

PARLEMENT EUROPÉEN

1999



2004

Document de séance

FINAL
A5-0223/2002

6 juin 2002

RAPPORT

sur la santé et les droits sexuels et génésiques
(2001/2128(INI))

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

Rapporteur: Anne E.M. Van Lancker

SOMMAIRE

	Page
PAGE RÉGLEMENTAIRE	4
PROPOSITION DE RÉOLUTION	5
EXPOSÉ DES MOTIFS	12

PAGE RÉGLEMENTAIRE

Au cours de la séance du 6 septembre 2001, le Président du Parlement a annoncé que la commission des droits de la femme et de l'égalité des chances avait été autorisée à élaborer un rapport d'initiative, conformément à l'article 163 du règlement, sur la santé et les droits en matière de sexualité et de reproduction (2001/2128 (INI)).

Au cours de sa réunion du 12 juillet 2001, la commission des droits de la femme et de l'égalité des chances a nommé Anne E.M. Van Lancker rapporteur.

Au cours de ses réunions des 17 avril et 4 juin 2002, elle a examiné le projet de rapport.

Au cours de la dernière de ces réunions, elle a adopté la proposition de résolution par 19 voix contre 11 et 2 abstentions.

Étaient présents au moment du vote Anna Karamanou, (présidente), Marianne Eriksson et Olga Zrihen Zaari, (vice-présidentes), Anne E.M. Van Lancker, (rapporteur), (suppléant), Christa Prets, María Antonia Avilés Perea, Regina Bastos, Geneviève Fraisse, Fiorella Ghilardotti, Lissy Gröner, Christa Kläß, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Maria Martens, Emilia Franziska Müller, Amalia Sartori, Miet Smet, Patsy Sørensen, Joke Swiebel, Helena Torres Marques, Feleknas Uca, Elena Valenciano Martínez-Orozco, Lousewies van der Laan, Sabine Zissener, Winfried Menrad, (suppléant), Robert Goodwill, Maria Berger, (suppléant), Elena Ornella Paciotti, María Izquierdo Rojo, (suppléant), Hans Karlsson, Eryl Margaret McNally, (suppléant), Mary Honeyball, Rosa Miguélez Ramos, (suppléant), María Rodríguez Ramos, Anne-Karin Glase, (suppléant), Astrid Lulling, Dieter-Lebrecht Koch, (suppléant), James L.C. Provan, Jürgen Zimmerling, (suppléant), Marielle de Sarnez, Cecilia Malmström, (suppléant), Lone Dybkjær, et Anne Elisabet Jensen, (suppléant), Marieke Sanders-ten Holte, conformément à l'article 153, paragraphe 2, du règlement).

Le rapport a été déposé le 6 juin 2002.

Le délai de dépôt des amendements sera indiqué dans le projet d'ordre du jour de la période de session au cours de laquelle le rapport sera examiné.

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

Résolution du Parlement européen sur la santé et les droits sexuels et génésiques (2001/2128(INI))

Le Parlement européen,

- vu la Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée en 1948,
- vu le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté en 1966,
- vu l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 1966,
- vu les articles 5 et 152 du traité CE,
- vu l'article sur la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne,
vu les articles 12.1 et 16.1 (e) ainsi que la recommandation 21 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ainsi que les recommandations générales 21 et 24 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes,
- vu l'article 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée en 1989,
- vu la déclaration et le programme d'action de la Conférence des Nations unies sur la population et le développement (Le Caire, 13 septembre 1994) et le récapitulatif des actions majeures de la CNUPD+5 (1999),
- vu la déclaration et le programme d'action de la Quatrième Conférence des Nations unies sur les femmes (Pékin, 15 septembre 1995) et sur le document-bilan de la conférence QCMF+5 (New York, 10 juin 2000),
- vu sa résolution du 29 septembre 1994¹ sur les résultats de la CNUPD et sa résolution du 4 juillet 1996² sur le suivi de cette conférence,
- vu sa résolution du 15 juin 1995³ sur la participation de l'Union européenne à la QCMF (Égalité, développement et paix), sa résolution du 21 septembre 1995⁴ sur la QCMF et sa résolution du 18 mai 2000⁵ sur le suivi du programme d'action de Pékin,
- vu sa résolution du 9 mars 1999⁶ sur l'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne,

¹ JO C 305 du 31.10.1994, p. 80.

² JO C 211 du 22.7.1996, p. 31.

³ JO C 166 du 3.7.1995, p. 92.

⁴ JO C 269 du 16.10.1995, p. 146.

⁵ JO C 59 du 23.2.2002, p. 258.

⁶ JO C 175 du 21.6.1999, p. 68.

- vu le Livre blanc de la Commission européenne intitulé Un nouvel élan pour la jeunesse européenne, du 21 novembre 2001¹,
 - vu le document de l'Organisation mondiale de la santé intitulé Définitions et indicateurs utilisés par le bureau régional de l'OMS pour l'Europe dans les domaines de la régulation des naissances, de la santé maternelle et infantile et de la santé génésique, de mars 1999,
 - vu le rapport définitif STOA intitulé "Fertility awareness and contraception" (Plan de travail 1995),
 - vu l'article 163 de son règlement,
 - vu l'article sur le rapport de la commission des droits de la femme et de l'égalité des chances (A5-0223/2002),
- A. considérant que les femmes et les hommes doivent pouvoir exercer en toute connaissance de cause et de manière responsable leurs propres choix pour ce qui est de leur santé et de leurs droits sexuels et génésiques, sans perdre de vue l'importance de la santé d'autrui, et disposer de tous les moyens et de toutes les possibilités requis à cet effet,
- B. considérant que les compétences communautaires en la matière consistent à imprimer des orientations et à lancer des initiatives visant à encourager la coopération,
- C. considérant que les politiques nationales qui, pour atteindre des objectifs démographiques, ne tiennent pas compte de l'octroi d'un consentement dûment informé par les femmes et les hommes quant à l'utilisation de moyens contraceptifs peuvent donner lieu à des pratiques coercitives,
- D. considérant les disparités observées, à l'intérieur de l'Union européenne comme dans les États membres, dans le domaine de la santé et des droits sexuels et génésiques, s'agissant plus spécialement des immenses inégalités observées entre femmes européennes quant à l'accès aux services de santé génésique, à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse, inégalités qui sont fonction des revenus ou du pays de résidence,
- E. considérant que des études montrent que le nombre d'avortements est moindre dans certains États membres qui conjuguent une législation très libérale sur l'interruption de grossesse à une véritable éducation sexuelle, à des services très performants de régulation des naissances et à la mise à disposition d'une large gamme de moyens contraceptifs, tout en constatant que d'autres États membres dotés de politiques similaires connaissent encore de forts taux d'avortement et de grossesses adolescentes,
- F. considérant qu'il faut attacher de l'importance non seulement aux interruptions de grossesses non désirées mais également à la prévention de celles-ci,
- G. considérant qu'il est de la responsabilité non seulement des femmes mais aussi des hommes d'éviter des grossesses non désirées,

¹ (COM(2001) 681).

- H. considérant qu'il est particulièrement important, pour la prévention des grossesses non désirées, de disposer d'une bonne information sur la sexualité, la responsabilité à l'égard d'autrui dans une relation, la santé, les différents moyens d'éviter des grossesses, etc., et que les parents et l'école peuvent jouer un rôle important à cet égard,
- I. considérant qu'un accès aisé à tous les moyens contraceptifs permettrait de réduire le nombre de grossesses non désirées et de cas de maladies sexuellement transmissibles,
- J. considérant que les avortements pratiqués dans des conditions peu sûres mettent sérieusement en danger la santé physique et mentale de la femme,
- K. considérant le taux d'avortement plus élevé et le moindre recours à la contraception dans les pays candidats à l'adhésion par comparaison avec les États membres et, toujours dans les pays candidats, l'absence d'information des femmes quant à une éducation sexuelle systématique et satisfaisante,
- L. considérant que les services de santé de nombreux pays candidats ne disposent pas d'équipements médicaux et hygiéniques en suffisance et ne sont pas assez axés sur les besoins de la population,
- M. considérant le nombre accru de grossesses chez les adolescentes ainsi que l'absence, dans certains États membres, d'une éducation sexuelle de qualité et de conseils et services de santé sexuelle et génétique pour adolescents,
- N. considérant l'expansion inquiétante des maladies sexuellement transmissibles, les risques de rapports sexuels sans protection, la persistance des stéréotypes qui associent erronément le risque d'infection à certains modes de transmission – en dépit des informations fournies sur les mesures préventives et les vecteurs de transmission dans l'Union – et la nécessité de promouvoir une santé sexuelle de haut niveau et de prévenir les maladies sexuellement transmissibles,
- O. considérant que les violences sexuelles ont des conséquences néfastes pour la sexualité et la santé génésique des femmes et des jeunes filles et que les mutilations génitales féminines ont des effets dommageables sur les rapports sexuels, les grossesses et les accouchements,
- P. considérant l'absence, à l'heure actuelle, de statistiques complètes aisément consultables sur les indicateurs relatifs à la santé sexuelle et génésique au niveau européen,
- Q. considérant que les grossesses non désirées restent le lot d'un trop grand nombre de femmes, ainsi que d'un nombre croissant de jeunes filles,
- R. considérant que le thème de la santé et des droits sexuels et génésiques ne saurait être traité sous le seul angle de l'accès aux contraceptifs et à l'avortement,

- S. considérant que les contraceptifs sont en général utilisés par les femmes,
- T. considérant à quel point il est malaisé d'établir une comparaison entre les politiques relatives à la santé sexuelle et génésique, tant entre États membres de l'Union qu'entre celle-ci, d'une part, et les pays candidats à l'adhésion, d'autre part,

En ce qui concerne la contraception

1. note que toute politique législative et réglementaire sur la santé génésique relève de la responsabilité des États membres mais que l'Union peut apporter son concours par l'échange d'informations sur les meilleurs pratiques;
2. recommande aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion d'élaborer une politique nationale de qualité sur la santé sexuelle et génésique en coopération avec les organisations issues de la société civile plurielle en fournissant une information globale quant aux méthodes effectives et responsables de régulation des naissances, en garantissant un accès égal pour tous à une gamme de moyens contraceptifs de qualité et aux méthodes de connaissance de la fécondité;
3. recommande aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion de veiller à ce que les femmes et les hommes donnent leur consentement en parfaite connaissance de cause à l'utilisation de moyens contraceptifs et aux méthodes de connaissance de la fécondité;
4. invite instamment les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à s'efforcer de fournir gratuitement -ou à moindre coût- des moyens contraceptifs et des services de santé sexuelle et génésique aux groupes défavorisés à cet égard, tels que les jeunes, les minorités ethniques ou les personnes victimes de l'exclusion sociale;
5. recommande aux États membres d'améliorer l'accès des personnes indigentes aux services de santé spécialisés dans la reproduction et la sexualité, susceptibles de leur offrir, plus particulièrement, le choix des moyens anticontraceptifs et de leur permettre de prévenir ou de reconnaître les maladies sexuellement transmissibles;
6. demande aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à promouvoir le recours à la contraception d'urgence (à des prix abordables et sans formalités) en tant que pratique normalisée dans le domaine de la santé sexuelle et génésique;
7. exhorte les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à encourager la recherche scientifique dans le domaine de la contraception destinée aux hommes, de manière à assurer l'égalité des femmes et des hommes en ce qui concerne les effets de l'utilisation des méthodes de contraception;

En ce qui concerne les grossesses non désirées et l'avortement

8. souligne que l'avortement ne saurait être promu en tant que méthode de régulation des naissances;
9. recommande aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion de s'efforcer de mettre en œuvre une politique sanitaire et sociale permettant une inflexion du recours à l'avortement, et ce notamment grâce à la mise en place de conseils et de services en matière de régulation des naissances et à la fourniture d'une aide matérielle et financière aux femmes enceintes en difficulté et de considérer les avortements pratiqués dans des conditions dangereuses comme un problème majeur de santé publique;
10. recommande aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion de veiller à la diffusion d'informations et de conseils impartiaux, scientifiques et aisément compréhensibles sur la santé sexuelle et génésique et, notamment, sur la prévention des grossesses non désirées, ainsi que sur les dangers inhérents aux avortements pratiqués dans des conditions inappropriées;
11. appelle les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à mettre en place des services spécialisés de santé sexuelle et génésique (services au sein desquels des personnels à formation pluridisciplinaire fourniraient des conseils et des avis professionnels dûment autorisés adaptés aux besoins de groupes spécifiques, comme les immigrés par exemple) et fait valoir que ces avis et conseils doivent être fournis sous le sceau du secret et indépendamment de tout jugement de valeur et que, en cas d'objection de conscience légitime de sa part, le conseiller sollicité doit obligatoirement adresser les intéressés à d'autres conseillers; fait valoir en outre qu'il convient, dans le cadre de ces consultations sur l'avortement, de mettre en garde contre les risques sanitaires (physiques et psychiques) d'un avortement et d'étudier les solutions de remplacement possibles (adoption, possibilité d'une aide en cas de garde de l'enfant);
12. recommande, pour protéger la santé et les droits génésiques des femmes, que l'avortement soit légalisé, sûr et accessible à tous;
13. appelle les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à s'abstenir dans tous les cas de poursuivre en justice des femmes qui se seraient fait avorter illégalement;

En ce qui concerne la santé sexuelle et génésique ainsi que l'éducation sexuelle des adolescents

14. souligne que la santé sexuelle et génésique des adolescents et leurs besoins en matière de sexualité et de reproduction diffèrent de ceux des adultes;
15. rappelle qu'une participation active des jeunes (s'agissant de leurs droits, de leurs avis et de leur compétence) est importante pour l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'éducation sexuelle en coopération avec d'autres protagonistes; en particulier les parents; le renforcement des compétences parentales joue également un rôle important à cet égard;

16. rappelle que l'éducation sexuelle doit être prodiguée dès l'enfance, et d'une manière qui soit sensible à la dimension de genre, c'est-à-dire qui prenne en considération les sensibilités spécifiques des garçons et des filles, se poursuivre à l'âge adulte, mettre l'accent sur les grandes étapes de la vie, tenir compte des différents styles d'existence et, partant, appeler dûment l'attention sur les maladies sexuellement transmissibles, tel le VIH/sida;
17. souligne que l'éducation sexuelle doit être considérée suivant une approche holistique et positive prenant en considération les aspects psychosociaux et biomédicaux de la question et se fondant sur le respect mutuel et le sens des responsabilités;
18. demande aux gouvernements des États membres et aux pays candidats à l'accession de recourir à diverses méthodes pour s'adresser aux jeunes: enseignement formel et informel, campagnes de publicité, vente subventionnée de préservatifs, ligne d'assistance téléphonique confidentielle, et de prendre en considération les besoins des catégories particulières et encourage le recours à des éducateurs de même âge pour prodiguer l'éducation sexuelle;
19. appelle les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à améliorer et élargir l'accès des jeunes aux services de santé (centres de régulation des naissances, centres pour jeunes, etc.) en adaptant ceux-ci à leurs préférences et à leurs besoins;
20. appelle les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à accompagner les adolescentes enceintes, qu'elles désirent interrompre leur grossesse ou qu'elles désirent la mener à terme, et à assurer la continuité de l'éducation de celles-ci;
21. demande aux gouvernements des États membres de maintenir et d'accroître le niveau d'information des populations sur la contamination par le VIH/sida, ses mécanismes de transmission et les comportements qui favorisent cette dernière, notamment en direction des couches sociales qui sont plus marginalisées et qui éprouvent plus de difficultés à accéder à l'information;

En ce qui concerne la politique communautaire relative à la santé sexuelle et génésique en général

22. se félicite des recherches consacrées aux indicateurs pertinents de la santé sexuelle et génésique et à la mise au point de définitions harmonisées, recherches auxquelles contribue actuellement la Commission, et invite instamment celle-ci à veiller à la poursuite de telles initiatives dans le contexte du nouveau programme communautaire d'action sanitaire;
23. appelle les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à fournir à la Commission des données et des informations concernant leurs politiques respectives, en vue de l'établissement d'une base de données à l'échelle européenne sur

- les statistiques de santé sexuelle et génésique et de rédiger un vade-mecum sur les meilleures pratiques et expériences enregistrées dans ce domaine;
24. demande aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion d'assurer l'accès aux services de santé sexuelle et génésique sans discriminations fondées sur l'orientation sexuelle, le sexe ou l'état civil;
 25. recommande la mise en branle d'un processus d'information mutuelle à partir d'une comparaison des données disponibles sur la santé sexuelle et génésique et d'un partage des meilleures pratiques et expériences recensées dans les programmes et politiques correspondants des États membres et des pays candidats à l'adhésion;
 26. demande à la Commission de traiter la question des opinions des jeunes sur la santé et les droits sexuels et génésiques avec tout le sérieux voulu dans la suite du Livre blanc intitulé Un nouvel élan pour la jeunesse européenne;
 27. invite instamment le Conseil et la Commission à prévoir, dans la stratégie préalable à l'adhésion, des moyens techniques et financiers supplémentaires pour les pays candidats, de manière que ceux-ci puissent élaborer et appliquer des programmes de promotion de la santé et des normes de qualité pour les services de santé sexuelle et génésique et à veiller à ce que l'aide communautaire actuellement fournie à l'Europe orientale et à l'Asie centrale englobe ce genre de programmes;
 28. demande à la Commission de prendre en compte l'impact dévastateur de la "politique de Mexico-City" de l'administration Bush (qui refuse de financer les organisations non gouvernementales orientant à l'occasion, et en dernier recours, des femmes vers des cliniques où se pratique l'avortement), s'agissant plus spécialement des programmes destinés à l'Europe centrale et orientale et demande également à la Commission de combler le déficit budgétaire provoqué par cette politique, comme l'a promis le commissaire Nielson;
 29. demande à la Commission de veiller au suivi et à l'évaluation permanents des programmes d'action liés à la CNUPD et à la QCMF et de lui adresser périodiquement des rapports succincts à ce propos;
 30. se félicite de l'objectif fixé dans le document-bilan de la conférence QCMF+5 concernant l'accès universel à des soins de santé élémentaires de haute qualité d'ici à 2015, y compris pour la santé sexuelle et génésique, et demande au Conseil de mettre au point, dans le contexte de la procédure de suivi et dans les limites de sa compétence, des indicateurs et des jalons pour les domaines les plus importants et de lui adresser périodiquement des rapports succincts à ce propos;
 31. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil, à la Commission et aux gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion.

EXPOSÉ DES MOTIFS

I. Notions de base

A. Santé sexuelle et génésique

Selon l'OMS, la santé génésique concerne les processus, les fonctions et le système génésiques à tous les stades de la vie. Elle implique "... qu'une personne peut mener une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, qu'elle est capable de procréer et libre de le faire aussi souvent ou aussi peu souvent qu'elle le désire. Cette dernière condition implique qu'hommes et femmes ont le droit d'être informés et d'utiliser la méthode de planification familiale de leur choix (...) qui doivent être sûres, efficaces, abordables et acceptables, ainsi que le droit d'accéder à des services de santé qui permettent aux femmes de mener à bien grossesse et accouchement et donnent aux couples toutes les chances d'avoir un enfant en bonne santé¹".

La santé sexuelle est définie comme l'intégration des aspects somatiques, émotionnels, intellectuels et sociaux de la vie sexuelle, d'une manière positivement enrichissante et permettant de renforcer la personnalité, la communication et l'amour. Elle implique une approche positive vis-à-vis de la sexualité humaine, et vise à améliorer la qualité de la vie et des relations interpersonnelles, et non à se borner à dispenser conseils et soins relatifs à la procréation et aux maladies sexuellement transmissibles².

B. Droits sexuels et génésiques

L'article 96 de la Plate-forme d'action de Pékin stipule que "les droits humains des femmes incluent le droit de contrôler et de décider librement de tout ce qui concerne sexualité, santé sexuelle et reproductive, sans coercition, ni discrimination et violence. Des relations d'égal à égal entre hommes et femmes en matière de relations sexuelles et de reproduction, incluant le plein respect de l'intégrité de la personne, exigent le respect réciproque, le consentement et la responsabilité partagée en ce qui concerne le choix sexuel et ses conséquences".

Des organisations internationales, telles que la Fédération internationale pour le planning familial (FIPF), ont formulé des droits sexuels et génésiques dérivés de la législation internationale en matière de droits de l'homme. La Charte de la FIPF sur les droits en matière de sexualité et de reproduction (1995) a été reconnue par le FNUAP et par l'OMS.

II. Cadre juridique et politique international

A. Cadre juridique international

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW, 1979) stipule que les États garantissent aux hommes et aux femmes "les mêmes droits de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances", garantit l'accès à l'information et à l'éducation nécessaires, et donne aux femmes et aux hommes les moyens de contrôler la taille de leur famille³. Aux termes de la

recommandation 21 de la CEDAW, le concept de planning familial comprend la garantie d'une éducation sexuelle ainsi que la disponibilité des services de planning familial, de méthodes contraceptives sûres et efficaces et de mesures gratuites et efficaces de régulation volontaire de la fertilité, pour la santé et le bien-être de tous les membres de la famille.

Dans son observation générale (n° 14, 2000) de l'article 12 du Pacte international des Nations unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels portant sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels reconnaît le droit à la liberté sexuelle et génésique, le droit d'accès à l'éducation et à l'information en matière de santé sexuelle et génésique, et le droit à la disponibilité, l'accessibilité et la qualité des installations, biens et services en matière de santé.

B. Cadre politique internationale

Les déclarations et les programmes d'action de la Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement (Le Caire, 1994) et de la quatrième Conférence mondiale des Nations unies sur la femme (Pékin, 1995) marquent un tournant dans la conception de la sexualité et de la question génésique. Avant la CIPD et la QCMF, ces questions étaient uniquement traitées sous l'angle de la croissance de la population et des politiques démographiques. Mais, au cours de ces conférences, la sexualité et la santé génésique ont été traitées pour la première fois sous l'angle des droits de l'homme. L'idée d'intégrer les droits de la femme dans le cadre des droits de l'homme y était perçue à la fois comme grandement nécessaire à l'autonomisation des femmes et comme primordiale pour les progrès de la société en général. Le concept de planning familial a cédé le pas à celui plus général de santé génésique, qui englobe les hommes aussi bien que les femmes, et qui décrit un état de bien-être physique, mental et social intégral dans toutes les questions relatives au système reproducteur.

C. Évolutions politiques à l'échelle européenne

Dans sa résolution sur le suivi de la CIPD, le Parlement européen enjoint l'UE à jouer un rôle moteur en favorisant la création de réseaux, de lieux d'analyse et d'échange en matière de soins de santé génésiques. Dans sa résolution sur le suivi de la Plate-forme d'action de Pékin, il incite à consacrer davantage d'attention aux droits génésiques et appelle notamment à des actions visant à lutter contre le nombre croissant de grossesses au cours de l'adolescence en renforçant la disponibilité des contraceptifs pour les jeunes, en ayant recours plus systématiquement aux campagnes d'information et en améliorant la qualité et l'accessibilité de l'éducation sexuelle. Dans sa résolution relative à l'état de la santé des femmes dans la Communauté européenne, le Parlement européen reconnaît que les conditions de santé sexuelle et génésique des femmes varient considérablement d'un État membre à l'autre. La résolution invite ces derniers à légaliser, sous certaines conditions, l'avortement, au moins en cas de grossesse forcée, de viol, ou en cas de danger potentiel pour la santé ou la vie de la femme, en partant du principe que la décision finale appartient à la femme elle-même ; et à faire en sorte que l'IVG soit pratiquée dans des conditions médicales sûres et qu'un soutien psychologique et social soit prévu.

Le Conseil de l'Europe s'est penché de manière approfondie et à plusieurs niveaux sur la question de la santé et des droits sexuels et génésiques.

III. Questions liées à la santé et aux droits sexuels et génésiques

A. Contraception

Les programmes d'action de la CIPD et de la QCMF ont renforcé l'esprit de la CEDAW : la CIPD a fait en sorte que, d'ici 2015, tous les pays devront s'efforcer de permettre un accès universel à toute une série de méthodes sûres et fiables en matière de planning familial. En outre, les conclusions de "Pékin + 5" ont fixé la date butoir de 2015 pour l'accès universel aux soins de santé primaires de haute qualité, qui englobent les soins de santé sexuels et génésiques.

Aperçu général

Le taux moyen de recours aux méthodes modernes de contraception s'élève à peu près à 65 % dans l'Union européenne. L'Autriche et la Grèce affichent un taux de 53 %. L'Allemagne, la Finlande, le Royaume-Uni et les Pays-Bas détiennent le taux le plus élevé (environ 75 %). Dans les pays candidats, le recours moyen aux contraceptifs est plus faible que dans l'UE, avec une moyenne avoisinant les 31 %. Les taux les plus faibles sont enregistrés en Roumanie et en Lituanie (plus ou moins 13,5 %), et les plus élevés sont observés en République tchèque, en Slovaquie, en Hongrie et en Slovénie (environ 47 %)⁴.

Aucun gouvernement de l'UE ne dispose d'une politique claire et distincte en matière de santé sexuelle et génésique, mais la plupart d'entre eux soutiennent les services de planning familial qui sont, dans l'ensemble, largement disponibles par le biais des systèmes de santé, et principalement via les médecins généralistes. Les services, en ce compris la prescription de contraceptifs, sont dispensés gratuitement au Royaume-Uni et au Portugal. Dans d'autres pays, les clients paient, mais sont généralement partiellement ou intégralement remboursés. Le planning familial n'est pas intégré dans le système de soins de santé en Espagne et en Grèce, et, en Irlande, seuls les centres dispensant des "méthodes naturelles" sont subventionnés par l'État. L'utilisation de contraceptifs varie à la fois entre les États membres et au sein de chacun d'entre eux : dans certains pays, la disponibilité des services est plus faible pour les jeunes, les immigrants et les habitants des zones rurales.

En raison de la disponibilité limitée et du coût élevé des contraceptifs, ainsi que du manque de services de consultation dans les pays d'Europe centrale et orientale, l'avortement demeure le principal mode de régulation des naissances. En principe, un avortement peut être pratiqué pour une somme modique, voire gratuitement, alors que le prix des contraceptifs s'élève à un tiers du salaire moyen, ce qui ne laisse guère de choix à la plupart des femmes. En outre, le soutien politique aux services de santé génésique est plutôt faible en raison des préoccupations démographiques inhérentes à ces pays.

B. Avortement

Le programme d'action de la CIPD stipule que "l'avortement ne devrait, en aucun cas, être promu en tant que méthode de planification familiale. Tous les gouvernements et les organisations intergouvernementales et non gouvernementales intéressées sont vivement invités à renforcer leur engagement en faveur de la santé de la femme, à traiter les conséquences des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité en tant que problème majeur de santé publique et à réduire le recours à l'avortement en étendant et en améliorant les services de planification familiale. (...) Les femmes qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information fiable et à des conseils empreints

de compréhension. (...) Dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité. Dans tous les cas, les femmes devraient avoir accès à des services de qualité pour remédier aux complications découlant d'un avortement⁵...". La Plate-forme d'action de la QCMF affirme que les gouvernements devraient envisager de réviser les lois qui prévoient des sanctions contre les femmes en cas d'avortement illégal⁶".

Aperçu général

Les taux d'avortement les plus faibles de l'UE sont enregistrés en Belgique, aux Pays-Bas et en Allemagne (autour de 7 pour 1 000 femmes) ; le groupe intermédiaire est constitué de la Finlande, de la France et de l'Italie (environ 12 pour 1 000 femmes), et les taux les plus élevés sont à trouver en Suède, au Royaume-Uni et au Danemark (environ 17 pour 1 000), la Suède détenant le record (18 pour 1 000). Dans les pays candidats, les taux d'avortement sont bien plus élevés qu'au sein de l'UE. La République tchèque (17/1 000), la Lituanie, la Slovaquie et la Slovénie (21/1 000) enregistrent les taux officiels les plus faibles ; le groupe intermédiaire est composé de la Bulgarie, de la Lettonie, de l'Estonie et de la Hongrie (environ 40/1 000), et le record revient à la Roumanie (52/1 000).⁷

Les politiques relatives à l'avortement diffèrent d'un État membre à l'autre, ce qui explique que des femmes traversent les frontières internes de l'Union dans le but d'avorter. La politique la plus restrictive est pratiquée par l'Irlande, où l'avortement n'est autorisé qu'en cas de menaces pour la vie de la femme. Au Portugal et en Espagne, l'avortement n'est jugé légal qu'en cas de déficience du fœtus ou de viol, ou afin de protéger la santé physique ou mentale de la femme. Dans la réalité, cependant, les pratiques en la matière varient considérablement. D'autres pays autorisent l'avortement pour des raisons médicales et socio-économiques. Dans la plupart des pays, le délai d'avortement est de 12 semaines, après quoi l'avortement est encore autorisé dans certains pays dans des circonstances particulières. Dans certains États, l'accord parental est indispensable pour les mineurs. Les coûts liés à l'avortement varient ; de nombreux gouvernements incluent l'avortement dans le système national d'assurance-santé, mais certains n'autorisent cette inclusion qu'en cas d'avortement pour raisons médicales.

En Europe centrale et orientale, l'avortement est l'une des causes majeures de mortalité maternelle. En Pologne, il est illégal, après avoir été autorisé et rendu disponible à grande échelle pendant près de 40 ans.

Chypre dispose d'une politique restrictive en matière d'avortement (uniquement en cas de viol, de déficience fœtale ou de menaces pour la santé physique ou mentale de la mère). En Turquie, l'accord du conjoint est requis.

C. Santé sexuelle et génésique de l'adolescent / éducation sexuelle

L'article 24 de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant stipule que "les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services". L'article 6.15 de la CIPD stipule que : "les jeunes devraient être particulièrement associés à la planification, à l'exécution et à l'évaluation des activités de développement qui ont une incidence directe sur leur vie quotidienne. Une telle participation est particulièrement importante en ce qui concerne les activités d'information, d'éducation et de communication, ainsi que les services concernant la santé en matière de reproduction et de sexualité, notamment la prévention de grossesses précoces, l'éducation sexuelle et la prévention du VIH/sida et des autres maladies

sexuellement transmissibles. L'accès à ces services, ainsi que le caractère confidentiel des consultations, doivent être assurés avec l'appui et les conseils des parents et en conformité avec les dispositions de la Convention relative aux droits de l'enfant. En outre, il faudrait mettre au point des programmes d'éducation qui apprennent aux jeunes à planifier leur existence, à adopter des modes de vie sains et à ne pas succomber à la toxicomanie".

Aperçu général

Dans l'ensemble, le taux de grossesses parmi les adolescentes est en augmentation dans l'UE (taux actuel situé entre 12 et 25 pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans). Les taux les plus faibles se situent aux Pays-Bas et en Belgique, le groupe intermédiaire comprend l'Allemagne, la France, la Finlande et le Danemark, et les taux les plus élevés sont enregistrés en Suède, en Italie, ainsi qu'en Angleterre et au pays de Galles⁸.

Au sein de l'UE, les jeunes ne disposent toujours pas d'un niveau de connaissance homogène en matière de sexualité. Les différences sont criantes entre les différents taux de grossesses à l'adolescence. Ainsi, ce taux est de 28 pour 1 000 adolescentes âgées de 15 à 19 ans au Royaume-Uni, contre 7 pour 1 000 aux Pays-Bas. Les Pays-Bas sont considérés à l'échelle mondiale comme le modèle à suivre en matière d'ouverture et de qualité des services liés à la sexualité.

En Europe orientale, l'absence d'éducation sexuelle contribue au manque d'automatisme du recours au contraceptif. Dans l'ensemble, davantage de programmes sanitaires orientés vers les adolescents sont nécessaires. Dans certains pays, comme la Lettonie et la Bulgarie, une autorisation parentale est indispensable pour avoir accès aux services de planning familial. En Pologne, absolument aucune éducation sexuelle n'est dispensée.

IV. Recommandations en matière de politique

L'UE a toujours joué un rôle important dans la promotion de la santé et des droits sexuels et génésiques.

Nous lançons dans ce rapport un appel aux États membres et aux pays candidats à revoir la mise en œuvre du Programme d'action de la CIPD et la sauvegarde des instruments internationaux en matière de droits de l'homme. La notion de santé et de droits sexuels et génésiques doit être renforcée, aussi bien dans l'UE que dans les pays candidats à l'adhésion.

Nous déduisons des chiffres mentionnés ci-dessus qu'il existe d'énormes disparités entre les États membres de l'UE et les pays candidats. Il convient cependant de garder à l'esprit que ces données ne sont pas complètes et qu'elles pourraient ne pas refléter la réalité en raison du manque de données officielles et de rapports en la matière. Il est de ce fait indispensable de dresser un tableau plus clair de l'état de la santé et des droits sexuels et génésiques et un plan d'ensemble des meilleures pratiques. À cette fin, nous recommandons à la Commission de constituer une base de données en matière de droits et de santé sexuels et génésiques, basée sur des indicateurs harmonisés de la santé génésique. Dans le cadre du nouveau programme d'action communautaire dans le domaine de la santé, la Commission européenne devrait poursuivre les recherches déjà en cours dans ce domaine, telles que le projet Reprostat visant la création d'indicateurs et de déterminants de la santé génésique à des fins de surveillance et d'évaluation de cette dernière au sein de l'UE, ainsi que le projet ECHI intégrant le comportement sexuel comme déterminant sanitaire dans la stratégie communautaire en

matière de santé. Nous invitons en outre la Commission à considérer l'opinion de la jeunesse en matière de santé et de droits sexuels et génésiques comme un élément important du suivi du Livre blanc sur la jeunesse.

Bien que les politiques en matière de santé génésique demeurent pour une large part une compétence des États membres, l'UE pourrait apporter une valeur ajoutée en amorçant un processus d'apprentissage réciproque, basé sur la comparaison des données récoltées en la matière et sur le partage des expériences positives et des meilleures pratiques dans les programmes et les politiques sanitaires des États membres et des "pays candidats".