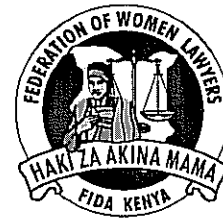


2 mai 2007



Commission africaine des droits de l'homme et des peuples

Réf : Renseignements complémentaires sur le Kenya qui doit faire l'objet d'un réexamen par la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples au cours de sa 41^{ème} Session

Chers Membres de la Commission,

La présente lettre est destinée à apporter un complément au rapport présenté par le Kenya à la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, aux fins de l'article 62 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples [Charte africaine],¹ qui sera examiné par la Commission africaine lors de sa 41^{ème} session ordinaire. Le CRR (Center for Reproductive Rights), une organisation non-gouvernementale internationale, et la Federation of Women Lawyers – Kenya (FIDA Kenya – Fédération des femmes juristes du Kenya), une organisation non-gouvernementale basée au Kenya, qui se milite en faveur des droits de la femme, espèrent faire avancer les travaux de la Commission africaine en présentant des renseignements indépendants concernant les droits protégés par la Charte africaine. La lettre renvoie également à la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant [Charte de l'enfant],² que le Kenya a ratifiée, et au Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femmes en Afrique [Protocole de Maputo],³ où ces instruments peuvent renforcer le contenu de ces droits. Contrairement à ce qu'il est dit dans le rapport du gouvernement,⁴ le Kenya a uniquement ratifié, mais non signé, le Protocole de Maputo au moment où nous vous adressons la présente. Cette lettre met en évidence plusieurs sujets de préoccupation portant sur la situation de la santé et des droits reproductifs des femmes et des filles au Kenya, avec une concentration sur l'accès aux services de santé reproductive clés et sur la protection contre la violence fondée sur le sexe.

L'engagement des États parties à garantir les droits reproductifs devrait bénéficier d'une attention sérieuse, car ces droits sont fondamentaux pour la santé des femmes et des filles et pour l'égalité hommes/femmes. Le système régional africain a garanti de la manière la plus explicite la reconnaissance et la protection de ces droits au travers du Protocole de Maputo. Si le Kenya n'a pas encore ratifié ce Protocole, le fait de l'avoir signé l'oblige à ne pas agir de manière à entraver « la pleine réalisation des droits qui y sont reconnus. »⁵ De plus, les dispositions clés en matière de droits humains qui protègent les droits sexuels et reproductifs des femmes – les droits à la vie, à la santé, à la dignité et à la non discrimination, entre autres – sont incluses dans la Charte africaine. Aux fins de la Charte africaine, les États sont tenus de prendre des mesures appropriées pour garantir l'abolition de la discrimination à l'égard des femmes et la protection de leur santé.⁶ Les États parties sont également tenus de « garantir la protection des droits de la femme et de l'enfant, stipulée dans les déclarations et conventions internationales. »⁷ La Charte de l'enfant protège également les filles.

En dépit des protections des droits humains contenues dans ces chartes et protocoles régionaux, et dans les traités internationaux ratifiés par le Kenya, les droits reproductifs des femmes et des filles au Kenya continuent d'être négligés et parfois violés de manière flagrante. L'élaboration et la mise en œuvre de lois, de politiques et de programmes qui prennent en compte les besoins des femmes en matière de santé et qui éliminent la discrimination sont nécessaires pour garantir et promouvoir les droits humains fondamentaux des femmes.

Nous souhaitons porter à l'attention de la Commission africaine les sujets de préoccupation suivants qui affectent la santé et les droits reproductifs des femmes et des filles.

I. LE DROIT AUX SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE (ARTICLE 2,4, ET 16 DE LA CHARTE AFRICAINE)

L'article 4 de la Charte africaine garantit le droit à la vie, alors que l'article 16 reconnaît le droit de bénéficier du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint et oblige les États parties à prendre les mesures nécessaires pour veiller à la santé de leurs populations.⁸ Les normes internationales de droits humains existantes en matière de garantie du droit à la vie ont été interprétées comme exigeant des gouvernements qu'ils prennent « des mesures positives » afin de préserver la vie.⁹ De telles mesures devraient répondre de manière égale aux besoins des hommes et des femmes, en conformité avec les articles 2 et 3 de la Charte africaine, qui garantissent l'égalité devant la loi et une égale jouissance des droits et libertés reconnus dans la Charte.

En vertu de ces clauses, le Gouvernement du Kenya est tenu de garantir l'accès des femmes aux services de santé reproductive. En l'absence de ces services, les femmes peuvent être confrontées à des grossesses à risque, susceptibles d'entraîner des décès ou la maladie, en raison de soins de santé maternelle inadéquats. En cas de grossesse non désirée, les femmes peuvent rechercher des avortements illicites à risque, qui pourraient également provoquer des complications ou des décès.

Le Gouvernement du Kenya a récemment augmenté le financement au secteur de la santé, en affectant 9,4% de son produit intérieur brut, soit 43 milliards de shillings (environ 582 millions de dollars US), au budget du Ministère de la santé. Ceci représente une hausse de 13 milliards de shillings (environ 176 millions de dollars US) par rapport à l'année précédente.¹⁰ Toutefois, cette affectation est encore loin de répondre à l'engagement pris, en 2001, par les Chefs d'État et Chefs de gouvernement africains de l'Organisation de l'Unité africaine (à présent Union africaine), d'affecter 15% de leurs budgets nationaux annuels à l'amélioration des services de santé.¹¹

A. MORTALITÉ ET MORBIDITÉ MATERNELLES

La mortalité maternelle s'entend de tout décès survenant durant une grossesse, un accouchement, ou dans les deux mois qui suivent l'accouchement ou l'interruption d'une grossesse.¹² Les niveaux et les tendances de la mortalité maternelle servent d'indicateurs du statut sanitaire des femmes et peuvent mettre en évidence des atteintes aux droits civils et politiques, ainsi qu'aux droits économiques, sociaux et culturels. Des taux élevés de mortalité maternelle pourraient être liés à des atteintes aux droits de la femme à la vie, à la liberté et à la sécurité personnelles, à la santé, à l'éducation, à l'information, ainsi qu'au droit de ne pas être en butte à des traitements inhumains et dégradants et à la discrimination. Tous ces droits sont garantis dans la Charte africaine, la Charte de l'enfant, et le Protocole de Maputo.

Les Comités chargés de surveiller le respect du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et de la Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), ont défini la question de la mortalité maternelle comme une atteinte au droit de la femme à la santé et à la vie.¹³ Le Comité des droits humains a noté que le droit inhérent à la vie ne devrait pas être perçu de manière restrictive et que les États parties devraient prendre des mesures positives, en particulier pour rehausser l'espérance de vie.¹⁴

La reconnaissance de la mortalité maternelle comme question de droits humains a été soulignée par le Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à la santé, qui a noté :

La mortalité maternelle n'est pas une simple question de santé, ou une simple question humanitaire – c'est une question de droits humains. La mortalité maternelle évitable porte atteinte aux droits de la femme à la vie, à l'égalité et à la non-discrimination. La communauté des droits humains devrait s'attaquer à la question de la mortalité maternelle tout aussi vigoureusement qu'elle s'attaque aux exécutions extrajudiciaires, aux disparitions, à la détention arbitraire et à la défense des prisonniers de conscience.¹⁵

La réduction de la mortalité maternelle est également un des buts majeurs de plusieurs conférences internationales récentes et a été incluse dans l'Objectif 5 des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), auxquels le Kenya a souscrit.¹⁶

Dans son rapport, le Gouvernement spécifie qu'il « projette d'améliorer les services de santé maternelle au travers de la promotion de la maternité sans risque »¹⁷, mais sans donner de détails spécifiques sur la manière dont il compte s'atteler aux complications liées à la grossesse et à l'accouchement, qui sont l'une des causes principales de la morbidité et de la mortalité chez les femmes kényanes.¹⁸ De plus, l'objectif énoncé par le Gouvernement, visant une réduction du taux de mortalité maternelle de seulement 30 décès pour 100.000,¹⁹ est totalement insuffisant et ne se rapproche nullement de l'objectif du Millénaire qui vise la réduction du taux mortalité maternelle des deux tiers, entre 1990 et 2012.²⁰ Faisant référence aux mesures concertées à prendre en vue de la réalisation des OMD, le Rapporteur spécial sur le droit à la santé a fait le commentaire suivant :

Le Rapporteur spécial ne demande au monde rien de plus que d'honorer ce qu'il a signé en 2000, et réaffirmé en septembre 2005. Ceci est d'une extrême importance, car, au cours des deux dernières décennies, de nombreux systèmes de santé ont été sérieusement négligés. Beaucoup ont pâti de sous-investissements chroniques. Loin de s'améliorer et de se renforcer, nombre de systèmes de santé ont été sapés et affaiblis.²¹

Les estimations de l'Enquête démographique et de santé 2003 du Kenya - 2003 Kenya Demographic and Health Survey [2003 KDHS] – sur la mortalité chez les adultes montre une hausse substantielle de la mortalité chez les adultes depuis 1998.²² Parmi les jeunes, la mortalité est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, très probablement en raison de la pandémie du VIH/sida.²³ Selon le 2003 KDHS, le taux de mortalité maternelle était de 414 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, pour la période de 10 ans précédant l'enquête de 2003.²⁴ Bien que ceci représente une baisse par rapport au taux de 590 calculé dans le KDHS de 1998, l'enquête reconnaissait : « Il est impossible de dire avec assurance que la mortalité maternelle a baissé » au cours des cinq dernières années.²⁵ Le propre rapport du gouvernement indique un taux de mortalité maternelle actuel de 590 pour 100.000.²⁶ Les décès maternels comptent actuellement pour 15% de tous les décès de femmes âgées de 15 à 49 ans.²⁷ Bien qu'élevés, ces chiffres ne rendent pas compte du nombre de femmes qui survivent à la grossesse, mais qui souffrent de problèmes de santé et d'infirmités durables liées à la grossesse, tels que les fistules obstétriques (une perforation qui se développe entre le rectum ou la vessie et le vagin).

Bien que le Ministère de santé et l'Agence de coordination nationale pour la population et le développement identifient les décès maternels comme une question prioritaire, l'Enquête sur l'évaluation de l'offre de services au Kenya 2004 [2004 Kenya Service Provision Assessment Survey – KSPAS] montre que très peu de structures de santé dans le pays sont pleinement équipés et préparés en vue d'une offre de soins de santé maternelle complets, de qualité.²⁸ En ce qui concerne les structures qui procuraient des services d'accouchement, figurant dans l'enquête, seulement 40% disposaient de l'ensemble des matériels nécessaires pour la maîtrise de l'infection ; seulement 36% disposaient l'ensemble des matériels nécessaires pour l'accouchement ; seulement 26% avaient les médicaments et les matériels nécessaires pour gérer les complications courantes ; et seulement 13% étaient équipées pour prendre en charge les complications graves.²⁹

Si les soins ante-natals et post-natals sont techniquement gratuits dans les structures de santé publique kényanes, les services d'accouchement ne le sont pas. Les frais d'utilisation ont en général tendance à impliquer plus durement les femmes que les hommes. Comme le note le rapport du Gouvernement, la pauvreté affecte les femmes davantage que les hommes et les ménages ayant une femme à leur tête sont dans une plus mauvaise situation que les autres ménages.³⁰ Selon le 2003 KDHS, les femmes rurales, moins éduquées, et disposant de faibles revenus, sont les moins susceptibles de bénéficier d'une assistance durant l'accouchement de la part de professionnels de la santé.³¹ Bien que le Kenya ait appliqué une dérogation générale pour les personnes qui ne sont pas en mesure de s'acquitter de frais médicaux, le processus est souvent pesant et les travailleurs de la santé sont souvent peu disposés

à informer les patientes sur les dérogations, parce que les coûts sont répercutés sur la structure qui fournit les soins couverts par la dérogation.³²

Au cours d'un entretien récent mené par FIDA Kenya et le CRR, des prestataires de soins de santé et des utilisateurs ont confirmé qu'il était courant que les patients qui n'étaient pas en mesure de régler les frais soient retenus dans les centres de santé, et que ceci se passait dans les structures tant publiques que privées.³³ Une telle pratique porte atteinte à une gamme de droits humains, notamment le droit à la dignité et le droit à la liberté et à la sécurité de la personne. La pratique qui consiste à retenir les patients qui ne sont pas en mesure de s'acquitter de leurs frais médicaux a un effet négatif inégal sur les femmes, car les femmes sont affectées en plus grand nombre, en raison de la grossesse et de l'accouchement. Cette disparité est renforcée par la vulnérabilité amplifiée des femmes enceintes, ou qui viennent d'accoucher, comme cela a été reconnu dans la disposition de la législation internationale sur les droits humains qui vise à assurer aux mères une protection spéciale durant la grossesse, et pendant une période de temps raisonnable avant et après la grossesse.³⁴ Le Kenya est tenu de remédier à toute discrimination de ce type, à la fois dans le secteur public et privé.³⁵ Dans ses Conclusions de 2007, le Comité des droits de l'enfant, qui surveille le respect des obligations découlant de la Convention relative aux droits de l'enfant, recommandait au Gouvernement du Kenya d'assurer à toutes les femmes enceintes des services médicaux et sociaux gratuits.³⁶

B. ABUS ET NÉGLIGENCE DANS LA RECHERCHE DE SERVICES DE SANTÉ REPRODUCTIVE

Comme cela est noté dans le 2003 KDHS, « Une attention médicale adéquate, dans de bonnes conditions d'hygiène, durant l'accouchement, peut réduire le risque de complications et d'infections qui peut entraîner des décès et des maladies graves, soit chez la mère, soit chez l'enfant, soit chez l'un et l'autre. »³⁷ Le Gouvernement a reconnu, de plus, dans ses Normes des soins maternels – Maternal Care Standards – que « les soins de bonne qualité assurent la dignité de la femme durant l'accouchement. »³⁸ Toutefois, les résultats de la 2004 KSPAS, le 2003 KDHS et des entretiens et focus groups menés pour un futur rapport FIDA Kenya/CRR sur les expériences des femmes dans les structures de santé du Kenya ont révélé un niveau alarmant d'atteintes aux droits survenant dans les structures médicales.³⁹

Les femmes qui ont accouché dans des structures médicales ont parlé de services médicaux de qualité très médiocre, de traitements négligents et abusifs de la part des prestataires de soins et d'atteintes graves aux droits humains.⁴⁰ Elles ont décrit des traitements brutaux, douloureux et dégradants durant les examens physiques et durant l'accouchement, ainsi que des injures verbales de la part des infirmières, quand elles manifestaient leur crainte ou qu'elles réagissaient à la douleur. Les femmes ont de plus signalé qu'elles étaient pincées, giflées ou battues pour obéir aux instructions, durant l'accouchement. Nombre de femmes ont également fait état d'atteintes aux droits qui surviennent lors d'interventions de suture vaginale, souvent nécessaires après l'accouchement. Elles ont décrit les longues attentes, sur des bancs de bois durs et inconfortables ; des points de suture mal faits, des interventions excessivement douloureuses ; le refus de fournir des anesthésiques ; et les injures verbales des prestataires durant et après l'intervention.

Ces mauvais traitements étaient le fait de l'ensemble des prestataires, des médecins aux sages-femmes, infirmières et autres personnels, dans les structures de santé tant publiques que privées – bien que les problèmes semblent particulièrement courants dans les hôpitaux publics, en particulier Pumwani Maternity Hospital (PMH) de Nairobi. PMH, la maternité la plus animée de l'Afrique de l'est, est depuis longtemps tristement célèbre pour les cas signalés d'abus, de négligence et de corruption, y compris des taux de mortalité maternelle et infantile inhabituellement élevés, des vols de bébés, et la disparition de corps de femmes mortes en couches.⁴¹ Ces problèmes durent depuis des décennies et révèlent une tendance systémique à des atteintes graves aux droits de l'homme et l'incapacité du Gouvernement à prendre en compte les problèmes de manière effective et transparente. Si un certain nombre de groupes spéciaux ont été constitués au cours de la dernière décennie pour mener des enquêtes sur les cas d'abus et de négligence signalés, il n'y a pas eu de processus public visant à assurer l'obligation de rendre compte et la réparation.⁴² Le Gouvernement kenyan doit mettre en œuvre

des mesures adéquates pour à la fois prévenir et les atteintes aux droits subies par les femmes durant cette période de grande vulnérabilité, et offrir une réparation pour ces atteintes.

C. AVORTEMENT

L'avortement à risque est une des causes les plus aisément évitables de mortalité et de morbidité maternelles. Lorsque qu'un avortement à risque n'entraîne pas un décès, les femmes peuvent subir des infirmités à long terme, telles que les perforations utérines, des douleurs pelviennes chroniques ou la stérilité. Toutefois, en dépit de l'engagement déclaré du Kenya de réduire la mortalité maternelle, la loi relative à l'avortement est parmi les plus restrictives au monde. Comme dans la plupart des pays africains, cette loi est issue des législations des anciens colonisateurs – des pays qui depuis lors ont réformé leurs propres lois. La loi kenyane actuelle relative à l'avortement ne prévoit pas d'exception en cas de viol et d'inceste, en dépit des taux élevés de violence sexuelle et de l'accès limité aux contraceptifs [voir ci-dessous].⁴³

En abordant la question de l'avortement, le rapport du gouvernement observe, uniquement au titre du droit à la vie, que « les lois existantes stipulent que l'avortement est illégal », mais que la loi « prévoit des circonstances exceptionnelles » lorsque la vie de la femme enceinte est menacée.⁴⁴ Ces déclarations et d'autres brèves discussions portant sur le mortalité maternelle et sur la santé des femmes dans le rapport du Gouvernement omettent de reconnaître qu'en contraignant les femmes à recourir à des avortements clandestins, la loi kenyane restrictive relative à l'avortement elle-même menace les droits des femmes à la vie et à la santé, tels que garantis aux fins des articles 4 et 16 de la Charte africaine. L'importance que revêt l'accès à l'avortement sans risque pour la préservation de la vie des femmes est également clairement explicitée dans le Protocole de Maputo, qui fournit la formulation la plus explicite du droit à l'avortement en cas de violence sexuelle, lorsque la poursuite de la grossesse met en danger la santé physique et mentale ou la vie de la femme enceinte, ou lorsqu'il y a un risque d'anomalie fœtale fatale.⁴⁵

Les Comités chargés de surveiller le respect des obligations énoncées dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, la CEDAW, et la Convention relative aux droits de l'enfant ont tous qualifié les taux élevés de mortalité maternelle résultant de l'avortement d'atteintes aux droits à la santé et à la vie, et ont demandé aux États parties, de manière explicite, de réexaminer la législation criminalisant l'avortement.⁴⁶ Dans le cas du Kenya, tant le Comité des droits de l'homme que le Comité des droits de l'enfant ont spécifiquement fait part de leur préoccupation concernant la loi restrictive relative à l'avortement au Kenya, et son lien avec la mortalité maternelle.⁴⁷

Les lois restrictives relatives à l'avortement sont également discriminatoires à l'encontre des femmes sur la base du sexe, de l'âge, de la situation économique, et portent atteinte au droit de ne pas être en butte à la discrimination, tel qu'expliqué dans les articles 2, 3 et 18(3) de la Charte africaine et dans l'article 2(1) du Protocole de Maputo.⁴⁸ En refusant l'accès à une intervention médicale dont seules les femmes ont besoin, on expose celles-ci à des risques de santé auxquels les hommes ne sont pas confrontés, car seules les femmes subissent les conséquences physiques et émotionnelles d'une grossesse non désirée ou à risque. De telles lois sont également discriminatoires à l'égard des jeunes femmes et des femmes à faible revenu, qui sont moins susceptibles de disposer de ressources pour avoir accès à l'avortement sans risque au Kenya ou à l'étranger.⁴⁹ Les femmes pauvres sont contraintes de recourir à des avortements clandestins, pratiqués par des prestataires non formés, souvent dans des conditions peu hygiéniques, ce qui rehausse considérablement le risque de complications liées à l'avortement. Les filles également sont moins susceptibles d'être en mesure d'avoir accès à des services procurant l'avortement sans risque et d'avoir des moyens financiers pour payer de tels services. Elles peuvent en plus avoir l'impression de subir des pressions supplémentaires pour mettre un terme à la grossesse en raison de la stigmatisation sociale de la grossesse et des difficultés qu'elles auront à poursuivre leur éducation. Une étude médicale récente sur l'avortement à l'Hôpital provincial de Kakamega a constaté que les facteurs qui contribuent à l'avortement à risque comprenaient les besoins en matière d'éducation, l'échec contraceptif, l'ostracisme associé à la grossesse en dehors du

mariage, le manque de soutien du conjoint/de la famille, la religion, et le manque de services de planification familiale pour les adolescentes.⁵⁰

Les statistiques qui suivent révèlent les ravages considérables causés par l'avortement à risque sur la vie des femmes kényanes, et les énormes pressions qu'il impose à un système de santé déjà à court de ressources. Début mai 2004, le Gouvernement, en association avec la Kenyan Medical Association et deux ONG, a publié l'Évaluation nationale de l'ampleur et des conséquences de l'avortement à risque au Kenya – « National Assessment of the Magnitude and Consequences of Unsafe Abortion in Kenya ». Selon le rapport, près de 300.000 avortements spontanés ou provoqués surviennent tous les ans, ce qui place à 44,7% l'incidence nationale de l'avortement pour 1.000 femmes âgées de 15 à 49 ans.⁵¹ Selon les estimations du même rapport, 20.000 femmes sont traitées tous les ans, dans les hôpitaux publics, pour des complications liées à la grossesse.⁵² L'avortement à risque est la cause de 30 à 40% des décès maternels au Kenya, selon la Kenya Medical Association et la Kenya Obstetric and Gynecologic Society.⁵³ L'étude portant sur l'hôpital Kakamega a constaté que l'avortement comptait pour 43% de tous les cas admis pour des conditions gynécologiques graves,⁵⁴ et qu'en moyenne 91 lits/heures étaient nécessaires pour traiter des complications de l'avortement (contre 39 heures/lits pour d'autres complications gynécologiques graves).⁵⁵

D. ACCÈS À DES SERVICES ET À L'INFORMATION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION FAMILIALE

L'accès aux contraceptifs et à la planification familiale est fondamental pour la protection des droits des femmes et des filles à la vie et à la santé. En l'absence de services contraceptifs, les femmes peuvent être exposées à des grossesses non désirées, entraînant peut-être des décès ou la maladie, en raison du manque de soins de santé adéquats, ou peuvent chercher à avorter de manière illicite, dans de mauvaises conditions de sécurité, avec des risques de complications ou de décès. En outre, le manque d'accès aux contraceptifs affecte le droit de la femme de maîtriser sa fécondité, le droit de décider d'avoir ou non des enfants, de décider du nombre de ses enfants et l'espacement de leur naissance, ainsi que le droit de se protéger contre les infections sexuellement transmises (IST), notamment le VIH/sida.

L'article 16(1) de la Charte africaine exige des Gouvernements qu'ils garantissent à leurs citoyens le meilleur état de santé qu'une personne soit capable d'atteindre.⁵⁶ De même, l'article 14(1) de la Charte des enfants garantit le droit « au meilleur état de santé physique, mentale et spirituelle. »⁵⁷ Le Protocole de Maputo réaffirme ce droit dans son article 14.⁵⁸ Les normes internationales de droits humains existantes reconnaissent également le droit des femmes au « meilleur état de santé qu'une personne soit capable d'atteindre »,⁵⁹ ainsi qu'à l'égalité dans « l'accès aux services de soins de santé, notamment à ceux liés à la planification familiale. »⁶⁰ Parmi les traités internationaux ayant trait aux droits humains qui lient le Kenya, le droit des femmes à la planification familiale est expressément reconnu dans le CEDAW et dans la Convention relative aux droits de l'enfant.⁶¹

Le soutien des donateurs en faveur des structures de planification familiale au Kenya est en train de tarir ; de plus, le gouvernement n'a pas affecté de fonds adéquats pour les contraceptifs et il y a eu des problèmes de logistique pour la distribution de contraceptifs.⁶² Dans les entretiens menés par la FIDA/CRR, les femmes et les prestataires de soins de santé ont également fait état des nombreux obstacles rencontrés pour obtenir des contraceptifs, par exemple des frais d'utilisation formels ou informels, même lorsque la méthode contraceptive est supposée être mise à disposition gratuitement par les autorités gouvernementales ; le manque de disponibilité de la méthode contraceptive préférée ; des renseignements incorrects et biaisés sur la planification familiale ; et l'absence de matériels nécessaires pour placer certains dispositifs.⁶³ Tous ces facteurs créent des obstacles à l'utilisation des contraceptifs, ce qui, en retour, entraîne des grossesses non désirées et des avortements à risque.⁶⁴ Le 2003 KDHS montre que seulement 39% de toutes les femmes kényanes enquêtées utilisaient une forme ou une autre de contraceptif.⁶⁵ Selon l'enquête, la hausse régulière de l'utilisation de contraceptifs chez les femmes mariées, depuis les années 80, s'est considérablement ralentie après 1998.⁶⁶ Le 2003 KDHS révèle également un besoin non satisfait de contraception chez les filles du

Kenya. Enquêtant uniquement sur des femmes actuellement mariées, l'étude a constaté que le besoin non satisfait de planification familiale chez les jeunes femmes mariées de 15 à 19 ans était de 27,8%.⁶⁷ L'enquête a également montré que 20,5% des naissances chez les femmes âgées de moins de 20 ans étaient non désirées, et que 26% de ces naissances étaient mal planifiées.⁶⁸ Le 2003 KDHS a de plus constaté que seulement 12% des femmes et 10% des hommes âgés de 15 à 19 ans avaient utilisé un préservatif au cours de leur premier rapport sexuel.⁶⁹

L'information et les services en matière de planification familiale doivent aller de pair pour être efficaces. L'incapacité à fournir l'information sur la santé reproductive constitue une menace pour les droits à la vie, à la santé, à l'autonomie dans la prise de décision et à tous les autres droits reproductifs des femmes et des filles. Le manque d'accès à l'information sur la santé reproductive étant associé à des taux élevés de mortalité maternelle, des taux élevés d'avortement, de grossesses chez les adolescentes et de VIH/sida ; il est crucial que le Gouvernement du Kenya mette davantage l'accent sur l'offre de renseignements aux femmes et aux filles, de manière à la fois générale et accessible. Il est crucial que l'information arrive à tous les pans de la population féminine, indépendamment de l'âge et du niveau d'instruction.

Le droit à l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive est couvert par l'article 9 de la Charte africaine, où il est formulé en tant que droit à l'accès à l'information.⁷⁰ En vertu de ce droit – également appuyé par les garanties des droits à la vie, à la santé et à l'autonomie dans la prise de décision en matière de reproduction – le Gouvernement kenyan est tenu de garantir aux femmes et aux adolescentes l'accès à l'information en matière de santé reproductive. L'article 14(1)(f) du Protocole de Maputo, qui offre une articulation plus détaillée des obligations qui incombent aux gouvernements en matière de planification familiale, comprend le droit à l'éducation en matière de planification familiale⁷¹ et oblige les États parties à « 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. »⁷²

Parmi les traités internationaux que le gouvernement du Kenya a ratifiés, le CEDAW garantit aux femmes, non seulement le droit à « des services appropriés ... pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, »⁷³ et celui de « décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances »,⁷⁴ mais aussi « d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits. »⁷⁵ La Convention relative aux droits des enfants affirme également le droit de la femme à « l'assistance et aux soins de santé nécessaires, »⁷⁶ ainsi qu'à « des soins de santé prénatale et post-natale appropriés pour les mères, »⁷⁷ et à l'éducation et à des services en matière de planification familiale. »⁷⁸

L'accès à la santé et aux services en matière de santé reproductive peut être particulièrement crucial pour les adolescentes. Les enfants nés de mères adolescentes sont prédisposés à des risques plus élevés de maladie et de décès, et les mères adolescentes sont plus exposées à des complications qui mettent la vie en danger durant et après la grossesse.⁷⁹ De plus, l'entrée précoce dans la reproduction prive souvent les jeunes femmes de la possibilité de poursuivre leur éducation de base, et ceci se fait au détriment de leurs perspectives de faire de bonnes carrières, contribuant ainsi à faire baisser leur statut au sein de la société.⁸⁰

Le Plan d'action de la Politique sur la santé reproductive des adolescents et le développement du Kenya reconnaît que « l'information et l'éducation en matière de santé sexuelle et reproductive sont importants pour les adolescentes »⁸¹ et que « celles-ci ont besoin d'informations précises et appropriées pour... faire des choix éclairés, avoir des modes de vie sains et positifs et éviter des conséquences non souhaitées, telles que les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmises. »⁸² Toutefois, en raison de l'âge précoce auquel les jeunes commencent leur vie sexuelle, des taux élevés de mortalité maternelle et de l'ignorance sur la sexualité et sur les rapports sexuels sans risque, l'on peut se poser de sérieuses questions sur la mise en œuvre effective de ce programme et de programmes conçus de manière similaires.

Les statistiques montrent que parmi les adolescents enquêtés pour le 2003 KDHS, 14,5% des filles et 30% des garçons avaient eu leur premier rapport sexuel avant d'avoir atteint l'âge de 15 ans.⁸³ Le 2003 KDHS a constaté une relation forte entre l'âge du premier rapport sexuel et le niveau d'instruction, en particulier chez les filles. Vingt cinq pour cent des jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans n'ayant pas d'instruction, avaient déjà eu des rapports sexuels à l'âge de 15 ans, contre seulement 14% chez les filles ayant acquis au moins une éducation secondaire.⁸⁴ De plus, les jeunes au Kenya ont des difficultés à se procurer la contraception ou des informations sur les rapports sexuels sans risque, ce qui peut entraîner des taux élevés d'IST, y compris le VIH, des grossesses non planifiées, des avortements à risque et des décès maternels.

En 2007, le Comité des droits de l'enfant a fait part de sa préoccupation concernant le nombre élevé de grossesses chez les adolescentes, la criminalisation de l'avortement en cas de viol et d'inceste, le manque de services de santé reproductive et d'éducation sexuelle accessibles, et les difficultés rencontrées par les filles enceintes pour la poursuite de leur éducation.⁸⁵ Dans ses Conclusions, le Comité recommandait au Gouvernement kenyan d'offrir aux jeunes un accès à des tests confidentiels pour le VIH et à des contraceptifs ; de fournir aux adolescents des services de counselling en matière de santé reproductive et de veiller à ce qu'ils soient informés de la disponibilité de tels services ; d'intensifier les efforts de prévention du VIH en fournissant aux jeunes des informations exhaustives sur les rapports sexuels sans risque ; de former les travailleurs de la santé et les enseignants sur les voies et moyens d'enseigner ces sujets ; ainsi que de fournir un soutien aux adolescentes enceintes et de les aider à trouver le moyen de poursuivre leur éducation.⁸⁶

E. VIH/SIDA

Des renseignements précis sur la prévention et le traitement des IST constituent un volet clé de la santé sexuelle et reproductive. L'incapacité à informer les femmes sur la prévention et le traitement des IST, notamment du VIH/sida, est une atteinte à leurs droits à la vie et à la santé. L'article 14(1)(d) du Protocole de Maputo énonce expressément que les femmes ont le droit de se protéger et d'être protégées contre les IST, notamment le VIH/sida.⁸⁷ Le Protocole de Maputo formule également le devoir de l'État de protéger les filles et les femmes contre les pratiques et situations qui rehaussent chez elles le risque d'être infectées, par exemple le mariage des enfants.⁸⁸

En matière de droits humains, les normes internationales existantes sur le droit à l'égalité, à la réalisation du meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre et à la vie, ont tous été interprétées pour garantir directement les droits de la femme en ce qui concerne le VIH/sida. Le Comité CEDAW a reconnu que les inégalités et la discrimination à l'égard des filles et des femmes, telles que leur faible statut économique et la violence sexuelle, contribuent à rendre les femmes plus vulnérables à l'infection par le VIH.⁸⁹ Le Comité des droits de l'enfant a établi un lien entre la pratique du mariage des enfants et du mariage forcé et la propagation du VIH/sida parmi les adolescentes.⁹⁰

Comme le note le rapport gouvernemental, le VIH/sida affecte davantage de femmes que d'hommes au Kenya.⁹¹ Ceci est particulièrement le cas parmi les jeunes femmes. Trois pour cent des femmes âgées de 15 à 19 ans sont séropositives, contre seulement 5% chez les garçons de la même tranche d'âge.⁹² La prévalence du VIH chez les jeunes femmes de 20-24 ans est trois fois plus élevée que chez les jeunes hommes de la même tranche d'âge (9% et 2% respectivement).⁹³ Il y a toutefois un manque de connaissance aberrant des facteurs de risque pour le VIH/sida et des mesures de prévention de cette maladie, et la perception des modes de transmission et de prévention est particulièrement alarmante. Plus de 50% de toutes les jeunes femmes âgées de 15-19 ans pensent qu'elles ne courent aucun risque de contracter le VIH, contre 43,5% des hommes de cette même tranche d'âge.⁹⁴ Environ 70% des Kenyans savent que le VIH peut être transmis par l'allaitement, mais seulement un tiers des femmes et 38% des hommes savent que la prise de certains médicaments durant la grossesse peut réduire le risque de transmission mère-enfant.⁹⁵

Les efforts visant à prévenir la propagation du VIH au Kenya se concentrent généralement sur ce qu'il convient d'appeler l'approche ABC (*abstain until marriage, be faithful within marriage, use condoms*

- abstinence jusqu'au mariage, fidélité dans le mariage et utilisation des préservatifs), mais une étude récente a révélé que ces termes se sont pas compris par les groupes qu'ils sont censés cibler.⁹⁶ Cette étude kenyane de 2004 a montré que si les jeunes scolarisés étaient généralement informés sur le VIH, nombre d'entre eux n'avaient pas de perception claire de la signification du terme ABC.⁹⁷ Ce qui était particulièrement inquiétant, c'était qu'il avait été constaté que deux tiers des jeunes enquêtés estimaient que les préservatifs étaient mauvais et qu'il pouvaient être « inefficaces ». ⁹⁸ L'étude indique que les programmes ABC ne font pas de communication claire sur les informations vitales dont les adolescents ont besoin pour se protéger contre le VIH. (Cette situation ne s'était guère améliorée au moment où Lucy Kibaki, Première dame du Kenya et Présidente de l'Organisation des 40 Premières dames africaines contre le VIH/sida, déclarait publiquement : « Ceux qui sont encore à l'école n'ont rien à voir avec l'accès aux préservatifs. »⁹⁹) De plus, l'accent placé sur l'abstinence jusqu'au mariage est à la fois inadéquat et dangereux, alors que les filles sont souvent contraintes à des relations sexuelles non consensuelles et que le mariage même peut, en fait, être un facteur de risque de contamination par le VIH.

Le taux élevé de mariages précoces au Kenya contribue également à la vulnérabilité des jeunes adolescentes à l'infection par le VIH. Près de 25% des femmes âgées de 20 à 40 ans en 2003 étaient mariées avant d'atteindre l'âge de 18 ans, et plus de 50% de ces femmes étaient entrées dans des mariages polygames.¹⁰⁰ Une étude de 2001 sur les filles sexuellement actives âgées de 15-19 ans à Kisumu, au Kenya, constatait que le taux d'infection par le VIH était de 10% plus élevé parmi les femmes mariées que chez les femmes non mariées (mariées 33%, non mariées 22%).¹⁰¹ L'étude a également constaté que le mariage précoce rehausse la fréquence des rapports sexuels, réduit l'utilisation du préservatif et rend l'abstinence plus difficile pour les filles.¹⁰² De plus, les époux des filles mariées étaient trois fois plus susceptibles d'être séropositifs que les partenaires sexuels des filles non mariées.¹⁰³

En dépit des risques multiples que peut entraîner le mariage précoce, les lois kenyanes relatives au mariage n'offrent pas une protection adéquate aux jeunes femmes. Bien que la Children Act fixe indirectement l'âge minimum pour le mariage à 18 ans,¹⁰⁴ la loi relative au mariage (Marriage Act)¹⁰⁵ et la loi Hindu Marriage and Divorce Act¹⁰⁶ fixent toutes deux l'âge minimum pour le mariage à 16 ans pour les filles, et à 18 ans pour les garçons. Les lois coutumières et islamiques autorisent généralement le mariage des filles ayant atteint la puberté, indépendamment de leur âge.¹⁰⁷ Reconnaissant à la fois le caractère discriminatoire des différences d'âge pour le mariage, entre filles et garçons, et les risques associés au mariage précoce, le Comité des droits de l'enfant a appelé le Kenya à harmoniser ses lois relatives au mariage et à fixer à 18 ans l'âge minimum légal pour le mariage, à la fois pour les filles et les garçons.¹⁰⁸

II. LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FILLES ET DES FEMMES, NOTAMMENT LES MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES (ARTICLES 2,3,4,5 ET 18 DE LA CHARTE AFRICAINE)

L'article 5 de la Charte africaine prévoit le respect de la dignité et interdit la torture et les traitements inhumains ou dégradants.¹⁰⁹ La Charte garantit également les droits à la vie et à la santé.¹¹⁰ Tous ces droits sont enfreints lorsque les femmes ne sont pas protégées contre le viol, la violence conjugale et d'autres formes de violence. En outre, les articles 2, 3 et 18(3) – qui prévoient, pour les deux sexes, une protection égale des droits énoncés dans la Charte et qui interdit la discrimination à l'égard des femmes – sont enfreints lorsque les gouvernements omettent de promulguer et d'appliquer des lois qui protègent la sécurité et l'intégrité physiques de la femme.¹¹¹ Plusieurs dispositions de la Charte de l'enfant et du Protocole de Maputo protègent également les filles et les femmes contre la violence physique et émotionnelle. L'article 27 de la Charte de l'enfant exige des États parties qu'ils prennent des mesures pour protéger l'enfant contre toutes les formes d'abus sexuels, d'exploitation, de torture et de traitements inhumains et dégradants, notamment contre les mauvais traitements physiques et mentaux et contre les abus sexuels.¹¹² De plus, aux fins de l'article 21, les États parties sont tenus de prendre des mesures pour éliminer les pratiques sociales et culturelles néfastes.¹¹³ De même, l'article 3(4) du Protocole de Maputo exige des États parties qu'ils prennent des mesures pour protéger les femmes contre toutes les formes de violence sexuelle.¹¹⁴

A. VIOLENCE SEXUELLE ET FAMILIALE

Le rapport du Gouvernement kenyan reconnaît la prévalence de la violence chez les filles et les femmes.¹¹⁵ Si la violence familiale et sexuelle n'est pas largement signalée, ce qui rend difficile la collecte de statistiques pleinement exhaustives sur leur prévalence, les chiffres indiquent qu'elle gangrène sérieusement la vie des femmes et des adolescentes kenyanes. Selon des sources policières, 2.908 cas de viols ont été signalés en 2004,¹¹⁶ et 2.867 en 2005, mais les statistiques hospitalières indiquent que près de 16.000 cas de viols surviennent tous les ans.¹¹⁷ Dans une étude de 2003 portant sur 1653 Kenyanes âgées de 17 à 77 ans, 52% des enquêtées ont fait état du fait qu'elles avaient été abusées sexuellement, alors que plus de 30% des enquêtées signalaient une expérience de rapports sexuels forcés.¹¹⁸ Une étude menée à Nairobi a montré que 4% de toutes les infections par le VIH chez les filles résultaient d'un viol.¹¹⁹ La violence au sein de la famille constitue également une menace sérieuse pour la vie et la santé des femmes au Kenya. Selon l'étude KDHS 2003, 47% des femmes ayant déjà été mariées ont fait état d'abus émotionnels, physiques ou sexuels de la part de leur époux, alors que 8% signalaient toutes les trois formes de violence perpétrées par leur époux actuel ou le dernier époux en date.¹²⁰

La violence sexuelle est également manifeste dans les écoles à travers le Kenya, mais très peu de mesures sont prises pour corriger cet état de fait. Si ces actes sont souvent de nature criminelle, les répercussions sur les enseignants qui en sont les auteurs sont généralement d'ordre administratif, par exemple des interdictions ou suspensions d'enseignement.¹²¹ L'absence de suivi administratif adéquat entraîne souvent la réintégration de l'enseignant, ce qui aboutit à la poursuite des mauvais traitements contre les élèves. En 2004, une école primaire de Kiambu avait justifié le retour d'un enseignant qui avait admis avoir molesté des filles pendant trois ans, au motif qu'il était un bon enseignant.¹²² En raison d'enquêtes et de poursuites inadéquates, il y a un taux de condamnation de moins de 10% dans les affaires portées devant les tribunaux.¹²³

La violence sexuelle à l'école peut avoir des conséquences physiques et mentales négatives pour la fille abusée. Lorsqu'une fille est violée, il y a toujours une possibilité qu'elle devienne enceinte ou qu'elle contracte une IST, mais les conséquences peuvent être encore beaucoup plus lourdes. Les filles enceintes peuvent être contraintes de quitter l'école et de contracter un mariage précoce ou, comme nous l'avons dit plus haut, des grossesses non planifiées et non désirées peuvent mener à des avortements illicites, à risque. Les abus sexuels perpétrés par un enseignant ou par un responsable d'établissement scolaire peuvent aussi entraîner, chez la victime, une certaine réticence à retourner à l'école ou à exceller dans ses cours, de crainte de se faire remarquer par son agresseur.¹²⁴ Il est fréquent que ces crimes ne soient pas signalés, car la victime craint l'ostracisme social, des répercussions négatives à l'école ou d'autres abus par les agents de l'organe chargé de mener l'enquête.

Certains progrès ont été réalisés dans le cadre législatif et d'application de la loi pour prendre en compte la violence de genre. En mai 2006, le corps législatif kenyan a voté la Loi sur les délits sexuels – Sexual Offences Act 2006 – à laquelle il est fait référence dans le rapport gouvernemental.¹²⁵ Si la loi est une amélioration par rapport aux lois antérieures inadéquates et parcellaires sur la violence sexuelle, la nouvelle législation est source de préoccupations sérieuses, par exemple l'exclusion du viol conjugal en tant que délit puni par le Code pénal. De plus, la loi prévoit que toute personne qui accuse à tort une autre personne d'agression sexuelle est passible d'une peine égale à celle infligée pour le délit dont elle s'est plainte.¹²⁶ Cette disposition pourrait dissuader les victimes de signaler les cas de violence sexuelle, de craintes d'être punies si l'affaire n'aboutit pas – par exemple si l'enquête policière mal menée aboutit à un acquittement.

Le besoin de législation pour la prise en compte de la violence familiale est toujours aussi pressant; le projet de loi sur la Protection de la famille (violence familiale) – Family Protection Bill – auquel le Gouvernement fait référence dans son rapport,¹²⁷ traîne en longueur depuis 2001 et n'a pas encore été promulgué en loi. Le Projet de loi sur la violence familiale - Domestic Violence Bill – serait une

avancée importante, car il interprète la violence domestique pour y inclure les abus physiques, sexuels et psychologiques et permettrait aux tribunaux de délivrer des ordonnances de protection. Il mettrait également en place un Fonds de protection de la famille pour aider à établir et entretenir des centres d'hébergement et des services en faveur des victimes de violence familiale. Ce fonds serait d'une très grande importance, car les ressources disponibles pour les femmes victimes de violence familiale sont, pour le moment, insuffisantes.¹²⁸ Par exemple, il n'y a aucun centre d'hébergement administré par les autorités publiques pour accueillir les femmes qui fuient un partenaire violent. Toutefois, même si le Projet de loi relatif à la violence familiale est promulgué en loi, un vide législatif important subsisterait car le projet de loi ne prend pas en compte le viol conjugal de manière explicite.

Les Lignes directrices nationales pour la gestion médicale du viol et de la violence sexuelle, publiées par la Division de la santé reproductive du Ministère de la santé souligne l'importance qu'il y a à fournir aux victimes de violence sexuelle un counselling et une contraception d'urgence, ainsi qu'une prophylaxie post-exposition, pour empêcher l'infection par le VIH, ainsi que l'importance d'une bonne collecte d'éléments de preuve qui peuvent être utilisés dans les poursuites contre l'agresseur.¹²⁹ Il semble, toutefois, que les Lignes directrices ne sont pas largement diffusées ou connues et qu'il y a de sérieux problèmes d'accès à la fois à la contraception d'urgence et à la prophylaxie post-exposition. En mai 2006, la prophylaxie post-exposition n'était disponible que dans 7 des 73 hôpitaux publics de district et dans un des 8 hôpitaux provinciaux.¹³⁰ Si le gouvernement affirme que la contraception d'urgence est largement disponible dans les structures publiques,¹³¹ sa disponibilité est de fait limitée par le fait que les structures de santé dirigées par les organisations de confession chrétienne, à savoir 30 à 40% des structures de santé au Kenya, et un pourcentage encore plus élevé dans certaines provinces,¹³² ne fournissent pas de contraception d'urgence, bien que certaines traitent les victimes de violence sexuelle. Les responsables de ces structures affirment que leurs convictions religieuses ne leur permettent pas de fournir la contraception d'urgence, mais qu'ils orientent les femmes vers les structures publiques pour ce type de contraception.¹³³ Toutefois, une femme peut ne pas être en mesure d'avoir accès à une structure publique qui offre la contraception d'urgence ou ne pas pouvoir le faire dans le délai où la contraception d'urgence est efficace, en particulier durant la période vulnérable et difficile suivant l'agression sexuelle. La capacité à empêcher une grossesse non désirée dans de tels cas est particulièrement cruciale, parce que la loi restrictive sur l'avortement au Kenya ne prévoit pas d'exception en cas de grossesse résultant de violences sexuelles.

Certaines pratiques en matière d'application des réglementations ont également pour effet de dissuader les victimes d'intenter des poursuites en cas de violence sexuelle. La victime doit en premier lieu se procurer, auprès d'un agent de police, le formulaire P3, utilisé par la police et les médecins pour documenter des agressions sexuelles, avant de pouvoir être examinée par un médecin. On a signalé des cas où les agents de police se faisaient payer pour la délivrance du formulaire P3, supposée être gratuite.¹³⁴ Étant donné la pauvreté qui prévaut chez les femmes au Kenya, dans les zones rurales en particulier, ces coûts peuvent être prohibitifs et priver effectivement les femmes d'accès à la justice. Dans les cas où l'agresseur est un agent de police, une victime peut être découragée d'intenter des poursuites, car seuls les postes de police sont habilités à délivrer ce formulaire P3.¹³⁵ En outre, les tribunaux ont tendance à préférer les preuves collectées par les médecins des structures publiques, qui sont souvent sollicités à l'excès et ne sont pas en mesure d'examiner la victime immédiatement, en particulier dans les zones rurales.¹³⁶ Les Lignes directrices nationales pour la gestion médicale du viol et de la violence sexuelle comprennent un formulaire qui peut être rempli pour collecter les renseignements, afin de documenter les preuves physiques de l'acte de violence sexuelle, qui seront par la suite transcrites dans un formulaire P3.¹³⁷ Toutefois, il n'y a pas d'indications claires sur le point de savoir si ce formulaire est largement ou effectivement utilisé et ou sur le type de formation dispensé aux prestataires de soins de santé à cet égard dans les Lignes directrices. Enfin, un obstacle fréquemment cité à des poursuites effectives contre les délits sexuels, c'est le manque de sensibilité et d'engagement à intenter des poursuites de la part de la police.¹³⁸ Amnesty International a fait part de ses préoccupations concernant l'équité, la transparence, l'impartialité et l'indépendance des enquêtes de police sur les agressions sexuelles au Kenya.¹³⁹

B. MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES (MGF)

La pratique des MGF sur les filles et les femmes porte atteinte au droit de n'être en butte à aucune forme de discrimination, aux droits à la vie et à l'intégrité physique, au droit à la santé, au droit de ne pas être en butte à la torture ou aux traitements cruels, inhumains et dégradants, ainsi qu'au droit des enfants à des protections spéciales. Si elle ne mentionne pas les MGF de manière spécifique, la Charte africaine protège l'intégralité de ces droits.¹⁴⁰ L'article 21 de la Charte des droits de l'enfant cherche également à protéger les enfants contre les MGF en notant : « Les Etats parties à la présente Charte prennent toutes les mesures appropriées pour abolir les coutumes et les pratiques négatives, culturelles et sociales qui sont au détriment du bien-être, de la dignité, de la croissance et du développement normal de l'enfant, en particulier : (a) les coutumes et pratiques préjudiciables à la santé, voire à la vie de l'enfant ; (b) les coutumes et pratiques qui constituent une discrimination à l'égard de certains enfants, pour des raisons de sexe ... »¹⁴¹ En outre, aux fins de l'article 16(1) de la même Charte, les États parties sont tenues de prendre des mesures pour protéger l'enfant contre « toute forme de tortures, traitements inhumains et dégradants, et en particulier toute forme d'atteinte ou d'abus physique ou mental... »¹⁴² Le Protocole de Maputo affirme et renforce le langage des deux Chartes en exigeant des États parties qu'ils prennent des mesures appropriées pour éliminer les schémas et pratiques sociaux et culturels qui sont discriminatoires à l'égard des femmes,¹⁴³ et en particulier, interdit toutes formes de MGF et toutes défenses culturelles de la pratique.¹⁴⁴

Des dispositions similaires énoncées dans les traités internationaux ratifiés par le Kenya ont également été interprétées pour inclure le droit des femmes d'être protégées contre les MGF. La Comité de la CEDAW et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ont identifié de manière explicite la pratique des MGF comme discriminatoire à l'égard des femmes.¹⁴⁵ Le Comité des droits humains a fait part de sa préoccupation concernant les conséquences durables sur la santé et les taux de mortalité maternelle élevés qui peuvent être imputés aux MGF, et a qualifié les MGF d'atteinte au droit à la protection contre la torture et les traitements cruels, inhumains et dégradants, et d'atteinte au droit à la vie.¹⁴⁶ Au cours de la Journée de l'enfant africain, en 2006, le Président de la Commission de l'Union africaine a mis l'accent sur le fait que les MGF sont une forme de violence à l'encontre des filles et a appelé les États Membres à « prendre l'engagement solennel d'éliminer la pratique et d'aider les millions d'enfants qui continuent d'être victimes de telles pratiques désastreuses. »¹⁴⁷

Les MGF ont des répercussions sur la santé physique et psychologique. Elles ont été liées à des complications obstétricales et au risque accru de décès, au moment à la fois de l'accouchement et du post-partum.¹⁴⁸ Les MGF peuvent également rendre le travail et l'accouchement difficiles – entraînant un travail long et laborieux, qui est une des causes majeures des fistules obstétricales.¹⁴⁹ Les pertes d'urine et de selles qui en résultent peuvent ruiner la vie des femmes qui sont fortement stigmatisées, et souvent tenues à l'écart par leur mari, leurs familles et leurs communautés.¹⁵⁰

La pratique des MGF sur les enfants, définis comme étant âgés de moins de 18 ans, est prohibée au titre de la Section 14 de la Children Act 2001.¹⁵¹ Cette loi décrit les filles qui sont susceptibles de subir des MGF de force comme des enfants ayant besoin d'attention et de protection spéciales et prévoit des mesures à prendre par les tribunaux contre les auteurs de tels actes.¹⁵² La loi a toutefois été critiquée car elle ne prévoit pas de sanctions contre les contrevenants, et des statistiques récentes indiquent que les autorités publiques doivent prendre des mesures supplémentaires pour garantir que la loi est respectée dans la pratique.¹⁵³ En outre, le fait que la pratique des MGF sur des femmes adultes ne soit pas interdite a été critiquée, parce que les femmes qui arrivent à l'âge de 18 ans sans avoir subi des MGF peuvent toujours être contraintes de se soumettre à la pratique.¹⁵⁴ Le Gouvernement a récemment manqué une occasion majeure de proscrire les MGF forcées sur les femmes adultes, avec le retrait d'une disposition allant dans ce sens de la nouvelle législation relative aux délits sexuels.

En dépit de l'interdiction juridique de la pratique des MGF sur les enfants, cette pratique se poursuit dans de nombreuses communautés kényanes. Une étude menée à Eldoret, par le Centre for Human Rights and Democracy, a estimé que 6.000 filles dans deux provinces subiraient des MGF durant les vacances de décembre 2004.¹⁵⁵ Selon le 2003 KDHS, 32% des 8.200 femmes participant à l'enquête

avaient subi des MGF.¹⁵⁶ Les femmes rurales (36%) sont plus susceptibles de subir des MGF que les femmes urbaines (21%).¹⁵⁷ Selon les estimations du Ministre d'Etat de l'intérieur, 38% des femmes ont subi des MGF, et ce chiffre atteint 80 à 90% chez les filles et les femmes de certains districts ruraux.¹⁵⁸ Le 2003 KDHS a constaté que 20,3% des 1.856 filles âgées de 15-19 ans, participant à l'enquête, avaient subi des MGF.¹⁵⁹

Une préoccupation supplémentaire est la « médicalisation » des MGF, qui pourrait saper les efforts visant à mettre un terme à la pratique. Il a été rapporté la prise de conscience des risques pour la santé impliqués par les MGF n'incitait pas les parents à abandonner la pratique, mais à se tourner plutôt vers des professionnels de la santé pour l'intervention.¹⁶⁰ Les activistes qui militent contre les MGF signalent que jusqu'à 90% des femmes de la communauté de Kisii, dans le Sud Kenya, sont excisées de manière illicite par les professionnels de la santé.¹⁶¹ Les autorités gouvernementales ont nié le fait que des MGF étaient pratiquées dans les structures de santé.¹⁶²

III. QUESTIONS AU GOUVERNEMENT DU KENYA

Sur la base de ces informations, nous prions respectueusement la Commission de soumettre au Gouvernement du Kenya les questions suivantes sur ces problèmes :

1. Quand le Gouvernement kenyan compte-t-il ratifier le Protocole de Maputo ? Projette-t-il de le faire sans réserves ? Quelles mesures le Gouvernement est-il en train de prendre pour garantir que les obligations en matière de droits reproductifs au titre de la législation régionale et internationale relative aux droits humains sont internalisées et mises en œuvre au niveau national ?
2. Quelles mesures le Gouvernement est-il en train de prendre pour s'attaquer de manière globale à la mortalité et à la morbidité maternelles et pour garantir que les femmes ont accès à des services assurant des accouchements de qualité, dans de bonnes conditions de sécurité et à des coûts abordables ? Que fait le Gouvernement pour combler les lacunes en matière d'offre de services clés, identifiées dans le 2004 KSPAS ? Qu'est-ce qui est fait actuellement pour améliorer la mise en œuvre du système de dérogation et pour garantir que les femmes et leurs bébés ne sont pas privés de services de santé, ou retenues de force dans les structures de santé parce qu'elles ne sont pas en mesure de s'acquitter des frais d'utilisation ?
3. Quelles mesures sont prises actuellement pour prendre en compte la négligence et les abus dont les femmes sont victimes dans les structures de soins ? Quels efforts ont été déployés pour corriger les atteintes flagrantes aux droits, tels que les abus perpétrés au sein du Pumwani Maternity Hospital, dont il a été fait état dans les médias nationaux ? Les autorités gouvernementales ont-elles l'intention de mettre en place un organe indépendant pour mener des enquêtes et prévoir des réparations en ce qui concerne les plaintes ?
4. Quelles mesures sont actuellement mises en œuvre pour garantir l'accès à l'information et à des services de qualité en matière de planification familiale, l'absence de ces services et information menant à des grossesses non désirées, à des avortements, et à la mortalité maternelle ? Plus spécifiquement, quelles mesures sont prises actuellement pour garantir aux femmes un accès pratique, à des coûts abordables, à leur méthode de planification familiale préférée, dans des cadres qui protègent leurs droits à la confidentialité et au consentement en connaissance de cause ?
5. Quelles mesures sont prises pour réexaminer les lois relatives à l'avortement existantes, les politiques sanitaires et les lignes directrices pour les mettre en conformité avec les normes internationales et régionales en matière de droits humains, qui sont contraignantes pour le Kenya, et pour supprimer du Code pénal les dispositions relatives à l'avortement ? Quelles mesures sont prises pour prendre en compte, dans les plus brefs délais, la question de

- l'avortement à risque, qui est l'une des causes majeures de la mortalité maternelle ? Quelles mesures sont prises pour garantir l'accès à des soins post-abortum aux femmes et aux filles qui ont des complications résultant de l'avortement à risque ?
6. Quelles mesures sont prises pour garantir que des informations en matière de santé sexuelle et reproductive, définies en fonction de l'âge (âge-appropriée), touchent tous les pans des adolescentes et femmes vivant dans les zones rurales et urbaines ? Quelles mesures sont prises pour prêter attention aux populations ayant un faible statut socio-économique ? Qu'est-ce qui est fait pour garantir la mise en œuvre effective de la Politique de santé reproductive des adolescents et de développement (Adolescent Reproductive Health and Development Policy) ?
 7. Quels efforts sont déployés pour veiller à ce que des informations précises et générales sur la transmission et la prévention du VIH arrivent à toutes les femmes et à toutes les filles ? Quelles mesures sont prises pour réduire le taux de mariage précoce et pour garantir la révision des lois kenyanes relatives au mariage et la protection des jeunes femmes contre le VIH/sida, de manière adéquate, comme recommandé par le Comité des droits de l'enfant ?
 8. Le Gouvernement est-il attaché à garantir la mise en œuvre des Lignes directrices pour le traitement des victimes de violence sexuelle, telles que publiées par le Ministère de la santé ? Les professionnels de la santé et les responsables de l'application des lois bénéficient-ils de la formation requise sur ces Lignes directrices ? Les financements nécessaires sont-ils prévus pour la dissémination et la formation ? Quelles mesures sont prises pour veiller à ce que les victimes de violences sexuelles aient accès à des contraceptifs d'urgence et à la prophylaxie post-exposition, tel que prévu dans les Lignes directrices ? Le Gouvernement s'engage-t-il à fournir un financement approprié pour garantir la disponibilité de telles ressources dans les centres de santé ? Le Gouvernement prend-t-il des mesures pour garantir que les structures administrées par des groupes religieux chrétiens, qui traitent les victimes de violences sexuelles, ont en stock des contraceptifs d'urgence ?
 9. Quelles mesures sont prises pour mettre en place des infrastructures institutionnelles adéquates en vue de mener des enquêtes correctes sur les délits sexuels ? Quelles mesures sont prises pour protéger les élèves contre la violence et les abus sexuels à l'école ? Quelles mesures le Gouvernement projette-t-il de prendre pour permettre aux élèves et aux filles de signaler en toute sécurité des abus sexuels au sein de la communauté et dans les cadres scolaires ? Quels sont les plans du Gouvernement pour la collecte de données par âge sur le viol et d'autres formes de violence sexuelle ? Quelles mesures sont prises actuellement pour garantir que la police et le pouvoir judiciaire sont sensibles aux besoins des victimes de violence sexuelle ? Plus spécifiquement, des mesures sont-elles prises pour garantir la mise en place de bureaux du genre dans les postes de police ?
 10. Quelles mesures sont prises pour promulguer des lois qui protègent de manière effective les victimes de violence familiale, notamment de viol conjugal ? Le Gouvernement s'engage-t-il à fournir le financement qui garantira la disponibilité de centres d'hébergement pour les victimes de violence familiale ? Quelles mesures sont prises actuellement pour veiller à ce que la police et le pouvoir judiciaire soient sensibles aux besoins des victimes de violence familiale ?
 11. Quelles mesures juridiques sont prises pour protéger le droit des femmes de ne pas subir des MGF ? Le Gouvernement s'engage-t-il à promulguer des lois qui prévoient des sanctions contre les contrevenants à la Children Act 2001 ? Quelles mesures sont prises pour garantir que la Children Act 2001 est observée ? Combien d'arrestations et de poursuites y a-t-il eu effectivement pour des cas d'atteintes à la Children Act ? Qu'est-ce qui est fait pour répondre aux besoins des filles et des femmes qui ont des complications

résultant des MGF, notamment à leurs besoins en matière de soins de santé reproductive ? Quelles mesures sont prises pour promouvoir la prise de conscience, par le public, du caractère néfaste des MGF ? Dans son dernier rapport soumis au Comité des droits de l'enfant, le Gouvernement reconnaît le lien entre les MGF et le mariage précoce. A la lumière de ce lien et des nombreux risques que le mariage précoce fait courir aux jeunes filles, que fait le Gouvernement pour garantir que les lois relatives au mariage empêchent cette pratique ?

Un écart significatif subsiste entre les dispositions de la Charte africaine et la réalité de la santé et de la vie reproductive des femmes au Kenya. Nous espérons que ces renseignements seront utiles durant le réexamen par la Commission de l'observation des dispositions de la Charte africaine par le Gouvernement kenyan. Si vous avez des questions, ou si vous souhaitez recevoir des renseignements complémentaires, nous vous saurions gré de bien vouloir contacter les personnes soussignées.

Veillez agréer, Messieurs et Madames les Membres de la Commission, nos salutations distinguées.

Elisa Slattery
Legal Adviser, Africa Program
Center for Reproductive Rights

Jane Onyango
Executive Director
Federation of Women Lawyers—Kenya

Notes

¹ Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, *adoptée le 26 juin 1981*, O.A.U. Doc. CAB/LEG/67/3/Rev.5, 21 I.L.M. 58, art. 4 (1982) (*entrée en vigueur le 21 octobre 1986*) [ci-après Charte africaine].

² Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, *adoptée le 11 juillet 1990*, OAU Doc. CAB/LEG/24.9/49 (*entrée en vigueur le 29 novembre 1999*) [ci-après Charte de l'enfant].

³ Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, relatif aux droits de la femme en Afrique, *adopté le 11 juillet 2003*, O.A.U. Doc. CAB/LEG/66.6, art. 4(1) (*entrée en vigueur le 25 novembre 2005*) [ci-après Protocole de Maputo].

⁴ République du Kenya, *Report on the African Charter on Human and Peoples' Rights*, June 2006, para. 17, disponible à http://www.achpr.org/english/_info/Kenyan%20report_eng.pdf. [ci-après Rapport du Gouvernement kenyan].

⁵ Protocole de Maputo, note 3 *ci-dessus*, art. 26.

⁶ « L'Etat a le devoir de veiller à l'élimination de toute discrimination contre la femme et d'assurer la protection des droits de la femme et de l'enfant tels que stipulés dans les déclarations et conventions internationales. » Note 1 *ci-dessus*, art. 18(3). « Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie. » *Id.* art. 16(2).

⁷ *Id.* art. 18(3).

⁸ « La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne: Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit. » *Id.* art. 18(4). « Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.. » *Id.* art. 16(1). « Les Etats parties à la présente Charte s'engagent à prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de leurs populations et de leur assurer l'assistance médicale en cas de maladie. » *Id.* art. 16(2).

⁹ Comité des droits de l'homme, *observation générale 6 : Le droit à la vie*, para 5 (16^{ème} Sess., 1982), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.1 à 6 (1994), disponible à : [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/84ab9690ccd81fc7c12563ed0046fae3?Opendocument). [Ci-après HRC Observation gén. 6].

¹⁰ Mike Mwaniki, *Sh 10 bn is Set Aside for Sexual Health Education*, THE NATION (NAIROBI), 20 juin 2006.

¹¹ *Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases*, OAU/SPS/Abuja/3 (2001) 6, disponible à www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf.

¹² CENTRAL BUREAU OF STATISTICS (CBS) [KENYA], MINISTRY OF HEALTH (MOH)[KENYA], AND ORC MACRO, KENYA DEMOGRAPHIC AND HEALTH SURVEY 2003 236 (2004) [ci-après KDHS 2003].

¹³ COMITE DES DROITS ECONOMIQUES, SOCIAUX ET CULTURELS , *Observation générale 14, Le droit au meilleur état de santé qu'il soit possible d'atteindre* para. 21 (22^{ème} Sess., 2000) U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001), disponible à : [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument). Voir par exemple Comité CEDAW - *Conclusions: Belize*, para. 56, U.N. Doc. A/54/38 (Jan. 7, 1999); *Colombie*, para. 393, U.N. Doc A/54/38 (April 2, 1999); *Dominican Republic*, para. 337, U.N. Doc A/53/38 (May 14, 1998); *Madagascar* para. 244, U.N. Doc A/49/38, 4 déc. 1994).

¹⁴ HRC Observation gén. 6, note 9 *ci-dessus* para. 5.

¹⁵ Déclaration de Paul Hunt, Rapporteur spécial sur le droit au plus haut niveau de santé qu'une personne est susceptible d'atteindre à l'Assemblée générale des Nations-Unies, 19 octobre 2006, disponible à www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/docs/oral%20remarks%20of%20Paul%20Hunt%20GA%202006.doc.

¹⁶ NATIONS UNIES, OBJECTIFS DU MILLENAIRE POUR LE DEVELOPPEMENT, OBJECTIF 5, «Améliorer la mortalité maternelle », [ci-après Objectif du Millénaire pour le développement Goal 5], disponible à : www.un.org/millenniumgoals/index.html. Voir également *Déclaration et Programme d'action de Beijing Quatrième Conférence mondiale sur les femmes*, Beijing, Chine, 4-15 septembre 1995, U.N. Doc. A/CONF.177/20, art. 107(i), (1995), disponible à : <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwcw/off/a--20.en> (Les pays devraient s'efforcer de réduire de manière significative la mortalité maternelle : une réduction de la mortalité maternelle de 50% par rapports aux niveaux de 1990 d'ici 2000 et d'encore 50% d'ici 2015. les pays ayant les niveaux de mortalité les plus élevés devraient viser à arriver, d'ici 2005, à un taux de mortalité maternelle inférieur à 125 pour 100.000 naissances vivantes et d'ici 2015, à un taux de mortalité inférieur à 75 pour 100.000 naissances vivantes.) ; *Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement*, le Caire, Egypte, 5-13 sept. 1994, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1, para. 8.21 (1995), disponible à www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html.

¹⁷ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para.82.

¹⁸ National Coordinating Agency for Population and Development [Kenya], Ministry of Health [Kenya], and Central Bureau of Statistics, [Kenya] and ORC Macro Calverton, Maryland, USA, Kenya Service Provision Assessment Survey 2004, 111 [ci-après KSPAS 2004].

¹⁹ Rapport du gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para. 82.

²⁰ Objectif du Millénaire pour le développement 5, note 16 *ci-dessus*.

²¹ Conseil économique et social de l'O.N.U. [ESOSOC], Comm. des droits humains, Rapport du Rapporteur spécial : Le droit de toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre, U.N. Doc E/CN.4/2006/48, (March 3, 2006), para. 16, disponible à <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/114/69/PDF/G0611469.pdf?OpenElement>.

²² KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 234.

²³ *Id.* à 235.

²⁴ *Id.* à 237.

²⁵ *Id.* à 237 (« Il n'y a pas de grandes erreurs d'échantillonnage sur chacune de ces estimations et il n'y a donc pas de différences significatives entre les deux estimations ; ainsi, il est impossible de dire avec assurance que la mortalité maternelle a baissé. »).

²⁶ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para. 4.

²⁷ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 237.

²⁸ KSPAS 2004, note 18 *ci-dessus*, à 128-140.

²⁹ *Id.* à 135. Les articles pour le contrôle des infections comprennent des produits pour se laver les mains, des gants propres et stériles, des solutions désinfectantes et une boîte d'instruments. *Id.* à 131.

³⁰ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para.156.

³¹ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 132.

³² Ricardo Bitran and Ursula Giedion, *Waivers and Exemptions for Health Services in Developing Countries 75* (Social Protection Unit, The World Bank, Working Paper No. 25987, mars 2003), disponible à <http://www-wds.worldbank.org> (Les auteurs de l'article mettent l'accent sur le fait que leurs conclusions et leur analyse sont préliminaires et ne devraient pas être attribuées à la Banque mondiale).

³³ FIDA Kenya/CRR entretiens et focus groups, 11/15/06, 11/24/06, 2/01/07, 2/09/07, 4/05/07, 4/17/07, 4/20/07.

³⁴ Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée le 10 déc. 1948, G.A. Res. 217A (III), à 71, U.N. Doc. A/810 (1948), art. 2 ; Pacte international relative aux droits économiques, sociaux et culturels, G.A. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. No. 16, à 49, art. 2(2), U.N. Doc. A/6316 (1966), 999. U.N.T.S. 3 (entrée en vigueur le 3 janvier 1976) [ci-après ICESCR].

³⁵ Comité ICESCR, Observation générale r 16: Egalité entre l'homme et la femme pour la jouissance de tous les droits économiques, sociaux et culturels (Art.3), paras. 11-13, 15, 19 (34^{ème} Sess., 2005), U.N. Doc

E/C.12/2005/4 (2005), disponible à <http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/CESCR-GC16-2005.pdf>; Comité des droits humains, Observation générale 28: Egalité des droits entre l'homme et la femme (Art.3), (68^{ème} Sess., 2000), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001), disponible à [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/13b02776122d4838802568b900360e80?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/13b02776122d4838802568b900360e80?Opendocument).

³⁶ *Comité CRC Conclusions : Kenya*, 44^{ème} Sess., paras. 48, 52, U.N. Doc. CRC/C/KEN/CO/2 (2 février 2007) [ci-après *Conclusions CRC Kenya*, 2007].

³⁷ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 129.

³⁸ NATIONAL JOINT STEERING COMMITTEE FOR MATERNAL HEALTH IN KENYA 2002, STANDARDS FOR MATERNAL HEALTH IN KENYA 7 (2002).

³⁹ KSPAS 2004, note 18 *ci-dessus*; KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*; FIDA Kenya/CRR entretiens et focus groups, 11/15/06, 11/24/06, 11/28/06, 11/29/06, 2/01/07, 2/02/07, 2/06/07, 2/09/07, 4/05/07, 4/11/07, 4/17/07, 4/20/07.

⁴⁰ FIDA Kenya/CRR entretiens et focus groups, 11/15/06, 11/24/06, 11/28/06, 11/29/06, 2/01/07, 2/02/07, 2/06/07, 2/09/07, 4/05/07, 4/11/07, 4/17/07, 4/20/07.

⁴¹ Waweru Mugo & Martin Mutua, *Pumwani Hires 100 Nurses to Curb Staff Shortage*, THE STANDARD Dec.22, 2004; Mike Mwaniki, *100 More Nurses for Pumwani*, THE NATION, 23 déc. 2004 ; Jeff Otieno, *Babies Probe Turns to Pumwani*, THE NATION, 10 sept. 2004; Julius Bosire, *Study Unveils Pumwani's Pathetic State*, THE NATION, 10 août 2004 ; Editorial, *Pumwani Needs a Total Overhaul*, DAILY NATION, 9 déc. 1999 ; Lucy Oriang. *Maitha, Get Cracking on This Horror*, THE NATION, 6 nov. 2004 ; Editorial, *Kombo on Pumwani*, THE STANDARD, 21 déc. 2004 ; FIDA Kenya/CRR entretiens et focus groups, 11/15/06, 11/24/06, 11/28/06, 11/29/06, 2/01/07, 2/06/07, 2/09/07, 4/05/07, 4/11/07, 4/17/07, 4/20/07.

⁴² *Id.*

⁴³ Code Pénal du Kenya, Disposition 240. Le Ministère de la santé, dans ses lignes directrices sur les soins aux survivantes de viol et de violences sexuelles, a indiqué que l'avortement pouvait être disponible lorsque la grossesse résultait d'un viol. Toutefois, le fondement juridique de cette politique n'est pas explicite dans la législation existante. DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH, MINISTRY OF HEALTH (KENYA), NATIONAL GUIDELINES: MEDICAL MANAGEMENT OF RAPE/SEXUAL VIOLENCE 9 (2004) [ci-après *MEDICAL MANAGEMENT OF RAPE/SEXUAL VIOLENCE*].

⁴⁴ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para. 26

⁴⁵ Maputo Protocol, note 3 *ci-dessus*, art.14(2)(c).

⁴⁶ *Voir par exemple, Comité CEDAW, Conclusions : Burundi*, 02/02/2001, U.N. Doc. A/56/38, para. 61; *Madagascar*, 12/04/94, U.N. Doc. A/49/38, para. 244 ; *Maroc*, 12/08/97, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, para. 68; *Namibia*, 12/08/97 ; *Zimbabwe*, 14/05/98, U.N. Doc. A/53/38, para. 159 ; *Belize*, 01/07/99, U.N. Doc. A/54/38, para. 56 ; *Colombie*, 04/02/99, U.N. Doc. A/54/38, para. 393 ; *République dominicaine*, 14/05/98, U.N. Doc. A/53/38, para. 337 ; *Tchad*, 24/08/99, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107, para. 30. *Voir par exemple, Comité CRC, Conclusions: Tchad*, 24/08/99, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.107, para. 30 ; *Colombie*, 16/10/2000, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.137, para. 48 ; *Guatemala*, 09/07/2001, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.154, para. 40 ; *Nicaragua*, 24/08/99, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.108, para. 35 ; *Nicaragua*, 20/06/95, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.36, para. 19. *Voir par exemple, Comité ICESCR, Conclusions : Cameroun*, 08/12/99, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.40, para. 25 ; *Maurice*, 31/05/94, U.N. Doc. E/C.12/1994/8, para. 15 ; *Sénégal*, 24/09/2001, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.62, para. 26. *Voir* CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS (CRR)(ed.), BRINGING RIGHTS TO BEAR 145-153 (Center for Reproductive Rights 2002), disponible à www.reproductiverights.org/pub_bo_tmb.html. *Voir* Pacte international relative aux droits civils et politiques, G.A. Res. 2200A (XXI) U.N. GAOR, 21^{ème} Sess., Supp. No. 16, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entrée en vigueur le 23 mars 1976*), art.6 [ci-après ICCPR]

⁴⁷ *Conclusion du Comité des droits de l'enfant : Kenya*, para. 45, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.160 (7 novembre 2001) ; *Comité des droits humains, Conclusions: Kenya*, para. 14, U.N. Doc. CCPR/CO/83/KEN (29 avril 2005), 83^{ème} Session; Kenya Conclusion du Comité des droits de l'enfant, 2007 note 36 *ci-dessus*, para. 49.

⁴⁸ Charte africaine, note 1 *ci-dessus*, arts. 2,3,18(3) ; Maputo Protocol, note 3 *ci-dessus*, art.2(1)

⁴⁹ Le coût d'un avortement sans risque dans des structures privées au Kenya a été estimé à environ 625 dollars, alors qu'un avortement "clandestine" peut être revenir à juste 6,25 dollars. Joyce Mulama, *Contraceptives? You're Lucky if You Get Them*, INTER-PRESS SERVICES, GLOBAL INFORMATION NETWORK, Nov. 8, 2004, disponible à <http://ipsnews.net/interna.asp?idnews=26165>.

⁵⁰ E.B. Wamwana, MD, P.M. Ndavi, P.B. Gichangi, BSc, J.G. Karanja, *Socio-Demographic Characteristics of Patients Admitted with Gynaecological Emergency Conditions at the Provincial General Hospital, Kakamega, Kenya*, EAST AFRICAN MEDICAL JOURNAL VOL. 83 NO. 12 659 (2006), [ci-après Wamwana et. al].

⁵¹ MINISTRY OF HEALTH (KENYA), A NATIONAL ASSESSMENT OF THE MAGNITUDE AND CONSEQUENCES OF UNSAFE ABORTION IN KENYA XI (2004).

⁵² *Id.* à 21.

- ⁵³ Kenyan Medics Call for Legalization of Abortion to Reduce Maternal Deaths, BBC MONITORING INTERNATIONAL REPORTS, 29 janv. 2004.
- ⁵⁴ Wamwana et. al., *supra* note 50 *ci-dessus*, à 661.
- ⁵⁵ *Id.* à 660. L'étude concluait que la situation pourrait être corrigée en assurant des soins de santé à forte base communautaire, avec des systèmes de référence plus solides, et de meilleures infrastructures de transport. *Id.* à 665.
- ⁵⁶ Charte africaine, note 1 *ci-dessus*, art. 16(1).
- ⁵⁷ Charte des enfants, note 2 *ci-dessus*, art. 14(1).
- ⁵⁸ Protocole de Maputo, note 3 *ci-dessus*, art. 14.
- ⁵⁹ Convention relative aux droits de l'enfant, art. 6, *adoptée le* 20 nov. 1989, G.A. Res. 44/25, annex, U.N. GAOR, 44^{ème} Sess., Supp. No. 49, à 166, UN Doc. A/44/49 (1989), *réimprimé dans* 28 I.L.M. 1448, *entrée en vigueur le* 2 sept. 1990, *disponible à* <http://www.unhcr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>. [ci-après CRC]. *Voir également* Convention relative à l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), *adoptée le* 18 déc. 1979, G.A. Res. 34/180, U.N. GAOR, 34^{ème} Sess., Supp. No. 46, à 193, art. 12, U.N. Doc. A/34/46 (1979) (*entrée en vigueur le* 3 sept. 1981) [ci-après CEDAW]; ICESCR, note 34 *ci-dessus*, art. 12(1).
- ⁶⁰ CEDAW, note 59 *ci-dessus*, art. 12(1).
- ⁶¹ *Voir id.* arts. 10(h), 12(1) ; Convention relative aux droits de l'enfant, note 60 *ci-dessus*, arts. 13(1), 24(2)(f).
- ⁶² Jane Godia, *Threatened Lives*, SUNDAY STANDARD, Nov. 14, 2004, at 20; Joyce Mulama, *Contraceptives? You're Lucky if You Get Them*, INTER-PRESS SERVICE, GLOBAL INFORMATION NETWORK, 8 nov. 2004.
- ⁶³ Entretiens et focus groups FIDA Kenya/CRR, 11/15/06, 11/16/06, 11/24/06, 11/28/06, 11/29/06, 2/01/07, 2/06/07, 2/09/07, 4/05/07, 4/20/07.
- ⁶⁴ Joyce Mulama, *Too Many Illegal Abortions, Too Little Contraception*, MAIL & GUARDIAN ONLINE, 23 oct. 2005 *disponible à* www.mg.co.za/articlePage.aspx?articleid=254381&area=/insight/insight_africa/.
- ⁶⁵ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 68.
- ⁶⁶ *Id.*
- ⁶⁷ *Id.* à 106.
- ⁶⁸ *Id.* à 110.
- ⁶⁹ *Id.* à 211.
- ⁷⁰ Charte africaine, note 1 *ci-dessus*, art. 9.
- ⁷¹ Protocole de Maputo, note 3 *ci-dessus*, art. 14(1)(f).
- ⁷² *Id.* art. 14(2)(a).
- ⁷³ CEDAW, note 59 *ci-dessus*, art. 12(2).
- ⁷⁴ *Id.* arts. 12(2), 16(1)(e).
- ⁷⁵ *Id.* art. 16, para. 1(e).
- ⁷⁶ Convention relative aux droits de l'enfant, note 59 *ci-dessus*, art. 24(2)(b).
- ⁷⁷ *Id.* art. 24(2)(d).
- ⁷⁸ *Id.* art. 24(2)(d).
- ⁷⁹ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 61.
- ⁸⁰ *Id.*
- ⁸¹ REPUBLIC OF KENYA, DIVISION OF REPRODUCTIVE HEALTH, MINISTRY OF HEALTH, ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH AND DEVELOPMENT POLICY: PLAN OF ACTION 2005-2015 3 (2005).
- ⁸² *Id.*
- ⁸³ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 95.
- ⁸⁴ *Id.* à 209.
- ⁸⁵ Kenya CRC Conclusions 2007, note 36 *ci-dessus*, para. 49.
- ⁸⁶ *Id.* paras. 25, 50.
- ⁸⁷ Protocole de Maputo, note 3 *ci-dessus*, art. 14(1)(d).
- ⁸⁸ *Id.* art. 14(1)(d)(e).
- ⁸⁹ Comité CEDAW, *Recommandation générale 24: Femmes et santé*, paras. 6, 18 (20^e Sess., 1999), U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.5 (2001), *disponible à* www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm. *Voir également* Comité CEDAW *Conclusions : Rwanda*, 09/05/96, U.N. Doc. A/51/38, para. 321 ; *Ouganda*, 31/05/95, U.N. Doc. A/50/38, para.322 ; *Namibie*, 12/08/97, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Part II, para.79.
- ⁹⁰ Comité CRC *Conclusions : République centrafricaine*, 16/10/2000, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.138, paras. 46-47; *Djibouti*, 28/06/2000, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.131, paras. 45-46; *Inde*, 23/02/2000, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.115, para. 50.
- ⁹¹ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para.156.
- ⁹² KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 221.
- ⁹³ *Id.* à 221.

⁹⁴ *Id.* à 194.

⁹⁵ *Id.* à 187.

⁹⁶ HORIZONS REPORT: HIV/AIDS OPERATIONS RESEARCH, ABCS: NOT AS SIMPLE AS THEY SOUND: KENYA STUDY HIGHLIGHTS HOW ADULTS AND YOUTH INTERPRET KEY MESSAGES 9 (déc. 2005).

⁹⁷ *Id.* Par exemple, lorsque qu'il leur a été demandé de définir "la fidélité", les enquêtées ont assimilé le terme à des qualités telles que « la loyauté envers une autre personne ou l'honnêteté et la confiance » plutôt qu'à la fidélité sexuelle.

⁹⁸ *Id.* à 10.

⁹⁹ *Kenyan First Lady in AIDS Storm*, BBC NEWS, 19 mai 2006.

¹⁰⁰ UNICEF, EARLY MARRIAGE: A HARMFUL TRADITIONAL PRACTICE, 32, 2005.

¹⁰¹ Shelley Clark, *Early Marriage and HIV Risks in Sub-Saharan Africa*, 35 *STUD. FAM. PLAN.* 149, 150 (2004).

¹⁰² *Id.* à 149.

¹⁰³ *Id.*

¹⁰⁴ La Children Act de 2001 interdit le mariage de tout enfant et définit l'enfant comme étant âgé de moins de 15 ans. Voir Kenya Gazette Supplement No. 95 (Acts. No. 8), The Children Act, 2001, secs. 2, 14.

¹⁰⁵ The Marriage Act, Cap. 150 (Kenya).

¹⁰⁶ The Hindu Marriage and Divorce Act, Cap 157 (Kenya).

¹⁰⁷ Vicky W. Mucai-Kattambo, Janet Kabeberi-Macharia & Patricia Kameri-Mbote, *Law and the Status of Women in Kenya*, in *WOMEN, LAWS, CUSTOMS AND PRACTICES IN EAST AFRICA – LAYING THE FOUNDATION* (Janet Kabeberi-Macharia, ed.) (1995).

¹⁰⁸ Conclusions Comité des droits des enfants, note 36 *ci-dessus*, paras. 22, 53-54.

¹⁰⁹ Charte africaine, note 1 *ci-dessus*, art. 5 (« Tout individu a droit au respect de la dignité inhérente à la personne humaine et à la reconnaissance de sa personnalité juridique. Toutes formes d'exploitation et d'avilissement de l'homme notamment l'esclavage, la traite des personnes, la torture physique ou morale, et les peines ou les traitements cruels inhumains ou dégradants sont interdites. »).

¹¹⁰ Charte africaine, note 1, art. 16(1) (« Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre. ») ; *Id.* art. 4 (« La personne humaine est inviolable. Tout être humain a droit au respect de sa vie et à l'intégrité physique et morale de sa personne: Nul ne peut être privé arbitrairement de ce droit. »).

¹¹¹ *Id.* arts. 2, 3, 18(3).

¹¹² Charte des droits de l'enfant, note 2 *ci-dessus*, art. 27.

¹¹³ *Id.* art. 21.

¹¹⁴ Protocole de Maputo, note 3 *ci-dessus*, art. 3(4).

¹¹⁵ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, paras. 151-152.

¹¹⁶ KENYA POLICE, RAPE CASES FOR THE YEARS 2000, 2001, 2002, 2003 AND 2004, KENYA POLICE INTERNAL STATISTICS 2000-2004.

¹¹⁷ Mercy Randa, *Sexual Abuse Cases on Children Up*, NATION (NAIROBI), 16 juin 2006.

¹¹⁸ TONY JOHNSTON, POPULATION COMMUNICATION AFRICA, THE SEXUAL ABUSE OF KENYAN WOMEN AND GIRLS: A BRIEFING BOOK 6, 14 (2003).

¹¹⁹ GENDER AND HIV/AIDS TECHNICAL SUB-COMMITTEE OF THE NATIONAL AIDS CONTROL COUNCIL, MAINSTREAMING GENDER INTO THE KENYA NATIONAL HIV/AIDS STRATEGIC PLAN 2000-2005 2 (2002).

¹²⁰ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 243. Une étude a constaté que sur 1267 femmes 60.9% des Kenyanes mariées sont victime d'un abus ou d'abus multiples au sein de leurs ménages. Trente sept pour cent signalent des cas de violence familiale multiples, 23,9% en signalent un seul, 54% signalent des abus fréquents, 52.2% des femmes enquêtées ont signalé des abus physiques, 40.7% des abus sexuels et plus de 64% des abus psychologiques et émotionnels. POPULATION COMMUNICATION AFRICA, DOMESTIC ABUSE IN KENYA 10 (2002).

¹²¹ KENYA ALLIANCE FOR ADVANCEMENT OF CHILDREN, ET. AL., STATE VIOLENCE IN KENYA: AN ALTERNATIVE REPORT TO THE UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS COMMITTEE 71 (2005).

¹²² Njonjo Kihuria, *Suspected Molester Forgiven for being a 'Good Teacher'*, EAST AFRICAN STANDARD, 6 août 2004

¹²³ *Id.*

¹²⁴ HUMAN RIGHTS WATCH, SCARED AT SCHOOL: SEXUAL VIOLENCE AGAINST GIRLS IN SOUTH AFRICAN SCHOOLS 61 (2001).

¹²⁵ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para. 142

¹²⁶ The Sexual Offences Act, S. 38 (Kenya).

¹²⁷ Rapport du Gouvernement kenyan, note 4 *ci-dessus*, para. 142.

¹²⁸ Dans les communautés rurales, il n'y a pas de centres d'accueil et peu d'assistance professionnelle pour les victimes de violence domestique. La situation n'est guère meilleure dans les zones urbaines. Dans la capitale de Nairobi, il y a un seul centre d'hébergement où les enfants maltraités peuvent rester jusqu'à 6 mois, et un centre

d'accueil pour les femmes maltraitées est dirigé par une organisation non gouvernementale qui est tributaire de fonds de donateurs.

¹²⁹ MEDICAL MANAGEMENT OF RAPE/SEXUAL VIOLENCE, note 43 *ci-dessus*

¹³⁰ Joyce Mulama, *Preventing Rape Survivors from Becoming AIDS Statistics*, INTER PRESS SERVICE, 22 mai 2006.

¹³¹ *Id.*

¹³² FIDA Kenya/CRR entretien avec Christian Health Association of Kenya, 11/20/2006.

¹³³ *Id.*; FIDA Kenya/CRR entretien avec Catholic Health Secretariat, 4/10/07.

¹³⁴ Les contrôleurs et les responsables de terrain qui travaillent avec FIDA Kenya ont signalé que dans de nombreuses zones rurales, la redevance normale pour acquérir le formulaire P3 était de 500 shillings kenyans (environ 6,25 dollars US ou 5,10 Euros) et qu'il fallait payer 500 shillings de plus à l'hôpital pour faire remplir le formulaire par un médecin. FIDA Kenya, Draft Memorandum to the Commissioner of the Police, Major-General Hussein Ali, nov. 2004; *Voir également* Amnesty International, *Kenya: Rape: The Invisible Crime*, March 2002 [ci-après Amnesty International], à <http://web.amnesty.org/library/Index/engaf320012002>.

¹³⁵ Amnesty International, note 134 *ci-dessus*.

¹³⁶ SOCIETY FOR INTERNATIONAL DEVELOPMENT, PULLING APART: FACTS & FIGURES ON INEQUALITY IN KENYA 21 (2004) disponible à <http://www.sidint.org/Publications/Docs/pulling-apart.pdf>.

¹³⁷ MEDICAL MANAGEMENT OF RAPE/SEXUAL VIOLENCE, note 43 *ci-dessus*, 35-38.

¹³⁸ Amnesty International, note 133 *ci-dessus*.

¹³⁹ *Id.*

¹⁴⁰ Le droit de n'être en butte à aucune forme de discrimination à l'égard des femmes est garanti par les articles 2, 3 et 18(3) de la Charte africaine. Les droits à la vie et à l'intégrité physique sont protégés par l'article 4, et l'article 16 prévoit une protection du droit à la santé protection. Charte africaine, note 1 *ci-dessus*.

¹⁴¹ La Charte des droits de l'enfant interdit également la pratique des MGF en garantissant le droit à la vie et « le droit bénéficié du meilleur état de santé physique, mentale et spirituelle qu'une personne soit capable d'atteindre. » Charte des droits de l'enfant, note 2 *ci-dessus*, art. 21.

¹⁴² *Id.* art. 16(1).

¹⁴³ Protocole de Maputo, note 3 *ci-dessus*, art. 8(f).

¹⁴⁴ *Id.* art. 5(b).

¹⁴⁵ Le comité de la CEDAW a identifié la pratique des MGF comme discriminatoire à l'égard des femmes, dans ses Conclusions sur divers pays *Voir par exemple, Conclusions du Comité de la CEDAW: Burkina Faso*, 31/01/2000, U.N. Doc. A/55/38, para. 261 ; *Cameroun*, 26/06/2000, U.N. Doc. A/55/38, paras. 53-54 ; *République démocratique du Congo*, 01/02/2000, U.N. Doc. A/55/38, para. 215 ; *Pays-Bas*, 31/07/2001, U.N. Doc. A/56/38, para.207 ; *Sénégal*, 12/04/94, U.N. Doc. A/49/38, para. 721. En outre, Les Recommandations générales 19 du Comité de la CEDAW établissent un lien entre les attitudes traditionnelles qui assujettissent les femmes et des pratiques violentes telles que les MGF, en spécifiant que « de tels préjugés et pratiques peuvent justifier la violence de genre comme forme de protection ou de contrôle des femmes. » Comité de la CEDAW, *Recommandation générale 19 : Violence à l'égard des femmes*, para. 11 (11^{ème} Sess., 1992), U.N. Doc. HRI/GEN /1/Rev.5 (2001), disponible à [www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/300395546e0dec52c12563ee0063dc9d?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/300395546e0dec52c12563ee0063dc9d?Opendocument). La Recommandation générale 19 reconnaît également que la violence à l'égard des femmes non seulement prive celles-ci de leurs droits civils et politiques, mais aussi de leurs droits sociaux et économiques. Elle spécifie que « les conséquences (structurelles) sous-jacentes de ces formes de violence de genre contribuent à maintenir les femmes dans leurs rôles subordonnés, et contribuent à leur faible niveau de participation et à leur faible niveau d'instruction, de compétences et d'opportunités d'emploi. » *Id.* De même, le Comité des droits humains a assimilé les MGF à de la discrimination à l'égard des femmes et des filles. *Voir par exemple, Comité des droits humains, Conclusions : Nigeria*, 24/07/96, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.65, A/51/40, paras. 291, 296 ; *Sénégal*, 19/11/97, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add 82, para. 12 ; *Zimbabwe*, 04/08/98, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add. 89, para. 12 ; *Soudan*, 19/11/97, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.85, para. 10. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a également reconnu les aspects discriminatoires de la pratique des MGF. *Voir également, par exemple, Comité des droits économiques, sociaux et culturels – Conclusion s: Cameroun*, 08/12/99, U.N. Doc. E/C.12/1/A dd.40, para. 33 ; *Egypte*, 12/05/2000, U.N. Doc. E/C.12/1/A dd.44, para. 13 ; *Nigeria*, 13/05/98, U.N. Doc. E/C.12/Add.23, para. 39. L'observation générale 14 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels explique que, « Le droit à la santé ... comprend le droit de contrôler son corps et sa santé, notamment sa liberté sexuelle et reproductive et le droit de ne pas subir d'ingérences, tel que le droit de ne pas être en butte à la torture, à des traitements médicaux non consensuels et à l'expérimentation. » Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *Observation générale 14: Le droit au meilleur état de santé qu'une personne soit capable d'atteindre*, para. 8 (22^{ème} Sess., 2000), U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (11 août 2000), disponible à [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?Opendocument). General

Comment 14 imposes an obligation on states parties to take measures to protect women and children “in the light of gender-based expressions of violence,” and to ensure that harmful traditional practices do not interfere with access to health care and family planning. *Id.*, para. 35.

¹⁴⁶ Voir par exemple, *Conclusion du Comité des droits humains : Lesotho*, 08/04/99, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.106, para. 12 ; *Sénégal*, 19/11/97, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add 82, para. 12.

¹⁴⁷ 147 Son Excellence. Prof Alpha Omar Konaré, Président de l’Union africaine, Déclaration à l’occasion de la célébration de la journée de l’Enfant africain (16 juin 2006), *disponible à* www.africaunion.org/root/au/Conferences/SpecialDays/2006/day_of_african_child/Statement_by_Chairperson.pdf.

¹⁴⁸ Etude de Groupe de l’OMS sur les Mutilations génitales féminines et les résultats obstétriques, *Female Genital Mutilation and Obstetric Outcome : WHO Collaborative Prospective Study in Six African Countries*, 367 LANCET 1835, 1839 (2006).

¹⁴⁹ *Consequences of Genital Mutilation*, 36 WOMEN’S HEALTH NEWSL. 5 (1998); Rebecca Cook et al., *Obstetric Fistula: The Challenge to Human Rights*, 87 INT’L J. GYNAECOLOGY & OBSTETRICS 72 (2004).

¹⁵⁰ Maggie Bangser, *Obstetric Fistula and Stigma*, 367 LANCET 535 (2006).

¹⁵¹ Kenya Gazette Supplement No. 95 (Acts. No. 8), The Children Act, 2001, sec.14.

¹⁵² Kenya Gazette Supplement No. 95 (Acts. No. 8), The Children Act, 2001, sec.119(h).

¹⁵³ Voir Kenya: *Boost for Anti-FGM Efforts as 200 Circumcisers Quit*, UN INTEGRATED REGIONAL INFORMATION NETWORK, 10 mars 2004, *disponible à* www.irinnews.org/report.asp?ReportID=39965.

¹⁵⁴ Joyce Mulama, *Kenya: In the Name of Chastity, Girls Go Through Pain, Humiliation*, ALL AFRICA, 27 sept. 2004; Ochieng’ Ogodo, *FGM in Kenya: Outlawed, Not Eradicated*, INTER PRESS SERVICE, GLOBAL INFORMATION NETWORK, 8 fév. 2005.

¹⁵⁵ *6,000 Girls Set To Be ‘Cut’ in North Rift*, DAILY NATION, 12 nov. 2004.

¹⁵⁶ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 250.

¹⁵⁷ *Id.*

¹⁵⁸ Ogodo, note 154 *ci-dessus*.

¹⁵⁹ KDHS 2003, note 12 *ci-dessus*, à 251.

¹⁶⁰ IRIN NEWS, note 153 *ci-dessus*.

¹⁶¹ *Id.*; Joyce Mulama, *Kenya: Women Say Genital Mutilation Goes on Unabated*, INTER PRESS SERVICE-GLOBAL INFORMATION NETWORK, 9 juin 2004.

¹⁶² *Id.*