

La Protection Du Droit De Procréation Au Regard De L'article 14 Du Protocole De Maputo Du 11 Juillet 2003

KASEREKA MUYISA Jean Chrysostome

*Doctorant en Droit privé et Sciences Criminelles, Université de Dschang
WhatsApp. +237 693 879 308 et E-mail : chrysumuyisa2@gmail.com*

Résumé

L'article 14 du Protocole de Maputo du 11 juillet 2003 reconnaît à la femme le droit de regard sur la procréation. Ce Protocole reconnaît à la femme le droit de moduler sa maternité en recourant au besoin à l'avortement dans des cas et conditions déterminés. Il se pose dès lors le problème de démarcation entre deux intérêts apparemment contradictoires, la promotion des droits de la femme et l'impératif de protection de l'intérêt de l'enfant à naître.

En consacrant le libre contrôle de la maternité, l'article 14 du Protocole de Maputo précité offre aux femmes la possibilité de choisir une méthode contraceptive qu'elles jugent idéale en vue d'espacer les naissances. De plus, elles ont droit aux informations sur leur santé reproductive ainsi que sur l'état sérologique de leur partenaire. En effet, si certaines femmes souhaitent éviter ou retarder leurs grossesses, l'intérêt de l'enfant ne devrait pas être sacrifié à l'autel de celui de la mère.

Privilégiant une vie existante au détriment d'une vie éventuelle, l'article 14 dudit Protocole autorise l'avortement en cas de viol, d'inceste ou de risque sur la santé de la mère, contrairement à certaines législations¹ qui garantissent le respect de tout être humain dès le commencement de sa vie. L'enfant simplement conçu ne bénéficie-t-il pas d'une protection légale ?

Abstract

ARTICLE 14 OF THE MAPUTO PROTOCOL OF JULY 11, 2003 RECOGNIZES THE RIGHT OF WOMEN TO OVERSEE PROCREATION. THIS PROTOCOL RECOGNIZES THE RIGHT OF WOMEN TO MODULATE THEIR MOTHERHOOD BY RESORTING TO ABORTION, IF NECESSARY, IN SPECIFIC CASES AND CONDITIONS. THERE IS THEREFORE THE PROBLEM OF DEMARCATION BETWEEN TWO APPARENTLY CONTRADICTORY INTERESTS, THE PROMOTION OF WOMEN'S RIGHTS AND THE IMPERATIVE TO PROTECT THE INTERESTS OF THE UNBORN CHILD.

BY ENSHRINING FREE CONTROL OF MATERNITY, ARTICLE 14 OF THE AFOREMENTIONED MAPUTO PROTOCOL OFFERS WOMEN THE POSSIBILITY OF CHOOSING A CONTRACEPTIVE METHOD THAT THEY DEEM

IDEAL IN ORDER TO SPACE BIRTHS. IN ADDITION, THEY HAVE THE RIGHT TO INFORMATION ABOUT THEIR REPRODUCTIVE HEALTH AS WELL AS THEIR PARTNER'S HIV STATUS. INDEED, IF SOME WOMEN WISH TO AVOID OR DELAY THEIR PREGNANCIES, THE BEST INTERESTS OF THE CHILD SHOULD NOT BE SACRIFICED AT THE ALTAR OF THAT OF THE MOTHER.

GIVING PRIORITY TO AN EXISTING LIFE TO THE DETRIMENT OF AN EVENTUAL LIFE, ARTICLE 14 OF THE SAID PROTOCOL AUTHORIZES ABORTION IN THE EVENT OF RAPE, INCEST OR RISK TO THE HEALTH OF THE MOTHER, CONTRARY TO CERTAIN LAWS WHICH GUARANTEE COMPLIANCE WITH ALL HUMAN BEING FROM THE BEGINNING OF HIS LIFE. DOESN'T THE SIMPLY CONCEIVED CHILD BENEFIT FROM LEGAL PROTECTION?

INTRODUCTION

« 1. Les États assurent le respect et la promotion des droits de la femme à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces droits comprennent : a) le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité ; b) le droit de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances ; c) le libre choix des méthodes de contraception ; d) le droit de se protéger et d'être protégée contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA ; e) le droit d'être informée sur l'état de santé de leur partenaires, en particulier en cas d'infection sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues ; f) le droit à l'éducation sur la planification familiale. 2. Les États prennent toutes les mesures appropriées pour : a) assurer l'accès des femmes aux services de santé adéquats, à des coûts abordables et à des distances raisonnables, y compris les programmes d'information, d'éducation et de communication pour les femmes, en particulier celles vivant en milieu rural ; b) fournir aux femmes des services pré et postnatales et nutritionnels pendant la grossesse et en période d'allaitement et améliorer les services existants ; c) protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus ». Article 14 du Protocole de Maputo du 11 juillet 2003.

¹ Constitution congolaise du 18 février 2006...

Le respect des Droits de l'Homme et des Peuples revêt un intérêt majeur au 21^{ème} siècle avec ses bouleversements sociopolitiques², notamment en ce qui concerne les droits de la femme victime de plusieurs formes de discriminations³. Au rang de ces discriminations, celles portant sur la procréation occupent une place de choix. En effet, le droit reproductif est fortement influencé par la morale religieuse qui fait de l'enfant la raison d'être de la femme, réduisant celle-ci à la procréation⁴. Synonyme de la reproduction, la procréation est définie comme le résultat de l'union entre l'homme et la femme⁵. La protection du droit à la procréation suppose ainsi la reconnaissance et la garantie d'une liberté aux femmes⁶ de moduler leur maternité à leur guise. Elle est ainsi le gage d'une véritable liberté individuelle, d'une égalité dans le mariage et assure

l'épanouissement individuel. C'est dans cette logique que se situe l'article 14 du Protocole de Maputo⁷.

Loin d'être l'unique instrument juridique de protection des droits de la femme⁸, le Protocole de Maputo s'inscrit dans la logique de bien d'autres textes juridiques protecteurs du genre féminin. En effet, l'article 14 du Protocole de la Charte Africaine des Droits de l'homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique organise la procréation. Il s'agit entre autres du droit pour les femmes d'exercer un contrôle sur leur fécondité, leur santé et leurs fonctions de reproduction ; elles peuvent aussi décider de leur maternité ainsi que du nombre d'enfants, de l'espacement des naissances, choisir librement une méthode de contraception et le droit à l'éducation sur la planification familiale. Cette disposition constitue un plaidoyer pour les droits de la femme à titre principal et du fœtus par extension. Elle offre à la femme le droit de moduler sa maternité à sa convenance. Toutefois, cette consécration légitime la question de la conciliation des droits de la femme et de l'enfant à naître. Doit-on tout laisser à la seule appréciation de la femme sous prétexte de la liberté de procréation ?

Si certaines femmes souhaitent éviter ou retarder leurs grossesses, l'intérêt de l'enfant ne devrait pas être sacrifié à l'autel de celui de la mère. La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de sa vie⁹. Ainsi, l'enfant né vivant et viable est protégé, de même qu'un enfant simplement

² L'adoption et la ratification massive des traités internationaux protecteurs des droits de l'Homme en constituent une illustration patente. La plupart des états africains intègrent la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples dans leur constitution. C'est le cas de la RDC et le Cameroun à titre d'illustration. Le Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux droits de la femme en Afrique renseigne à suffisance l'engagement des États africains à reconsidérer les droits de l'Homme en général et de la femme en particulier. La Constitution congolaise prévoit à son article 215 que « *les traités et accords internationaux régulièrement conclus ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois* ». V. Exposé des motifs de la loi n° 06/015 du 12 juin 2006 autorisant l'adhésion de la République Démocratique du Congo au protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, In *Journal officiel*, Numéro spécial – 14 mars 2018.

³ Ces discriminations sont basées entre autres sur le genre, l'âge, la séropositivité, l'orientation sexuelle, le handicap, les croyances traditionnelles, religieuses et culturelles de nature à les priver de la pleine et égale jouissance de leurs droits.

⁴ Lire DURANT-VALLLOT (A.) (Dir.), *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, nouvelle édition ENS, 2012, pp.107-129.

⁵ Cette définition admet des exceptions issues des progrès de la science médicale. Il existe de nos jours plusieurs moyens de procréation tels que l'insémination artificielle, la fécondation *in vitro*. Lire sur la question BEAULNE (J.), « Réflexions sur quelques aspects de la procréation médicalement assistée en droit des personnes et de la famille », *Revue général de droit* n° 2, vol. 26, juin 1995, pp. 235-263.

⁶ La femme désigne, conformément au Protocole de l'Union africaine adopté en 2003 et entré en vigueur en 2005, les personnes de sexe féminin, y compris les filles, incluant les femmes et les filles vivant avec un handicap.

⁷ V. article 14 du Protocole de Maputo : Changer la situation de marginalisation et d'infériorisation des femmes, *Op.cit.*

⁸ Moulé d'instruments juridiques œuvrent pour l'égalité de genre et la promotion des droits de la femme tels qu'il résulte de la Déclaration solennelle sur l'égalité entre les hommes et les femmes en Afrique (2004), la Déclaration de Pretoria sur les droits économiques, sociaux et culturels en Afrique de (2004), le Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique (2006), le Plan d'action de Maputo pour la mise en œuvre du Cadre d'orientation continental pour la promotion des droits et de la santé en matière de sexualité et de reproduction en Afrique (2006) et la Campagne d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA), le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) le Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), , la Convention relative aux droits de l'enfant (Convention relative aux droits de l'enfant) et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF).

⁹ Article 16 du Code civil.

conçu¹⁰, en vertu de l'adage *infans conceptus pro nato habetur quotiens ejus de commodis agitur*¹¹.

À cet effet, l'article 14 du Protocole de Maputo protège effectivement le droit à la procréation en consacrant le droit pour les femmes de contrôler leur maternité (I). La prise en compte conjointe des droits de la femme et de l'enfant à naître justifie la limitation des cas d'avortement autorisé (II).

I. Les droits de la femme au contrôle de sa maternité

La question du contrôle de maternité est difficilement évoquée et considérée comme le prodrome d'une véritable déliquescence de la société. Le recul de cette thématique est accentué par des tendances religieuses et traditionnelles. Selon les défenseurs des droits des femmes, un tel tabou social n'a plus lieu d'être, car « aucune femme qui ne possède, ni ne dispose de son propre corps, ne peut prétendre être libre. Aucune femme ne peut prétendre être libre tant qu'elle ne peut choisir délibérément d'être mère ou non »¹². C'est dans cette mouvance que l'article 14 de la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples consacre des droits protecteurs de la femme et invite tous les États africains à œuvrer véritablement pour l'élimination de toutes formes de discrimination à leur égard.

La maternité volontaire suppose inéluctablement le libre accès aux informations relatives à la santé reproductive (A). Un tel accès déterminera le choix de la planification familiale idéale (B).

A- Le libre accès aux informations relatives à la santé reproductive

Le Protocole de Maputo constitue un véritable hymne en faveur de la santé reproductive. Il garantit aux femmes un accès libre aux informations relatives à leur santé reproductive en son article 14 alinéa 1-e. Cet alinéa invite les États-parties à assurer aux femmes « le droit d'être informé sur l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infection sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues »¹³. La notion de maternité sans risque est liée à celle de la sexualité sans risque. Cette dernière englobe la lutte contre les

violences sexuelles, les maladies sexuellement transmissibles ainsi que les grossesses non désirées.

En effet, la santé sexuelle est une composante de la santé reproductive¹⁴. Rentre donc dans ce champ les questions de « *contraception, des grossesses non désirées, des complications de la grossesse, de l'accouchement et de l'avortement, l'infécondité, des infections génitales, des maladies sexuellement transmissibles et [notamment] le Sida, des cancers du sein et de l'appareil génital, les morbidités et mortalités maternelles et infantiles ainsi que les mutilations et les violences sexuelles* »¹⁵. L'assurance d'une reproduction saine passe par la mise à la disposition des femmes des informations concernant d'une part leur fécondité (1) et d'autre part l'état de santé de leur partenaire (2).

1- Les informations sur sa propre fécondité

Le droit à l'information peut être entendu comme « le droit de l'individu et de la collectivité de savoir et de faire savoir ce qui se passe et ce que l'on a intérêt à connaître »¹⁶. Il est considéré par le Protocole de Maputo comme l'oxygène de la liberté du genre féminin, car inhérent à l'accomplissement de tous les autres droits ; il permet aux femmes de prendre des décisions éclairées sur leur vie¹⁷. Il joue alors un rôle important dans la promotion de la santé procréative. En Afrique, les femmes ne disposent généralement pas d'informations suffisantes sur leur propre santé ainsi que celle de leur partenaire pour diverses raisons¹⁸. L'accès à l'information constitue de ce fait l'un des moyens efficaces de promotion de la santé reproductive. Il est dès lors indispensable de garantir aux femmes l'accessibilité et la disponibilité des informations sur leur propre fécondité. Une maîtrise de la fécondité réduirait significativement les infections sexuellement transmissibles et assurerait par voie de conséquence, une maternité contrôlée en

¹⁰ Pour le Code civil français, l'enfant est censé être conçu entre le 300^e jour et le 180^e jour avant la naissance. V. article 311 alinéa 1 du Code civil français.

¹¹ Hérité du droit romain et élevé au rang des principes généraux du droit, l'adage *infans conceptus pro nato habetur*, a toujours légitimé la protection de l'enfant conçu et a fait l'objet d'une large application. En effet, celui-ci reconnaît et protège le fœtus bien avant qu'il ne fût visible par ses parents et par les médecins.

¹² Lire DURANT-VALLOT (A.) (Dir.), *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, Nouvelle édition ENS, Lyon, 2012, pp.107-129.

¹³ V. article 14 alinéa 1-e du Protocole de Maputo précité.

¹⁴ Lire à ce propos, KALIEU ELONGO (Y.-R.), « Femmes et santé de la reproduction au Cameroun : l'accès à l'avortement légal », disponible sur <https://kalieu-elongo.com> consulté le 16 octobre 2021.

¹⁵ DURANT-VALLOT (A.) (dir.), *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, op.cit., p. 120.

¹⁶ Lire Cf. DEVIRIEUX (J.C.), *Manifeste pour le droit à l'information, de la manipulation à la législation*, Presse de l'Université du Québec, Québec, 2009.

¹⁷ Lire AFRICA FREEDOM OF INFORMATION CENTER, *Manuel de formation sur le droit à l'information*, Californie, 2007, 158 p.

¹⁸ L'on note entre autres causes l'alphabétisation insuffisante, l'absence de personnel médical qualifié dans ce domaine pour la sensibilisation, manque de moyens pour les campagnes d'information et pour les séances d'Information, Éducation, Communication (IEC). Lire JAFFRE (Y.), OLIVIER DE SARDAN (J.-P.) et autres, *Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique, Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'ouest*, UNICEF-Coopération française, 2002, 289 p.

plus de la santé de la mère et de l'enfant né ou à naître. Toutefois, le plein exercice d'un tel droit suppose que soient garantis les moyens de l'exercer.

L'alinéa 1 de l'article 14 du Protocole de Maputo lance un appel à l'attention des États membres qui doivent adopter des mesures favorables à la promotion de la santé reproductive. Pour parvenir à l'émancipation sexuelle et au refus du primat de la sexualité reproductrice, les États peuvent introduire dans les programmes des établissements d'enseignement primaire, secondaire et tertiaire des unités d'enseignement traitant des questions relatives aux droits sexuels et reproductifs. Le Ministère en charge de la santé en collaboration avec le Ministère du genre, de la famille et de l'enfant, pourraient organiser des causeries éducatives avec les femmes non scolarisées afin de les sensibiliser sur leur santé reproductive.

Bien au-delà du droit à l'information sur leur fécondité, le Protocole invite les signataires à mettre à la disposition des femmes, les informations concernant la santé de leurs partenaires.

2- Les informations sur la santé du partenaire

La communication des informations sur la santé reproductive entre couple est primordiale. Selon certains auteurs, l'information est l'action consistant à porter à la connaissance d'une personne, certains faits ou opinions à l'aide des procédés visuels ou auditifs comportant des messages intelligibles pour cette personne¹⁹. L'information suppose une certaine communication entre les différents intervenants. Dans un couple, la communication dépend du niveau d'instruction des membres dudit couple, notamment de la femme²⁰. Les efforts pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes consistent à faire en sorte qu'elles puissent accéder aux informations dont elles ont besoin. Il paraît ainsi judicieux de leur fournir des informations relatives à la santé de leurs partenaires. L'article 14 du Protocole consacre expressément le droit pour les femmes « *d'être informées sur l'état de santé de leur partenaire, en particulier en cas d'infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA, conformément aux normes et aux pratiques internationalement reconnues* ». Une telle information ne devrait pas se heurter au secret médical.

En effet, bien que le secret médical soit garanti **par un nombre de textes**²¹, des exceptions amènent

¹⁹ Lire AUBY (J.M) et DUCOS-ADER (R.), *Droit de l'information*, 2^e édition Dalloz, Paris 1998, p. 1.

²⁰ V. BABALOLA (S.), « Spousal communication and safe motherhood practices : Evidence from the Tanzanian 1996 DHS data », 3e conférence africaine de la population (UEPA), Durban, Afrique du Sud, 6-10 décembre 1999, pp. 37-50.

²¹ Au Cameroun, article 4 du Code de déontologie médicale ; article 3 du Code pénal sur le secret

parfois à le rompre²². En cas de pronostic grave ou fatal, les proches du patient doivent être prévenus, sauf si celui-ci avait préalablement interdit une telle révélation²³. Ainsi, le secret médical ne s'oppose point à la révélation aux proches du patient des informations relatives à sa santé. Les femmes doivent, conformément à la disposition sus-évoquée, avoir accès aux informations sur la santé de leurs partenaires pour garantir leur santé et celle de l'enfant à naître.

Par ailleurs, sur la nature de la pathologie concernée, le Protocole évoque explicitement les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH/SIDA. Ce dernier, fortement répandu en Afrique et sexuellement transmissible, touche généralement les femmes en couple²⁴. Toujours est-il que la révélation de ces informations **puisse** se faire suivant les normes et pratiques internationales reconnues. En effet, il est possible au sein d'un couple que l'un des partenaires soit séropositif, auquel cas on parle de « *couple sérodiscordant* ». Pour une progéniture saine, c'est-à-dire des enfants séronégatifs issus d'un tel couple, il importe que le partenaire ainsi infecté prenne une certaine dose d'antiviraux afin de supprimer sa charge virale. Il s'avère dès lors inéluctable d'informer les femmes sur l'état de santé de leur partenaire. **De même, du fait d'éventuelles stigmatisations que peut rencontrer une personne atteinte du VIH/SIDA, il n'est pas rare que son plus grand soutien vienne de son partenaire. C'est ce qui ressort du témoignage de la jeune JANE qui souligne qu'« en 10 ans de vie avec le VIH, [son] plus grand appui vient de [son] partenaire séronégatif »**²⁵.

En plus de la garantie **du** libre accès aux informations relatives à la santé reproductive, le Protocole accorde aux femmes la possibilité de réguler librement leur maternité à travers un planning familial.

professionnel. En RDC, le siège de la matière c'est l'Ord. 70-158 du 30 avril 1970 déterminant les règles déontologiques du personnel médical.

²² Le secret médical est rompu par un médecin lorsque entrent en ligne de compte la préservation de la santé publique, l'intérêt du patient et l'intérêt des tierces personnes. Lire à ce propos TCHANGE KOUE (F.), « La vie privée du patient en droit camerounais », in *LE NEMRO* N° 19, janvier-mars 2021, pp. 264 – 292.

²³ Art. 28 du Code de Déontologie des médecins du Cameroun.

²⁴ Lire DESGREES DU LOÛ (A.), « Le couple face au VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne » in *POPULATION*, n° 3, vol. 60, 2005, pp. 221-242.

²⁵ SAYA (O.), « L'OMS en Afrique, Sierra Leone : Apprendre à vivre en couple quand à vivre en couple quand l'un des partenaires est séropositif », 18 janvier 2019, article consulté en ligne à l'adresse <http://www.afro.who.int/fr/news/sierra-leone-apprendre-vivre-en-couple-quand-lun-des-partenaires-est-seropositif> , consulté le 24/09/2021 à 18h55.

B- Le libre choix de la planification familiale

La planification familiale **restait** un sujet tabou dans plusieurs pays du Sud²⁶. La population des États africains ne dispose pas, pour la grande partie, de connaissances suffisantes en la matière. Par voie de conséquence, les seuls palliatifs de régulation de la fécondité sont l'abstinence après l'accouchement et l'allaitement prolongé et non les méthodes modernes de contraception²⁷.

La question de planification familiale connaît de nos jours un véritable essor lié à des considérations sans cesse croissantes des droits individuels en matière de sexualité et de fécondité. Ce qui a abouti à une révolution de la conception classique de la notion de reproduction en plaçant au centre des préoccupations le couple mère-enfant. Conformément au Protocole de Maputo, la planification familiale désigne les mesures prises en faveur **d'un individu** pour maîtriser sa fécondité, y compris le recours à la contraception, lorsqu'elle décide de ne pas avoir d'enfants dans l'immédiat, ni à l'avenir.

Ainsi, le contrôle des naissances, en tant qu'expression du droit des femmes **de** disposer de leur corps et de contrôler leur fécondité, constitue le cœur du processus historique de l'émancipation féminine. Cela implique pour la femme le droit de choisir une méthode contraceptive (1) qu'elle juge idéale en vue d'espacer les naissances (2).

1- Le choix de la méthode contraceptive.

Rien ne peut mettre un terme aux horreurs que sont l'avortement et l'infanticide, si ce n'est les contraceptifs²⁸. Suivant les statistiques du Fonds des Nations Unies pour la population de 2008, sur 1,4 milliard de femmes en âge de procréation (soit de 15 à 49 ans), plus de la moitié souhaitaient éviter d'être

enceintes²⁹. En effet, le recours conscient aux méthodes contraceptives inoffensives et efficaces est conditionné par un certain nombre de paramètres. Les femmes doivent être informées des moyens de contraception et de leur utilisation, et avoir un accès garanti à l'éducation sexuelle et aux services de planification de la famille³⁰.

L'effort entrepris à l'échelle mondiale pour l'amélioration des méthodes de planification familiale a produit des résultats concluants. Des nouvelles formes de contraceptifs, à l'instar des injections, implants, des méthodes liées à la détermination de la période féconde y compris des contraceptifs masculins³¹, ont vu le jour. Il existe dès lors une gamme variée de contraceptifs suivant leur efficacité, acceptabilité, coût ou sécurité. Mais pour des raisons diverses³², les personnels de centres de planification familiale ne laissent pas toujours le libre arbitre aux femmes dans le choix des méthodes contraceptives. Ainsi, la préférence d'une méthode au détriment de l'autre peut être guidée par le profil socio-culturel de la femme. Elle peut dépendre de la qualification du personnel, des stocks et du matériel médical disponibles. C'est pour cette raison que le stérilet ne sera pas prescrit dans certains dispensaires, car les personnels n'ont pas reçu de formation pour les poser³³.

Le manque d'informations des femmes sur la contraception affecte directement le droit à décider du nombre et de l'espacement des naissances, ainsi que le droit à la santé. Ces droits reposent « *sur la reconnaissance du droit fondamental des couples et des individus de décider librement et avec discernement du nombre de leurs enfants et de l'espacement de leurs naissances* »³⁴. C'est dans ce sens que le Protocole invite les États parties à fournir

²⁶ Avec l'apport de l'OMS, le concept de « santé maternelle et infantile » a évolué et a été remplacé par celui de « santé de la reproduction ». Une unité intitulée « Reproduction humaine » voit ainsi le jour à partir de 1965 au sein de la division de la Santé Familiale avec pour objectif la mise en exergue des facteurs socio-culturels et économiques de la reproduction humaine. La population cible de ces programmes reste celle des femmes en âge fécond et de leurs enfants. Pour plus de détail sur la question, voir Doris BONNET (D.), GUILLAUME (A.), « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article disponible à l'adresse : www.researchgate.net/publication/299562051_La_sante_de_la_reproduction_une_emergence_des_droits_individuels, consulté le 10/09/2021 à 12h 05, p. 13.

²⁷ Doris BONNET (D.), GUILLAUME (A.), « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article précité, p. 12.

²⁸ Lire DURANT-VALLOT (A.) (Dir), *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, nouvelle édition ENS, 2012, *op.cit.*, pp.107-129.

²⁹ HCR p.56 Sur ce nombre, 603 millions utilisaient des méthodes de contraception modernes et 215 millions n'en utilisaient pas. Les grossesses non voulues sont, dans leur immense majorité, attribuables au fait que le besoin d'une contraception moderne n'a pas été satisfait. Sur les femmes qui se sont retrouvées enceintes sans l'avoir voulu, 66 % n'utilisaient aucune méthode de contraception, et 16 % s'appuyaient sur les méthodes traditionnelles (abstinence périodique etc.)

³⁰ Lire la recommandation générale n° 21 (1994) du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a expliqué.

³¹ Doris BONNET (D.), GUILLAUME (A.), « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article précité, p. 13.

³² Lesquelles peuvent être sanitaires, sociales ou économiques.

³³ Doris BONNET (D.), GUILLAUME (A.), « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article précité, p. 20.

³⁴ Voir, Rapport de la quatrième conférence mondiale des NATIONS UNIES sur les femmes, Beijing, tenue du 4 au 15 septembre 1995, 212 p.

aux femmes des renseignements complets et précis qui s'avèrent nécessaires pour le respect, la protection, la promotion et la jouissance de la santé, y compris le choix de méthodes de contraception. Pour ce faire, il est nécessaire de former et/ou de mettre à niveau les prestataires de soins de santé et des éducateurs compétents. Ceux-ci devraient fournir des informations complètes aux clients, y compris les causes de l'échec de la contraception pratiquée et les options qui s'offrent, s'il en résulte une grossesse non désirée. De même, les États doivent veiller à ce que les informations sur les méthodes de contraception disponibles, accessibles, acceptables et fiables soient fournies³⁵, et ce dans une langue comprise par les personnes ciblées. En outre, il faut permettre aux structures des systèmes de santé, aux établissements et programmes d'enseignement, ainsi qu'aux organisations de la société civile ayant la compétence requise, d'assurer à la population concernée, l'information et l'éducation nécessaires à toutes les femmes.

Ainsi, la maîtrise des méthodes de contraception permettrait aux femmes de mieux contrôler les naissances.

2- en vue de l'espacement des naissances et du nombre d'enfants

Le contrôle des naissances s'analyse comme l'expression du droit des femmes de disposer de leur corps et de contrôler leur fécondité. Il est incontestable que seule la diffusion des connaissances sur la contraception peut permettre aux femmes de franchir les obstacles au contrôle des naissances et leur offrir une autre voie que celle de la maternité. En effet, la notion de liberté de choix ou de choix éclairé reste une illusion, lorsque les informations sur les moyens d'espacement de naissance ne sont pas communiquées aux intéressées. C'est dans cette logique que le Protocole reconnaît aux femmes « *le droit d'exercer un contrôle sur leur fécondité, de décider de leur maternité, du nombre d'enfants et de l'espacement des naissances* »³⁶.

Historiquement, la question de reproduction a toujours été au centre des préoccupations aussi bien des organismes internationaux que des politiques sanitaires des pays à partir de programmes intitulés « *santé maternelle et infantile* ». Ces programmes visaient à titre principal la lutte contre les morbidités et mortalités maternelles et infantiles. En effet, se réapproprié son corps, et par conséquent soi-même, par le contrôle des naissances est crucial³⁷. Ainsi, la

question d'espacement des naissances était intégrée à ces programmes dans le but de préserver simultanément la santé de la mère et celle de l'enfant. Il en est ainsi, car « *plus l'intervalle entre deux naissances est court, plus le risque de mortalité de l'enfant est élevé en particulier à cause du sevrage précoce qui entraîne un risque de malnutrition* »³⁸.

La protection de la santé de la mère et celle de l'enfant à naître justifie la consécration de l'espacement des naissances en droit inhérent au genre féminin. Il s'analyse ainsi comme une nécessité ou une précaution. Comme nécessité, la liberté en matière de planning familial protège mieux les intérêts de l'enfant à naître et assure au passage la santé de la femme. Pris sous l'angle de précaution, le droit reconnu aux femmes de planifier librement leur maternité constitue un palliatif aux risques liés à d'éventuels avortements. Par contre, même si l'accès aux méthodes de contraception modernes et à la planification familiale réduit le risque de grossesses non désirées, aucune méthode de contraception n'est efficace à 100 %, raison supplémentaire pour autoriser l'avortement dans certains cas.

II. L'avortement et la protection de la femme

Les cas de violences sexuelles à l'égard des femmes sont légion en Afrique. À ce cortège de maux s'implémentent l'inceste et le viol devenus monnaie courante³⁹. Ces actes, causes par excellence de mortalité et de morbidité, occasionnent, outre les grossesses non désirées ou à risque, des infections sexuellement transmissibles ainsi que le VIH. Face à cette situation, l'avortement s'offre comme la seule issue pour ces victimes.

La question de l'avortement illustre les divergences qui peuvent exister entre différents pays quant à la légitimité de cette pratique et à la gestion que les populations en font. Suivant les orientations affectées aux droits de la personne ou la politique familiale, le droit à l'avortement est envisagé différemment d'un

décédée des suites d'une fausse couche et de graves complications postnatales. Les erreurs de diagnostic quant aux complications dont a souffert la victime, les retards apportés au traitement desdites complications et au transfert de la victime vers un établissement de soins mieux équipé et la non-transmission de son dossier d'un établissement hospitalier à l'autre, suivis par une absence de réactions appropriées pour remédier à ces manquements ont amené le Comité à conclure qu'il y avait eu violation de la Convention. V. Comité pour l'élimination de la discrimination raciale, communication n°17/2008, constatations du 25 juillet 2011.

³⁸ BONNET (D.), « La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement social ? » Introduction au numéro spécial, *Sciences sociales et santé*, vol. 14 (1), 1996, pp. 5- 16.

³⁹ Les tribunaux enregistrent en effet de plus en plus des affaires relatives aux viols, agressions sexuelles et avortements clandestins.

³⁵ La transmission de ces informations peut se faire par tous autres moyens ; Internet, radio, télévision, ou encore les applications de téléphonie mobile.

³⁶ V. alinéa 1a et b de l'article 14 du Protocole de Maputo précité.

³⁷ Dans l'affaire *Alyne da Silva Pimentel Teixeira (décédée)* c. *Brésil*³³, la victime, une femme d'origine africaine, est

pays à un autre⁴⁰. Sa pratique sans autorisation expose les différents participants à des risques tant sanitaires que juridiques⁴¹.

Les mouvements des revendications féministes ont fait du droit reproductif leur cheval de course, avec la part belle réservée à la liberté sexuelle, au droit à la contraception et à l'avortement. L'article 14 du Protocole sous examen arrive à point nommé lorsqu'il accorde aux femmes la possibilité de dominer leur nature au lieu de la subir. Désormais, les femmes ont la possibilité de se détourner de la maternité et de s'affranchir des contraintes sexuelles. Elles peuvent, en cas d'atteintes sexuelles (A) ou de risque sur leur santé (B), solliciter l'avortement.

A- Les atteintes sexuelles et la légitimation de l'avortement

La recrudescence des cas de violences sexuelles sur les femmes a boosté la prise en compte de leurs droits reproductifs. Abstraction faite du harcèlement sexuel, 35% des femmes dans le monde ont subi au moins une fois des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire intime, ou bien des violences sexuelles de la part d'une autre personne⁴². Ces horreurs ont légitimé la consécration d'un droit à l'avortement médicalisé.

Conformément au Protocole de Maputo, l'avortement médicalisé désigne les services d'avortement sans risque, fournis au moyen de médicaments ou méthodes spécifiques, avec tous les renseignements nécessaires et le consentement éclairé des intéressés, par des professionnels de la santé formés conformément aux normes de l'Organisation Mondiale de la Santé. Le Protocole autorise l'interruption des grossesses contractées à la suite notamment d'une agression sexuelle, d'un viol (1) et/ou de l'inceste (2).

1. Le viol

L'Afrique affiche un taux élevé de grossesses non désirées. La violence sexuelle, l'opposition des partenaires à l'usage de contraceptifs, l'échec des politiques en matière de planification familiale et le nonaccès aux moyens contraceptifs en raison des systèmes de santé précaires, la pauvreté, et l'existence de services inadaptés aux besoins des

femmes et des filles, figurent au nombre des facteurs qui contribuent aux grossesses non désirées⁴³. Le fait pour une femme d'être contrainte de garder une grossesse résultant de ces cas, constitue un traumatisme supplémentaire de nature à affecter sa santé physique et mentale, comme en témoignent les organes onusiens chargés de veiller au respect des traités. Ces derniers plaident fortement en faveur de la reconnaissance aux femmes du droit à l'avortement thérapeutique légal en cas de grossesse découlant d'une agression sexuelle.

L'article 14 alinéa 2-c du Protocole matérialise ce vœux en consacrant le droit à l'avortement médicalisé, notamment en cas d'agression sexuelle et de viol. Cet alinéa 2c dispose à cet effet que « *les États prennent toutes les mesures appropriées pour protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste et lorsque la grossesse met en danger la santé mentale et physique de la mère ou la vie de la mère ou du fœtus* »⁴⁴.

Néanmoins, bien que ces dispositions prévoient expressément la protection des victimes en général, il y a lieu de se rendre compte que cette protection n'est pas toujours effective dans la pratique. Tel est le cas des infractions contre les mœurs. Ce constat est partagé par la doctrine⁴⁵ pour qu'il ne reste pas moins vrai que le Cameroun n'ait pas su mettre un terme aux violations flagrantes de droits de l'homme par rapport au sexe. « *En effet, poursuit l'auteur, l'on observe à un certain déclin de la répression pénale en cette matière, déclin matérialisé à la fois par le petit nombre des décisions publiées*⁴⁶, la sobriété

⁴⁰ Le Vatican s'est opposé à l'avortement en affirmant que « *la vie humaine commence au moment de la conception, (...) et qu'elle doit être défendue et protégée. Le Vatican ne peut, par conséquent, accepter l'avortement ou les politiques qui le favorisent* ».

⁴¹ Doris BONNET (D.), GUILLAUME (A.), « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article précité, p.25.

⁴² V. statistiques de ONU FEMMES : quelques faits de violence à l'égard des femmes et des filles sur l'adresse <http://www.unwomen.org/fr/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>, consulté le 25/09/2021 à 11h 13.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ V. alinéa 2-c de l'article 14 du Protocole de Maputo précité.

⁴⁵ Lire ANAZETPOUO (Z.), « Halte à la désacralisation du sexe, halte au viol », in *Annales de la FSJP de l'Université de Dschang*, Tome 4, PUA, 2000, pp. 223 – 237.

⁴⁶ Au Cameroun, au cours de l'année budgétaire 1993/94, on dénombrait 110 cas d'outrages au mineur, 26 cas de viol, 33 cas de prostitution et 66 cas d'adultère, dans le ressort de 6 cours d'appel (pour lesquels les données étaient disponibles). Voir annuaire statistique du Cameroun 1997, D. SCN, MINEFI, Août 1998, exploité par NANTCHOUANG (R.), « La violence urbaine en période de crise économique au Cameroun », in *Enjeux, bulletin d'analyse géopolitique pour l'Afrique Centrale*, n°2, janvier – mars 2000, pp. 9 – 10. Ces statistiques sont loin de la réalité judiciaire si l'on s'en tient uniquement au cas du Littoral : sur 100 décisions judiciaires rendues depuis les années 90, au moins 40 sont relatives au sexe.

croissante de leur motivation⁴⁷, que par la baisse spéculative des condamnations judiciaires »⁴⁸.

Il importe de noter que le Protocole de Maputo est le tout premier traité à reconnaître l'avortement, dans certaines conditions, comme un droit humain des femmes dont elles devraient jouir sans restrictions, ni crainte de poursuites judiciaires. La Commission Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples s'est d'ailleurs réjoui de la ratification de cet instrument par la majorité des États membres de l'Union Africaine, même s'ils tardent à engager les réformes juridiques nécessaires à son intégration dans leurs législations internes⁴⁹.

En effet, dans bon nombre de pays d'Afrique subsaharienne, les législations relatives à l'avortement restent très restrictives⁵⁰. Seuls quelques pays les ont modifiées dans le sens de la libéralisation⁵¹. Mais malgré cela, la pratique illégale de l'avortement reste très courante⁵². La mise en œuvre effective de ce droit implique le rejet de toute forme de discrimination ou de poursuites pénales contre les différents intervenants dans le processus d'avortement, ainsi que les femmes victimes des cas énumérés, lorsqu'elles décident d'user de cette option⁵³. Il n'en serait pas du reste d'assurer ledit

⁴⁷ TGI de la Mifi, jugement n°137/crim du 5 avril 1994 ; CA de Littoral, arrêt n°69/crim du 3 février 1999 ; arrêt n°103/crim du 30 mars 1999 ; arrêt n° 259/crim du 28 septembre 1999, (inédits).

⁴⁸ TGI de ma Mifi, jugement n°137/crim du 7 août 1995 ; TGI du Noun, jugement n°01/crim du 27 octobre 1995 (inédits) ; TGI du Ndé, jugement n°32/crim du 12 juin 1995 (inédit).

⁴⁹ L'on remarque curieusement dans la législation des États - parties la pénalisation de l'avortement et la persistance des entraves à l'accéder aux services d'avortement médicalisé, même dans les hypothèses limitatives autorisées par ces lois nationales. Certains se cachent derrière doctrine du Saint-Siège, la charia islamique, ou encore le statut de l'embryon pour incriminer la pratique de l'avortement.

⁵⁰ Doris BONNET (D.), GUILLAUME (A.), « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article précité, p.25.

⁵¹ Il ressort de la recommandation générale n° 24 du Comité pour l'Élimination de la Discrimination à l'Égard des Femmes de 1999 que, « le cas échéant, il faudrait amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent ».

⁵² L'avortement illégal représente une cause majeure de morbidité et de mortalité maternelle et pose un problème de santé publique. Selon la Fédération internationale pour la planification familiale en Afrique, 13 % des décès maternels sont dus à des avortements à risques en Afrique.

⁵³ Le fait de soumettre les femmes répondant aux critères de l'avortement thérapeutique énumérés à l'article 14. 2.c à un interrogatoire sur les raisons pour lesquelles elles veulent interrompre une grossesse non désirée, constituerait une

accès à un coût abordable. Bien qu'autorisé dans certaines législations, les conditions sociales et sanitaires ne permettent pas toujours un libre accès, même en cas d'inceste.

2. L'inceste

L'inceste est défini comme des rapports charnels entre proches parents ou alliés dont le mariage est prohibé par la loi⁵⁴. Le Protocole en a fait une cause de légitimation de l'avortement à l'article 14 alinéa 2-c. Il ressort de cet article que les États doivent « protéger les droits reproductifs des femmes, particulièrement en autorisant l'avortement médicalisé, en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste (...) »⁵⁵. Pour la première fois, le droit à l'avortement médicalisé suite à une grossesse issue de l'inceste se trouve expressément consacré par un instrument international et juridiquement contraignant. L'OMS invite d'ailleurs les États à supprimer les barrières juridiques et administratives qui entravent l'accès des femmes aux services d'avortement sans risque, afin de satisfaire leurs obligations internationales.

En effet, s'il est d'une importance capitale d'assurer la santé de la mère et celle de l'enfant à naître, l'intérêt ainsi que la dignité de ces derniers ne doivent pas être négligés. L'OMS définit la santé comme un état de **complet** bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Mettre au monde un enfant incestueux peut occasionner d'**énormes** difficultés tant pour la mère que pour l'enfant⁵⁶. Outre les censures psychiques⁵⁷ dont pourraient être

violation flagrante de leurs droits à la vie privée et à la confidentialité.

⁵⁴ LADEGAILLERIE (V.), *Lexique Des Termes Juridiques*, ANAXAGORA, collection numérique, p. 87. Lire également l'article art. 353 du code congolais de la famille qui dispose : « Le mariage est interdit entre les personnes liées par le lien de parenté (lien entre personnes descendant d'une même souche ou remontant à un même ancêtre) ou de l'alliance (lien rattachant un(e) époux (se) aux parents de son (sa) conjoint(e) et aux conjoint(e)s de ses parents). Il en est de même de la bigamie ou l'entretien de deux mariages en même temps ».

⁵⁵ V. alinéa 2-c de l'article 14 du Protocole de Maputo précité.

⁵⁶ Lire à ce sujet GAVEL-MARCOUILLIER (E.), « Le réel de l'enfant de l'inceste », in *LA Revue Lacanienne*, n°3, 2009/1, pp. 85-89.

⁵⁷ Relativement aux problèmes psychiques des enfants incestueux, celui-ci sera prisonnier de la particularité de sa conception. V. Le Journal des Femmes, « Des conséquences physiques considérables en cas d'inceste », mise à jour le 09/05/18 à 11h 29, disponible sur <http://sante.journdesfemmes.fr/quotidien/1448859-des-consequences-physiques-et-psychologiques-considerables-en-cas-d-inceste/>

victimes la mère et l'enfant, la morale sociale accepte difficilement une telle hypothèse. Il en est ainsi car l'inceste est un acte souvent récurrent dont les répercussions sont à la fois psychologiques et physiques. Les victimes subissent très souvent des traumatismes, la dépression pouvant conduire aux tentatives de suicide. C'est pourquoi le Protocole l'a inséré parmi les cas limitatifs d'avortement médicalisé, sous condition du respect des méthodes adaptées. Les méthodes recommandées par l'OMS sont entre autres l'évacuation, la dilatation et l'aspiration manuelle ou électrique intra-utérines.

Ainsi, constituent des cas de légitimation de l'avortement au regard du Protocole le viol, l'inceste ou la menace sur la santé de la mère. Dans ces hypothèses, la sauvegarde de la vie de la mère prime et ce, parfois au détriment de celle du fœtus.

B- Le sacrifice du droit à la vie du fœtus sur l'autel des intérêts de la mère

La question de l'autorisation de l'avortement, bien qu'encadrée, met en conflit deux intérêts principaux : la sauvegarde des droits de la mère à travers la liberté de maternité, notamment lorsque la grossesse mettrait sa santé en danger, et la protection d'une vie future, celle du fœtus. Le choix s'avère être difficile entre protéger la vie de la mère ou celle de l'enfant à naître.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit la mort maternelle comme la mort d'une femme alors qu'elle est enceinte ou dans les quarante-deux jours qui suivent la fin de la grossesse, quels que soient la durée et le lieu de la grossesse, due à une cause liée à la grossesse ou aggravée par celle-ci ou par son traitement, mais qui n'est ni accidentelle, ni fortuite. Elle se distingue ainsi de la grossesse, du travail ou de l'accouchement normaux qui affectent la santé d'une femme à ces moments⁵⁸. Toujours est-il que les États parties au Protocole doivent offrir la possibilité d'avorter au moins quand la vie ou la santé des femmes est menacée ou quand elles sont enceintes à la suite d'un viol ou d'un inceste⁵⁹. Il est préférable, conformément à l'article 14 dudit Protocole, de privilégier la vie de la mère (1) afin d'assurer une progéniture saine (2).

1- Le sacrifice d'une vie en germe au profit d'une vie certaine

En Afrique, les complications pendant la grossesse et à l'accouchement sont les premières causes de

décès et d'invalidité chez les femmes en âge de procréer⁶⁰. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette situation tels que l'insuffisance des plateaux techniques, l'absence de suivi et d'évaluation de l'état de santé des femmes pendant la grossesse ou encore l'incompétence du personnel soignant⁶¹. C'est au regard des conséquences désastreuses de cette morbidité maternelle que le Protocole a consacré le droit à une grossesse sans risque, en autorisant l'avortement toutes les fois que la santé de la mère est menacée.

Outre les dommages physiques potentiels à court et long terme, les grossesses dites compliquées peuvent aboutir au décès de la mère. Lorsqu'on évalue les risques pour la santé d'une femme enceinte, entendue comme un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité, le Protocole autorise⁶² l'avortement dans le but de préserver une vie certaine et présente au détriment d'une vie simplement future.

En effet, « la loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de sa vie »⁶³. Par conséquent, si l'enfant né vivant et viable est protégé, il en va de même pour l'enfant simplement conçu en vertu de l'adage « *Infans conceptus pro nato habetur quotiens ejus de commodis agitur* ». Hérité du droit romain et élevé au rang des principes généraux du droit, cet adage légitime la protection de l'enfant conçu. Contrairement au code civil français selon lequel l'enfant est censé être conçu entre le 180^e et 300^e jour avant la naissance⁶⁴, cet adage reconnaît et protège l'enfant simplement conçu chaque fois qu'il y va de son intérêt. C'est au regard de cette dignité humaine que l'avortement a été incriminé par le Code pénal congolais⁶⁵. Mais, le Protocole donne la priorité à une vie présente en cas de conflit d'intérêt entre la santé de la mère et celle du fœtus. C'est ce qui ressort du cas de L.C.C⁶⁶.

⁶⁰ MAINE (D.), YAMIN (A. E.), « Maternal mortality as a human rights issue : measuring compliance with international treaty obligations », *Human Rights Quarterly*, vol. 21, n° 3, août 1999.

⁶¹ Lire TCHANGE KOUE (F.), « La vie privée du patient en droit camerounais », Article précité.

⁶² Il convient de noter que la Constitution congolaise prévoit à son article 215 que « *Les traités et accords internationaux régulièrement conclus ont, dès leur publication, une autorité supérieure à celle des lois...* ».

⁶³ Article 16 du Code civil.

⁶⁴ Article 311, alinéa 1 du Code civil français.

⁶⁵ Articles 165 et 166 du code pénal congolais.

⁶⁶ Pour des raisons de sécurité, la partie a sollicité l'anonymat, raison pour laquelle le Comité utilise LCC pour la désigner. V. Pérou, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, communication n° 22/2009, constatations adoptées le 17 octobre 2011.

⁵⁸ Lire ORSHAN (S.A.), *Maternity, Newborn and Women's Health Nursing: Comprehensive Care across the Life*, SPAN, Philadelphia, 2008, p. 15.

⁵⁹ Voir Comité des Droits de l'Homme, Recommandation générale n° 28 (2000) sur l'égalité des droits entre hommes et femmes, paragraphe 11 ; Observations Finales du Comité en 2012 sur le Guatemala (CCPR/C/GTM/CO/3, paragraphe 20) et la République Dominicaine (CCPR/C/DOM/CO/5, paragraphe 15).

Dans une affaire, les violences sexuelles sur une jeune fille mineure ont abouti à une grossesse. Consciente de sa situation, elle a tenté de se suicider sans succès. Elle a tout de même enregistré de graves lésions, notamment de la colonne vertébrale, nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence. Sa mère et elle ont sollicité une interruption volontaire de grossesse conformément à la loi. Les autorités de l'hôpital se sont opposées, motif pris de ce que sa santé n'était pas en danger. Quelques mois après, elle a été opérée suite à une fausse couche, et complètement paralysée. Le Comité a estimé qu'il y avait eu violation de son droit à la santé puisque, en refusant l'interruption de grossesse, les autorités n'avaient pas pris suffisamment en compte les effets de cette décision sur sa santé tant psychique que physique. La protection de sa santé aurait voulu qu'elle puisse être opérée et bénéficier d'un avortement thérapeutique, en particulier compte tenu de sa situation, notamment son âge, sa tentative de suicide et les violences sexuelles subies. Le Protocole semble donc promouvoir une progéniture saine.

2- La promotion d'une progéniture saine

L'adage *infans conceptus* protège certes les intérêts de l'enfant simplement conçu, mais à condition que celui-ci naisse vivant et viable. De manière générale, la viabilité se définit comme la capacité naturelle de vivre ou l'aptitude à la vie. Elle suppose que l'enfant soit pourvu de tous les organes nécessaires à la vie, lesquels doivent être suffisamment développés pour le prédisposer à vivre⁶⁷. Conformément à l'article 14 alinéa 2 du Protocole, l'avortement médicalisé peut être requis par les femmes dont la grossesse comporte des risques pour leur propre vie ou celle du fœtus. Il en est ainsi par exemple, lorsqu'il est démontré que le fœtus qui se développe souffre de malformations incompatibles avec la survie, de sorte que le fait d'être contraint de mener la grossesse à terme constituerait un traitement cruel et inhumain. Cela peut également se produire chez les femmes qui ont besoin d'un traitement médical spécial pour une maladie cardiaque, le cancer ou d'autres maladies qui peuvent mettre en danger la survie du fœtus. Le cas de K.L.C⁶⁸ constitue une illustration de la promotion d'une progéniture saine.

En effet, K. L.C, jeune fille de 17 ans enceinte, portait un fœtus insusceptible de survivre plus de quelques jours après sa naissance. Elle sollicite en vain une interruption de grossesse, car celle-ci n'est en principe autorisée que si la vie de la mère est en danger, et non dans un cas de malformation du fœtus. K. L.C a dû mener sa grossesse à terme et allaiter

⁶⁷ V. Cassation Civile, 11 juillet 1923, *Gazelle du Palais*, 1923, 2, p. 507.

⁶⁸ K. L. c. est la formule utilisée pour sauvegarder l'identité de la victime qui a opté pour l'anonymat. V. Pérou, Comité des Droits de l'Homme, Communication n° 1153/2003, constatations adoptées le 24 octobre 2005.

ledit enfant, qui est mort quatre jours après sa naissance. Constatant qu'il y avait eu violation de l'article 7, le Comité des Droits de l'Homme a estimé que l'état de dépression profonde dans lequel était tombée la jeune femme était une conséquence prévisible du refus de l'État de lui permettre de bénéficier d'un avortement thérapeutique. C'est à ce titre que l'article 14 du Protocole de Maputo autorise l'avortement, notamment en cas de danger sur la santé du fœtus.

Conclusion

De l'analyse de l'article 14 du Protocole de Maputo du 11 juillet 2003, se dégage une double constance. L'on note que ce texte protège effectivement le droit à la procréation en consacrant le droit pour les femmes de contrôler leur maternité. Mais la considération de l'intérêt de l'enfant à naître justifie la limitation des cas d'avortement.

Relativement au premier centre d'intérêt, la promotion du droit au contrôle de la maternité est conditionnée par le libre accès des femmes aux informations relatives à leur santé reproductive ainsi que celles portant sur l'état de santé de leur partenaire. Un tel accès assure l'effectivité d'une planification familiale idéale, notamment par le choix d'une méthode contraceptive en vue d'espacer les naissances.

Quant à la possibilité d'avorter, elle n'est envisagée que dans des cas limitativement énumérés. En cas d'atteintes sexuelles, notamment le viol et l'inceste devenus monnaie courante, l'avortement s'offre comme la seule issue pour ces victimes. L'article 14 du Protocole accorde ainsi aux femmes la possibilité de dominer leur nature au lieu de la subir. Désormais, les femmes ont la possibilité de se détourner de la maternité et de s'affranchir des contraintes sexuelles. Tel est aussi le cas lorsque la grossesse présente un risque pour leur santé. Cette solution est dictée par la quête d'une progéniture saine. Toutefois, ce souci d'autonomisation de la femme ne risque-t-il pas de remettre en cause la dignité humaine en laissant à celle-ci le droit de décider de la vie d'un être futur ?

Bibliographie sélective

AFRICA FREEDOM OF INFORMATION CENTER, *Manuel de formation sur le droit à l'information*, Californie, 2007, 158 p ;

ANAZETPOUO (Z.), « Halte à la désacralisation du sexe, halte au viol », in *Annales de la FSJP de l'Université de Dschang*, Tome 4, PUA, 2000, pp. 223 – 237.

AUBY (J.M) et DUCOS-ADER (R.), *Droit de l'information*, 2^e édition DALLOZ, Paris 1998.

BABALOLA (S.), « Spousal communication and safe motherhood practices: Evidence from the Tanzanian 1996 DHS data », 3e conférence africaine

de la population (UEPA), Durban, Afrique du Sud, 6-10 décembre 1999, pp. 37-50 ;

BEAULNE (J.), « Réflexions sur quelques aspects de la procréation médicalement assistée en droit des personnes et de la famille », *Revue général de droit* n° 2, vol. 26, juin 1995, pp. 235-263 ;

BONNET (D.), GUILLAUME (A.) :

- « La santé de reproduction : une émergence des droits individuels », article disponible à l'adresse : www.researchgate.net/publication/299562051_La_sant_e_de_la_reproduction_une_emergence_des_droits_individuels , consulté le 10/09/2021 à 12h 05 ;

- « La malnutrition de l'enfant : fait culturel, effet de la pauvreté ou du changement social ? », Introduction au numéro spécial, *Sciences sociales et santé*, vol. 14 (1), 1996, pp. 5- 16.

DESGREES DU LOÛ (A.), « Le couple face au VIH/SIDA en Afrique sub-saharienne » in *POPULATION*, n° 3, vol. 60, 2005, pp. 221-242 ;

DEVIRIEUX (J.C.), *Manifeste pour le droit à l'information, de la manipulation à la législation*, presse de l'Université du Québec, 2009 ;

DURANT-VALLOT (A.) (Dir), *Margaret Sanger et la croisade pour le contrôle des naissances*, nouvelle édition ENS, Lyon, 2012, pp.107-129 ;

GAVEL-MARCOUILLIER (E.), « Le réel de l'enfant de l'inceste », in *LA Revue Lacanienne*, n°3, 2009/1, pp. 85-89 ;

JAFFRE (Y.), OLIVIER DE SARDAN (J.-P.) et autres, Les dysfonctionnements des systèmes de soins. Rapport du volet socio-anthropologique, Enquête sur l'accès aux soins dans 5 capitales d'Afrique de l'ouest, UNICEF-Coopération française, 2002, 289 p. ;

KALIEU ELONGO (Y.-R.), « Femmes et santé de la reproduction au Cameroun : l'accès à l'avortement légal », disponible sur <https://kalieu-elongo.com> ;

LADEGAILLERIE (V.), *Lexique Des Termes Juridiques*, ANAXAGORA, collection numérique ;

MAINE (D.), YAMIN (A. E), « Maternal mortality as a human rights issue : measuring compliance with international treaty obligations », *Human Rights Quarterly*, vol. 21, n° 3, août 1999;

ORSHAN (S.A.), *Maternity, Newborn and Women's Health Nursing: Comprehensive Care across the Life*, SPAN, Philadelphia, 2008;

SAYA (O.), « L'OMS en Afrique, Sierra Leone : Apprendre à vivre en couple quand à vivre en couple quand l'un des partenaires est séropositif », 18 janvier 2019, article consulté en ligne à l'adresse <http://www.afro.who.int/fr/news/sierra-leone-apprendre-vivre-en-couple-quand-lun-des-partenaires-est-séropositif> , consulté le 24/09/2021 à 18h55.

TCHANGE KOUE (F.), « La vie privée du patient en droit camerounais », in *LE NEMRO* N° 19, janvier-mars 2021, pp. 264 – 292.