



Assemblée générale

Distr. générale
11 juillet 2019
Français
Original : anglais

Soixante-quatorzième session

Point 26 a) de de la liste préliminaire*

Promotion des femmes : promotion des femmes

Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales

Note du Secrétaire général

Le Secrétaire général a l'honneur de transmettre aux membres de l'Assemblée générale le rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Dubravka Šimonović, présenté conformément à la résolution [71/170](#) de l'Assemblée.

* [A/74/50](#).



Rapport de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences concernant l'adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales

Résumé

Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences étudie la question des mauvais traitements et des actes de violence commis à l'égard des femmes dans le cadre de la prestation de services de santé procréative, en particulier les violences liées à l'accouchement et les violences obstétricales, ainsi que les causes profondes et les problèmes structurels auxquels il est impératif de s'attaquer afin de mettre un terme à ces formes de mauvais traitements et de violence.

Table des matières

	<i>Page</i>
I. Introduction	4
II. Activités	4
III. Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales	4
A. Introduction	4
B. Portée du rapport	6
C. Formes de mauvais traitements et de violence fondée sur le genre dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement en établissement de soins	8
D. Causes profondes des mauvais traitements et violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative	15
E. Application du cadre international et régional de défense des droits de la personne aux mauvais traitements et aux violences qui sont infligés dans les services de santé procréative	18
F. Actions prises à l'échelle nationale pour lutter contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes pendant l'accouchement en établissement de soins	22
IV. Conclusions et recommandations à l'intention des États et d'autres parties prenantes	23

I. Introduction

1. Le présent rapport, établi par la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Dubravka Šimonović, est présenté en application de la résolution 71/170 de l'Assemblée générale. Dans la section II, la Rapporteuse spéciale résume les activités qu'elle a menées dans le cadre de son mandat pendant la période considérée, jusqu'en juillet 2019. Dans la section III, elle étudie les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales, et répertorie les causes profondes et les problèmes structurels qui expliquent ce phénomène. Dans la section IV, elle conclut en formulant des recommandations visant à prévenir et à combattre les mauvais traitements et violences infligés aux femmes lorsqu'elles reçoivent des services de santé procréative et lorsqu'elles accouchent.

II. Activités

2. Au cours de la période considérée, la Rapporteuse spéciale s'est employée à consolider la plateforme de coopération entre les mécanismes indépendants de lutte contre la violence à l'égard des femmes et de promotion de leurs droits œuvrant à l'échelle mondiale et régionale, qu'elle avait mise en place conformément à son mandat, ainsi qu'à intensifier sa coopération avec le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. À la quarante et unième session du Conseil des droits de l'homme, tenue en juin 2019, elle a présenté : a) son rapport thématique sur ce mandat, comprenant un chapitre sur ses 25 ans d'existence et une analyse de son évolution, des défis qui se posent actuellement et de la voie à suivre – contribution à l'examen après 25 ans de la mise en œuvre de la Déclaration et du Programme d'action de Beijing (A/HRC/41/42) ; b) ses rapports sur les visites qu'elle avait effectuées au Canada (A/HRC/41/42/Add.1) et au Népal (A/HRC/41/42/Add.2).

3. Le 1^{er} juillet 2019, la Rapporteuse spéciale a participé à la soixante-treizième session du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et évoqué sa coopération avec lui pour ce qui est de la promotion de la recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre et de la création de la plateforme de coopération entre les mécanismes indépendants de défense des droits de la personne des femmes¹.

III. Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences obstétricales

A. Introduction

4. Ces dernières années, les mauvais traitements et les violences subis par les femmes pendant l'accouchement dans des établissements de soins ou dans le cadre d'autres services de santé procréative ont eu un retentissement mondial, notamment grâce aux femmes et organisations de femmes qui ont témoigné en nombre sur les

¹ <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24780&LangID=E> (en anglais).

médias sociaux et révélé que ce phénomène était répandu et systémique. Consciente du fait que ces questions n'avaient jamais entièrement été abordées sous l'angle des droits de la personne, la Rapporteuse spéciale a décidé d'y consacrer un rapport thématique, en accordant une attention particulière aux violences commises pendant l'accouchement et aux violences obstétricales.

5. Principale institution des Nations Unies chargée des questions de santé, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a répondu à l'inquiétude croissante des femmes quant à l'accouchement en publiant une déclaration en 2015 dans laquelle elle a condamné « les agressions physiques, les humiliations graves, les agressions verbales, les procédures médicales imposées aux femmes de manière coercitive ou effectuées sans l'obtention de leur consentement (dont la stérilisation), le manque de confidentialité, l'absence de consentement pleinement éclairé, le refus de leur administrer des médicaments contre la douleur, les violations flagrantes de leur intimité, le refus d'admission dans les établissements de santé, la négligence entraînant des complications évitables et qui constituent une menace pour leur vie, et la détention de femmes et de leur bébé dans l'établissement, après la naissance, lorsque la mère n'est pas en mesure d'acquitter les frais exigés »². Elle y a affirmé que ce genre de traitement constituait non seulement une violation des droits des femmes à des soins fondés sur le respect, mais aussi une menace pour leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique et à l'absence de discrimination.

6. En préparation du présent rapport, la Rapporteuse spéciale et l'OMS ont organisé conjointement une réunion d'experts, qui s'est tenue les 25 et 26 avril 2019 à Genève, sur la question des mauvais traitements subis pendant l'accouchement au regard des droits de la personne et des violences faites aux femmes. La Rapporteuse spéciale a également lancé un appel à contributions et demandé des renseignements sur les formes de mauvais traitements, le consentement éclairé et les mécanismes d'application du principe de responsabilité, ainsi que des exemples de mesures prises à l'échelle nationale dans le domaine de la santé pour lutter contre la violence à l'égard des femmes. Elle a reçu plus de 128 contributions d'États, d'organisations non gouvernementales, d'institutions indépendantes et d'universitaires³. Plusieurs organisations non gouvernementales ont également publié des rapports sur les mauvais traitements subis par les filles et les femmes lorsqu'elles donnent naissance à un enfant dans des établissements de soins partout dans le monde⁴.

7. L'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe a décidé de publier un rapport sur les violences obstétricales et gynécologiques ; la Rapporteuse spéciale et la personne chargée par l'Assemblée parlementaire d'établir le rapport ont eu des échanges⁵.

² Déclaration de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins », WHO/RHR/14.23 (2015).

³ Toutes les contributions peuvent être consultées, en anglais, sur le site Web de la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

⁴ Voir, à titre d'exemple, Center for Reproductive Rights, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007) ; Amnesty International, *Deadly Delivery: The Maternal Health Care Crisis in America*, Londres (2010) ; Human Rights Watch, « *Stop making excuses* » : *Accountability for Maternal Health Care in South Africa* (2011) ; Janka Debrecéniová, éd., *Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia*, Citizen, Democracy and Accountability (2015) ; Center for Reproductive Rights, *Vakeras Zorales – Speaking Out: Roma Women's Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia* (2017).

⁵ Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, document n° 14495 (26 janvier 2018) ; réunion sur les violences obstétricales et gynécologiques tenue à Zagreb le 3 juillet 2019.

B. Portée du rapport

8. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale a pour ambition de considérer les différentes formes de mauvais traitements et de violence subies par les femmes dans les services de santé procréative sous l'angle des droits de la personne, en accordant une attention particulière aux violences commises pendant l'accouchement et aux violences obstétricales. Les mauvais traitements et les actes de violence à l'égard des femmes portent non seulement atteinte au droit de celles-ci de vivre une vie exempte de violence, mais constituent également une menace pour leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité physique, à l'intimité, à l'autonomie et à l'absence de discrimination.

9. Les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement sont analysées comme s'inscrivant dans le prolongement des violations commises plus largement du fait des inégalités structurelles, de la discrimination et du patriarcat, et qui sont aussi la conséquence d'une sensibilisation et d'une formation insuffisantes et du non-respect de l'égalité de statut des femmes et de leurs droits. Les filles et les femmes sont également victimes de violence lorsqu'elles souhaitent bénéficier d'autres soins de santé sexuelle et procréative (examens gynécologiques, avortements, traitements contre l'infertilité, contraception), ou dans d'autres situations liées à la santé sexuelle et procréative.

10. Dans le présent rapport, la Rapporteuse spéciale formule des recommandations visant à lutter contre les problèmes structurels et les causes profondes à l'origine des violences faites aux femmes dans les services de santé procréative, en accordant une attention particulière aux violences commises pendant l'accouchement et aux violences obstétricales. Il s'agit de poser des jalons pour aider les États à s'acquitter de leurs obligations en matière de droits de la personne et à élaborer des lois, des politiques, des stratégies nationales en faveur de la santé procréative des femmes et des mécanismes de recours adaptés, pour garantir que les droits de la personne soient pris en compte dans les soins de santé et que les auteurs de violations soient amenés à en répondre. Au regard du droit international, parmi les actes ou omissions d'acteurs non étatiques imputables à l'État figurent les « actes ou omissions d'acteurs du secteur privé habilités en vertu du droit de cet État à exercer des prérogatives de la puissance publique, y compris les organismes privés qui sont des prestataires de services publics comme les soins de santé ou l'éducation, ou qui gèrent des lieux de détention⁶ ». Les États parties à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes ont aussi l'obligation de poursuivre par tous les moyens appropriés et sans retard une politique tendant à éliminer la discrimination à l'égard des femmes et la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, notamment dans le domaine de la santé. Cette obligation a un caractère immédiat et il est impossible de justifier un retard par quelque motif que ce soit, de nature économique, culturelle ou religieuse notamment.

11. Notant que le Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) constate qu'il n'existe aucun consensus mondial quant à la façon de définir et de mesurer les violences faites aux femmes lorsqu'elles accouchent en établissement de soins⁷, et que ce point a déjà été évoqué par une organisation non gouvernementale, qui a noté

⁶ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, CEDAW/C/GC/35, par. 24 a).

⁷ Contribution du Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

que ce type de violence était tellement banalisée qu'elle n'était pas (encore) considérée comme une forme de violence à l'égard des femmes⁸, la Rapporteuse spéciale tient à souligner que la définition de la violence à l'égard des femmes ci-après, inscrite à l'article premier de la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, s'applique à toutes les formes de mauvais traitements et de violence infligés aux femmes dans les services de santé sexuelle et lors de l'accouchement : « tous actes de violence dirigés contre le sexe féminin, et causant ou pouvant causer aux femmes un préjudice ou des souffrances physiques, sexuelles ou psychologiques, y compris la menace de tels actes, la contrainte ou la privation arbitraire de liberté, que ce soit dans la vie publique ou dans la vie privée⁹ ». Dans sa recommandation générale n° 19, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes définit la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre comme la « violence exercée contre une femme parce qu'elle est une femme ou qui touche spécialement la femme¹⁰ », tandis que la jurisprudence du Comité et celle d'organes judiciaires et de contrôle dans certaines affaires apportent des précisions sur des formes particulières de violences faites aux femmes qui ont trait à leur santé procréative et à leurs droits fondamentaux.

12. Pour ce qui est de la terminologie, la Rapporteuse spéciale entend par « violences obstétricales » tout acte de violence subi par les femmes lorsqu'elles accouchent en établissement de soins. Ce terme est largement utilisé en Amérique du Sud mais ne l'est pas encore en droit international des droits de l'homme et, afin d'étudier cette question au regard des normes internationales existantes relatives aux droits des femmes, elle emploiera également le terme « violences faites aux femmes pendant l'accouchement ». Au niveau régional, le Comité d'experts du Mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la Convention de Belém do Pará, le premier à considérer les violences obstétricales comme une violation des droits de la personne, a recommandé aux États de les ériger en infraction dans leur législation, ce qu'ont fait plusieurs pays d'Amérique latine et des Caraïbes¹¹.

13. Par souci de clarté, et face à la multitude des termes existants (« mauvais traitements », « manque de respect », « sévices », « violence physique » ou « violence à l'égard des femmes » notamment), la Rapporteuse spéciale a choisi de ne retenir que les termes « mauvais traitements » et « violences faites aux femmes » dans le présent rapport. Elle est consciente du fait que toutes les formes de mauvais traitements commis pendant l'accouchement et dans le cadre d'autres services de santé procréative ne sont pas des actes délibérés ou intentionnels de violence à l'égard des femmes, même si certains actes ou omissions peuvent être considérés comme tels (voir *supra*, par. 10). Il convient cependant de noter que, selon les circonstances et dans des cas particuliers, certaines formes de mauvais traitements constitueront un acte de violence à l'égard des femmes, tandis que d'autres constitueront une violation des droits de la personne au regard des normes et de la jurisprudence relatives aux droits de l'homme.

14. Dans le présent rapport, le consentement éclairé est considéré comme un droit de la personne et comme un rempart à ce type de violence. Souvent, les femmes se voient privées de leur droit de prendre des décisions éclairées en ce qui concerne les

⁸ Contribution de Mother Hood e.V adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

⁹ Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes (résolution 48/104 du 20 décembre 1993).

¹⁰ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, (CEDAW/C/GC/35, par. 1).

¹¹ À titre d'exemple, voir l'article 15 de la loi n° 26.485/ 2009 de la République bolivarienne du Venezuela, relative à la protection intégrale des femmes.

soins reçus lors de l'accouchement ou d'autres services de santé procréative ; cette absence de consentement éclairé constitue une violation des droits de la personne dont les États et leur système de santé pourraient être tenus responsables.

C. Formes de mauvais traitements et de violence fondée sur le genre dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement en établissement de soins

15. Sur la base des contributions reçues et d'autres ressources, la Rapporteuse spéciale a pu déterminer la manière dont la violence fondée sur le genre se manifeste dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement en établissement de soins. La liste établie est non exhaustive.

16. Les témoignages douloureux de victimes figurant dans les contributions adressées à la Rapporteuse spéciale révèlent que les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement en établissement de soins sont une réalité partout dans le monde, qui touche toutes les femmes, indépendamment de leur niveau socioéconomique. Les nouvelles plateformes sociales numériques ont joué un rôle déterminant en permettant aux femmes de briser le silence, de partager leur expérience et de raconter leur histoire. À l'image de ce qui s'est produit avec le mouvement #MeToo, les informations relayées sur ces plateformes ont confirmé que les femmes victimes de violences obstétricales étaient souvent réduites au silence ou éprouaient une réticence à parler en raison des tabous, de la peur d'être stigmatisées ou parce qu'elles avaient l'impression que les violences qu'elles avaient subies étaient un acte isolé. Ces témoignages ont montré que les cas de mauvais traitements et de violence pendant l'accouchement étaient fréquents et une constante dans les systèmes de santé.

17. Parmi les nouveaux mouvements sociaux exigeant que les droits des femmes soient respectés dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement, lesquels sont apparus dans plusieurs pays depuis 2015 et ont attiré l'attention sur les mauvais traitements et les violences systématiques infligés aux femmes, on peut citer : #bastacere: le madri hanno voce (Italie), #PrekinimoSutnju (Croatie), #PayeTonUtérus (France), #Genoeggezwegen (Pays-Bas), #Másállapotot (Hongrie) et la révolution des roses et #Minä Myös Synnyttäjänä (Finlande). Cette dernière campagne a été lancée en mai 2019 et en seulement deux semaines, 150 récits ont été reçus faisant état d'actes de violence, de violations des droits de la personne et de comportements déplacés dans le cadre des soins de maternité et des soins prénatals, obstétricaux et post-partum.

18. En Irlande, à la suite du décès d'une mère et de son bébé dans un service de maternité en janvier 2019, une femme a appelé une chaîne de radio nationale afin de décrire les mauvais traitements et la négligence dont elle avait été victime et l'insécurité qu'elle avait ressentie pendant le travail et l'accouchement. À la suite de ce premier appel, plus d'un millier de femmes ont pris contact avec la radio, et au cours d'émissions diffusées ultérieurement, du 2 au 10 avril, des femmes ayant accouché dans de mauvaises conditions et ayant constaté un manque de respect, des sévices et des mauvais traitements dans les services de maternité irlandais ont pu témoigner de leur expérience avec force détails¹².

19. Une organisation non gouvernementale suédoise a mis en avant l'incapacité du Gouvernement de donner aux femmes la possibilité d'accoucher ailleurs qu'à

¹² Contribution de l'Irish Maternity Support Network adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

l'hôpital (en maison de naissance, ou à domicile avec l'aide de personnel qualifié), bien qu'il ait été prouvé que ces options sont bien plus sûres et peuvent aider à atténuer le problème des violences obstétricales, celui des soins non fondés sur des preuves et les conséquences physiques de la surmédicalisation de la naissance, qui entraînent souvent des lésions obstétricales. Pour cette organisation, les manquements du Gouvernement en la matière traduisent une certaine misogynie et le peu de considération accordé à la santé mentale et physique immédiate et à long terme des femmes¹³.

20. Déjà considérée comme une violation des droits de la personne et une forme de violence à l'égard des femmes qui pourrait constituer un acte de torture, la symphysiotomie, technique chirurgicale qui consiste à inciser et agrandir le bassin afin de faciliter l'accouchement, était essentiellement pratiquée en Irlande jusqu'au début des années 1990, à l'insu ou sans le consentement libre et éclairé des femmes, entraînant douleurs et invalidité à vie pour nombre d'entre elles. Le Comité contre la torture a examiné les plaintes déposées par de nombreuses victimes et conclu que cette intervention constituait un acte de torture. En 2017, le Comité a recommandé à l'Irlande d'ouvrir une « enquête impartiale et approfondie sur les cas de femmes qui [l'avaient subie] (...) et [de] garantir aux victimes une réparation, y compris une indemnisation et des mesures de réadaptation, déterminées au cas par cas ». Il a signalé que des « médecins refusaient, pour des raisons plus religieuses que médicales, de recourir à d'autres interventions, qui auraient entraîné beaucoup moins de douleurs et de souffrances »¹⁴. Le Comité des droits de l'homme a établi qu'entre 1944 et 1987, 1 500 femmes et filles ont subi une symphysiotomie sans avoir donné leur consentement libre et éclairé¹⁵. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a appelé l'Irlande à lancer sans délai des enquêtes indépendantes et approfondies sur les allégations de mauvais traitements, y compris sur les allégations de symphysiotomie, et recommandé que toutes les victimes survivantes obtiennent réparation du préjudice subi et qu'elles bénéficient de services de réhabilitation¹⁶.

21. La stérilisation et l'avortement forcés sont des crimes et des formes de violence à l'égard des femmes fondée sur le genre. La Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, également appelée Convention d'Istanbul, les interdit expressément, tandis que dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et d'autres instruments des Nations Unies relatifs aux droits de l'homme, l'interdiction, implicite, découle de la protection des droits de la personne et des droits en matière de procréation des femmes. La stérilisation et l'avortement forcés sont des interventions médicales pratiquées partout dans le monde sans le consentement éclairé des femmes concernées. Les professionnels de la santé y recourent pour diverses raisons, par exemple parce qu'ils pensent agir en quelque sorte dans l'intérêt supérieur des femmes¹⁷ ou qu'ils considèrent que certains groupes de femmes issues de minorités (comme les femmes roms, autochtones, handicapées ou vivant avec le VIH) ne sont pas « dignes » de procréer, sont incapables de prendre

¹³ Voir <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%3%b6delsehuset.pdf> (en anglais).

¹⁴ Comité contre la torture, Observations finales concernant le deuxième rapport périodique de l'Irlande (CAT/C/IRL/CO/2, par. 29 et 30).

¹⁵ Comité des droits de l'homme (2014), Observations finales concernant le quatrième rapport périodique de l'Irlande (CCPR/C/IRL/CO/4, par. 11).

¹⁶ Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observations finales concernant le rapport valant sixième et septième rapports périodiques de l'Irlande [CEDAW/C/IRL/CO/6-7, par. 15 a)].

¹⁷ Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/22/53, par. 32.

des décisions responsables concernant leur contraception ou d'être de « bonnes mères », ou que leurs enfants sont indésirables. Certains prestataires de soins de santé ne communiquent pas certaines informations ou mentent aux femmes afin qu'elles acceptent la stérilisation, ce qui relève, comme l'a jugé la Cour européenne des droits de l'homme, « d'un manque total de respect envers [leur] droit à l'autonomie et au choix en tant que [patientes] »¹⁸. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et des tribunaux régionaux se sont intéressés à ces interventions médicales, qu'ils ont qualifiées d'actes de violence à l'égard des femmes fondée sur le genre pouvant entraîner des préjudices physiques et psychologiques et être assimilées à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant¹⁹.

22. Dans certains États, les femmes détenues sont attachées à un lit et bâillonnées pendant le travail²⁰. De plus, les femmes enceintes qui se trouvent dans un établissement pénitentiaire ou en maison d'arrêt, ou sont détenues en raison de leur statut migratoire, seraient entravées et attachées pendant le travail, l'accouchement et la période de rétablissement post-partum, et ce pendant des heures, voire des jours, en dépit du fait que des gardes armés soient avec elles en permanence²¹. Ces mesures sont reconnues comme des violations des droits de la personne. Dans ses conclusions, le Comité contre la torture a condamné la pratique consistant à entraver les détenues pendant l'accouchement²². Il a été signalé que des femmes sont attachées à un lit lorsqu'elles accouchent, avortent ou font une fausse couche, pratique qui n'est pas cautionnée par l'OMS et pourrait être assimilée à de la violence à l'égard des femmes et à d'autres violations des droits de la personne.

23. La pratique consistant à placer des mères et leur nouveau-né en détention dans des établissements de soins parce que celles-ci ne sont pas en mesure de s'acquitter des frais hospitaliers est un autre exemple de violation des droits de la personne. Elle a été observée dans plusieurs pays d'Asie, d'Afrique subsaharienne, d'Amérique latine et du Moyen-Orient²³. Au Kenya, des femmes placées en détention et leur nourrisson sont forcés de dormir à même le sol, privés de nourriture suffisante et surveillés par des gardes, parfois pendant des semaines, voire des années, selon certaines informations²⁴. Dans ses observations finales, le Comité contre la torture a condamné le fait qu'au Kenya, « des femmes continu[aient] d'être placées en détention après leur accouchement lorsqu'elles n'[avaient] pas les moyens de payer les frais médicaux »²⁵.

¹⁸ *V.C. c. Slovaquie*, n° 18968/07, Cour européenne des droits de l'homme (2012), par. 119.

¹⁹ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, *CEDAW/C/GC/35*, par. 18.

²⁰ M.A. Bohren, J.P. Vogel, E.C. Hunter *et al.*, « The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review », *PLoS Medicine*, vol. 12 (6) (2015) (ci-après « Bohren *et al.* (2015) »).

²¹ Center for Reproductive Rights [https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/CRR_Submission_on_Human_Rights_Abuses_of_US_Incarcerated_Pregnant_Women.pdf (en anglais)].

²² Comité contre la torture, conclusions et recommandations, États-Unis d'Amérique, *CAT/C/USA/CO/2*, par. 33.

²³ Yates *et al.*, *Hospital Detentions for Non-payment of Fees: A Denial of Rights and Dignity*, Chatham House (2017), consultable à l'adresse suivante : <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/publications/research/2017-12-06-hospital-detentions-non-payment-yates-brookes-whitaker.pdf>; voir aussi « AP Investigation: Hospital patients held hostage for cash », AP News (25 octobre 2018) (<https://apnews.com/4ee597e099be4dfaa899f85e652605b5>) et Bohren *et al.* (2015), p. 19.

²⁴ Center for Reproductive Rights, *Failure to Deliver: Violations of Women's Human Rights in Kenyan Health Facilities* (2007), p. 56 à 58.

²⁵ Comité contre la torture, observations finales concernant le deuxième rapport périodique du Kenya, *CAT/C/KEN/CO/2*, par. 27.

24. La césarienne est une méthode chirurgicale d'accouchement employée pour raisons médicales et lorsqu'un accouchement par voie basse mettrait la vie de la mère ou du bébé en danger. Utilisée à bon escient, elle permet de sauver des vies. Mais, depuis quelques années, partout dans le monde, on constate un recours croissant et excessif à la césarienne, au point qu'en Amérique latine et en Europe, celle-ci remplace peu à peu l'accouchement par voie basse ou devienne la méthode d'accouchement privilégiée. Au regard du droit de nombreux pays, l'intérêt du fœtus prime sur les droits de la mère, ce qui conduit à des situations où celle-ci est délibérément écartée de la prise de décision concernant un éventuel accouchement par césarienne. Des éléments semblent également indiquer que les femmes pâtissent de systèmes de santé défaillants où les services sont planifiés et gérés selon une logique de gain de temps et de rentabilité. De plus, les césariennes peuvent être programmées en semaine plutôt que le weekend et les médecins sont généralement mieux rémunérés par les compagnies d'assurance privées pour ce type d'intervention²⁶. Lorsqu'elle est pratiquée sans le consentement de la femme concernée, la césarienne pourrait constituer un acte de violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, voire un acte de torture. Le Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique, a justement dénoncé le recours excessif à la césarienne dans de nombreux pays comme une preuve de la surmédicalisation de la naissance et indiqué que « les femmes n'[avaient] aucune possibilité de choisir la méthode d'accouchement », en particulier lorsque la césarienne était la pratique la plus répandue²⁷.

25. L'épisiotomie, réalisée dans la zone du périnée, consiste à inciser profondément les muscles du plancher pelvien afin d'aider les femmes à accoucher par voie basse. Réalisée pour des raisons médicales, cette intervention peut être positive pour l'enfant et la mère. En revanche, si ce n'est pas le cas ou si elle est faite sans le consentement éclairé de la parturiente, elle peut avoir des conséquences physiques et psychologiques néfastes sur celle-ci et entraîner la mort. Dans ce cas, elle pourrait être assimilée à un acte de violence fondée sur le genre et à un acte de torture ou à un traitement inhumain et dégradant. De nombreux témoignages ont été reçus de la part de femmes alarmées par le recours à cette intervention en l'absence de consentement éclairé. Son utilisation excessive ou routinière, contrairement aux recommandations de l'OMS, constitue un autre problème²⁸. La fréquence de l'épisiotomie varie : elle concerne 30 % des femmes accouchant par voie basse au Mexique, 50 % en Italie²⁹ et jusqu'à 89 % en Espagne³⁰. En Italie, 61 % d'entre elles n'auraient pas été convenablement informées et n'auraient pas donné leur consentement éclairé. Pratiquée sans le consentement éclairé de la parturiente et sans anesthésie, l'épisiotomie, y compris la suture après l'accouchement, a de lourdes répercussions sur sa santé procréative et sa vie sexuelle, mais aussi sur sa santé mentale, et laisse des séquelles à vie. Lorsqu'elle n'est pas justifiée sur le plan médical, elle devrait être

²⁶ Contribution du FNUAP adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

²⁷ Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique, A/HRC/32/44, par. 74.

²⁸ <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-episiotomy-policy-0> (en anglais).

²⁹ Contribution de l'Observatoire italien des violences obstétricales adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

³⁰ Wagner, Marsden (2000), « El nacimiento en el nuevo milenio », exposé présenté au premier Congrès international de l'accouchement à domicile, tenu à Xérès (Espagne), consultable, en espagnol, à l'adresse suivante : https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/public/documentos/parto/partomedicalizado/0.-%20El%20nacimiento%20en%20el%20nuevo%20milenio_Marsden%20Wagner.pdf.

considérée comme une violation des droits des femmes et un acte de violence à l'égard des femmes fondée sur le genre.

26. Le fait qu'un personnel inexpérimenté pratique des examens gynécologiques peut être néfaste pour les femmes enceintes, et le recours excessif à l'ocytocine synthétique pour déclencher les contractions et le travail présente également des dangers pour leur santé. Mal utilisée, l'ocytocine peut provoquer la mort du bébé *in utero* et une rupture utérine, et causer des douleurs insupportables sans l'administration d'antalgiques adaptés³¹.

27. L'application d'une pression fundique pour faciliter la seconde phase du travail, également appelée manœuvre de Kristeller, n'est plus recommandée par l'OMS³² mais est toujours largement pratiquée, parfois à l'aide du coude, de l'avant-bras ou du corps tout entier, afin de provoquer l'expulsion du bébé. Le recours à cette pratique varie d'un pays à l'autre. C'est au Honduras qu'elle est le plus utilisée, dans 50 à 70 % des accouchements par voie basse.

28. Des femmes ont signalé que des prestataires de soins pratiquaient des examens vaginaux en phase de travail, sans aucun respect de leur intimité et de la confidentialité, notamment en présence de tiers³³, qu'ils autorisaient des étudiants à observer l'accouchement³⁴ et qu'ils divulguaient des informations relatives à leur santé, comme leur statut VIH, à des tiers pendant l'accouchement.

29. De plus, des interventions chirurgicales réalisées après une fausse couche, des curetages, des sutures après l'accouchement et des prélèvements d'ovocytes dans le cadre de la procréation médicalement assistée seraient souvent pratiqués sans anesthésie. Plusieurs femmes ont aussi déclaré avoir reçu des points de suture trop serrés après une épisiotomie, une pratique également connue sous le nom de « point du mari » puisqu'elle serait réalisée pour agréer à l'époux. Cette pratique est le résultat de stéréotypes patriarcaux néfastes et de l'inégalité du rapport entre les femmes et les hommes. Le Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a noté que « [c]es mauvais traitements [pouvaient] prendre différentes formes, par exemple des retards excessifs dans l'administration de soins médicaux – suture d'une déchirure après un accouchement par exemple – ou encore l'absence d'anesthésie »³⁵.

30. Des femmes ont dit avoir manqué d'autonomie et de pouvoir de décision dans les hôpitaux publics, notamment quant à la position dans laquelle elles préféreraient accoucher, alors que les maternités privées accorderaient une plus grande marge de manœuvre à cet égard.

31. De nombreuses femmes de différentes régions du monde ont déclaré avoir été victimes de situations profondément humiliantes, d'agressions verbales et de remarques sexistes pendant l'accouchement, mauvais traitements qui se produisent derrière les portes closes des établissements de soins. Ce n'est que récemment que les femmes ont commencé à parler des moqueries, des remontrances, des insultes et des invectives du personnel médical. Elles ont aussi fait état de remarques particulièrement sexistes et offensantes. Dans les témoignages reçus du Honduras, on peut par exemple lire des propos tenus aux parturientes tels que : « tu n'as pas pleuré

³¹ Voir <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4982443/> (en anglais).

³² <https://extranet.who.int/rhl/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/care-during-childbirth/care-during-labour-2nd-stage/who-recommendation-fundal-pressure-facilitate-childbirth> (en anglais).

³³ Bohren *et al.* (2015), p. 17.

³⁴ Voir *Konovalova c. Russie*, n° 37873/04, Cour européenne des droits de l'homme (2014).

³⁵ Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/31/57, par. 47.

quand tu l'as fait, alors ouvre les jambes ou ton bébé mourra et ce sera de ta faute ». Une adolescente qui accouchait s'est entendu dire : « tu n'as pas crié quand son pénis était à l'intérieur, alors pourquoi est-ce que tu cries maintenant ? ». Des femmes issues de milieux socioéconomiques modestes ont dit avoir été humiliées par le personnel médical parce qu'elles étaient pauvres, qu'elles ne savaient ni lire ni écrire, qu'elles vivaient en zone rurale ou dans des bidonvilles, ou qu'elles étaient jugées sales ou négligées³⁶. Certaines femmes ont raconté que durant l'accouchement, des prestataires les avaient menacées de refus de soins, de violence physique ou d'issues défavorables, voire de coups si elles n'obéissaient pas, et leur avaient dit qu'elles seraient les uniques responsables en cas de problèmes de santé pour elles ou leur enfant. De telles pratiques peuvent causer des préjugés et des souffrances psychologiques, et être assimilées à des actes de violence psychologique à l'égard des femmes.

Consentement éclairé

32. Le consentement éclairé avant toute intervention médicale relative à la santé procréative et à l'accouchement est un droit fondamental. Les femmes ont le droit d'être pleinement informées sur les soins recommandés de manière à pouvoir prendre une décision éclairée et réfléchie. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique considère que l'exercice du consentement éclairé est une obligation, même si celui-ci peut être fastidieux et chronophage³⁷. La quarantaine d'organisations non gouvernementales ayant répondu à l'appel à contributions ont pointé du doigt le non-respect ou le détournement du consentement éclairé. Comme l'a souligné une organisation non gouvernementale israélienne, les femmes donnent leur consentement pour toutes les interventions dès qu'elles sont admises à l'hôpital, au moment où elles signent différents formulaires. En effet, ces formulaires sont en réalité des décharges qui donnent le contrôle aux équipes médicales. D'autres formulaires de consentement (pour la péridurale et la césarienne notamment) sont généralement soumis à la parturiente alors qu'elle est en plein travail, parfois même durant les contractions, ce qui réduit sa capacité d'en comprendre le contenu ou de poser les bonnes questions. À l'évidence, ces formulaires servent souvent de succédanés à l'obtention d'un consentement éclairé à proprement parler³⁸.

33. Une organisation non gouvernementale allemande a rappelé que selon la législation du pays, il était nécessaire d'obtenir le consentement plein et éclairé de la patiente avant tout soin ou toute intervention mais que cette disposition n'était pas respectée. En réalité, les prestataires de soins ne sont pas formés à l'obtention du consentement éclairé conformément à la loi³⁹.

34. Une organisation non gouvernementale suédoise a déclaré qu'il n'était fait aucun cas de l'idée selon laquelle les femmes devaient être au cœur de la démarche de soins, et que les notions de choix éclairé et de consentement avant toute intervention, toutes deux inscrites dans la loi suédoise en janvier 2015 seulement, n'avaient pas encore été intégrées dans le monde de l'obstétrique, où régnait une

³⁶ Dans les informations fournies par des femmes autochtones de l'État de Guerrero (Mexique), il était également fait état de commentaires offensants et d'un manque de compréhension de la tradition qui veut qu'une femme ne se lave pas avant son accouchement afin de préserver l'équilibre entre le chaud et le froid dans son corps.

³⁷ Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Guidelines regarding informed consent, p.13), Londres, 2012.

³⁸ Contribution de Sivan Lienhart Women Call for Birth (« Nashim Korot Laledet ») adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

³⁹ Contribution de Motherhood e.V adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante: <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Mother%20Hood%20e.V.pdf>.

culture médicale empreinte de paternalisme. Les procédures réalisées de manière routinière à l'hôpital, comme l'injection d'ocytocine synthétique après l'accouchement, l'analyse du sang contenu dans le cordon ombilical ou l'injection de vitamine K, sont souvent réalisées sur les mères et leur bébé sans leur consentement⁴⁰.

35. Une organisation non gouvernementale basée aux États-Unis a fait savoir que dans la plupart des États du pays, il était légal pour les médecins et les étudiants en médecine de réaliser des examens gynécologiques sur des femmes tandis qu'elles étaient inconscientes et sous anesthésie pour les besoins d'une autre intervention, même si cet examen n'était pas nécessaire et que les patientes n'y avaient pas expressément consenti⁴¹.

36. Pour une organisation non gouvernementale française, le principal problème au cœur des violences obstétricales était le déni systématique du droit à l'autonomie des femmes dès lors qu'elles franchissaient les portes d'un établissement de soins. Ce déni pouvait revêtir différentes formes, de la plus flagrante, comme le fait de réaliser une intervention sans le consentement d'une patiente, à la plus insidieuse, comme l'application de prétendus « protocoles hospitaliers » ou le fait de faire signer des formulaires non remplis aux femmes, donnant au personnel médical la latitude de faire tout ce qu'il jugeait nécessaire sans avoir à obtenir à nouveau leur consentement⁴².

37. Récemment, dans le cadre d'une affaire dont il était saisi, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a conclu que, concernant les traitements contre l'infertilité, le fait de transférer un embryon dans l'utérus d'une femme sans le consentement éclairé de celle-ci constituait une violation de son droit à jouir du meilleur état de santé possible⁴³.

38. Le consentement éclairé suppose une communication et des interactions constantes entre la patiente et les prestataires de soins de santé, et une simple signature ne saurait suffire à le manifester⁴⁴. Les prestataires doivent prendre les devants et fournir d'eux-mêmes des informations. Pour que le consentement soit valide, il doit être donné volontairement et être pleinement éclairé. Dans le cadre de soins centrés sur la patiente, il doit être obtenu avant toute intervention et la patiente peut le retirer à tout moment. Les prestataires devraient communiquer les informations de façon intelligible et dans un langage compréhensible, accessible et adapté aux besoins de la personne appelée à prendre la décision. Ils devraient également tenir compte du niveau d'instruction, de toute déficience physique ou intellectuelle et de l'âge de la patiente afin d'adapter la manière dont ils la conseillent et l'informent. Les besoins et les préférences de chacune devraient être respectés. Les personnes handicapées

⁴⁰ Contribution de Födelsehuset adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante:
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/F%c3%b6delsehuset.pdf>.

⁴¹ Contribution de Black Mamas Matter Alliance et du Center for Reproductive Rights adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante:
<https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/ReproductiveHealthCare/Black%20Mamas%20Matter%20Alliance%20and%20the%20Center%20for%20Reproductive%20Rights.pdf>.

⁴² Contribution de Make Mothers Matter adressée à la Rapporteuse spéciale, consultable, en anglais, à l'adresse suivante:
<https://www.ohchr.org/EN/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.

⁴³ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, *S.C. et G.P. c. Italie*, communication n° 22/2017, *E/C.12/65/D/22/2017*, par. 10.3 et 11.2.

⁴⁴ Voir Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Constatations relatives à la communication n° 4/2004, *Ms. A.S. c. Hungary* (CEDAW/C/36/D/4/2004; voir également Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Female contraceptive sterilization, p. 122), Londres, 2012.

devraient bénéficier de tout l'appui nécessaire à la prise de décision. Il faut faire montre d'une extrême prudence, en particulier dans les cas où la patiente dispose de moyens limités pour se faire comprendre, afin de s'assurer que les choix qu'elle fait dans le cadre d'une prise de décision accompagnée sont bien les siens⁴⁵.

D. Causes profondes des mauvais traitements et violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative

Situation et contraintes des systèmes de prestations sanitaires, causes structurelles de la violence obstétricale

39. Dans le domaine de la santé procréative et maternelle, la situation que connaissent les systèmes de prestations sanitaires et les contraintes qui sont les leur sont à l'origine des mauvais traitements et des violences infligés aux femmes lorsqu'elles accouchent. Les mauvaises conditions de travail de nombreux professionnels de la santé et la surreprésentation historique des hommes dans les services de gynécologie et d'obstétrique sont incompatibles avec l'obligation incombant aux États de garantir l'accès à des biens, services et installations de santé maternelle de qualité, d'assurer la formation adéquate du personnel de santé et de veiller à une représentation équilibrée des genres dans ce secteur. Pour s'acquitter de cette obligation, chaque État doit « consacrer le maximum des ressources dont il dispose à la santé sexuelle et génésique » et adopter un modèle où les décisions concernant les besoins budgétaires et l'affectation des ressources sont fondées sur les droits de la personne⁴⁶. Néanmoins, de nombreux États ne considèrent pas les soins de santé destinés aux femmes comme une priorité dans leurs budgets. En ne consacrant pas suffisamment de ressources aux besoins particuliers des femmes en matière de santé, les États violent le droit de celles-ci de ne pas être soumises à la discrimination⁴⁷. En outre, nombre d'entre eux ne prennent pas les mesures nécessaires pour garantir que les travailleurs sanitaires reçoivent une formation adéquate en matière de déontologie médicale et de droits de la personne des patients, notamment en ce qui concerne l'obligation incombant aux prestataires de soins médicaux de traiter leurs patients avec respect et sans discrimination⁴⁸.

40. Outre l'insuffisance des ressources, les conditions de travail qui règnent dans les systèmes de prestations sanitaires peuvent aussi expliquer la fréquence des mauvais traitements et des violences à l'égard des femmes pendant l'accouchement. Une enquête mondiale sur le personnel obstétrical réalisée par l'OMS en 2016 a révélé que « trop souvent les efforts des sages-femmes [étaient] entravés par l'inégalité des rapports de force au sein du système de santé. De nombreuses sages-femmes [étaient] aussi confrontées à l'isolement culturel et [devaient] se contenter de conditions de logement précaires et de salaires d'un faible niveau »⁴⁹. Des professionnels de la santé

⁴⁵ Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Guidelines regarding informed consent, p. 13), Londres, 2012.

⁴⁶ Haut-Commissariat aux droits de l'homme (HCDH), Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables, A/HRC/21/22, A/HRC/21/22/Corr.1 et A/HRC/21/22/Corr.2, p. 4 à 8.

⁴⁷ Voir, par exemple, Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brazil*, communication n° 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008, par. 7.6, et Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 24 sur les femmes et la santé (article 12 de la Convention) (1999).

⁴⁸ Déclaration de l'OMS, « La prévention et l'élimination du manque de respect et des mauvais traitements lors de l'accouchement dans des établissements de soins », WHO/RHR/14.23 (2015).

⁴⁹ OMS, Confédération internationale des sages-femmes, White Ribbon Alliance, Communiqué de presse conjoint, « L'OMS et ses partenaires lancent un appel pour une amélioration des conditions

ont également expliqué que les problèmes rencontrés dans les systèmes de prestations sanitaires, comme le manque d'effectifs, la surpopulation des établissements, les bas salaires, les longues heures prestées et le manque d'infrastructures, étaient des facteurs contribuant à engendrer un environnement stressant qui favorisait les comportements non professionnels. Le manque de soutien aux prestataires de soins et l'absence de supervision étaient source de démotivation et d'attitudes dommageables, qui à leur tour entretenaient les mauvais traitements à l'égard des femmes⁵⁰.

41. De plus, les systèmes de prestations sanitaires doivent renforcer leur dispositif d'intervention pour mieux venir en aide aux femmes victimes de violence au sein du couple ou de violence sexuelle, conformément aux instruments relatifs aux droits de la personne consacrés à la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre et au manuel de l'OMS destiné aux responsables de la santé⁵¹.

Lois et pratiques discriminatoires et stéréotypes sexistes préjudiciables

42. Certains États ont des lois ou des pratiques discriminatoires, notamment l'obligation pour les femmes de présenter l'autorisation d'un tiers ou de leur époux pour bénéficier de traitements médicaux. Ces lois et pratiques sont discriminatoires à l'égard des femmes, usurpent leur pouvoir de décision au profit d'un membre de leur famille ou d'institutions et contribuent aux mauvais traitements et aux formes de violence auxquels elles sont soumises dans les services de santé procréative.

43. Certaines femmes subissent des formes de discrimination croisées, ce qui en aggrave les effets négatifs, et la violence fondée sur le genre peut toucher les femmes à différents degrés ou de différentes façons, d'où la nécessité de réponses politiques et juridiques adéquates⁵². Selon une étude réalisée en Inde, par exemple, le groupe le plus à risque de subir manque de respect et mauvais traitements est celui des femmes pauvres vivant en milieu rural qui accouchent par voie basse dans des établissements de santé publique avec l'aide de prestataires sanitaires autres que des médecins. Ce sont également ces femmes qui sont les plus exposées à la mortalité maternelle⁵³. L'étude a révélé que le risque d'être victime d'irrespect ou de mauvais traitements était 3,6 fois plus élevé parmi les femmes des catégories socioéconomiques inférieures⁵³.

44. La stérilisation forcée est un exemple de discrimination croisée qui cible souvent les femmes appartenant à une minorité et les femmes autochtones. Certaines maternités ont adopté des pratiques discriminatoires consistant à séparer les femmes en fonction de leur race ou appartenance ethnique. Les femmes roms en Slovaquie, par exemple, sont confinées dans des salles souvent surpeuplées qui leur sont

de travail des sages-femmes » (13 octobre 2016) (<https://www.who.int/fr/news-room/detail/13-10-2016-who-and-partners-call-for-better-working-conditions-for-midwives>).

⁵⁰ Bohren *et al.* (2015), p. 14 et 20.

⁵¹ OMS, *Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques*, Genève, 2013, et OMS, *Strengthening health systems to respond to women subjected to intimate violence or sexual violence: A manual for health managers*, Genève, 2017.

⁵² Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n° 28, par. 12.

⁵³ T. Nawab, U. Erum, A. Amir, N. Khaliq, M. A. Ansari et A. Chauhan, « Disrespect and abuse during facility-based childbirth and its sociodemographic determinants – A barrier to healthcare utilization in rural population », *Journal of Family Medicine and Primary Care*, vol. 8, 2019, p. 239 à 245.

exclusivement réservées, et l'hôpital peut les forcer à dormir à deux dans un même lit ou placer leur lit dans les couloirs⁵⁴.

45. La discrimination dont sont victimes les femmes et les filles handicapées est fondée sur différents aspects de leur identité, dont le genre et le handicap⁵⁵. Ces femmes et filles sont souvent considérées comme asexuelles ou sexuellement inactives. La Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées a également noté que « les filles et les jeunes femmes handicapées subiss[aient] fréquemment des pressions pour mettre un terme à leur grossesse à cause de stéréotypes négatifs sur leurs supposées capacités parentales réduites et de préoccupations eugéniques sur les possibilités de donner naissance à des handicapés »⁵⁶.

46. Dans le domaine de la santé procréative, les stéréotypes sexistes préjudiciables relatifs à la capacité décisionnelle des femmes, à leur rôle « naturel » dans la société et à la maternité limitent leur autonomie et leur capacité d'action. Ces stéréotypes découlent de croyances et d'idées religieuses, sociales et culturelles profondément ancrées concernant la sexualité, la grossesse et la maternité⁵⁷. Ils trouvent également une justification dans la croyance selon laquelle l'accouchement est une épreuve nécessairement source de souffrances pour les femmes. On dit aux femmes de se réjouir de donner naissance à un bébé en bonne santé, mais on n'attache pas d'importance à leur santé physique et émotionnelle.

47. Dans l'affaire *Mellet c. Irlande*, le Comité des droits de l'homme a estimé que les stéréotypes sexistes dictaient que les femmes poursuivent leur grossesse « quelles que soient les circonstances, leurs besoins et leurs souhaits, car elles [étaient] avant tout des mères et des dispensatrices de soins »⁵⁸.

48. La Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique a élaboré des directives intitulées « Harmful stereotyping of women in health care » (Stéréotypes préjudiciables concernant les femmes dans le cadre des systèmes de prestations sanitaires, 2011), qui décrivent la nature de ces stéréotypes et leur incidence sur les soins reçus par les femmes et définissent des orientations précises à l'intention des prestataires du monde entier sur la manière de les éviter⁵⁹.

Rapports de force et utilisation abusive de la doctrine de la nécessité médicale

49. Le rapport de force entre soignants et patients est une autre cause profonde des mauvais traitements et des actes de violence à l'égard des femmes, qui sont aggravés par les stéréotypes sexistes concernant le rôle des femmes. Les prestataires jouissent de l'autorité conférée par leurs connaissances médicales et du privilège social associé à leur statut⁶⁰, alors que les patientes dépendent largement de ces derniers pour recevoir des informations et des soins. Les femmes sont également particulièrement

⁵⁴ Center for Reproductive Rights, *Vakeras Zorales – Speaking Out: Roma Women's Experiences in Reproductive Health Care in Slovakia* (2017), p. 13 (<https://reproductiverights.org/sites/default/files/webform/GLP-SlovakiaRomaReport-Final-Print.pdf>).

⁵⁵ Voir, par exemple, le rapport de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées consacré à la santé et aux droits des filles et des jeunes femmes handicapées en matière de sexualité et de procréation, A/72/133, par. 21.

⁵⁶ Ibid., par. 31.

⁵⁷ Rebecca J. Cook et Simone Cusack, *Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives* (Philadelphia, University of Pennsylvania Press, 2010), p. 34.

⁵⁸ Comité des droits de l'homme, *Mellet c. Irlande*, communication n° 2324/2013, CCPR/C/116/D/2324/2013, par. 3.19.

⁵⁹ Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique, *Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology* (Harmful stereotyping of women in health care, p. 28). Londres, 2012.

⁶⁰ Voir Joanna N. Erdman, « Commentary: Bioethics, Human Rights and Childbirth », *Health and Human Rights Journal*, 17/1, juin 2015.

vulnérables durant l'accouchement. Bien que les prestataires n'aient pas nécessairement l'intention de maltraiter leurs patientes, l'autorité médicale peut engendrer une culture d'impunité, au sein de laquelle les violations des droits de la personne ne trouvent non seulement pas réparation, mais passent également inaperçues⁶⁰. Cette asymétrie de pouvoir est particulièrement visible lorsque des prestataires invoquent la doctrine de la nécessité médicale de manière abusive pour justifier des mauvais traitements ou des sévices infligés pendant l'accouchement.

E. Application du cadre international et régional de défense des droits de la personne aux mauvais traitements et aux violences qui sont infligés dans les services de santé procréative

50. La violence à l'égard des femmes, comprise en tant que violation des droits de la personne et forme de discrimination contre les femmes, est interdite par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, la Convention interaméricaine sur la prévention, la sanction et l'élimination de la violence contre la femme, le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, la Convention du Conseil de l'Europe sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique (Convention d'Istanbul), le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement et le Programme d'action de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes.

51. Outre ces instruments relatifs aux droits de la personne, en 2015, les États Membres ont adopté le Programme de développement durable à l'horizon 2030, dans lequel ils se sont engagés à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge (objectif 3) et à parvenir à l'égalité des sexes et à autonomiser toutes les femmes et les filles (objectif 5) en mettant fin, partout dans le monde, à toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes et des filles (cible 5.1) et en éliminant de la vie publique et de la vie privée toutes les formes de violence faite aux femmes et aux filles (objectif 5.2)⁶¹, garantissant ainsi leur accès à des soins de santé maternelle de qualité et leur autonomie en matière de procréation.

52. En 2015, plusieurs experts des droits de la personne de l'ONU et de différentes régions, dont la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ont fait une déclaration conjointe sur la mise en œuvre du Programme 2030, priant les États de « répondre des actes de violence obstétricale et institutionnelle subis par les femmes dans les établissements de santé » et de « prendre toutes les mesures législatives et pratiques pour prévenir, interdire et sanctionner de tels actes et garantir des réparations »⁶².

⁶¹ Résolution 70/1 de l'Assemblée générale.

⁶² Déclaration conjointe sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030 des experts des droits de la personne de l'Organisation des Nations Unies (le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, le Rapporteur spécial sur la situation des défenseurs et défenseuses des droits de la personne, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences et la Présidente du Groupe de travail sur la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la loi et dans la pratique), des expertes de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (la Rapporteuse spéciale sur les défenseurs des droits de l'homme et Point focal sur les repréailles en Afrique et la Rapporteuse spéciale sur les droits de la femme en Afrique), et de l'experte de la Commission interaméricaine des droits de l'homme (la Rapporteuse sur les droits des femmes) (<https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=F>).

Droit des femmes de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible

53. Le droit à la santé est consacré dans la Constitution de l'OMS, la Déclaration universelle des droits de l'homme et d'autres instruments relatifs aux droits de la personne, en particulier le Programme d'action de Beijing, qui établit que les droits des femmes comprennent le droit d'être maîtresses de leur santé « en matière de sexualité et de procréation, sans aucune contrainte, discrimination ou violence »⁶³.

54. En outre, la Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes et la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, complétées par les recommandations générales n^{os} 19 et 35 du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, reconnaissent le droit des femmes au plus haut niveau possible de santé physique et mentale. À l'article 12 de la Convention, il est recommandé aux États de garantir aux femmes « pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits », tandis que dans sa recommandation générale n^o 24, le Comité note qu'il existe des procédures médicales dont seules les femmes ont besoin et que les États devraient « veiller à ce que tous les soins dispensés respectent les droits de la femme, notamment le droit à l'autonomie, à la discrétion et à la confidentialité, et la liberté de faire des choix et de donner son consentement en connaissance de cause »⁶⁴.

55. Les organes créés en vertu d'instruments internationaux relatifs aux droits de la personne et les experts indépendants ou procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme ont étudié un nombre considérable de violations des droits de la personne commises contre des femmes dans les services de santé procréative et analysé les divers mauvais traitements subis par les femmes pendant l'accouchement, notamment le contexte dans lequel ils se produisent, et ont constaté des violations des droits à la santé, à la vie, à la vie privée, à la protection contre la discrimination et les traitements inhumains et dégradants, et à un recours utile, entre autres.

56. Dans l'affaire *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a, pour la première fois, jugé un gouvernement responsable d'un décès maternel évitable. L'affaire concernait une femme d'origine afro-brésilienne qui est décédée des suites de complications obstétricales après s'être vu refuser des soins maternels de qualité dans des établissements de santé privés et publics. Le Comité a estimé que ces violations atteignaient un niveau de négligence systémique, citant notamment l'insuffisance des ressources et l'inefficacité de la mise en œuvre des politiques de l'État, et souligné que le fait de ne pas répondre aux besoins et intérêts particuliers et distincts des femmes en matière de santé constituait non seulement une violation du paragraphe 2 de l'article 12 de la Convention, mais également une forme de discrimination à l'égard des femmes au regard du paragraphe 1 de l'article 12 et de l'article 2 de la Convention »⁶⁵.

57. Dans une communication concernant des actes de violence commis contre des femmes pendant l'accouchement et dans le cadre d'autres services de santé procréative en Croatie, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, le Rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible et le Groupe de travail sur la question de la

⁶³ Rapport de la quatrième Conférence mondiale sur les femmes, Beijing, 4-15 septembre 1995 (publication des Nations Unies, numéro de vente : F.96.IV.13), chap. I, résolution 1, annexe II.

⁶⁴ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, recommandation générale n^o 24 sur les femmes et la santé (article 12 de la Convention) (1999), par. 31 e).

⁶⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, communication n^o 17/2008, CEDAW/C/49/D/17/2008, par. 7.6.

discrimination à l'égard des femmes, dans la législation et dans la pratique, ont demandé au Gouvernement de mener une enquête indépendante sur ces allégations, de publier ses résultats et de formuler un plan d'action national sur la santé des femmes afin que les responsables de ces violations répondent de leurs actes⁶⁶.

58. Dans une enquête menée au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a précisé que le droit pénal, lorsqu'il « forçait les femmes faisant face à une grave malformation fœtale, y compris une anomalie fœtale mortelle, et les victimes de viol ou d'inceste à mener leur grossesse à terme, ce qui les soumet[tait] à une douleur physique et morale considérable », imposait aux femmes une forme de violence fondée sur le genre⁶⁷. Il a ajouté que cette restriction, qui touchait uniquement les femmes, les empêchait de faire leurs propres choix en matière de procréation et les forçait à mener à terme la quasi-totalité des grossesses, impliquait une souffrance mentale ou physique qui constituait un acte de violence à l'encontre des femmes et pouvait parfois être considérée comme de la torture ou un traitement cruel, inhumain et dégradant, en violation des articles 2 et 5 de la Convention, lus conjointement avec l'article premier.

59. Dans l'affaire *L.C. c. Pérou*, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a statué que le Pérou devait revoir sa législation pour permettre aux femmes de recourir à l'avortement en cas de viol ou d'agression sexuelle et mettre en place un mécanisme garantissant l'accès à ces services lorsque la vie ou la santé des femmes était en danger, circonstances dans lesquelles l'avortement est légal dans ce pays⁶⁸. Le Comité des droits de l'homme a fait des recommandations analogues dans l'affaire *K.L. c. Pérou*⁶⁹ et réaffirmé ses conclusions, près de 15 ans plus tard, dans l'affaire *Mellet c. Irlande*.

60. En 2018, la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes a fait une déclaration conjointe avec le Comité d'experts du Mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la Convention de Belém do Pará, exhortant le Gouvernement salvadorien à libérer Imelda Cortez, détenue en prison dans l'attente de son procès, en raison d'une urgence obstétrique. Les signataires de cette déclaration se sont également dits profondément préoccupés par la situation des femmes incarcérées qui avaient demandé des soins obstétricaux d'urgence, notamment à la suite d'une fausse couche, et qui ne les avaient pas reçus du fait de lois qui criminalisaient l'avortement et empêchaient les médecins de leur apporter un soutien médical⁷⁰.

61. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a également estimé que le fait de priver les femmes d'accès à des moyens contraceptifs modernes constituait une discrimination à leur égard, violait leur droit d'accéder à des services sanitaires et à des renseignements sur leur santé et de décider du nombre d'enfants qu'elles souhaitaient avoir et de l'espacement de leur naissance, et

⁶⁶ Voir, en anglais, <https://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24198&LangID=E>. La précédente Rapporteuse spéciale, dans son rapport de 2013, a également fait part de ses préoccupations concernant la contention physique des femmes enceintes durant le travail et l'accouchement, A/68/340, par. 57.

⁶⁷ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord en application de l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, CEDAW/C/OP.8/GBR/1, par. 83 a).

⁶⁸ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *L.C. c. Pérou*, communication n° 22/2009, CEDAW/C/50/D/22/2009.

⁶⁹ *K.L. c. Pérou*, communication n° 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

⁷⁰ Voir https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/SR/StatementMESECVI_EN.pdf (en anglais).

perpétuait des stéréotypes sexistes préjudiciables faisant obstacle à l'égalité dans le domaine de la santé⁷¹.

62. Les organes régionaux chargés des droits de la personne ont également examiné la question des mauvais traitements commis durant l'accouchement. Dans des affaires concernant des accouchements, la Cour européenne des droits de l'homme a constaté des violations du droit à la vie privée et du droit de ne pas être soumis à la torture ou à des traitements inhumains ou dégradants⁷². On citera à cet égard des cas de stérilisation forcée réalisée pendant l'accouchement⁷³, un nouveau-né enlevé à sa mère sans son consentement ni justification liée à son état de santé⁷⁴, et une intervention médicale pratiquée sur une femme enceinte sans son consentement éclairé⁷⁵.

63. Dans l'affaire *Konovalova c. Russie*⁷², la Cour européenne des droits de l'homme s'est intéressée en particulier au droit des femmes à la vie privée durant l'accouchement. Bien que M^{me} Konovalova s'y soit opposée, un groupe d'étudiants en médecine étaient présents dans la salle de travail pour observer son accouchement et les interventions s'y rapportant, notamment une épisiotomie, et ont reçu des informations concernant sa santé et ses soins. Les lois internes applicables disposent que des étudiants en médecine peuvent assister à des interventions médicales sous supervision, mais ne prévoient aucune disposition concernant l'obtention du consentement éclairé des patients. La Cour a constaté une violation de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, selon lequel « [t]oute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale » et « [i]l ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire ».

64. En 2010, dans l'affaire *Ternovsky c. Hongrie*, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé que l'absence d'une réglementation efficace et exhaustive dans ce pays concernant l'accouchement à domicile, qui exposait les professionnels de la santé présents lors de ces accouchements à des risques de poursuites, constituait une violation du droit à la vie privée car, dans la pratique, cette lacune privait la requérante de la possibilité d'accoucher à domicile. Notant que les femmes avaient droit à un environnement juridique et institutionnel qui leur permette de faire des choix, la Cour a conclu que le manque de sécurité juridique et la menace qui pesait sur les professionnels de la santé avaient limité les possibilités de la requérante, qui envisageait d'accoucher à domicile⁷⁶, ce qui représentait une violation de sa vie privée, telle que protégée par l'article 8 de la Convention européenne.

65. En revanche, dans l'affaire *Dubská et Krejzová c. République tchèque*⁷⁷, la Cour a considéré que la législation tchèque interdisant la présence de sages-femmes durant les accouchements à domicile ne portait pas atteinte au droit des femmes à la vie

⁷¹ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Résumé de l'enquête concernant les Philippines au titre de l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, document des Nations Unies CEDAW/C/OP.8/PHL/1 (2015) (déni d'accès à la contraception à Manille).

⁷² *Konovalova c. Russie*, n° 37873/04, Cour européenne des droits de l'homme (2014).

⁷³ *V.C. c. Slovaquie*, n° 18968/07, Cour européenne des droits de l'homme (2012) ; *N.B. c. Slovaquie*, n° 29518/10, Cour européenne des droits de l'homme (2012) ; *IG et autres c. Slovaquie*, requête n° 15966/04, Cour européenne des droits de l'homme (2012).

⁷⁴ *Hanzelkovi c. République tchèque*, n° 43643/10, Cour européenne des droits de l'homme (2015).

⁷⁵ *Csoma c. Roumanie*, n° 8759/05, Cour européenne des droits de l'homme (2013).

⁷⁶ *Ternovszky c. Hongrie*, n° 67545/09, Cour européenne des droits de l'homme (2011), par. 26.

⁷⁷ *Dubská et Krejzová c. République tchèque*, requêtes n°s 28859/11 et 28473/12, Cour européenne des droits de l'homme (2016).

privée, garanti par l'article 8. De même, dans l'affaire *Pojatina c. Croatie*⁷⁸, elle a jugé que l'interdiction d'accoucher à domicile prévue dans la loi croate ne contrevenait pas à l'article 8.

66. La Cour interaméricaine des droits de l'homme a constaté des violations des droits à l'intégrité de la personne, à la liberté individuelle, à la vie privée et familiale et à l'accès à l'information, et du droit de ne pas être soumis à des traitements cruels, inhumains ou dégradants, dans une affaire portant sur la stérilisation forcée d'une femme durant sa césarienne dans un hôpital public bolivien⁷⁹. En outre, dans une déclaration, la Commission interaméricaine des droits de l'homme a engagé instamment les États membres à consigner les faits relevant de nouvelles formes de violence contre les femmes, les adolescentes et les filles, notamment les violences obstétricales, à enquêter sur ces actes et à en punir les coupables⁸⁰.

67. La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples a adopté une résolution sur la stérilisation involontaire et la protection des droits de l'homme dans l'accès aux services liés au VIH⁸¹.

68. Les normes que les États devraient respecter ont déjà été recensées dans un nombre considérable d'affaires relatives aux droits de la personne concernant des cas de violence et de discrimination à l'égard de femmes dans les services de santé procréative, ainsi que dans les recommandations formulées par les organes conventionnels chargés des droits de l'homme et les procédures spéciales. Nombre de ces recommandations peuvent être appliquées dans des cas analogues de mauvais traitements ou de violences obstétricales, et devraient être suivies par tous les États pour prévenir la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre et protéger le droit des femmes de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et procréative possible.

F. Actions prises à l'échelle nationale pour lutter contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes pendant l'accouchement en établissement de soins

69. Certains gouvernements ont adopté des lois et pris d'autres mesures pour lutter contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes durant l'accouchement, notamment la formation des prestataires de soins médicaux. Ces dernières années, de nombreux États ont adopté des lois ou promulgué des politiques et des bonnes pratiques autorisant expressément les femmes à être accompagnées du ou de la partenaire de leur choix pendant l'accouchement, et, plus généralement, élaboré une législation favorisant « l'humanisation » de l'accouchement. Néanmoins, même lorsque de telles lois existent, des femmes ont signalé que leur demande d'être accompagnées du ou de la partenaire de leur choix dans la salle d'accouchement avait été catégoriquement rejetée⁸².

⁷⁸ *Pojatina c. Croatie*, requête n° 18558/12, Cour européenne des droits de l'homme (2018).

⁷⁹ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *I.V. c. Bolivie*, affaire n° 329 de la série C, jugement (exceptions préliminaires, fond, réparation et dépens) (2016).

⁸⁰ Commission interaméricaine des droits de l'homme, communiqué de presse, « On International Women's Day, the IACHR Urges States to Refrain from Adopting Measures that Would Set Back Respect for and Protection of Women's Rights » (8 mars 2018) (http://www.oas.org/en/iachr/media_center/PReleases/2018/044.asp).

⁸¹ Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, Résolution sur la stérilisation involontaire et la protection des droits de l'homme dans l'accès aux services liés au VIH (2013) (<http://www.achpr.org/fr/sessions/54th/resolutions/260/>).

⁸² Janka Debrecéniová, éd., *Women – Mothers – Bodies: Women's Human Rights in Obstetric Care in Healthcare Facilities in Slovakia*, Citizen, Democracy and Accountability (2015) ; voir également

70. L'Argentine et le Brésil ont également adopté une législation de portée générale favorisant l'humanisation de l'accouchement. La loi argentine met expressément l'accent sur les droits des femmes, des nouveau-nés, des partenaires de naissance et des familles⁸³.

71. En 2015, le service de santé public du Royaume-Uni a commandé un examen des services de maternité, notamment en réponse à une enquête sur les graves lacunes des services de maternité, qui a permis de dégager des enseignements clés dont l'ensemble de ces services pourraient tirer profit⁸⁴. Le rapport issu de cet examen contient des conclusions et recommandations à l'intention de différents acteurs visant à améliorer la qualité des services de santé maternelle, notamment par l'élaboration d'une procédure d'enquête nationale uniformisée pour les situations qui tournent mal et la définition d'indicateurs et de valeurs de référence en vue d'améliorer la qualité des services de maternité⁸⁵.

72. Dans certains pays d'Amérique latine, des groupes et réseaux de femmes, des féministes, des organisations professionnelles, des organismes régionaux et internationaux, des agents de santé publique et des chercheurs ont lancé un mouvement dénonçant les violences obstétricales en vue d'améliorer la qualité des soins que les femmes reçoivent pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum. Ce nouveau mouvement, pour lequel les violences obstétricales se situent à la croisée de la violence fondée sur le genre et de la négligence médicale, revendique à la fois un traitement respectueux et des soins de qualité. L'Argentine (2009), le Mexique (2014), le Panama (2013), le Suriname et le Venezuela (République bolivarienne du) (2007) ont adopté des lois criminalisant les violences obstétricales⁸³.

73. L'État plurinational de Bolivie a adopté une loi sur la violence dans la prestation des services sanitaires, qui met particulièrement l'accent sur les femmes enceintes et en couches. En outre, la loi introduit un nouveau terme, la « violence contre les droits en matière de procréation » : plus large que la violence obstétricale telle que définie par l'Argentine et la République bolivarienne du Venezuela, ce terme englobe les fausses couches et l'allaitement⁸³.

74. Bien que certains des pays susmentionnés aient adopté des lois progressistes sur les violences obstétricales, l'accès à l'avortement sécurisé et à d'autres services de santé procréative reste problématique, et les progrès dans la prestation des soins maternels ne s'accompagnent pas nécessairement d'une évolution positive concernant d'autres aspects des droits des femmes en matière de sexualité et de procréation.

IV. Conclusions et recommandations à l'intention des États et d'autres parties prenantes

75. Les États sont tenus de respecter, de protéger et de réaliser les droits de la personne des femmes, y compris leur droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible dans le cadre des soins de santé procréative et de

Tamar Kabakian-Khasholian *et al.* « Implementation of a labour companionship model in three public hospitals in Arab middle-income countries », *Acta Paediatrica*, 20 décembre 2018 (<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.14540>) ; voir également Bohren *et al.* (2015).

⁸³ Voir C.R. Williams, C. Jerez, K. Klein, M. Correa, J.M. Belizán, G. Cormick. « Obstetric violence: a Latin American legal response to mistreatment during childbirth », *BJOG, An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2018.

⁸⁴ National Maternity Review, *Better Births: Improving outcomes of maternity services in England, A Five Year Forward View for maternity care* (2016), p. 31.

⁸⁵ *Ibid.* p. 10 et 11.

L'accouchement, sans être soumises à des mauvais traitements ou à des violences fondées sur le genre, et ils doivent adopter les lois et mesures voulues pour prévenir et combattre ces violences, en poursuivre les auteurs et accorder des réparations et une indemnisation aux victimes.

76. Les droits de la personne des femmes comprennent notamment le droit de recevoir des soins de santé procréative et des soins obstétricaux dans la dignité et le respect, sans subir de discrimination ou de violence, dont le sexisme, les violences psychologiques, la torture, les traitements inhumains ou dégradants, et la contrainte. S'agissant des soins de santé procréative et de l'accouchement, les systèmes de prestations sanitaires doivent être dotés des ressources budgétaires nécessaires pour garantir un accès à des soins de santé maternelle et procréative de qualité, leur permettant ainsi de répondre aux besoins des femmes et de tenir compte de ce qui est dans leur intérêt dans le cadre de l'accouchement, des examens gynécologiques, des traitements contre l'infertilité, des fausses couches, des avortements, de la contraception et dans d'autres circonstances intéressant la santé sexuelle et procréative.

77. Les États devraient s'attaquer au problème des mauvais traitements et des violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement, en adoptant une démarche fondée sur les droits de la personne, et c'est pareille démarche qu'ils devraient suivre pour mener des enquêtes indépendantes sur les allégations faites par des femmes concernant des cas de mauvais traitements ou de violences fondées sur le genre dont elles auraient été victimes dans des établissements de santé. Ces enquêtes devraient tenir compte des causes structurelles et systémiques de ces violences, y compris les stéréotypes relatifs au rôle des femmes dans la société. Les États devraient ensuite publier les conclusions et recommandations issues de ces enquêtes et les utiliser pour revoir les lois, les politiques et les plans d'action nationaux en matière de santé procréative.

78. Les États devraient établir une coopération constructive entre, d'une part, les institutions de santé et les associations professionnelles, et, d'autre part, les organisations non gouvernementales de femmes, les mouvements de femmes et les institutions indépendantes de défense des droits de la personne qui s'occupent de la question des soins procréatifs et obstétricaux.

79. Les États devraient également élaborer des stratégies nationales sur les services de santé procréative et l'accouchement afin de garantir que les traitements soient administrés dans le souci et le respect des droits de la personne des femmes pendant l'accouchement et la prestation d'autres services de santé procréative, conformément aux normes internationales relatives aux droits de la personne des femmes, y compris le respect de la vie privée et de la confidentialité.

80. Les États devraient : a) s'attaquer aux problèmes structurels que connaissent les systèmes de santé procréative et à leurs causes profondes, qui tiennent aux structures socioéconomiques discriminatoires constitutives de la société ; b) veiller à ce que tous les professionnels de la santé suivent des séances d'information ou des formations sur les droits de la personne des femmes ; c) pallier le manque de personnel qualifié et ainsi réduire la charge de travail élevée qui en découle dans les établissements de santé ; d) remédier aux problèmes budgétaires. Ils devraient également allouer suffisamment de fonds, de personnel et de matériel aux services de maternité, conformément au droit international des droits de l'homme, au titre duquel les États sont tenus de consacrer le maximum des ressources dont ils disposent à la santé sexuelle et procréative, y compris aux programmes relatifs à la santé maternelle et aux accouchements.

Consentement éclairé

81. Pour prévenir et combattre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes, les États devraient :

a) Veiller à ce que le principe du consentement éclairé soit dûment et effectivement appliqué, conformément aux normes relatives aux droits de la personne ;

b) Adopter des lois et politiques de santé efficaces obligeant tous les services de santé procréative à appliquer le principe du consentement éclairé et à ne pratiquer des césariennes, des épisiotomies ou d'autres traitements invasifs durant l'accouchement qu'avec le consentement préalable, libre et éclairé des femmes ;

c) Respecter l'autonomie et l'intégrité des femmes, ainsi que leur capacité de prendre des décisions informées concernant leur santé procréative ;

Prévention des violences obstétricales

d) Garantir, dans la législation et dans la pratique, le droit des femmes à être accompagnées de la personne de leur choix pendant l'accouchement ;

e) Envisager la possibilité d'autoriser les naissances à domicile ou de ne pas criminaliser cette pratique ;

f) Surveiller les établissements de santé et récolter et publier des données sur le nombre de césariennes, d'accouchements par voie basse, d'épisiotomies et d'autres traitements relatifs à l'accouchement, aux soins obstétricaux et aux services de santé procréative réalisés chaque année ;

g) Appliquer les instruments relatifs aux droits de la personne des femmes et les normes de l'OMS se rapportant aux soins de santé maternelle respectueux, aux soins pendant l'accouchement et à la violence à l'égard des femmes ;

h) Remédier à la pénurie d'anesthésiques et d'analgésiques, veiller à ce que les femmes puissent décider de la position dans laquelle elles souhaitent accoucher et garantir des soins respectueux ;

Principe de responsabilité

i) Établir des mécanismes d'application du principe de responsabilité fondés sur les droits de la personne pour garantir réparation aux victimes de mauvais traitements et de violences, notamment sous la forme d'indemnisations, d'une reconnaissance des torts, d'excuses formelles et de garanties de non-répétition ;

j) Veiller à ce que les associations professionnelles obligent les professionnels de la santé à rendre des comptes en cas de mauvais traitements et leur imposent des sanctions, et garantir aux victimes de violations des droits de la personne un accès à la justice ;

k) Garantir des enquêtes exhaustives et objectives sur les allégations de mauvais traitements et de violences infligés à des femmes pendant l'accouchement ;

l) Veiller à ce que les femmes victimes de violations obtiennent des réparations adéquates (restitution, indemnisation, de gain de cause ou garantie de non-répétition, entre autres) ;

m) Doter les organismes de réglementation, dont les institutions nationales de défense des droits de la personne, les commissions de déontologie, les médiateurs et médiatrices et les organismes de lutte contre les discriminations, du mandat et des ressources nécessaires pour surveiller les services de maternité publics et privés et veiller au respect de l'autonomie et de la vie privée des femmes ;

n) Sensibiliser les avocats, les juges et le public aux droits de la personne des femmes dans le contexte de l'accouchement pour veiller à ce que les voies de recours soient utilisées efficacement ;

Lois discriminatoires et stéréotypes sexistes préjudiciables

o) Examiner et renforcer la législation qui interdit toutes les formes de mauvais traitements et de violences à l'égard des femmes, y compris la violence psychologique, durant la grossesse et l'accouchement et dans la prestation d'autres soins de santé procréative, conformément aux instruments relatifs aux droits de la personne des femmes ;

p) Abolir les dispositions exigeant des femmes qu'elles obtiennent l'autorisation de leur époux, d'un parent ou d'un tiers pour bénéficier des soins de santé procréative qui les concernent ;

q) Abroger les lois qui criminalisent l'avortement quelles qu'en soient les circonstances, lever les sanctions visant les femmes qui avortent et, à tout le moins, légaliser l'avortement en cas d'agression sexuelle, de viol, d'inceste ou lorsque la poursuite de la grossesse met la vie ou la santé physique ou mentale de la femme en danger, et garantir un accès à des soins sûrs et de qualité après les avortements ;

r) Lever les poursuites pénales et les peines d'emprisonnement visant des femmes ayant sollicité des soins obstétricaux d'urgence, notamment pour cause de fausses couches, et lever les sanctions applicables aux médecins afin qu'ils puissent leur apporter le soutien médical dont elles ont besoin ;

s) Interdire et combattre la pratique de la stérilisation forcée, qui touche particulièrement les femmes appartenant aux minorités et les femmes autochtones, améliorer les protections contre cette violation des droits de la personne et donner des voies de recours et des indemnisations appropriées aux victimes ;

t) Lutter contre la discrimination croisée et les stéréotypes aggravants visant des sous-groupes de personnes.

Organisations internationales

82. Conformément aux déclarations de l'OMS et aux normes relatives aux droits de la personne des femmes, l'OMS, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes), le FNUAP et les organisations régionales devraient renforcer leur action pour prévenir et combattre les mauvais traitements et les violences infligés dans les services de santé procréative et pendant l'accouchement. À cet égard, ces entités devraient resserrer la coopération entre elles et avec les mécanismes indépendants de défense des droits de la personne des femmes tels que le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, la Rapporteuse spéciale du Conseil des droits de l'homme sur la violence contre les femmes, ses causes et conséquences, le Mécanisme de suivi de la mise en œuvre de la Convention de Belém do Pará, le Groupe d'experts du

Conseil de l'Europe sur la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique, la Rapporteuse spéciale sur les droits de la femme en Afrique de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples et la Rapporteuse sur les droits des femmes de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, ainsi qu'avec les États, les organisations non gouvernementales et les institutions indépendantes, pour prévenir cette violence et garantir aux femmes le droit de jouir du meilleur état de santé physique, mentale et procréative possible.
