaillent dans toutes les régions afin de promouvoir les DESC des femmes et l'égalité réelle. Grâce au dialogue qu'il entretient avec les organismes des Nations Unies, au renforcement des capacités et au plaidoyer à plusieurs niveaux, le Groupe de travail œuvre collectivement afin de garantir que les expériences et les analyses des femmes soient au centre de l'élaboration des politiques nationales et internationales et des développements juridiques.

*Pour commenter ce document informatif ou pour en savoir plus sur le groupe de travail sur les femmes et les DESC, veuillez contacter [wescr@escr-net.org](mailto:wescr@escr-net.org) ou consulter <https://www.escr-net.org/fr/femmes>*



International Network for Economic, Social & Cultural Rights  
Red Internacional para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales  
Réseau international pour les droits économiques, sociaux et culturels  
الشبكة العالمية للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية



370 Lexington Ave Suite 700 10017 NYC (NY)



+1-212-681-1236



[info@escr-net.org](mailto:info@escr-net.org)



[www.escr-net.org](http://www.escr-net.org)