



PARLEMENT EUROPÉEN

2009 - 2014

---

*Document de séance*

---

**A7-0426/2013**

2.12.2013

# RAPPORT

sur la santé et les droits sexuels et génésiques  
(2013/2040(INI))

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

Rapporteure: Edite Estrela

## SOMMAIRE

|  | <b>Page</b> |
|--|-------------|
| PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN..... | 3           |
| EXPOSÉ DES MOTIFS.....                               | 21          |
| OPINION MINORITAIRE.....                             | 29          |
| AVIS DE LA COMMISSION DU DEVELOPPEMENT.....          | 30          |
| RÉSULTAT DU VOTE FINAL EN COMMISSION.....            | 34          |

## PROPOSITION DE RÉSOLUTION DU PARLEMENT EUROPÉEN

### sur la santé et les droits sexuels et génésiques (2013/2040(INI))

*Le Parlement européen,*

- vu la déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée en 1948, notamment ses articles 2 et 25,
- vu l'article 2, paragraphe 2, et les articles 3 et 12 du Pacte international des Nations unies relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté en 1966, tel qu'interprétés dans l'observation générale no 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations unies,
- vu les articles 2, 12, paragraphe 1, et 16, paragraphe 1, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), adoptée en 1979 et relative à la santé des femmes, au mariage et à la vie familiale, et vu les recommandations générales 21 (1994) et 24 (1999),
- vu les articles 2, 12 et 24 de la Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée en 1989, relative à la non-discrimination, au droit de l'enfant à être entendu, et à la protection de la santé de la mère, du nourrisson et de l'enfant, ainsi qu'au développement de l'information et des services en matière de planification familiale,
- vu la déclaration et le programme d'action de la Conférence internationale des Nations unies sur la population et le développement (Le Caire, 13 septembre 1994), les documents issus de ses conférences d'examen, la résolution de la session spéciale de l'Assemblée générale des Nations unies (CIPD+5) de juin 1999, et vu la résolution no 65/234 de l'assemblée générale des Nations unies relative au suivi de la Conférence internationale sur la population et le développement après 2014 (décembre 2010),
- vu la déclaration de Pékin et le programme d'action adoptés lors de la quatrième conférence mondiale sur les femmes du 15 septembre 1995 ainsi que ses résolutions du 18 mai 2000 sur le suivi du programme d'action de Pékin<sup>1</sup>, du 10 mars 2005 sur le suivi du programme d'action de la quatrième conférence mondiale sur les femmes (Pékin + 10)<sup>2</sup> et du 25 février 2010 sur Pékin + 15 – Programme d'action des Nations unies en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes<sup>3</sup>,
- vu les objectifs du Millénaire pour le développement adoptés lors du Sommet du Millénaire des Nations unies en septembre 2000,
- vu les déclarations parlementaires d'engagement sur la mise en œuvre du programme d'action de la CIPD à Ottawa (2002), Strasbourg (2004), Bangkok (2006), Addis-Abeba (2009) et Istanbul (2012),

---

<sup>1</sup> JO C 59 E du 23.2.2001, p. 133.

<sup>2</sup> JO C 320 E du 15.12.05, p. 12.

<sup>3</sup> JO C 348 E du 21.12.10, p. 11.

- vu le rapport aux Nations unies du rapporteur spécial sur le droit à l'éducation (A/65/162 (2010)),
- vu la stratégie mondiale pour la santé des femmes et des enfants, lancée en 2010 par l'Organisation mondiale de la santé,
- vu le paragraphe 16 du rapport intermédiaire du rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (A/66/254 (2011)),
- vu le rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible (A/HRC/17/25 (2011)),
- vu le rapport du Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme du 17 novembre 2011 intitulé "Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes les personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre" (A/HRC/19/41),
- vu la résolution no 21/6 du Conseil des droits de l'homme des Nations unies du 21 septembre 2012 sur la mortalité et la morbidité maternelles évitables et les droits de l'homme,
- vu le rapport du Fonds des Nations unies pour la population du 14 novembre 2012, intitulé "État de la population mondiale 2012: oui au choix, non au hasard",
- vu les paragraphes 45 à 50 du rapport du rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et les autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (A/HRC/22/53 (2013)),
- vu la Convention européenne des droits de l'homme et la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, notamment son article 9, relatif à la liberté de pensée, de conscience et de religion,
- vu la résolution 1399 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en 2004 sur une stratégie européenne pour la promotion de la santé et les droits sexuels et génésiques,
- vu la résolution 1607 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en 2008 sur l'accès sûr et légal à l'avortement en Europe,
- vu les articles 2, 5 et 152 du traité CE,
- vu les articles 8, 9 et 19 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, relatifs à la lutte contre la discrimination basée sur le sexe et à la protection de la santé humaine,
- vu la charte des droits fondamentaux de l'Union européenne,
- vu le Consensus européen pour le développement de 2005,
- vu les conclusions du Conseil sur le rôle de l'UE dans la santé mondiale adoptées lors de la 3011e réunion du Conseil "Affaires étrangères, tenue à Bruxelles le 10 mai 2010,

- vu le règlement (CE) no 1567/2003 du Parlement européen et du Conseil du 15 juillet 2003 concernant les aides destinées aux politiques et aux actions relatives à la santé génésique et sexuelle et aux droits connexes dans les pays en développement<sup>1</sup>,
- vu le règlement (CE) no 1922/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 portant création d'un Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes<sup>2</sup>,
- vu le règlement (CE) no 851/2004 du Parlement européen et du Conseil du 21 avril 2004 instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies<sup>3</sup>,
- vu ses résolutions du 29 septembre 1994 sur les résultats de la Conférence internationale du Caire sur la population et le développement et du 4 juillet 1996 sur le suivi de cette conférence<sup>4</sup>,
- vu sa résolution du 3 juillet 2002 sur la santé et les droits sexuels et génésiques<sup>5</sup>,
- vu sa résolution du 10 février 2004 sur la proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil instituant un Centre européen de prévention et de contrôle des maladies<sup>6</sup>,
- vu sa résolution du 4 septembre 2008 sur la mortalité maternelle dans la perspective de la réunion de haut niveau des Nations unies sur les objectifs du Millénaire pour le développement organisé le 25 septembre 2008<sup>7</sup>,
- vu sa résolution du 5 avril 2011 sur les priorités et la définition d'un nouveau cadre politique de l'Union en matière de lutte contre la violence à l'encontre des femmes<sup>8</sup>,
- vu sa résolution du 13 mars 2012 sur l'égalité entre les femmes et les hommes dans l'Union européenne – 2011<sup>9</sup>,
- vu le rapport du Haut-Commissaire des Nations unies aux droits de l'homme intitulé "Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes les personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre" (A/HRC/19/41),
- vu l'article 48 de son règlement,
- vu le rapport de la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres et l'avis de la commission du développement (A7-0426/2013),

A. considérant que les droits sexuels et génésiques sont des droits fondamentaux, dont la violation constituerait un manquement au droit des femmes et des jeunes filles à l'égalité,

---

<sup>1</sup> JO L 224 du 06.09.03, p. 1.

<sup>2</sup> JO L 403 du 30.12.2006, p. 9.

<sup>3</sup> JO L 142 du 30.04.04, p. 1.

<sup>4</sup> JO C 305 du 31.10.94, p. 80.

<sup>5</sup> JO C 271 du 12.11.2003, p. 219.

<sup>6</sup> JO L 142 du 30.04.04, p. 1.

<sup>7</sup> JO C 295 du 4.12.2009.

<sup>8</sup> JO C 296 E du 02.10.12, p. 26.

<sup>9</sup> JO C 251 E du 31.08.13, p. 1.

à la non-discrimination, à la dignité et à la santé, ainsi qu'à leur droit de ne pas être soumises à des peines ou traitements inhumains ou dégradants;

- B. considérant que l'article 8 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) prévoit que, pour toutes ses actions, l'Union s'efforce d'éliminer les inégalités et de promouvoir l'égalité entre les hommes et les femmes;
- C. considérant que la santé et les droits sexuels et génésiques (SDSG) concernent chaque être humain à toutes les étapes de la vie, et constituent donc une préoccupation pour les femmes comme pour les hommes tout au long de leur vie; que les programmes en matière de SDSG doivent être adaptés aux différents besoins et obstacles rencontrés aux différentes étapes de la vie;
- D. considérant que l'article 168 du TFUE dispose que l'Union doit agir en vue d'assurer un degré élevé de protection de la santé humaine et d'améliorer la santé publique;
- E. considérant que les femmes et les hommes, sans considération d'âge, de sexe, de race, d'ethnicité, de classe, de caste, d'appartenance à une religion, de statut matrimonial, de métier, de handicap, de statut VIH (ou IST), d'origine nationale, de statut d'immigration, de langue, d'orientation sexuelle ou d'identité de genre, ont le droit d'exercer en toute connaissance de cause et de manière responsable leurs propres choix pour ce qui est de leur santé sexuelle et génésique et disposer de tous les moyens et possibilités pour ce faire;
- F. considérant que l'inégalité entre les hommes et les femmes est une cause majeure des troubles de santé sexuelle et génésique des femmes et des adolescentes; que les stéréotypes relatifs à la féminité et à la masculinité en général, et les perceptions relatives à la sexualité des jeunes filles et des femmes en particulier, sont un obstacle important à la réalisation des SDSG;
- G. considérant le rapport du rapporteur spécial des Nations unies publié en 2010 sur le droit à l'éducation, qui indique que le droit à une éducation sexuelle intégrale est un droit fondamental;
- H. considérant que les grossesses non planifiées et non désirées restent une réalité problématique pour de nombreuses femmes dans l'Union, y compris pour des adolescentes;
- I. considérant que, dans près d'un tiers des États membres de l'Union, les contraceptifs ne sont pas couverts par le régime public d'assurance-maladie, ce qui constitue un obstacle important à l'accès pour certains groupes de femmes, et notamment les femmes ayant de faibles revenus, les adolescentes et les femmes vivant des relations violentes;
- J. considérant que les femmes souffrent de manière disproportionnée des lacunes en matière de SDSG eu égard à la nature de la reproduction humaine et au contexte social, juridique et économique, basé sur le sexe, où existent ces lacunes;
- K. considérant qu'une éducation sexuelle complète, adaptée à l'âge des enfants, fondée sur des données factuelles, scientifiquement exacte et sans jugement, des services de planification familiale de qualité et l'accès à la contraception contribuent à éviter les

grossesses non planifiées et non désirées, diminuent le besoin d'avortements et contribuent à prévenir le VIH et les IST; considérant que le fait d'apprendre aux jeunes à se charger de leur propre santé sexuelle et génésique a des effets positifs à long terme, qui durent toute leur vie et ont également une incidence positive sur la société;

- L. considérant que, selon le Fonds des Nations unies pour les activités en matière de population (FNUAP) et selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 287 000 femmes meurent chaque année de complications liées à la grossesse et à l'accouchement;
- M. considérant que, selon les estimations, cinq millions de jeunes de 15 à 24 ans et deux millions d'adolescents âgés de 10 à 19 ans vivent avec le VIH<sup>1</sup>, et que ces personnes n'ont généralement pas accès ni recours aux services de santé sexuelle et génésique ni aux services en matière de VIH, étant donné que ceux-ci répondent rarement de façon globale aux besoins spécifiques des jeunes en matière de santé sexuelle et génésique;
- N. considérant, malgré les engagements internationaux, les disparités observées entre États membres et au sein des États membres concernant les normes en matière de santé sexuelle et génésique, ainsi que les inégalités existant dans les droits sexuels et génésiques des femmes en Europe, y compris en termes d'accès à des services de santé reproductive, à la contraception et à l'avortement, selon le pays où elles résident, leurs revenus, leur âge, leur situation migratoire et d'autres facteurs;
- O. considérant que les mères adolescentes ont moins de chances d'achever leurs d'études secondaires et sont plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté;
- P. considérant que les femmes migrantes, réfugiées et sans papiers vivent dans une situation économique et sociale précaire, dans laquelle les préoccupations de santé sexuelle et génésique sont souvent minimisées ou ignorées;
- Q. considérant que l'opposition aux SDSG a augmenté en Europe et dans le monde, en vue de refuser aux femmes et aux hommes les droits fondamentaux en matière sexuelle et génésique que tous les États membres de l'Union se sont engagés à défendre dans le cadre d'accords internationaux;
- R. considérant que les SDSG sont des facteurs essentiels pour l'égalité entre les hommes et les femmes, l'élimination de la pauvreté, la croissance économique et le développement;
- S. considérant que les femmes et les hommes devraient partager de manière égale la responsabilité de la prévention des grossesses non désirées; considérant que les moyens contraceptifs sont utilisés principalement par les femmes;
- T. considérant que la prévention des grossesses non désirées n'est pas uniquement une question de services contraceptifs et d'information, mais nécessite aussi une éducation sexuelle complète ainsi qu'une aide matérielle et financière aux femmes enceintes dans le besoin;

---

<sup>1</sup> UNICEF, rapport intitulé "Tirer parti de la crise: prévenir le VIH du début de l'adolescence au début de l'âge adulte", 2011.

- U. considérant que l'accès à un avortement sûr est interdit, sauf dans des circonstances très limitées, dans trois États membres de l'UE (Irlande, Malte et Pologne); considérant que, dans plusieurs autres États membres, l'avortement reste légal mais qu'il est de plus en plus difficile d'y accéder en raison d'obstacles réglementaires ou pratiques tels que le recours abusif à l'objection de conscience, les périodes d'attente obligatoire et les conseils partiels, et que d'autres États membres envisagent même de restreindre l'accès aux services d'avortement;
- V. considérant que les conditions socioéconomiques et professionnelles des femmes et des jeunes couples font souvent obstacle aux choix de maternité et de paternité;
- W. considérant que la mortalité maternelle demeure un sujet de préoccupation dans certains États membres; et un défi dans le cadre de la politique européenne pour le développement;
- X. considérant que la violence sexuelle est une atteinte grave aux droits de l'homme et qu'elle a des effets dévastateurs sur la sexualité, la dignité, le bien-être psychologique, l'autonomie et la santé génésique des femmes et des jeunes filles; que les pratiques traditionnelles néfastes telles que la mutilation génitale féminine, les mariages précoces et forcés ont un effet négatif sur le bien-être des personnes et leur amour-propre, sur les relations sexuelles, les grossesses et l'accouchement, et qu'elles représentent un risque pour la santé des femmes tout au long de leur vie, mais aussi pour les communautés et la société dans leur ensemble;
- Y. considérant que la violence à l'égard des femmes, et notamment la violence domestique et le viol, est un phénomène largement répandu et qu'un nombre croissant de femmes est exposé au risque de contracter le SIDA et d'autres IST en raison du comportement sexuel à risque de leurs partenaires sexuels; considérant que ces formes de violence sont également dirigées contre des femmes enceintes, ce qui augmente le risque de fausses couches, d'enfants mort-nés et d'avortements;
- Z. considérant que les disparités existant entre les taux d'avortement de différents États membres et la prévalence de la mauvaise santé génésique dans certaines régions de l'UE révèlent le besoin d'une offre non discriminatoire de services abordables, accessibles, acceptables et de qualité, y compris la planification familiale et les services adaptés aux jeunes, ainsi que d'une éducation sexuelle intégrale;
- AA. considérant que les coupes budgétaires en matière de santé publique restreignent encore l'accès aux soins et services de santé;
- AB. considérant que les femmes et jeunes filles qui se prostituent ou consomment des stupéfiants courent le plus grand risque de contracter des IST, en ce compris le VIH, et que leurs besoins en matière de SDG sont souvent négligés;
- AC. considérant que des études ont démontré qu'une éducation sexuelle complète et des services de régulation des naissances de qualité augmentent les chances d'un comportement responsable, sûr et respectueux lors du premier rapport sexuel et des suivants;



AD. considérant qu'à l'heure actuelle, dans tous les États membres de l'Union européenne, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, trans et intersexuelles (LGBTI) continuent de subir des discriminations, des violences et des représentations critiques de leur sexualité et de leur identité de genre;

AE. considérant qu'il faut attacher de l'importance non seulement aux interruptions de grossesses non désirées mais également et en particulier à la prévention de celles-ci; considérant que la prévention des grossesses non désirées n'est pas uniquement une question de méthodes de contraception et d'information, mais nécessite aussi une éducation sexuelle complète ainsi que l'octroi d'une aide matérielle et financière aux femmes enceintes dans le besoin;

AF. considérant que les jeunes sont largement exposés et très tôt à des contenus pornographiques notamment via l'accès à internet, que ce soit chez eux ou dans l'environnement scolaire ;

AG. considérant que les avortements pratiqués dans des conditions peu sûres mettent sérieusement en danger la santé physique et mentale des femmes, voire leur vie;

AH. considérant que la sexualisation des jeunes filles dans les médias est un phénomène qui a des conséquences sur le développement affectif et sur la vie sexuelle des femmes mais aussi des hommes, et contribue à la persistance des stéréotypes de genre, des discriminations et des violences sur la base du sexe ;

AI. considérant que la pratique consistant à stériliser des femmes roms et handicapées ainsi que des personnes transgenres de force ou sous la contrainte a toujours lieu dans certains États membres;

AJ. considérant que le partage des meilleures pratiques entre les États membres permet de trouver les meilleures solutions et de mieux garantir les intérêts de tous les citoyens de l'UE;

AK. considérant que certains États membres parviennent à combiner une législation libérale en matière d'avortement, une éducation sexuelle efficace, des services de planification familiale de qualité et une bonne disponibilité de différents moyens de contraception, avec pour résultat un taux d'avortement plus faible et un taux de natalité plus élevé;

***En ce qui concerne la politique générale de l'Union européenne en matière de santé et de droits sexuels et génésiques***

1. réaffirme que la santé est un droit fondamental indispensable à l'exercice des autres droits fondamentaux, et que l'UE ne peut atteindre le niveau le plus élevé possible en matière de santé que si les SDG sont pleinement reconnus et promus;
2. insiste sur le fait que les violations des SDG ont des retombées directes sur la vie des femmes et des jeunes filles, sur l'indépendance économique des femmes, sur la jouissance des services sociaux par les femmes, sur la participation des femmes aux prises de décisions et à la vie publique, sur la vulnérabilité des femmes face à la violence

masculine, sur l'accès des femmes à l'éducation et sur leur vie privée, et que, par conséquent, ces atteintes aux SDG ont une incidence sur la société dans son ensemble;

3. souligne que l'autonomisation des femmes et des jeunes filles est essentielle pour rompre le cycle de la discrimination et de la violence et pour promouvoir et protéger les droits de l'homme, y compris en matière de santé sexuelle et génésique;
4. reconnaît que les SDG sont un élément essentiel de la dignité humaine, et qu'ils doivent être abordés dans le contexte général de la discrimination structurelle et des inégalités entre les sexes; invite les États membres à protéger les SDG par l'intermédiaire de l'Agence des droits fondamentaux et de l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes, notamment en garantissant l'existence de programmes et de soins de santé génésique, y compris des soins et des médicaments essentiels de planification familiale volontaire et de santé maternelle et néonatale, ainsi qu'en maintenant une vigilance vis-à-vis des politiques ou législations susceptibles de porter atteinte à la santé et aux droits sexuels et génésiques;
5. invite les États membres à fournir des services de santé sexuelle et génésique de qualité, adaptés aux besoins de groupes spécifiques sans discrimination, sans crainte d'être jugé (par exemple les jeunes, les groupes vulnérables); insiste sur le fait que ces services doivent également cibler et faciliter le rôle actif des hommes et des garçons en vue de partager la responsabilité du comportement sexuel et de ses conséquences;
6. souligne que les politiques de l'Union européenne et des États membres doivent garantir le respect, la protection et la jouissance des SDG pour tous, en favorisant une compréhension de la sexualité humaine comme un aspect positif de la vie et en créant une culture d'acceptation, de respect, de non-discrimination et de non-violence;
7. souligne que sur son territoire et, le cas échéant, dans ses politiques externes, l'Union doit veiller à ce que les législations et politiques soient modifiées, adoptées ou abrogées de façon à respecter et à protéger la santé et les droits sexuels et génésiques et à permettre à toutes les personnes de jouir de ces droits sans subir de discriminations, quel qu'en soit le motif;
8. souligne que les choix en matière de procréation et les services de fertilité devraient être accessibles dans un cadre non discriminatoire;
9. souligne que la gestation par une tierce partie constitue une marchandisation du corps de la femme ainsi que des enfants;
10. souligne que la stérilisation forcée ou contrainte de toute personne représente une atteinte aux droits de l'homme et à l'intégrité physique de cette personne, et invite les États membres à abroger toute loi existante imposant une stérilisation;
11. déplore vivement que la proposition de programme "La santé en faveur de la croissance" pour la période 2014-2020 ne fasse aucune mention des SDG, et prie instamment la Commission d'inclure les SDG dans sa prochaine stratégie européenne en matière de santé publique;

12. invite les États membres à garantir une répartition géographique adéquate des points d'accès à des services de santé de qualité ainsi que des possibilités de transport de qualité et sûres afin d'assurer l'égalité d'accès de toute leur population, y compris des femmes et des jeunes filles vivant en zone rurale;
13. observe que même si les États membres sont compétents pour élaborer et mettre en œuvre des politiques relatives aux SDG, l'Union européenne peut exercer sa compétence d'élaboration des stratégies et des initiatives intégrant les questions liées aux SDG dans les domaines de la santé publique et de la non-discrimination, de façon à promouvoir une meilleure mise en œuvre des droits sexuels et génésiques et une meilleure sensibilisation à ceux-ci, et à encourager l'échange de bonnes pratiques entre les États membres;
14. invite les États membres à fournir un accès aux services de santé sexuelle et génésique selon une approche fondée sur les droits et sans aucune discrimination fondée sur l'origine ethnique, le logement, le statut migratoire, l'âge, le handicap, l'orientation sociale, l'identité de genre, l'état de santé ou la situation matrimoniale;
15. demande 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 efficaces et responsables de régulation des naissances, en garantissant un accès égal pour tous à toutes les formes de moyens contraceptifs de qualité et aux méthodes de connaissance de la fécondité;
16. invite l'Union et ses États membres à recueillir et surveiller plus de données et de statistiques concernant les indicateurs en matière de santé sexuelle et génésique (IST, taux d'avortement et de contraception, besoins non satisfaits en matière de contraception, grossesse des adolescentes...), ventilées au moins par sexe et par âge;
17. exprime son inquiétude concernant les restrictions à l'accès aux services de santé sexuelle et génésique et aux moyens contraceptifs dans les pays en voie d'adhésion; demande aux gouvernements de ces pays d'adopter des mesures législatives et politiques visant à garantir l'accès universel aux services de santé sexuelle et génésique et de collecter systématiquement les informations nécessaires pour améliorer la situation de la santé sexuelle et génésique;
18. invite les États membres à garantir le financement à long terme des services publics et des organisations de la société civile qui fournissent des services dans le domaine de la santé sexuelle et génésique;
19. invite les États membres à travailler avec la Commission, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes (IEEH) et la société civile pour élaborer une stratégie européenne de promotion des SDG, et à soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de stratégies nationales complètes en matière de santé sexuelle et génésique; suggère que l'IEEH soit habilité à recueillir, analyser et compiler des données et les meilleures pratiques à l'échelle européenne, de façon à mieux comprendre les obstacles à l'intégration des programmes de prévention et de traitement en matière de santé sexuelle et génésique dans les systèmes de soins de santé de base;

20. souligne que les mesures d'austérité actuelles ont des effets négatifs sur le plan de la qualité, de l'accessibilité et du caractère abordable des services de santé publique, notamment pour les femmes, sur l'information et les programmes liés à la santé sexuelle et génésique, ainsi que sur les organisations de planification familiale et de soutien, sur les ONG prestataires de services, et sur l'indépendance économique des femmes; observe que les États membres devraient prendre les mesures nécessaires pour garantir que l'accès aux services de santé sexuelle et génésique n'est pas remis en question;
21. invite les États membres à élaborer une stratégie en matière de SDSG assortie d'un budget spécifique, d'un plan de mise en œuvre et d'un système de suivi;
22. souligne l'importance vitale pour les femmes de pouvoir accéder gratuitement et chaque année à des examens gynécologiques et à des mammographies, de sorte qu'il est inacceptable que les États membres réduisent ces services, en utilisant la crise et les coupes budgétaires comme excuse;
23. encourage les États membres à partager les meilleures pratiques, les meilleures combinaisons de mesures pour les politiques en matière de santé sexuelle et génésique;
24. prie instamment les États membres et les pays candidats, au vu des retombées de la crise financière et économique sur le secteur de la santé publique, de fournir, gratuitement ou à un coût abordable, des informations et des services contraceptifs et autres services liés à la santé sexuelle et génésique qui soient adaptés, tels que des examens gynécologiques et des mammographies, ainsi que des mesures de prévention, de diagnostic et de traitement des IST, y compris des conseils et des avis professionnels de qualité, pour tous les segments de la population, y compris les femmes vivant dans les zones rurales, les jeunes, les minorités ethniques, les migrants, les personnes handicapées et les personnes victimes d'exclusion sociale;
25. souligne que les SDSG sont des droits fondamentaux des femmes et des hommes et qu'ils ne doivent pas être restreints pour des motifs religieux, par exemple la conclusion de concordats;
26. insiste sur le fait qu'assurer aux femmes, aux filles et aux couples la liberté fondamentale de décider de leur vie sexuelle et reproductive, y compris de décider s'ils souhaitent avoir des enfants et à quel moment, c'est leur donner la possibilité de se consacrer à des activités telles que l'éducation et l'emploi, ce qui contribue à l'égalité entre les hommes et les femmes, à la réduction de la pauvreté et au développement durable pour tous; constate que lorsque les familles peuvent choisir d'avoir moins d'enfants et disposer de plus de temps entre les naissances, elles sont à même de se consacrer davantage à l'éducation et à la santé de chacun de leurs enfants;

***Grossesse non planifiée et non désirée: accès à la contraception et à des services d'avortement sûrs***

27. souligne qu'il est essentiel pour le développement individuel, social et économique que les femmes aient le droit de décider de manière libre et responsable du nombre de leurs enfants, ainsi que du moment de leur naissance et du délai entre les naissances, comme le dispose le droit international en matière de droits fondamentaux;

28. souligne que la planification familiale volontaire contribue à éviter les grossesses non planifiées et non désirées et réduit le besoin d'avortements;
29. invite les États membres à ne pas empêcher les femmes enceintes désireuses d'avorter de se rendre dans d'autres États membres ou juridictions où cette intervention est légale;
30. prie les États membres de favoriser la recherche scientifique sur les méthodes de contraception utilisées par les hommes ou les femmes, afin de faciliter le partage du fardeau de la responsabilité de la contraception;
31. souligne que l'avortement ne doit en aucun cas être encouragé en tant que méthode de planification familiale;
32. souligne que les États membres devraient appliquer des politiques et des mesures visant à empêcher le recours à l'avortement pour des raisons sociales et économiques en aidant les mères et les couples en difficulté;
33. recommande que, dans un souci de respect des droits fondamentaux et de santé publique, des services d'avortement de qualité soient rendus légaux, sûrs et accessibles à toutes dans le cadre des systèmes de santé publics des États membres, y compris aux femmes non résidentes, qui vont souvent chercher ces services dans d'autres pays en raison des lois restrictives en matière d'avortement en vigueur dans leur pays d'origine, en vue d'éviter les avortements clandestins qui mettent sérieusement en danger la santé physique et mentale de la femme;
34. souligne que, même dans les cas où il est légal, l'avortement est souvent empêché ou retardé par des obstacles aux services appropriés, par exemple le recours répandu à l'objection de conscience, les périodes d'attente non nécessaires d'un point de vue médical, ou les conseils partiels; souligne que les États membres devraient réglementer et surveiller le recours à l'objection de conscience dans les professions clés, afin de veiller à ce que les soins de santé génésique soient garantis en tant que droit de l'individu, tout en assurant un accès à des services légaux et en mettant en place des services de renvoi publics appropriés et de qualité; insiste sur le fait que le droit à l'objection de conscience est un droit individuel et non une politique collective, et que les avis et conseils doivent être fournis sous le sceau du secret et indépendamment de tout jugement de valeur; s'inquiète du fait que, dans toute l'Union, des membres du corps médical sont obligés de refuser des services de SDSG dans les hôpitaux et cliniques d'obédience religieuse;
35. invite les États membres à adopter des dispositions visant à répondre aux exigences particulières des personnes vulnérables exposées au risque de marginalisation et d'exclusion sociale et économique, a fortiori les jeunes femmes dans les zones rurales, pour qui l'accès aux méthodes de contraception modernes peut être entravé par des difficultés économiques et sociales, d'autant plus en ces temps de crise économique;
36. invite tous les États membres à faire en sorte que les professionnels de la santé qui pratiquent des avortements ou fournissent des services liés à l'avortement ne soient pas poursuivis ou pénalisés en vertu d'instruments du droit pénal pour avoir fourni ces services;

37. appelle les gouvernements des États membres et des pays candidats à l'adhésion à s'abstenir de poursuivre les femmes ayant pratiqué un avortement illégal;
38. recommande que les États membres continuent de fournir les informations et les services nécessaires au maintien d'un faible taux de mortalité maternelle et qu'ils fassent des efforts supplémentaires pour faire baisser la mortalité maternelle et pour garantir des soins de qualité avant et après l'accouchement;

*En ce qui concerne l'éducation sexuelle et les services adaptés aux jeunes*

39. invite les États membres à garantir l'accès universel à des informations, une éducation et des services complets en matière de SDG; invite les États membres à veiller à ce que ces informations portent sur différentes méthodes de planification et de consultation familiale, sur une aide qualifiée lors de l'accouchement, et sur le droit d'accès à des soins gynécologiques et obstétricaux d'urgence; les invite également à offrir des informations neutres et scientifiquement exactes sur les services d'avortement;
40. souligne que la participation des jeunes, en coopération avec d'autres protagonistes, comme les parents, à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes est essentielle pour qu'une éducation sexuelle intégrale soit efficace; encourage le recours à des éducateurs de même âge pour prodiguer l'éducation sexuelle afin de favoriser l'autonomisation et appelle les États membres et les pays candidats à utiliser différentes autres méthodes pour toucher les jeunes, telles que des campagnes de publicité, la vente subventionnée de préservatifs et d'autres moyens contraceptifs, et des initiatives comme les lignes d'assistance téléphonique confidentielle;
41. invite les États membres à veiller à ce que l'enseignement de l'éducation sexuelle soit obligatoire pour tous les élèves des écoles primaires et secondaires et qu'une place suffisante soit consacrée à cette matière dans les programmes scolaires; rappelle qu'il importe que les programmes d'éducation sexuelle soient régulièrement revus et actualisés, en faisant particulièrement attention aux questions du respect de la femme et de l'égalité des genres;
42. souligne que l'éducation sexuelle doit être conçue et mise en œuvre de manière holistique, fondée sur des droits et positive, qu'elle doit insister sur le développement de compétences de vie et couvrir aussi bien les aspects psychosociaux que biomédicaux de la santé et des droits sexuels et génésiques;
43. souligne le fait que les besoins des adolescents en matière de santé sexuelle et génésique sont différents de ceux des adultes; invite dès lors les États membres à veiller à ce que les adolescents aient accès à des services adaptés où leurs préoccupations et leur droit à la confidentialité et au respect de la vie privée soient dûment pris en considération;
44. invite les États membres à fournir des services de santé sexuelle et génésique adaptés aux adolescents en fonction de leur âge, de leur degré de maturité et de l'évolution de leurs capacités et qui soient assurés sans discrimination fondée sur le sexe, la situation matrimoniale, le handicap ou l'orientation ou identité sexuelle, et accessibles sans l'accord des parents ou tuteurs légaux;

45. invite les États membres à garantir une éducation obligatoire et dispensée dans un cadre commun aux garçons et aux filles, en matière de sexualité et de relations affectives pour tous les enfants et adolescents, en prenant en considération leur âge et leur sexe;
46. invite les États membres à élaborer et à proposer des programmes et des cours obligatoires d'éducation et de formation de troisième cycle sur les questions liées à la santé sexuelle et aux droits génésiques, destinés aux étudiants en médecine et aux professionnels de la santé, afin de garantir à l'avenir des conseils de qualité pour les femmes et les couples, en fonction de leur état de santé et des besoins personnels et professionnels par rapport à leurs projets familiaux;
47. prie instamment les États membres de prendre des mesures pour supprimer tous les obstacles qui empêchent les adolescents, garçons ou filles, d'accéder à des moyens de contraception sûrs, efficaces et abordables, en ce compris les préservatifs, et de fournir des informations claires sur les moyens de contraception;
48. rappelle aux États membres qu'ils doivent veiller à ce que les enfants et les jeunes puissent jouir de leur droit de rechercher, de recevoir et de transmettre des informations relatives à la sexualité, y compris en matière d'orientation sexuelle, d'identité sexuelle et d'expression du genre, d'une manière adaptée à leur âge et tenant compte de leur sexe;
49. insiste pour que les États membres établissent des mesures d'information et d'éducation destinées aux femmes enceintes et aux mères mineures pour les aider à résoudre les problèmes de la maternité précoce et pour éviter les cas de meurtre de nouveau-nés;
50. souligne que l'éducation sexuelle doit inclure la lutte contre les stéréotypes, les préjugés, toutes les formes de violence fondée sur le genre et de violence envers les femmes et les filles, attirer l'attention sur, et dénoncer la discrimination basée sur le sexe et l'orientation sexuelle ainsi que les obstacles structurels à l'égalité fondamentale, et notamment à l'égalité entre les hommes et les femmes, et mettre en valeur le respect mutuel et la responsabilité partagée;
51. souligne que l'éducation sexuelle doit inclure des informations non discriminatoires et donner une image positive des personnes LGBTI, afin de soutenir et de protéger effectivement les droits des personnes LGBTI;
52. souligne à ce propos que l'éducation sexuelle est particulièrement nécessaire alors que les jeunes ont un accès précoce à des contenus pornographiques et dégradants, notamment via internet ; souligne que l'éducation sexuelle doit de ce fait s'inscrire dans une démarche plus large d'accompagnement du développement affectif des jeunes pour leur permettre de construire des relations dans le respect mutuel; encourage les États membres à mettre en place des campagnes de sensibilisation à destination des parents et des adultes encadrant des jeunes, sur les effets néfastes de la pornographie pour les adolescents;
53. interpelle aussi les États membres sur le fait qu'une éducation sexuelle complète et intégrant la dimension affective des relations est primordiale étant donné le phénomène de sexualisation des jeunes filles dans des contenus audio-visuels et numériques auxquels les jeunes ont largement accès;

54. invite les États membres à mettre l'accent sur la prévention des IST, dont le VIH, dans le cadre de l'éducation sexuelle en promouvant des comportements sexuels sans risques et en facilitant l'accès aux moyens de protection;

***En ce qui concerne la prévention et le traitement des IST***

55. prie les États membres de garantir un accès immédiat et universel au traitement des IST, offert dans un environnement sûr et neutre;

56. invite les États membres à maintenir et à améliorer la qualité et le niveau des informations mises à la disposition du grand public et à renforcer leurs politiques de sensibilisation aux IST, et en particulier le VIH/SIDA, sur la base des dernières évolutions et pratiques de la médecine, sur les modes de transmission de ces maladies, ainsi que sur les méthodes de prévention, et également en vue d'éviter les grossesses non-désirées;

57. invite les États membres à assurer des activités de prévention parallèlement aux services de consultation et de dépistage volontaires;

58. invite la Commission et les États membres à aborder la question spécifique des SDSDG pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA, en mettant l'accent sur les besoins des femmes et des populations à risque, par exemple les personnes qui se prostituent, les détenus, les migrants et les personnes qui s'injectent des stupéfiants par injection, notamment en intégrant l'accès aux tests et au traitement et en remédiant aux facteurs socio-économiques sous-jacents tels que l'inégalité des sexes et la discrimination, qui contribuent au risque pour les femmes et les populations à risque de contracter le VIH/SIDA;

59. invite l'Union européenne à promouvoir la recherche et le développement de technologies de prévention, de diagnostics et de traitements nouveaux ou très perfectionnés, qui soient acceptables, abordables et accessibles, dans le domaine du VIH/SIDA et d'autres IST ainsi que des maladies tropicales négligées, afin de réduire la charge de ces maladies sur la santé maternelle et des enfants;

60. invite les États membres à mettre en place des stratégies efficaces et inclusives de prévention du VIH et à supprimer les réglementations et législations qui pénalisent et stigmatisent les personnes atteintes du VIH/SIDA, ces lois étant considérées comme inefficaces, voire contre-productives pour la prévention du VIH;

61. prie la Commission et les États membres de simplifier l'accès aux informations, aux vaccins et aux soins conçus pour empêcher que les fœtus ne contractent le VIH pendant la grossesse et pour le traiter à temps après la naissance;

***En ce qui concerne la violence liée aux droits sexuels et génésiques***

62. condamne toute violation de l'intégrité corporelle des femmes, ainsi que les pratiques néfastes visant à contrôler la sexualité des femmes et leur autonomie en matière reproductive, en particulier la mutilation génitale féminine; souligne qu'il s'agit là de graves violations des droits fondamentaux, et que les États membres ont pour responsabilité d'y mettre fin de toute urgence;



63. recommande aux États membres de faire en sorte que les femmes et les hommes de toutes les origines sociales et ethniques doivent donner leur consentement informé pour toutes les procédures et tous les services médicaux, comme les services de contraception, les opérations de stérilisation et les avortements; invite les États membres à mettre en place des procédures assurant une protection contre les traitements inhumains et dégradants dans le cadre des soins de santé génésique, en mettant l'accent en particulier sur les centres de détention, les prisons et les établissements psychiatriques et gériatriques;
64. rappelle que la violence sexuelle ou le contrôle sexuel des femmes, tel que le viol, y compris le viol entre époux, la mutilation génitale féminine, les abus sexuels, l'inceste, l'exploitation sexuelle, le harcèlement sexuel, le mariage forcé précoce et le mariage des enfants ont un effet néfaste à long terme sur la santé sexuelle et génésique des femmes et des jeunes filles ainsi que sur leur amour propre et leur autonomie; appelle les États membres à répondre au besoin de protéger les femmes et les petites filles de ces abus et à offrir des services aux victimes, en mettant en œuvre des programmes éducatifs à l'échelle nationale et communautaire, et à mettre l'accent sur les mesures en ce sens incluant des peines importantes pour les auteurs de tels abus, y compris par l'incrimination des actes de violence sexuelle;
65. invite les États membres à signer et à ratifier la convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique;
66. exige des États membres et des pays candidats à l'adhésion qu'ils garantissent aux femmes qui tombent enceintes à la suite d'un viol, ou qui se trouvent dans d'autres situations dans lesquelles leur santé ou leur vie est sérieusement menacée, de pouvoir avorter avec toutes les garanties sanitaires et juridiques sans aucune restriction;
67. soutient que la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs doivent être ancrés dans les actes internationaux en vigueur en matière de droits de l'homme et dans les grands documents issus du consensus politique; regrette que la position de l'Union européenne formulée en amont de la Conférence des Nations unies sur le développement durable (Rio+20), qui voyait dans la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs un enjeu transversal d'une importance essentielle pour les autres facettes du développement, ne se retrouve pas dans le document définitif des Nations unies, l'Union ne s'étant pas exprimée d'une seule voix;
68. invite les États membres à veiller à l'intégration des processus CIPD+20, Pékin+20 et Rio+20 dans le cadre de l'après 2015;

***En ce qui concerne la SDGS et l'aide publique au développement (APD)***

69. rappelle aux États membres que les investissements dans la santé génésique et la planification familiale sont parmi les moyens les plus efficaces, en matière de rapport qualité-prix et de développement, de favoriser le développement durable d'un pays;
70. souligne l'importance de l'éducation et de la sensibilisation dans le domaine de la santé sexuelle et génésique, qui doit être un volet indispensable du programme pour la santé des femmes dans les pays en développement;

71. demande à la Commission de prévoir une ligne spéciale sur la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs dans le cadre des lignes thématiques de l'instrument de coopération au développement, ainsi que des crédits suffisants pour l'ensemble du programme en la matière dans tous les instruments concernés;
72. rappelle le besoin urgent de travailleurs de la santé formés dans les pays en développement et la nécessité d'éviter la fuite des professionnels formés de la santé par des mesures financières d'incitation et par un soutien à la formation; souligne l'importance de services de santé intégrés en matière de VIH et de SDG, ainsi que de l'implication de la société civile, des autorités locales, des communautés, des organisations de santé publique sans but lucratif et des organisations de bénévoles à tous les niveaux pour mettre en place des services de santé; insiste en particulier sur la nécessité de faciliter l'accès aux soins de santé en matière de SDG dans les zones rurales et isolées;
73. soutient la recommandation 1903 (2010) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe portant sur l'allocation de 0,7 % du PNB à l'APD; invite l'UE à maintenir cet engagement par le financement et la mise en œuvre des instruments européens pour l'action extérieure pour 2014-2020, ainsi que du Fonds de développement européen;
74. rappelle que les épidémies qui touchent gravement certains pays en développement partenaires de l'UE, dont celle du VIH, sont un frein considérable au développement ;
75. invite instamment les organisations bénéficiaires de crédits de l'Union européenne destinés au VIH/sida et/ou à la protection de la santé à mettre au point des stratégies claires, concises et transparentes sur les moyens d'intégrer la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs et la prévention primaire du VIH dans leurs interventions;
76. prie l'Union européenne de veiller à ce que la coopération européenne au développement adopte une approche basée sur les droits fondamentaux, et à ce qu'elle mette fortement l'accent de manière explicite sur les SDG, en portant une attention particulière aux services de régulation des naissances, à la mortalité maternelle et infantile, à l'avortement sûr, aux contraceptifs, à la prévention et la lutte contre le VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles et à l'élimination des pratiques telles que les mutilations génitales féminines, les mariages précoces ou forcés, l'avortement sélectif fondé sur le sexe du fœtus et les stérilisations forcées;
77. invite les délégations de l'Union européenne à collaborer avec les pouvoirs publics à l'élaboration et à la mise en place de mesures visant à valoriser les femmes et les filles dans la société, afin de lutter contre les inégalités entre les sexes, les discriminations contre les femmes et les filles et les normes sociales sur lesquelles est fondée la préférence accordée aux enfants mâles, qui sont les causes premières de la sélection prénatale du sexe, des infanticides commis sur des filles et des avortements de fœtus féminins, ainsi que contre le mariage précoce forcé et les mutilations génitales des filles; insiste pour que les efforts visant à restreindre la sélection selon le sexe n'entrave ni ne limite le droit des femmes à accéder à des technologies et services légitimes en matière de santé sexuelle et reproductive;

78. demande instamment que la fourniture de l'aide humanitaire de l'Union européenne et de ses États membres soit exclue des restrictions sur l'aide humanitaire imposées par les États-Unis et d'autres pays donateurs, en particulier en garantissant l'accès à l'avortement pour les femmes et les filles victimes de viols lors de conflits armés;
79. prie instamment la Commission et le Service européen pour l'action extérieure (SEAE), dans le cadre des dialogues relatifs aux droits de l'homme, d'aborder les obstacles rencontrés par les personnes qui souhaitent avoir accès à des services de santé génésique et jouir de leurs droits sexuels et génésiques;
80. rappelle que la mise en œuvre du programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), décidé au Caire en 1994, reconnaît que la santé génésique et sexuelle et les droits connexes sont essentiels à la réalisation du développement durable;
81. invite instamment la Commission, à cet égard, à conserver parmi ses priorités en matière de développement la suppression de tous les obstacles afin de permettre l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive, à des services de soins de santé prénatals et maternels, y compris au planning familial volontaire, à la contraception et à l'avortement dans de bonnes conditions et à des services adaptés aux jeunes, autant d'éléments qui doivent être de qualité, abordables, acceptables et accessibles, tout en luttant contre les discriminations fondées sur le sexe à l'origine d'avortements motivés par le choix du sexe de l'enfant, d'interruptions involontaires de grossesse, de stérilisations forcées et de violences sexuelles, et tout en garantissant l'accès aux matériels et fournitures de santé sexuelle et reproductive, aux matériels et fournitures de soins de santé prénatals et maternels, et à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement en matière de VIH, sans discrimination;
82. prie instamment l'Union européenne et ses États membres de s'assurer que le processus d'examen opérationnel du CIPD+20 résulte en un examen approfondi de tous les aspects liés à la pleine jouissance des droits en matière de sexualité et de procréation, qu'il réaffirme une approche ferme et progressive en faveur des droits en matière de sexualité et de procréation pour tous, conformément aux normes internationales relatives aux droits de l'homme, et qu'il renforce la responsabilité des gouvernements en ce qui concerne l'achèvement des objectifs convenus; demande en particulier à l'Union européenne et à ses États membres de s'assurer que le processus d'examen soit mené d'une manière participative et qu'il donne l'occasion aux différentes parties prenantes, y compris la société civile ainsi que les femmes, les adolescents et les jeunes, de participer d'une manière significative; rappelle que le cadre d'un tel examen doit se baser sur les droits de l'homme et être spécifiquement axé sur les droits en matière de sexualité et de procréation;
83. demande que la Commission et le SEAE, et en particulier les délégations de l'Union sur le terrain, soient totalement pénétrés des SDG et des soins de santé prénatals et maternels, car ce sont là des facteurs essentiels du développement inclusif et durable, dans le cadre du développement humain, de la gouvernance, de l'égalité des genres et des droits de l'homme et de l'autonomisation économique des jeunes et des femmes au niveau des pays, mais aussi des aspects importants du processus actuel de programmation de l'Union pour la période 2014-2020;

84. invite instamment l'Union européenne à veiller à ce que l'interdépendance entre la dynamique de la population et le développement durable pour tous, et la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs, soient une priorité dans la formulation du cadre de développement mondial de l'après 2015, lequel doit permettre à tout un chacun de jouir de ses droits humains, y compris de ses droits en matière sexuelle et reproductive, indépendamment du statut social, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de la race, de l'origine ethnique, du handicap, de la religion ou des convictions; insiste sur la nécessité que l'Union européenne s'exprime d'une seule voix, avec cohérence et autorité sur le sujet;
85. rappelle que les femmes du monde entier qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information et à des conseils fiables; rappelle que des services et une assistance de santé de qualité et compréhensifs devraient également être proposés.
86. invite l'Union européenne et ses États membres à respecter leur engagement de mettre en œuvre intégralement et réellement le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les résultats des conférences d'examen;
87. invite instamment la Commission et le SEAE à contribuer à ce que les gouvernements nationaux, les autorités locales et la société civile soient parties prenantes et jouent un rôle moteur dans la garantie et la promotion de la santé sexuelle et reproductive et des droits sexuels et reproductifs, qui sont universels et doivent reposer sur le partage des responsabilités;
88. demande au Parlement européen d'aborder les atteintes aux droits et à la santé sexuels et reproductifs dans son rapport annuel sur "les droits de l'homme et la démocratie dans le monde et la politique de l'Union européenne en la matière;

◦

◦ ◦

89. charge son Président de transmettre la présente résolution au Conseil et à la Commission.

## EXPOSÉ DES MOTIFS

Chaque année, le PNUD classe les pays par degré d'inégalité hommes-femmes. L'indice d'inégalités de genre est mesuré selon le degré de désavantage dont souffrent les femmes dans trois aspects de la vie: la santé génésique, l'autonomisation, et le marché de l'emploi<sup>1</sup>. Le présent rapport se concentre sur ce premier élément et sur les droits associés, non seulement en tant que question liée aux droits fondamentaux, mais en tant que moyen de parvenir à l'égalité entre hommes et femmes.

Étant parmi les pays les plus développés au monde, les États membres (EM) se placent en haut du classement mondial des pays en fonction de la santé génésique de leur population<sup>2</sup>. Les données disponibles auprès des EM révèlent toutefois d'importantes disparités en matière de santé sexuelle et génésique des femmes à travers l'Europe.

À plusieurs occasions, le Parlement européen (PE) a indiqué qu'il soutenait les investissements dans la santé et les droits sexuels et génésiques (SDSG). Une position forte de l'UE sur la question des SDSG ne sera pourtant possible que si cette institution fournit un effort important dans ce sens.

Ce rapport intervient à un moment très important. Le climat politique et économique actuel menace le respect des SDSG. En raison de la crise financière et de la récession que nous traversons, ainsi que des coupes budgétaires des EM, il existe une tendance parmi ceux-ci à accélérer le mouvement de privatisation des services de santé, et à réduire la qualité des services de santé ainsi que l'accès à ceux-ci<sup>3</sup>. En outre, des positions très conservatrices concernant les SDSG ont gagné du terrain dans toute l'Europe. Comme on a pu le voir clairement dans des pays comme l'Espagne et la Hongrie, ainsi que dans des forums régionaux tels que l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, le comité européen des droits sociaux et même le PE, le mouvement d'opposition à l'avortement devient plus puissant et fait entendre davantage sa voix. Compte tenu de cette opposition, il est plus important que jamais que le PE défende les droits sexuels et génésiques en tant que droits fondamentaux, et qu'il présente un état des lieux utile de la situation des SDSG au niveau européen.

### Santé sexuelle et génésique

L'OMS indique que la santé génésique "s'intéresse aux mécanismes de la procréation et au fonctionnement de l'appareil reproducteur à tous les stades de la vie. Elle implique la possibilité d'avoir une sexualité responsable, satisfaisante et sûre ainsi que la liberté pour les personnes de choisir d'avoir des enfants si elles le souhaitent et quand elles désirent. Cette conception de la santé génésique suppose que les femmes et les hommes puissent choisir des méthodes de régulation de la fécondité sûres, efficaces, abordables et acceptables, que les

---

<sup>1</sup> Fonds de développement des Nations unies (2011). Rapport sur le développement humain 2011: Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous, note technique 3.

<sup>2</sup> Comme le démontrent les indicateurs utilisés pour calculer l'indice d'inégalités de genre. FNUD (2001). Rapport sur le développement humain 2011: Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous. Annexe statistique, tableau 4.

<sup>3</sup> Résolution du PE du 12 mars 2013 sur les répercussions de la crise économique sur l'égalité entre les hommes et les femmes et les droits des femmes.

couples puissent avoir accès à des services de santé appropriés permettant aux femmes d'être suivies pendant leur grossesse et offrant ainsi aux couples la chance d'avoir un enfant en bonne santé."<sup>1</sup>

La santé sexuelle est définie comme étant "un état de bien-être physique, émotionnel, mental et social en relation avec la sexualité, et non pas simplement l'absence de maladies, de dysfonctionnements ou d'infirmités. La santé sexuelle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d'avoir des expériences sexuelles agréables et sûres, sans contrainte, discrimination et violence. Pour atteindre et maintenir un bon état de santé sexuelle, les droits sexuels de tous les individus doivent être respectés et protégés."<sup>2</sup>

### **Droits sexuels et génésiques**

La santé sexuelle et génésique est protégée par les droits sexuels et génésiques. Comme l'indique l'article 96 du programme d'action de Pékin (1995), ces droits sont basés sur les droits fondamentaux que sont l'égalité et la dignité.

Les droits sexuels et génésiques, y compris le droit à des soins de santé maternelle et à des services de planification familiale, comprennent à la fois des libertés et des droits liés à de nombreux droits civiques, politiques, économiques, sociaux et culturels déjà établis. Bien que non interchangeables, les droits génésiques sont un aspect des droits sexuels, de même que les droits sexuels sont un aspect des droits génésiques.<sup>3</sup>

### **Mortalité maternelle**

Bien que la majeure partie des EM maintienne des taux de mortalité maternelle (TMM) très faibles (de 2 à 10 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes)<sup>4</sup>, ce taux est bien plus élevé dans certains EM (34 en Lettonie, 27 en Roumanie, 21 en Hongrie et 20 au Luxembourg). Plusieurs EM ont révélé une tendance encourageante: entre 1990 et 2010, le TMM de la Roumanie a baissé de 170 à 27, celui de la Lettonie de 54 à 34, celui de la Bulgarie de 24 à 11, et celui de la Lituanie de 34 à 8. Cependant, dans le même temps, d'autres EM présentent des tendances et des fluctuations préoccupantes: le TMM du Luxembourg, d'après les estimations, serait passé de 6 en 1990 à 20 en 2010, tandis que la Hongrie aurait réussi à faire baisser son TMM de 23 (pendant les années 1990) à 10 (années 2000), pour le voir ensuite remonter à 21 en 2010.<sup>5</sup> Dans sa résolution du

---

<sup>1</sup> Comité pour la politique mondiale de l'OMS (1994). Document de synthèse sur la santé, la population et le développement à l'occasion de la conférence internationale sur la population et le développement organisée au Caire du 5 au 13 septembre 1994, p. 24, paragraphe 89.

<sup>2</sup> OMS (2006). Définition de la santé sexuelle: rapport sur une consultation technique sur la santé sexuelle; 28 au 31 janvier 2002, Genève.

<sup>3</sup> Yamin, A. E. (Éd.), 2005, *Learning to dance: Advancing women's reproductive health and well-being from the perspectives of public health and human rights* ("Apprendre à danser: faire progresser la santé et le bien-être génésiques des femmes dans la perspective de la santé publique et des droits fondamentaux"), Cambridge, Harvard University Press.

<sup>4</sup> On suppose que les pays ayant entre 1 et 10 décès pour 100 000 naissances ont essentiellement le même niveau de soins, et que les différences sont dues au hasard, voir note 1.

<sup>5</sup> Groupe interorganisations des Nations unies pour l'estimation de la mortalité maternelle (2012). Tendances en matière de mortalité maternelle de 1990 à 2010: estimations de l'OMS, de l'UNICEF, du FNUAP et de la Banque mondiale.

13 décembre 2012 concernant le rapport annuel 2011 sur les droits de l'homme et la démocratie dans le monde et la politique de l'Union européenne en la matière, le Parlement européen rappelle que la prévention de la mortalité et de la morbidité maternelles nécessite de véritablement promouvoir et protéger les droits fondamentaux des femmes et des filles, en particulier leur droit à la vie, à l'éducation, à l'information et à la santé. Le PE souligne que l'Union européenne doit elle aussi jouer un rôle important, en contribuant à faire reculer les complications évitables survenant avant, pendant et après la grossesse et l'accouchement.

### **Données recueillies**

De nombreux EM ne recueillent pas les données nécessaires pour mesurer la santé génésique et sexuelle. Par exemple, plus de deux tiers des EM ne disposent d'aucune information concernant le pourcentage de femmes enceintes ayant effectué au moins une consultation prénatale, et plus d'un quart des EM n'ont aucune donnée sur le pourcentage de naissance assistée par un professionnel de la santé<sup>1</sup>. Bien que la compilation de telles données puisse être considérée comme inutile par certains pays très développés, elles constituent néanmoins des indicateurs importants permettant une surveillance régulière des normes en matière de santé génésique. Il est nécessaire que les EM recueillent et surveillent plus de données et de statistiques concernant les indicateurs en matière de santé sexuelle et génésique (IST, taux d'avortement et de contraception, besoins non satisfaits en matière de contraception, grossesse des adolescentes...), ventilées au moins par sexe et par âge. Afin d'avoir une meilleure vue d'ensemble de la situation dans toute l'Union, l'Institut européen pour l'égalité entre les hommes et les femmes devrait donc être habilité à effectuer la collecte et l'analyse de données et de meilleures pratiques.

### **Éducation sexuelle**

Dans la plupart des EM, l'éducation sexuelle est obligatoire en vertu du droit national, bien que le contenu et la qualité des enseignements varient. D'après une étude récente, les meilleures pratiques en matière d'éducation sexuelle sont observées au Benelux, dans les pays nordiques, en France et en Allemagne. Les EM d'Europe orientale et méridionale tendent à avoir des programmes d'éducation sexuelle lacunaires, voire inexistant<sup>2</sup>.

Des taux plus élevés de natalité chez les adolescentes, d'avortement et d'infections sexuellement transmissibles (IST) ont tendance à être liées à une éducation sexuelle déficiente ou insuffisante. Les données actuelles de l'UE corroborent cette idée, comme l'indique le taux plus élevé de natalité chez les adolescentes et d'avortement dans les EM d'Europe orientale<sup>3</sup>.

Bien que la tendance générale soit une lente amélioration des programmes en matière d'éducation sexuelle, le partage d'objectifs communs et de meilleures pratiques entre États membres de l'UE pourrait contribuer à faciliter l'harmonisation des normes en matière

---

<sup>1</sup> FNUD (2001). Rapport sur le développement humain 2011: Durabilité et équité : Un meilleur avenir pour tous. Annexe statistique, tableau 4.

<sup>2</sup> Beaumont, K; Maguire, M; Schulze, E; Parlement européen (2013). *Policies for Sexuality Education in the European Union* ("Les politiques d'éducation sexuelle dans l'Union européenne"), disponible sur: <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/femm>

<sup>3</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (juin 2012). *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010* ("Infections sexuellement transmissibles en Europe, 1990-2010").

d'éducation sexuelle, ainsi qu'à une amélioration de la santé sexuelle et génésique de tous les jeunes Européens.

### **Taux de natalité et grossesse non désirée chez les adolescentes**

Les taux de natalité chez les adolescentes connaissent d'importantes variations d'un EM à l'autre. Les taux les plus faibles (entre 5 et 9 naissances par année) sont actuellement observés aux Pays-Bas, en Slovénie, au Danemark, en Suède, à Chypre, en Italie, au Luxembourg et en Finlande. Des taux légèrement plus élevés (de 10 à 20 naissances) sont observés dans la plupart des EM: Allemagne, Autriche, France, Belgique, Grèce, Espagne, République tchèque, Lettonie, Pologne, Portugal, Irlande, Lituanie, Hongrie et Malte. Les taux de naissance chez les adolescentes les plus élevés sont observés en Slovaquie (22), en Estonie (24), au Royaume-Uni (26), en Roumanie (40) et en Bulgarie (44).

Malgré des tendances encourageantes dans certains EM, l'important écart qui existe entre le taux de grossesse chez les adolescentes observé aux Pays-Bas (5) et celui observé au Royaume-Uni (26) ou en Bulgarie (44) révèle qu'une part importante de la jeunesse européenne ne dispose pas des compétences et des connaissances nécessaires pour effectuer des choix informés en matière de sexualité et de reproduction.

Outre la nature imprévue de la plupart des grossesses d'adolescentes et le fait que les jeunes filles ne sont en général pas prêtes à être mères, l'accouchement présente souvent des conséquences à long terme pour les adolescentes. Les problèmes de santé liés à la grossesse sont plus courants chez les adolescentes que chez les adultes (p. ex. fausse couche, décès néonatal). Les études indiquent également que les mères adolescentes ont moins de chances d'obtenir leur diplôme d'études secondaires et sont plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté. Par ailleurs, les enfants d'adolescentes souffrent souvent d'insuffisance pondérale à la naissance, ainsi que de problèmes de santé et de développement<sup>1</sup>.

Le problème des grossesses non désirées concerne également les femmes adultes, et il peut être dû à plusieurs facteurs: dysfonctionnement de la contraception, utilisation incorrecte ou irrégulière de la contraception, opposition des partenaires sexuels à l'utilisation de la contraception, rapports sexuels sous la contrainte ou viols, ou raisons de santé. Comme l'indique l'OMS, "même une grossesse planifiée peut devenir non désirée si les circonstances changent."<sup>2</sup>

### **Avortement**

Vingt EM autorisent l'avortement légal et à la demande. Parmi les sept autres, trois EM (Royaume-Uni, Finlande, Chypre) permettent une interprétation souple des motifs de restriction, tandis qu'au sein de trois autres (Irlande, Pologne, Luxembourg), l'interprétation des motifs de restriction est plus étroite, et les médecins ne sont en général pas disposés à

---

<sup>1</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (juin 2012). *Sexually Transmitted Infections in Europe 1990-2010* ("Infections sexuellement transmissibles en Europe, 1990-2010").

<sup>2</sup> OMS (2012). *Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region* ("Santé sexuelle et génésique: faits et chiffres sur l'avortement dans la région européenne").



pratiquer des avortements, ou craignent des répercussions, ce qui signifie que les avortements légaux sont, d'après les statistiques, rarement, voire jamais, pratiqués. Malte est le seul EM interdisant l'avortement, sans exception<sup>1</sup>. Les motifs de restriction à la pratique de l'avortement peuvent inclure le risque pour la vie de la mère ou sa santé physique et/ou mentale, la malformation fœtale, le viol, ou des raisons médicales ou socio-économiques. Dans la majorité des EM, la limite de gestation pour l'avortement est de 12 semaines. Les frais liés à l'avortement varient considérablement d'un EM à l'autre; dans les pays où la sécurité sociale rembourse l'avortement, elle ne le fait que s'il est pratiqué pour des motifs médicaux. Certains EM imposent une période d'attente, et les mineures souhaitant se faire avorter peuvent nécessiter un accord parental<sup>2</sup>.

Il convient de remarquer que de plus en plus d'obstacles sont imposés pour empêcher l'accès aux services d'avortement, même dans les pays ayant des lois souples en matière d'avortement. Les femmes sont surtout confrontées au recours non réglementé à l'objection de conscience par les professionnels de la santé génésique, aux périodes d'attente obligatoires, et aux conseils partiels<sup>3</sup>. Le recours à l'objection de conscience a empêché de nombreuses femmes d'avoir accès à des services de santé génésiques, tels que l'information ou la vente de contraceptifs, les tests prénatals, et l'interruption légale de grossesse. Des cas ont été rapportés en Slovaquie, en Hongrie, en Roumanie, en Pologne, en Irlande et en Italie où près de 70 % des gynécologues et 40 % des anesthésistes invoquent l'objection de conscience et refusent de pratiquer des actes liés à l'avortement. Ces obstacles s'opposent de manière manifeste aux normes en matière de droits fondamentaux, ainsi qu'aux normes médicales internationales<sup>4</sup>.

Il n'est pas rare que les femmes vivant dans des pays imposant des restrictions à la pratique de l'avortement se rendent dans d'autres EM pour se faire avorter. Cette pratique représente toutefois un fardeau économique important pour certains groupes, en plus de présenter un risque de poursuites pénales dans le pays de résidence de ces femmes. De plus, elle rend plus difficile la collecte de données fiables sur l'avortement. Dans certains EM, les femmes vivant dans des régions rurales doivent souvent voyager pour se faire avorter de manière légale<sup>5</sup>. En pratique, l'interdiction de l'avortement touche plus particulièrement les femmes déjà marginalisées, qui ne peuvent se rendre facilement dans un autre pays de l'UE pour se faire avorter, par exemple les femmes qui se trouvent dans une situation financière difficile, les demandeuses d'asile, les femmes sous la garde ou la tutelle de l'État; cela contribue à l'augmentation des inégalités en matière de santé au sein de l'Union.

Les EM faisant état du nombre d'avortements le plus bas<sup>6</sup> sont l'Allemagne, la Grèce, le Danemark et le Portugal (entre 7 et 9 avortements légaux pour 1 000 femmes âgées de 15 à

---

<sup>1</sup> Voir dans la revue des Nations unies de la conférence internationale sur la population et le développement après 2014 (juillet 2012), profils de mise en œuvre dans les États; Fédération internationale pour la planification familiale (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>2</sup> IPPF (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>3</sup> Rapport de Christine McCafferty au Conseil de l'Europe sur le problème du recours non réglementé à l'objection de conscience pour l'accès des femmes à des soins médicaux légaux, 20/07/2010, et résolution 1763 (2010) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

<sup>4</sup> OMS (2<sup>e</sup> éd., 2012), *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* ("Avortement sûr: orientations techniques et politiques pour les systèmes de santé")

<sup>5</sup> IPPF (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>6</sup> À l'exclusion des États membres ayant les politiques les plus restrictives (Irlande, Pologne, Luxembourg, Malte).

44 ans), tandis que les EM faisant état du nombre d'avortements le plus élevé sont l'Estonie, la Roumanie, la Bulgarie, la Lettonie, la Hongrie et la Suède (entre 21 et 35 avortements), suivis du Royaume-Uni (17) et de la France (18)<sup>1</sup>.

Au vu des conséquences potentielles d'une interdiction de l'avortement sur la santé publique, il semble évident que cette interdiction ne découragera pas les femmes de se faire avorter; il serait plus efficace de se concentrer sur la prévention des grossesses non désirées.<sup>2</sup> Il n'existe enfin qu'un lien très ténu entre la légalité de l'avortement et le recours à celui-ci, tandis qu'il existe une forte corrélation entre la légalité de l'avortement et la pratique de celui-ci dans des conditions sûres. De plus, selon l'OMS, "le coût d'un avortement sûr représente [...] un dixième du coût du traitement des conséquences d'un avortement risqué".<sup>3</sup>

Il convient également de remarquer que l'accent actuellement mis sur les politiques familiales, en raison de la crise démographique, présente des effets directs et indirects sur les choix politiques effectués en matière de SDSG. Certains semblent croire que l'interdiction de l'avortement se traduira par une hausse des naissances, et que sa légalisation serait un facteur de décroissance de la population. Cette idée n'est pas corroborée par des données concrètes, et nous estimons qu'un moyen plus efficace de favoriser les naissances en Europe serait d'améliorer les possibilités pour les mères et les pères d'atteindre un équilibre entre leur vie privée et professionnelle.

### **Infections sexuellement transmissibles**

L'UE mène systématiquement des enquêtes portant sur les IST: VIH, syphilis, syphilis congénitale, blennorragie, chlamydia, et lymphogranulomatose vénérienne (LGV). La décision 2119/98/CE, dispose que les EM présentent des données liées à toutes les variables demandées; cela n'est cependant pas toujours fait en pratique, ce à quoi on peut ajouter le fait que certains systèmes nationaux de surveillance des IST sont incomplets. Par conséquent, la comparaison et le repérage de tendances pourraient être fondés sur des données insuffisantes ou inexistantes.

Le taux moyen de nouveaux cas de VIH par année dans les EM est de 5,7 pour 100 000 habitants, les taux les plus faibles en 2010 étant observés en Slovaquie (0,5) et en Roumanie (0,7), tandis que les taux les plus élevés étaient observés en Estonie (27,8), en Lettonie (12,2), en Belgique (11) et au Royaume-Uni (10,7). Les données ventilées par âge révèlent que 11 % des nouveaux cas de VIH étaient observés chez les jeunes de 15 à 24 ans<sup>4</sup>.

Il est important que la Commission européenne (CE) et les EM abordent la question spécifique des SDSG et des besoins des femmes vivant avec le VIH dans le cadre d'une approche globale visant à limiter cette épidémie. Cet objectif peut être atteint en généralisant

---

<sup>1</sup> Données non disponibles pour l'Autriche, Chypre, le Luxembourg et Malte. Département des affaires économiques et sociales des Nations unies: Division de la population (mars 2011), *World Abortion Policies 2011* ("Politiques en matière d'avortement dans le monde, 2011").

<sup>2</sup> IPPF (mai 2012), *Abortion Legislation in Europe* ("La législation sur l'avortement en Europe").

<sup>3</sup> OMS (2012). *Sexual and reproductive health: facts and figures about abortion in the European region* ("Santé sexuelle et génésique: faits et chiffres sur l'avortement dans la région européenne").

<sup>4</sup> Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) / Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, *HIV/AIDS surveillance in Europe 2011* ("Surveillance du VIH/SIDA en Europe, 2011").

l'accès aux programmes de soins de santé sexuelle et génésique, en intégrant l'accès au dépistage et au traitement du VIH/SIDA, en offrant des services de soutien, de conseil et de prévention, et en remédiant aux facteurs socio-économiques contribuant au risque pour les femmes de contracter le VIH/SIDA, comme les inégalités entre hommes et femmes, la discrimination, et l'absence de mécanismes de protection des droits fondamentaux.

### **Violences liées aux droits sexuels et génésiques**

Selon les estimations, sept femmes sur dix sont victimes de violences physiques et/ou sexuelles au cours de leur vie. La violence fondée sur le sexe est une forme de discrimination qui entrave de manière importante la capacité des femmes à jouir de leurs droits et de leurs libertés de la même manière que les hommes. La violence sexuelle comporte des effets catastrophiques et permanents sur la santé et le bien-être psychologique et physique des victimes de tels actes. Le respect et la promotion de la santé sexuelle et génésique, ainsi que des droits génésiques, sont une condition nécessaire à la réalisation de l'égalité entre hommes et femmes et l'autonomisation des femmes afin qu'elles jouissent de tous leurs droits fondamentaux et de toutes leurs libertés fondamentales, ainsi qu'à la prévention et à l'atténuation de la violence faite aux femmes.

Il convient également d'accorder une attention particulière aux pratiques traditionnelles nocives, telles que la mutilation génitale féminine ou les mariages précoces et forcés, car ces pratiques ont un effet néfaste sur le bien-être des femmes, sur leurs relations sexuelles, sur les grossesses et les naissances, mais également sur les communautés.

### **Les SDGS dans l'aide publique au développement**

Les SDGS sont des éléments essentiels de la dignité humaine et du développement humain, et représentent une pierre angulaire du progrès social et économique. Les données récemment recueillies démontrent que d'importants problèmes doivent encore être résolus en matière de santé sexuelle et génésique à travers le monde, et plus particulièrement dans les pays en développement.

En plus de prendre des engagements forts en matière de politiques adoptées, l'UE devrait également jouer un rôle en tant qu'acteur politique et de développement dans la défense des SDGS. L'UE a un rôle important à jouer dans la promotion, l'application et la protection des SDGS à l'échelle internationale, y compris dans le cadre du développement après 2015, afin de veiller à ce que les questions liées à la population et aux SDGS soient mises en priorité dans l'élaboration de ce cadre et dans le suivi de la conférence Rio+20.

Les EM devraient contribuer à accélérer les progrès effectués afin de réaliser le 5<sup>e</sup> objectif du Millénaire pour le développement et ses deux sous-objectifs en abordant de manière complète la question de la santé génésique, maternelle, du nourrisson et de l'enfant. Cela pourrait inclure l'offre de services de planification familiale, de soins prénatals, d'une aide qualifiée lors de l'accouchement, de soins d'urgence en matière d'obstétrique ou pour les nourrissons, et de méthodes de prévention et de traitement des maladies et infections sexuellement transmissibles, telles que le VIH. Les EM devraient en outre encourager les systèmes permettant à tous d'avoir accès à des services de santé abordables, équitables et de haute qualité, y compris des soins préventifs et cliniques à l'échelle des collectivités.

La CE peut jouer un rôle important, en veillant à ce que la coopération européenne au développement adopte une approche basée sur les droits fondamentaux qui mette explicitement l'accent sur les SDG en fixant des objectifs concrets en la matière.

## OPINION MINORITAIRE

d'Anna Zaborska

La présente résolution non contraignante est contraire au traité UE et ne peut pas être utilisée pour introduire un droit à l'avortement, ou à l'encontre de la mise en œuvre pleine et entière de l'initiative citoyenne européenne ECI(2012)000005. Aucun traité international contraignant, ni la CEDH, ni le droit international coutumier ne peuvent être invoqués pour établir un tel droit. L'ensemble des institutions, organes et agences de l'Union doivent rester neutres sur la question de l'avortement. La Cour de justice de l'Union européenne confirme (affaire C-34/10) que tout ovule humain fécondé constitue un embryon humain devant être protégé. La déclaration des droits de l'enfant des Nations unies dispose que chaque enfant a le droit à une protection juridique appropriée, avant comme après sa naissance. L'Union ne devrait apporter son appui à aucune autorité ou organisation qui promeut, soutient ou participe à la gestion de toute action impliquant l'avortement. Il convient de réaffirmer le droit à l'objection de conscience ainsi que la responsabilité de l'État de garantir que les patients aient accès à des soins médicaux légaux dans les meilleurs délais, en particulier pour ce qui est des soins médicaux d'urgence en matière de santé prénatale ou maternelle. Nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister des pratiques qui pourraient provoquer la mort d'un embryon humain.

10.7.2013

## **AVIS DE LA COMMISSION DU DEVELOPPEMENT**

à l'intention de la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres

sur la santé et les droits sexuels et reproductifs  
(2013/2040(INI))

Rapporteur pour avis: Michael Cashman

### **SUGGESTIONS**

La commission du développement invite la commission des droits de la femme et de l'égalité des genres, compétente au fond, à incorporer dans la proposition de résolution qu'elle adoptera les suggestions suivantes:

1. insiste sur le fait que l'accès universel à la santé sexuelle et reproductive et aux droits sexuels et reproductifs est un droit humain fondamental et demande à la Commission de veiller à ce que la coopération au développement et le futur cadre de développement mondial répondent à une démarche axée sur les droits de l'homme et attentive au genre, accordent explicitement une attention importante à la santé sexuelle et reproductive et aux droits sexuels et reproductifs et définissent des objectifs concrets et des indicateurs mesurables en la matière, tout en donnant un degré de priorité élevé à l'autonomisation des femmes et des jeunes et à l'égalité entre les hommes et les femmes;
2. invite instamment la Commission, à cet égard, à conserver parmi ses priorités en matière de développement la suppression de tous les obstacles afin de permettre l'accès à des services de santé sexuelle et reproductive, à des services de soins de santé prénatals et maternels, y compris au planning familial volontaire, à la contraception et à l'avortement dans de bonnes conditions et à des services adaptés aux jeunes, autant d'éléments qui doivent être de qualité, abordables, acceptables et accessibles, tout en luttant contre les discriminations fondées sur le sexe à l'origine d'avortements motivés par le choix du sexe de l'enfant, d'interruptions involontaires de grossesse, de stérilisations forcées et de violences sexuelles, et tout en garantissant l'accès aux matériels et fournitures de santé sexuelle et reproductive, aux matériels et fournitures de soins de santé prénatals et maternels, et à la prévention, au traitement, aux soins et à l'accompagnement en matière de VIH, sans discrimination;

3. demande à la Commission de prévoir une ligne spéciale sur la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs dans le cadre des lignes thématiques de l'instrument de coopération au développement, ainsi que des crédits suffisants pour l'ensemble du programme en la matière dans tous les instruments concernés;
4. invite les États membres à veiller à l'intégration des processus CIPD+20, Pékin+20 et Rio+20 dans le cadre de l'après 2015;
5. reconnaît que l'accès universel à des soins et à des services de santé de qualité, y compris aux services de santé sexuelle et reproductive, aux soins de santé prénatals et maternels, et à la sensibilisation contribue au développement inclusif et durable et à la réduction de la mortalité infantile, juvénile et maternelle, ainsi qu'à l'autonomisation des femmes et des jeunes et que, par conséquent, il s'agit d'une stratégie très rentable en matière de santé publique et de développement;
6. soutient que la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs doivent être ancrés dans les actes internationaux en vigueur en matière de droits de l'homme et dans les grands documents issus du consensus politique; regrette que la position de l'Union européenne formulée en amont de la Conférence des Nations unies sur le développement durable (Rio+20), qui voyait dans la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs un enjeu transversal d'une importance essentielle pour les autres facettes du développement, ne se retrouve pas dans le document définitif des Nations unies, l'Union ne s'étant pas exprimée d'une seule voix;
7. invite instamment l'Union européenne à veiller à ce que l'interdépendance entre la dynamique de la population et le développement durable pour tous, et la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs, soient une priorité dans la formulation du cadre de développement mondial de l'après 2015, lequel doit permettre à tout un chacun de jouir de ses droits humains, y compris de ses droits en matière sexuelle et reproductive, indépendamment de son statut social, de son âge, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de sa race, de son origine ethnique, de son handicap, de sa religion ou de ses convictions; insiste sur la nécessité que l'Union européenne s'exprime d'une seule voix, avec cohérence et autorité sur le sujet;
8. insiste sur le fait qu'assurer aux femmes, aux filles et aux couples la liberté fondamentale de décider de leur vie sexuelle et reproductive, y compris de décider s'ils souhaitent avoir des enfants et à quel moment, c'est leur donner la possibilité de se consacrer à des activités telles que l'éducation et l'emploi, ce qui contribue à l'égalité entre les hommes et les femmes, à la réduction de la pauvreté et au développement durable pour tous; constate que lorsque les familles peuvent choisir d'avoir moins d'enfants et disposer de plus de temps entre les naissances, elles sont à même de se consacrer davantage à l'éducation et à la santé de chacun de leurs enfants;
9. invite l'Union européenne et ses États membres à respecter leur engagement de mettre en œuvre intégralement et réellement le programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et les résultats de ses conférences d'examen;
10. demande que la Commission et le Service européen pour l'action extérieure (SEAE), et en particulier les délégations de l'Union sur le terrain, soient totalement pénétrés de

l'importance de la santé sexuelle et reproductive et des droits sexuels et reproductifs, mais aussi des soins de santé prénatals et maternels, car ce sont là des facteurs essentiels du développement inclusif et durable, dans le cadre du développement humain, de la gouvernance, de l'égalité des sexes et des droits de l'homme et de l'autonomisation économique des jeunes et des femmes au niveau des pays, mais aussi des aspects importants du processus actuel de programmation de l'Union pour la période 2014-2020;

11. invite les délégations de l'Union européenne à collaborer avec les pouvoirs publics à l'élaboration et à la mise en place de mesures visant à valoriser les femmes et les filles dans la société, afin de lutter contre les inégalités entre les sexes, les discriminations faites aux femmes et aux filles et les normes sociales sur lesquelles est fondée la préférence accordée aux enfants mâles, qui sont les causes premières de la sélection prénatale du sexe, des infanticides commis sur des filles et des avortements de fœtus féminins, ainsi que contre le mariage précoce forcé et les mutilations génitales des filles; insiste pour que les efforts visant à restreindre la sélection selon le sexe n'entrave ni ne limite le droit des femmes à accéder à des technologies et services légitimes en matière de santé sexuelle et reproductive;
12. invite instamment les organisations bénéficiaires de crédits de l'Union européenne destinés au VIH/sida et/ou à la protection de la santé à mettre au point des stratégies claires, concises et transparentes sur les moyens d'intégrer la santé sexuelle et reproductive et les droits sexuels et reproductifs et la prévention primaire du VIH dans leurs interventions;
13. invite instamment la Commission et le SEAE à contribuer à ce que les gouvernements nationaux, les autorités locales et la société civile soient parties prenantes et jouent un rôle moteur dans la garantie et la promotion de la santé sexuelle et reproductive et des droits sexuels et reproductifs, qui sont universels et doivent reposer sur le partage des responsabilités;
14. invite l'Union européenne à promouvoir la recherche et le développement de technologies de prévention, de diagnostics et de traitements nouveaux ou perfectionnés, qui soient acceptables, abordables et accessibles, dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive et des droits sexuels et reproductifs et des maladies liées à la pauvreté et maladies tropicales négligées, lesquelles portent gravement atteinte à la santé sexuelle et reproductive et aux droits sexuels et reproductifs et constituent, dans leur ensemble, une des principales causes de mortalité maternelle et infantile;
15. demande au Parlement européen d'aborder les atteintes aux droits et à la santé sexuels et reproductifs dans son rapport annuel sur "les droits de l'homme et la démocratie dans le monde et la politique de l'Union européenne en la matière";
16. rappelle que les femmes du monde entier qui ont des grossesses non désirées devraient avoir facilement accès à une information et à des conseils fiables; rappelle que des services et une assistance de santé de qualité et compréhensifs devraient également être proposés.



## RÉSULTAT DU VOTE FINAL EN COMMISSION

|   |   |
|---|---|
| <b>Date de l'adoption</b>   | 9.7.2013  |
| <b>Résultat du vote final</b>   | + : 18<br>- : 6<br>0 : 0  |
| <b>Membres présents au moment du vote final</b>                           | Thijs Berman, Michael Cashman, Véronique De Keyser, Nirj Deva, Leonidas Donskis, Mikael Gustafsson, Miguel Angel Martínez Martínez, Gay Mitchell, Norbert Neuser, Bill Newton Dunn, Maurice Ponga, Jean Roatta, Michèle Striffler, Keith Taylor, Ivo Vajgl, Anna Záborská, Iva Zanicchi |
| <b>Suppléant(s) présent(s) au moment du vote final</b>                    | Emer Costello, Santiago Fisas Ayxela, Enrique Guerrero Salom, Edvard Kožušník, Isabella Lövin, Cristian Dan Preda   |
| <b>Suppléant(s) (art. 187, par. 2) présent(s) au moment du vote final</b> | Jan Kozłowski   |

## RÉSULTAT DU VOTE FINAL EN COMMISSION

|   |  |
|---|--|
| <b>Date de l'adoption</b>   | 18.9.2013  |
| <b>Résultat du vote final</b>   | + : 17<br>- : 7<br>0 : 7   |
| <b>Membres présents au moment du vote final</b>                           | Regina Bastos, Edit Bauer, Emine Bozkurt, Andrea Češková, Tadeusz Cymański, Edite Estrela, Zita Gurmai, Mikael Gustafsson, Mary Honeyball, Sophia in 't Veld, Livia Járóka, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Astrid Lulling, Ulrike Lunacek, Elisabeth Morin-Chartier, Norica Nicolai, Angelika Niebler, Siiri Oviir, Antonyia Parvanova, Joanna Senyszyn, Joanna Katarzyna Skrzydlewska, Britta Thomsen, Marina Yannakoudakis, Anna Záborská, Inês Cristina Zuber |
| <b>Suppléant(s) présent(s) au moment du vote final</b>                    | Izaskun Bilbao Barandica, Minodora Cliveti, Mariya Gabriel, Nicole Kiil-Nielsen, Christa Kläß, Katarína Neveďalová, Antigoni Papadopoulou, Michèle Striffler   |
| <b>Suppléant(s) (art. 187, par. 2) présent(s) au moment du vote final</b> | Eva Lichtenberger  |