

Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe



Document thématique



COMMISSIONER
FOR HUMAN RIGHTS

COMMISSAIRE AUX
DROITS DE L'HOMME

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

Santé et droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe

Document thématique publié par le
Commissaire aux droits de l'homme
du Conseil de l'Europe

Edition anglaise :
*Women's sexual reproductive health
and rights in Europe*

Les vues exprimées dans cet ouvrage sont de la responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement la ligne officielle du Conseil de l'Europe.

Toute demande de reproduction ou de traduction même partielle de ce document doit être adressée à la Direction de la Communication (F-67075 Strasbourg Cedex ou publishing@coe.int). Toute autre correspondance relative à ce document doit être adressée au Bureau du Commissaire aux droits de l'homme.

Les documents thématiques sont publiés par le Commissaire aux droits de l'homme afin de contribuer au débat et à la réflexion sur d'importantes questions d'actualité concernant les droits de l'homme. Souvent, le Commissaire y formule aussi des recommandations sur la manière de traiter les difficultés mises en évidence. Les opinions exprimées par les experts dans ces documents ne reflètent pas nécessairement la position officielle du Commissaire.

Les documents thématiques sont disponibles sur le site internet du Commissaire :
www.commissioner.coe.int

Photo de couverture :
©Isabel Infantes

© Conseil de l'Europe, décembre 2017
Imprimé en France

Remerciements :

Ce document thématique a été préparé par Leah Hoctor, Adriana Lamačková et Katrine Thomasen, avec l'assistance de Jessica Boulet, du Programme sur l'Europe du Center for Reproductive Rights.

Sommaire

RÉSUMÉ	5
LES RECOMMANDATIONS DU COMMISSAIRE	9
INTRODUCTION	17
CHAPITRE 1 - LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES FEMMES EN EUROPE : INQUIÉTUDES, DÉFIS ET LACUNES	21
1.1 Reculs et remises en question	21
1.2 Stéréotypes sexistes, normes sociales néfastes et stigmatisations	24
1.3 Manque d'éducation sexuelle complète	29
1.4 Insuffisances des systèmes de santé, des statistiques et des financements	30
1.5 Difficultés d'accès à la contraception moderne	31
1.6 Accès restreint à un avortement légal et sécurisé	33
1.7 Préoccupations autour de la santé maternelle	40
1.8 Discrimination intersectionnelle	44
1.9 Insuffisance des voies de recours et de l'accès à la justice	46
CHAPITRE 2 - LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES FEMMES DANS LES NORMES INTERNATIONALES RELATIVES AUX DROITS DE L'HOMME	49
2.1 Le droit à la santé, notamment sexuelle et reproductive	50
2.2 Le droit à la vie	53
2.3 Le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des mauvais traitements	54
2.4 Le droit à la vie privée	57
2.5 Égalité de genre et protection contre la discrimination	58
CHAPITRE 3 - OBLIGATIONS SPÉCIFIQUES CONCERNANT LA SANTÉ ET LES DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS DES FEMMES	61
3.1 Garantir une information factuelle et une éducation sexuelle complète	61
3.2 Garantir la disponibilité de services de contraception modernes et abordables	62
3.3 Garantir l'accès à des services d'avortement sécurisé et légal	63
3.4 Préserver l'accès aux soins de santé malgré les refus de soins	63
3.5 Respecter les droits des femmes lors de l'accouchement et garantir l'accès à des soins de santé maternelle de qualité	65
BIBLIOGRAPHIE	67
NOTES DE FIN	73

Résumé

Les droits sexuels et reproductifs, y compris le droit à la santé sexuelle et reproductive, font partie intégrante du cadre juridique des droits de l'homme et les États doivent absolument agir pour garantir ces droits. Faute de mesures efficaces, certains des aspects les plus importants et les plus intimes de nos vies d'êtres humains sont en effet menacés. Notre capacité à prendre des décisions autonomes et éclairées concernant notre corps, notre santé et notre sexualité, et à décider de procréer ou non, est compromise.

Ces dernières décennies, des progrès importants ont été faits au niveau mondial en ce qui concerne la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, notamment afin d'éliminer les discriminations dans ce domaine. Les États membres du Conseil de l'Europe ont longtemps été à l'avant-garde de ces développements. Pourtant, malgré de nombreuses réalisations importantes, les femmes continuent de rencontrer, en Europe, de graves difficultés en ce qui concerne leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. Des lois, des politiques et des pratiques limitent et compromettent sérieusement la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur autonomie, leur dignité, leur intégrité et leur pouvoir de décision.

De plus, dans plusieurs pays européens, des menaces ont recommencé à peser sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes ces dernières années, tendant à remettre en question et à affaiblir des engagements de longue date en matière d'égalité de genre et d'universalité des droits des femmes. Dans certains États membres, des lois et politiques ont eu pour objectif de revenir sur les protections existantes en matière de santé et des droits sexuels et reproductifs, notamment en introduisant des restrictions d'accès à l'avortement et à la contraception. Les tribunaux de nombreux pays ont également eu à examiner des plaintes menaçant la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes. Cette remise en question a également eu un impact sur le travail de nombreux défenseurs des droits de l'homme et de professionnels de santé œuvrant en faveur de la santé et des droits des femmes.

Dans le même temps, des stéréotypes sexistes, des jugements dévalorisants et des normes sociales préjudiciables concernant la sexualité des femmes et leurs capacités reproductives continuent d'être associés à de nombreux aspects de la vie des femmes. Des violences à l'égard des femmes et des pratiques coercitives perdurent dans les structures assurant des soins de santé sexuelle et reproductive, partout en Europe. Des formes d'opprobre, de honte et de tabous sociaux sont toujours associées à de nombreux aspects de la vie sexuelle et reproductive des femmes, et à certaines formes de soins de santé sexuelle et reproductive.

Bien que plusieurs pays européens aient mis en place des programmes d'éducation sexuelle, sous une forme ou une autre, beaucoup de ces programmes ne sont toujours pas conformes aux exigences internationales en matière de droits de l'homme ni aux « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe » de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dans le même temps, bien que de nombreux systèmes de santé européens soient relativement solides, la capacité à traiter la large gamme de problèmes rencontrés par les femmes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs varie considérablement selon les pays; des lacunes et des insuffisances persistent ainsi dans toute l'Europe. Par exemple, des efforts restent nécessaires pour collecter des données ventilées sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ainsi que pour mobiliser des ressources financières. En outre, l'accès des femmes à des moyens de contraception efficaces et modernes reste entravé en Europe par des problèmes de coût et de disponibilité, par le manque d'information et par des mesures discriminatoires.

Bien que la quasi-totalité des États membres du Conseil de l'Europe ait légalisé l'avortement à la demande de la femme enceinte ou motivé par divers facteurs socio-économiques, un petit nombre d'États membres a toujours des lois très restrictives, qui interdisent l'avortement dans toutes les situations, à l'exception de quelques circonstances strictement définies. Ces lois entraînent toute une série de conséquences graves et préjudiciables à la santé et au bien-être des femmes. La plupart des femmes de ces pays qui décident d'interrompre leur grossesse se rendent dans un autre pays européen pour bénéficier de services d'avortement sécurisé ou se font avorter dans leur pays de manière illégale et clandestine. En outre, dans ces pays, même les femmes qui remplissent les conditions très strictes requises pour pouvoir avorter légalement se heurtent donc souvent à d'importantes difficultés d'accès.

Même dans des pays européens ayant légalisé l'avortement à la demande de la femme, l'accès à des services d'avortement sécurisé reste problématique. Plusieurs États membres n'ont toujours pas adopté de cadre réglementaire et de mesures d'application qui permettent aux femmes d'avoir accès à des services d'avortement légal en pratique lorsque des professionnels de santé refusent de dispenser des soins pour des motifs de conscience. Dans un certain nombre d'États membres subsistent également des obstacles procéduraux qui entravent l'accès rapide des femmes à des services d'avortement, comme l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers.

Concernant l'accès aux soins de santé maternelle, si les taux de mortalité maternelle de nombreux pays européens figurent désormais parmi les plus faibles du monde, les disparités restent cependant considérables et des déficiences en matière de garantie d'un niveau de soins adéquat et de respect des droits, de la dignité et de l'autonomie des femmes lors de l'accouchement persistent dans plusieurs parties de l'Europe.

Ces difficultés, lacunes, obstacles et préoccupations sont exacerbées et ont des conséquences supplémentaires pour les groupes de femmes qui sont marginalisées en Europe, comme les femmes en situation de pauvreté, les femmes roms, les adolescentes, les femmes handicapées, réfugiées et demandeuses d'asile et les femmes migrantes sans-papiers. Ces femmes, et d'autres encore, sont confrontées en Europe à des discriminations intersectionnelles en matière de santé et de leurs droits sexuels et reproductifs, en raison de leur sexe et d'autres facteurs.

En outre, une série d'obstacles continue d'entraver l'accès des femmes à la justice et à des voies de recours efficaces en cas de violations de leurs droits sexuels et reproductifs. Dans certains pays, des femmes sont toujours en attente de réparations pour des violations graves et systématiques de leurs droits sexuels et reproductifs qui ont eu lieu dans le passé.

Le présent document thématique examine les préoccupations et défis présentés ci-dessus dans le contexte des obligations qui incombent aux États membres en matière de droits de l'homme au titre de leurs obligations internationales dans ce domaine telles qu'affirmées dans les instruments internationaux et européens, et enrichies et interprétées par les mécanismes pertinents en matière de droits de l'homme. Ces derniers ont clairement établi que l'obligation qui s'impose aux États membres de respecter et protéger les droits des femmes et de promouvoir l'égalité des chances incluait une obligation de promouvoir et protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes.

Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont établi à maintes reprises que la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes touchent à l'ensemble des droits de l'homme; ils ont cependant souligné l'importance particulière de certains de ces droits, comme le droit à la santé, à la vie, à ne pas être soumis à la torture et aux mauvais traitements, au respect de la vie privée et à l'égalité et à la non-discrimination. Ils ont fourni aux États membres des indications quant à l'abrogation ou la modification de certaines lois, politiques et pratiques et aux mesures effectives qui doivent être prises afin de respecter et protéger ces droits. Il s'agit notamment de garantir aux femmes l'accès à une éducation sexuelle complète, à une contraception moderne, à un avortement légal et sécurisé et à des soins de santé maternelle de qualité.

Les recommandations du Commissaire à tous les États membres du Conseil de l'Europe concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes figurent au début du présent document thématique.

Les recommandations du Commissaire

En vue de garantir les droits humains de toutes les femmes et les jeunes filles, partout en Europe, le Commissaire aux droits de l'homme appelle les États membres du Conseil de l'Europe :

I. à réaffirmer les engagements en faveur des droits humains des femmes et de l'égalité de genre, et à se garder de prendre des mesures rétrogrades qui compromettent la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes

- ▶ éviter l'érosion des formes de protection existantes, rejeter les mesures et les initiatives qui tendent à remettre en cause des droits acquis, et annuler les mesures rétrogrades qui ont déjà été promulguées ou introduites dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs ;
- ▶ se garder de tenir des propos ou des discours qui sont contraires aux principes des droits de l'homme et qui s'opposent à l'égalité de genre ou affaiblissent les engagements en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes ;
- ▶ réformer les lois et les politiques ayant pour effet d'entraver l'action des défenseurs des droits de l'homme, des organisations de la société civile et des prestataires de soins de santé qui œuvrent pour faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes ; combattre, prévenir et sanctionner la violence, le discours de haine, les campagnes de dénigrement et la stigmatisation qui visent ces acteurs ;
- ▶ s'abstenir de toute censure, obstruction, représentation erronée ou interdiction de la mise à disposition d'informations factuelles sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes ;

II. à investir dans la santé sexuelle et reproductive des femmes et à établir un système de santé conçu pour faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes

- ▶ veiller à ce qu'un budget suffisant soit alloué à la santé sexuelle et reproductive des femmes, et à ce que des ressources humaines adéquates soient disponibles à tous les niveaux du système de santé, en zone rurale comme en zone urbaine ;
- ▶ répertorier et lever les obstacles financiers qui entravent l'accès des femmes

à des soins de santé sexuelle et reproductive de bonne qualité, et intégrer les soins de santé sexuelle et reproductive dont les femmes ont besoin (comme des produits et services de contraception, des soins de santé maternelle et des services d'avortement sécurisés) dans les régimes publics d'assurance maladie et de subventionnement ou de remboursement des dépenses de santé ;

- ▶ lever et inverser les mesures d'austérité et de réduction qui s'appliquent aux programmes de promotion de l'égalité de genre ou aux soins de santé sexuelle et reproductive ;
- ▶ adopter et mettre en œuvre des stratégies et des plans d'actions nationaux complets et inclusifs en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, structurés autour d'objectifs et d'indicateurs mesurables ;
- ▶ veiller à ce que les stratégies et plans d'action se fondent sur des processus de consultation transparents, auxquels soient associés des représentants des communautés marginalisées ainsi qu'un large éventail de spécialistes des droits de l'homme, de l'égalité de genre et de la santé sexuelle et reproductive ;
- ▶ établir des mécanismes efficaces pour coordonner les stratégies et plans d'action ;
- ▶ établir des mécanismes de contrôle efficaces et des systèmes permettant l'évaluation, le suivi et la révision périodique des stratégies et plans d'action ;

III. à garantir une éducation sexuelle complète

- ▶ veiller à ce que des programmes d'éducation sexuelle complète (ESC) obligatoires, adaptés à l'âge, normalisés, factuels et scientifiquement exacts soient intégrés dans l'ensemble du système éducatif, y compris les programmes scolaires ordinaires ;
- ▶ veiller à ce que la législation interne ne permette pas de dispenser des enfants d'une ESC qui est adaptée à leur âge et qui satisfait aux critères d'objectivité et d'impartialité fixés par le droit international des droits de l'homme ;
- ▶ veiller à ce que les programmes d'ESC envisagent la santé et les droits sexuels et reproductifs d'un point de vue global, et à ce qu'ils traitent une large gamme de questions, dont l'égalité de genre, la diversité sexuelle et la violence sexuelle, ainsi que la prévention des grossesses précoces et des infections sexuellement transmissibles ;
- ▶ veiller à ce que les programmes d'ESC et les méthodes d'enseignement tiennent compte du développement des capacités de l'enfant, conformément aux normes des droits de l'homme ;
- ▶ fournir aux enseignants et aux professionnels de l'éducation une formation continue spécialisée pour les aider à dispenser une ESC de bonne qualité ;
- ▶ établir des programmes d'ESC pour les adolescents déscolarisés ;

IV. à faire en sorte que la contraception moderne soit abordable, disponible et accessible

- ▶ veiller à ce que des méthodes de contraception efficaces soient abordables et lever les obstacles financiers qui entravent encore l'accès des femmes à ces méthodes ;

- ▶ réformer les lois et les politiques qui excluent les produits et services de contraception des régimes publics d'assurance maladie et de subventionnement ; veiller à ce que la prise en charge s'applique à tous les groupes d'âge et à l'ensemble des marques et des méthodes de contraception moderne ;
- ▶ veiller à ce qu'une large gamme de méthodes de contraception efficaces soit disponible en pratique, dans les zones rurales et urbaines, et inscrire l'ensemble des produits et des médicaments contraceptifs modernes sur les listes nationales des médicaments essentiels ;
- ▶ veiller à ce que des informations factuelles et exactes sur la contraception soient mises à disposition, et établir des stratégies et des programmes de sensibilisation visant à déconstruire les mythes et les idées fausses ;
- ▶ lever les obstacles juridiques et politiques (tels que l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers) qui entravent encore l'accès de certains groupes de femmes, dont les adolescentes et les femmes handicapées, aux services de contraception et aux informations sur la contraception ; supprimer les barrières qui empêchent d'avoir accès en temps utile à une contraception d'urgence ;
- ▶ dispenser aux professionnels de santé concernés des formations régulières, spécialisées et fondées sur des faits, qui portent sur les méthodes de contraception efficaces ;

V. à garantir l'accès de toutes les femmes à des services d'avortement sûr et légal

- ▶ réformer les lois très restrictives qui n'autorisent l'avortement que dans un petit nombre de cas exceptionnels, strictement définis, et les mettre en conformité avec les normes internationales des droits de l'homme et les bonnes pratiques régionales, en faisant en sorte qu'un avortement pratiqué à la demande de la femme soit légal en début de grossesse, et qu'un avortement reste légal tout au long de la grossesse s'il vise à protéger la santé et la vie de la femme et à garantir son droit à ne pas subir de mauvais traitements ;
- ▶ veiller à ce que des services d'avortement légal soient accessibles et disponibles en pratique, notamment en établissant des procédures et des processus efficaces qui permettent aux femmes de demander la réalisation de leurs droits à des services d'avortement prévus par la législation ;
- ▶ dépénaliser l'avortement et supprimer les obligations procédurales qui s'appliquent encore aux services d'avortement légal et qui sont contraires aux lignes directrices en matière de santé publique, comme les délais d'attente obligatoires et l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers ;
- ▶ réformer les lois et les politiques imposant des conseils biaisés avant l'avortement et veiller à ce que les conseils relatifs à l'avortement ne soient jamais obligatoires, biaisés ou directifs ;
- ▶ veiller à ce que le principe de non-régression soit respecté, en annulant et rejetant les lois qui imposent des obstacles entravant l'accès des femmes à des services d'avortement sûr et les propositions politiques qui tentent d'instaurer de nouveaux obstacles ;

VI. à veiller à ce que le refus de donner certains soins opposé par des professionnels de santé n'empêche pas les femmes d'avoir accès en temps utile à des soins de santé sexuelle et reproductive

- ▶ lorsque des lois ou politiques internes autorisent les professionnels de santé à refuser de donner certaines formes de soins de santé sexuelle ou reproductive pour des motifs de conscience ou de religion, mettre en œuvre des mesures efficaces de réglementation et d'application destinées à éviter que ces refus de soins empêchent les femmes d'avoir accès en temps utile à des soins de santé sexuelle et reproductive ;
- ▶ veiller à ce que ces mesures garantissent au minimum :
 - que les refus ne sont pas autorisés dans les situations d'urgence ;
 - que tous les professionnels de santé sont explicitement tenus d'adresser la patiente en temps utile à un autre professionnel, prêt à donner les soins et compétent ;
 - que les refus ne peuvent porter que sur la prestation directe de soins ;
 - que seul est autorisé le refus de soins opposé par un praticien à titre individuel et que sont interdits les refus de soins qui relèvent d'une politique ou d'une pratique institutionnelles ;
- ▶ veiller à ce que des professionnels de santé prêts à donner des soins de santé sexuelle et reproductive, et capables de le faire, soient répartis et disponibles en nombre suffisant dans les structures de santé publiques et privées et en zone rurale comme en zone urbaine ;
- ▶ établir, dans l'ensemble du pays et dans toutes les structures de santé, des systèmes permettant de suivre l'évolution du nombre de professionnels de santé qui refusent de donner des soins de santé sexuelle ou reproductive pour des motifs de conscience ou de religion ;

VII. à respecter et à protéger les droits des femmes lors de l'accouchement, et à faire en sorte que toutes les femmes aient accès à des soins de santé maternelle de qualité

- ▶ adopter des mesures visant à faire en sorte que toutes les femmes aient accès à des soins de santé maternelle (y compris des soins prénatals et postnatals) d'un coût abordable et de bonne qualité ;
- ▶ réformer les lois et les politiques qui excluent certains groupes de femmes du bénéfice de soins de santé maternelle, notamment en levant les restrictions juridiques et politiques fondées sur la nationalité ou sur la situation au regard de la législation relative à l'immigration ;
- ▶ établir des programmes et des stratégies efficaces qui visent à supprimer les obstacles financiers, pratiques et sociaux qui empêchent des groupes de femmes marginalisés d'avoir accès, dans des conditions d'égalité, à des soins de santé maternelle de qualité ;
- ▶ collecter et analyser des données ventilées sur la santé maternelle, et veiller à

ce que la surveillance des décès maternels soit systématique et conforme aux lignes directrices et bonnes pratiques internationales ;

- ▶ prendre des mesures permettant de protéger efficacement la santé mentale et le bien-être psychologique des femmes au cours de la grossesse et de l'accouchement ;
- ▶ interdire efficacement les violences physiques et verbales envers les femmes, ainsi que les paiements non officiels et les pots-de-vin, dans le cadre des soins de santé maternelle ; enquêter sur ces pratiques et les sanctionner de façon efficace ;
- ▶ garantir la primauté du respect du consentement éclairé de la femme et donner la priorité aux décisions prises par la femme en connaissance de cause, lors de toutes les phases de l'accouchement ;
- ▶ veiller à ce que toute femme puisse bénéficier de la présence d'une personne qualifiée durant l'accouchement ;

VIII. à éliminer les pratiques coercitives et à garantir le respect du consentement et des décisions éclairés des femmes dans les situations liées aux soins de santé sexuelle et reproductive

- ▶ veiller à ce que le respect du consentement éclairé de la femme soit garanti dans toutes les situations liées aux soins de santé sexuelle et reproductive, en réformant les lois, politiques et pratiques relatives au consentement du patient qui réduisent les possibilités, pour les femmes, de prendre des décisions en connaissance de cause, qui permettent de donner la priorité à d'autres considérations ou qui soumettent certains groupes de femmes à une discrimination, fondée sur des éléments comme l'âge ou le handicap ;
- ▶ prévenir toutes les pratiques coercitives en matière de soins de santé sexuelle et reproductive, notamment l'application de moyens de contention à une femme en travail ou lors d'examen gynécologiques, la stérilisation forcée, la contraception forcée, l'avortement forcé, les interventions non consenties durant l'accouchement et la suture des lésions sans soulagement adéquat de la douleur ; veiller à ce que les victimes de ces pratiques obtiennent réparation et sanctionner ces pratiques ;

IX. à garantir à toutes les femmes l'accès à des recours effectifs contre les atteintes à leur santé et à leurs droits sexuels et reproductifs

- ▶ prendre sans tarder les dispositions nécessaires pour réparer les violations systématiques des droits sexuels et reproductifs des femmes commises dans le passé, reconnaître la responsabilité de l'État et établir des mécanismes de réparation respectueux des droits de l'homme pour toutes les victimes ;
- ▶ enquêter sur toutes les atteintes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes de manière effective, rapide, approfondie et impartiale ; garantir la mise en œuvre de la responsabilité des auteurs et veiller à ce que toutes les victimes aient accès à des mesures correctives efficaces, proportionnées à la gravité des

violations, notamment sous la forme d'une réparation, d'une indemnisation et de la garantie que ces atteintes ne se reproduiront pas ;

- ▶ veiller à ce que toutes les femmes victimes d'atteintes à leur santé et à leurs droits sexuels et reproductifs bénéficient de tous les services de réadaptation et mécanismes de soutien nécessaires, y compris des soins de santé mentale et physique dont elles ont besoin ;
- ▶ veiller à ce que les procédures judiciaires et autres voies de recours n'aient pas pour effet de victimiser à nouveau les femmes et de leur infliger un traumatisme supplémentaire, et à ce que les femmes qui cherchent à obtenir justice soient traitées d'une manière qui respecte leur dignité et leurs droits humains ;
- ▶ garantir que des règles de prescription et d'autres obstacles procéduraux n'empêchent pas les femmes d'obtenir réparation d'atteintes graves ou systématiques à leur santé et à leurs droits sexuels et reproductifs ;
- ▶ prévoir une formation sur l'égalité de genre et sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes pour les professionnels de la justice, les membres des forces de l'ordre et les professionnels de santé, notamment pour éviter que des stéréotypes, des préjugés et des idées reçues concernant la sexualité des femmes et leurs fonctions reproductives influent sur la prise de décisions ;

X. à éliminer la discrimination dans la législation et la pratique, y compris les formes intersectionnelles et multiples de discrimination, et à garantir l'égalité pour toutes les femmes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs

- ▶ prendre des mesures efficaces et positives, y compris au moyen de programmes d'information du public, de sensibilisation et de formation, pour lutter contre la discrimination fondée sur des éléments comme le sexe et le genre, notamment en combattant les normes de genre et les stéréotypes préjudiciables, les idées reçues et les jugements dévalorisants qui fragilisent les droits sexuels et reproductifs des femmes ;
- ▶ concevoir et mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des programmes ciblés pour promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs de groupes de femmes marginalisés et supprimer les obstacles financiers, pratiques et sociaux se manifestant de façon spécifique ou aggravée pour ces groupes et qui entravent leur accès à des soins de santé sexuelle et reproductive de bonne qualité ;
- ▶ établir des systèmes efficaces et respectueux des droits de l'homme pour la collecte de données ventilées sur la santé sexuelle et reproductive des femmes ; les données ne devraient pas être ventilées uniquement par sexe, mais aussi, au minimum, selon l'âge, le handicap, l'origine ethnique, la nationalité et la situation socio-économique ;
- ▶ supprimer les lois et politiques discriminatoires qui limitent l'accès de certains groupes de femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive, notamment pour des motifs liés à l'âge, au handicap, à l'identité de genre, à la situation de famille, à la situation au regard de la législation relative à l'immigration, à la nationalité ou à l'orientation sexuelle ;

- ▶ veiller à ce que toutes les femmes marginalisées puissent avoir accès à des soins de santé sexuelle et reproductive qui tiennent compte de la spécificité de leurs besoins sanitaires et de leur situation personnelle, y compris les femmes touchées par un conflit ou une crise, les femmes déplacées à l'intérieur de leur pays, réfugiées ou migrantes, les adolescentes, les femmes âgées et les femmes séropositives ;
- ▶ veiller à ce que toutes les femmes ayant subi des violences sexuelles, y compris les femmes se trouvant dans une zone de conflit ou un centre de détention, les victimes de la traite des êtres humains, les demandeuses d'asile et les réfugiées, puissent avoir accès à une gamme complète de services en matière de santé sexuelle et reproductive, comprenant une contraception d'urgence, des services d'avortement sûr et des traitements prophylactiques après exposition au VIH.

Introduction

Les États doivent absolument agir pour garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs. Sans cette action, certains des aspects les plus intimes et les plus importants de nos vies sont compromis. Notre santé et notre bien-être physiques, affectifs et mentaux sont menacés. Notre droit à définir librement des éléments essentiels de notre existence et de nos relations est bafoué. Nous ne pouvons prendre de décisions autonomes et éclairées sur notre corps, notre santé, notre sexualité et sur la question d'avoir ou non des enfants.

Ce document thématique traite de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe. En dépit des progrès accomplis, les inégalités hommes-femmes encore omniprésentes en Europe continuent d'avoir un impact important sur ces droits. Des lois, des politiques et des pratiques entravent la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur autonomie, leur dignité, leur intégrité et leurs décisions. De multiples formes de discrimination, de violence et de contrainte persistent tout au long de la vie sexuelle et reproductive des femmes, y compris dans des contextes médicaux.

Ce document thématique emploie l'expression « santé et droits sexuels et reproductifs » pour désigner une série de droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels, protégés par les normes internationales relatives aux droits de l'homme, qui s'appliquent tout au long de la vie sexuelle et reproductive des personnes. Ils englobent, sans s'y limiter, les droits à la santé, à la vie, à ne pas être soumis à la torture et aux mauvais traitements, et au respect de la vie privée. Aspect crucial, ils englobent aussi le droit à la non-discrimination et le droit à l'égalité de genre dans la jouissance de ces droits, qui obligent les États membres du Conseil de l'Europe à s'assurer que les femmes et les jeunes filles exercent tous leurs droits à égalité avec les hommes. Ces normes incluent également le principe de non-régression, qui interdit aux États membres de prendre toute mesure qui aurait pour effet de fragiliser, restreindre ou supprimer des droits ou avantages existants en matière de santé et des droits sexuels et reproductifs.

Par conséquent, les droits sexuels et reproductifs des femmes, dont le droit à la santé sexuelle et reproductive, ne sont pas distincts des droits de l'homme. Au contraire, comme les mécanismes de droits de l'homme le reconnaissent largement, ils en font intrinsèquement partie. De même, les obligations qu'ont les États membres de promouvoir et de protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes sont des éléments clés de leur obligation de respecter et de garantir les droits humains des femmes, et de faire progresser l'égalité de genre.

Ces dernières décennies, les pays européens ont nettement progressé dans l'élimination des restrictions, des discriminations, des contraintes et des violences rencontrées par les femmes tout au long de leur vie sexuelle et reproductive. Ils ont aboli les lois et les politiques qui interdisaient la contraception, assoupli des lois qui encadraient l'avortement et érigé en infractions pénales les violences contre les femmes. Ils ont modifié les règles qui ne prévoyaient pas le même âge légal de consentement à des rapports sexuels pour les hommes et les femmes, aboli l'interdiction des rapports sexuels entre hommes et femmes hors mariage et entre adultes de même sexe, légalisé le divorce. Des mesures ont été adoptées pour protéger les pensions alimentaires versées pour les enfants, ainsi que l'emploi des femmes enceintes et des nouveaux parents.

Simultanément, l'Europe a connu de larges améliorations de la prestation, de la qualité et de l'accessibilité des nombreuses formes de soins de santé sexuelle et reproductive dont les femmes ont besoin. Aujourd'hui, par exemple, si l'on observe la situation globale, plusieurs pays européens ont des taux de mortalité maternelle parmi les plus bas du monde, les moyens de contraception modernes y sont plus largement accessibles qu'ailleurs dans le monde, le nombre de grossesses non désirées y est en chute ; quant à celui des avortements à risque, il est négligeable dans de nombreuses parties de l'Europe et en baisse constante dans d'autres.

Pourtant et malgré ces importantes réalisations, dans de nombreuses parties de l'Europe, la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur autonomie, leur intégrité et leur capacité à décider restent menacées, et des atteintes à leurs droits sexuels et reproductifs se poursuivent. Les lois et les politiques de certains pays continuent de violer, de restreindre ou de saper les droits à la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes. Plusieurs obstacles pratiques, financiers et sociaux continuent de compromettre la santé sexuelle et reproductive des femmes ou d'entraver leur capacité à obtenir des soins de santé sexuelle et reproductive de bonne qualité. Les violences contre les femmes persistent dans toutes les sociétés européennes, et des pratiques coercitives en matière de soins de santé sexuelle et reproductive restent préoccupantes dans plusieurs pays. Les normes sociales, les stéréotypes et les attentes concernant la place des femmes dans la société, leur sexualité et leur rôle reproductif sont toujours bien là. Parfois, ces restrictions, obstacles, partis pris et violations concernent toutes les femmes d'un pays donné ; souvent, ils donnent lieu à de multiples formes de discrimination et ciblent, ou touchent tout particulièrement, certaines catégories de femmes.

En outre, en Europe comme ailleurs dans le monde, il est préoccupant de constater des tendances rétrogrades en matière de protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes. Ces développements, et les violations des droits de l'homme qu'ils ont générés, ont conduit à la préparation de ce document thématique. Les tentatives actuelles de remettre en question les progrès en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des femmes, qui ont été obtenus au prix de grands efforts, sont une source de sérieuse préoccupation.

Faire progresser l'égalité de genre en Europe est une composante clé des obligations et engagements des États membres en matière de droits humains, de santé publique et d'objectifs de développement durable. L'égalité de genre est un impératif pour le

respect par les États de leurs obligations en vertu du droit international des droits de l'homme ; mais elle favorise aussi une économie durable et bénéficie à toute la société et à toute l'humanité. Pourtant, le non-respect et la non-garantie de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes sont à la fois cause et conséquence des inégalités et des discriminations de genre, et l'égalité des femmes dans toute l'Europe restera illusoire tant que leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs ne seront pas assurés. Au vu de la réapparition de menaces pour l'égalité hommes-femmes, il apparaît d'autant plus crucial de prendre des mesures concertées pour réaffirmer l'importance des droits des femmes si l'on veut pouvoir préserver les acquis en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe.

L'objectif de ce document thématique est de soutenir et d'alimenter les efforts au niveau régional en faveur de l'égalité de genre, et de répondre à certaines des principales lacunes et violations que les femmes européennes continuent de vivre en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. À cette fin, le document envisage la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe sous l'angle des droits de l'homme, compte tenu des obligations internationales des États membres telles qu'affirmées dans les instruments internationaux et européens relatifs aux droits de l'homme, et enrichies et interprétées par les mécanismes pertinents. Il ne s'agit pas ici de sous-estimer l'importance des problèmes rencontrés dans ce domaine par les hommes et les jeunes hommes à travers l'Europe, mais de souligner que la prise en compte des sérieuses difficultés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs auxquels sont confrontées les femmes et les jeunes filles reste cruciale pour les efforts en faveur de l'égalité de genre en Europe.

Ce document thématique offre un aperçu d'un large éventail de problématiques, sans chercher à analyser en détail un aspect plutôt qu'un autre. Il n'a pas pour but de fournir un catalogue exhaustif des problèmes de santé et de droits sexuels et reproductifs que les femmes continuent de rencontrer en Europe. Bien qu'il mette l'accent sur certaines questions prioritaires dans la région, il n'aborde pas tous les problèmes. En outre, le document thématique ne s'attarde pas sur des aspects pertinents lorsqu'ils ont déjà été couverts par le Commissaire aux droits de l'homme. Ainsi, par exemple, ce document ne traite pas en détail des violences contre les femmes ou des droits des personnes lesbiennes, bisexuelles, transgenres ou intersexes.

Le chapitre 1 du document thématique offre un aperçu de certaines des lacunes en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs qui continuent de toucher les femmes dans toute l'Europe. Il revient sur les inquiétudes, inégalités et insuffisances les plus marquées concernant neuf aspects clés de la santé et des droits reproductifs des femmes : les reculs et remises en question ; les stéréotypes, normes sociales néfastes et stigmatisations ; le manque d'éducation sexuelle complète ; les insuffisances des systèmes de santé, des statistiques et des financements ; les difficultés d'accès à la contraception moderne ; l'accès restreint à un avortement légal et sécurisé ; les préoccupations autour de la santé maternelle ; la discrimination croisée ; et les insuffisances des voies de recours et de l'accès à la justice.

Le chapitre 2 examine la manière dont les obligations des États membres du Conseil de l'Europe, en vertu de certaines normes internationales de droits de l'homme, s'appliquent à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes. Sur la base

des décisions et analyses des mécanismes de protection des droits de l'homme, il offre une synthèse générale des obligations imposées aux États, s'agissant de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, par les droits à la santé, à la vie, à l'absence de torture et de mauvais traitements, à la vie privée, à l'égalité et à la non-discrimination. Il aborde aussi les affirmations selon lesquelles les droits sexuels et reproductifs des femmes pourraient être légitimement restreints pour des raisons religieuses, morales ou sociales, ou pour protéger les droits d'autrui.

Le chapitre 3 prolonge l'analyse du chapitre précédent en mettant en avant cinq facteurs clés pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes : une éducation sexuelle complète, une contraception moderne, un avortement légal et sécurisé, l'objection de conscience amenant des médecins à refuser des soins, et la qualité des soins de santé maternels. Le chapitre examine la façon dont certaines obligations des États membres en vertu des normes internationales de droits de l'homme s'appliquent à ces cinq facteurs.

Chapitre 1

La santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe : inquiétudes, défis et lacunes

Ces dernières décennies ont vu, globalement, des avancées considérables dans le domaine de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, et dans la suppression des formes de discrimination associées. Les États membres du Conseil de l'Europe sont depuis longtemps à l'avant-garde de ces efforts, et ont dûment agi pour préserver et faire progresser la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans leur législation, leurs politiques et leurs pratiques internes.

Pourtant, malgré ces importants progrès, les dénis et violations de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes sont encore répandus en Europe. Comme souligné en introduction, la situation globale de l'Europe dans ce domaine dissimule des disparités substantielles et inquiétantes. Bien que la nature et la gravité des principaux problèmes de droits de l'homme diffèrent d'un pays à l'autre, aucun État membre du Conseil de l'Europe ne s'acquitte pleinement de son obligation de garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes.

1.1 RECULS ET REMISES EN QUESTION

L'universalité des droits de l'homme est la pierre angulaire du droit international des droits de l'homme, dont la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes sont des composantes à part entière. Dans ce contexte, il est impératif de poursuivre les progrès vers l'égalité de genre et l'éradication de toutes les formes de discrimination envers les femmes. Pourtant, ces dernières années, des menaces contre la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes sont réapparues en Europe, avec de graves conséquences sur les droits des femmes et sur l'évolution des politiques nationales, régionales et internationales¹.

Bien que, dans une certaine mesure, ces menaces revêtent des formes spécifiques en fonction des contextes sociopolitiques européens, elles ont en commun la volonté de saper ou de restreindre l'accès des femmes à certains types de services de santé, et de remettre en question des engagements de longue date en faveur de l'égalité de genre et de l'universalité des droits des femmes.

1.1.1 Rhétorique hostile

Dans certains pays, des élus et d'autres responsables politiques, y compris aux plus hauts niveaux, utilisent une rhétorique hostile à l'égalité de genre et à la santé et aux droits sexuels et reproductifs. Dans des déclarations politiques, ces officiels décrivent le concept d'égalité de genre en présentant ce concept, et sa protection en vertu des droits de l'homme, comme une forme d'« idéologie du genre ». Ils se sont également emparés de certains sujets – « droits de l'homme », « valeurs traditionnelles », « protection de la famille » – pour renforcer les stéréotypes de genre et les présupposés néfastes quant au rôle des femmes dans la société, encourageant ainsi la discrimination fondée sur le sexe, l'orientation sexuelle et l'identité de genre. Certains représentants publics ont même accusé, à tort, l'égalité de genre et la protection accrue de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes d'être une cause majeure de la baisse des taux de natalité et des problèmes de démographie².

1.1.2 Reculs législatifs

Dans certains États membres, les menaces ne se cantonnent plus aux discours : des lois et des politiques qui reviennent sur la protection de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes ont été adoptées. Ces dernières années par exemple, les gouvernements d'Arménie, de « l'ex-République yougoslave de Macédoine », de Géorgie, de Fédération de Russie et de Slovaquie ont adopté des lois et des politiques imposant une série de nouvelles conditions aux femmes qui souhaitent accéder légalement à l'interruption de grossesse³. Parmi les exemples les plus courants de ces nouveaux obstacles procéduraux, qui marquent un recul pour la santé et les droits des femmes, figurent les délais d'attente obligatoires et les conseils non objectifs avant un avortement. En outre, des propositions visant à créer des exigences procédurales du même type ont été avancées sans succès dans d'autres pays européens, comme la Lettonie, la Lituanie et la Roumanie⁴.

Des propositions d'interdiction quasi-totale de l'avortement ont également été présentées ces dernières années en Espagne, en Fédération de Russie, en Lituanie, en Pologne et en Slovaquie. Bien qu'elles aient fini par être rejetées, souvent après de très larges protestations et manifestations publiques, ces propositions illustrent de façon marquante l'étendue et la nature de l'hostilité à la défense des droits des femmes et de l'égalité de genre qui se fait jour dans certaines parties d'Europe.

En outre, bien que les reculs législatifs ciblent particulièrement l'accès aux services légaux d'avortement dans de nombreux contextes européens, d'autres aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes sont également touchés. En Pologne, par exemple, une législation récente oblige à nouveau toutes les femmes à présenter une prescription médicale pour obtenir une contraception d'urgence,

alors que les politiques antérieures les autorisaient à se procurer certaines formes de contraception d'urgence sans ordonnance en pharmacie⁵. De plus, une série de lois et de politiques rétrogrades ayant de vastes conséquences négatives sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes est entrée en vigueur en Fédération de Russie. Entre autres, ces lois interdisent l'éducation et la diffusion d'informations sur la diversité sexuelle et l'homosexualité⁶, et dépenalisent certaines formes de violences familiales⁷.

1.1.3 Contestations en justice

Dans plusieurs pays européens, les tribunaux ont également eu à examiner des plaintes menaçant la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes. Ils les ont le plus souvent rejetées : en Croatie, au Portugal et en Slovaquie, des juridictions ont rejeté des recours qui contestaient la constitutionnalité de l'accès des femmes à l'avortement, et au Royaume-Uni et en Suède, ils n'ont pas donné suite à des plaintes qui cherchaient à élargir le droit des professionnels médicaux à refuser de pratiquer un avortement légal pour des motifs de conscience ou de religion⁸.

Cependant, dans un petit nombre de cas, les décisions de justice et la jurisprudence ont entraîné une régression. Par exemple, la Cour constitutionnelle polonaise a récemment supprimé des règles importantes qui encadraient le refus, par les professionnels médicaux, de fournir certains services de santé pour des motifs de conscience ou de religion⁹. En particulier, la cour a supprimé l'obligation faite aux professionnels de santé refusant de prodiguer des soins d'adresser les patients à un autre professionnel. Les conséquences sont graves pour les femmes en Pologne, qui se heurtent régulièrement à des refus répétés de soins lorsqu'elles cherchent à accéder à des services légaux d'interruption de grossesse ou à d'autres formes de soins de santé sexuelle et reproductive.

1.1.4 Menaces contre les défenseurs des droits de l'homme

Les nombreux défenseurs des droits de l'homme, organisations de la société civile et professionnels de santé qui œuvrent en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe sont aussi touchés par ces reculs. Dans certains contextes, des violences, des menaces, des propos haineux et des campagnes de dénigrement, notamment de la part de groupes d'extrême droite ou d'extrémistes religieux, continuent de viser à la fois les défenseurs des droits de l'homme qui plaident pour l'égalité de genre et pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes, et les professionnels de santé qui prodiguent des soins dans ce domaine. Parallèlement, la récente introduction par certains États membres de politiques et de réglementations restrictives pour la société civile en général, par exemple en Hongrie et en Fédération de Russie, a eu un impact direct et concret sur les défenseurs des droits de l'homme et sur les organisations de la société civile qui œuvrent en faveur de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes¹⁰.

1.2 STÉRÉOTYPES SEXISTES, NORMES SOCIALES NÉFASTES ET STIGMATISATIONS

Ces dernières décennies, l'Europe a connu un changement sociétal et vu basculer les attitudes envers la sexualité et la reproduction. Les normes de genre ont évolué ; les mœurs et les conceptions du rôle des femmes dans la société ont considérablement progressé. Pourtant, la discrimination et les normes sociales et stéréotypes négatifs sur la sexualité, et les capacités reproductives des femmes sont toujours présentes dans les États membres, et une stigmatisation s'attache toujours à de nombreux aspects de la vie sexuelle et reproductive des femmes¹¹. Ces phénomènes ont de multiples conséquences insidieuses et néfastes sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes en Europe, et sous-tendent beaucoup des violations mises en avant dans ce document thématique.

1.2.1 Violences envers les femmes

Les femmes en Europe continuent de connaître des formes aussi diverses que répandues de violences et d'agressions, dont les atteintes et le harcèlement sexuels, dans le cadre des relations intimes, de la vie publique ou du lieu de travail – parce qu'elles sont des femmes. D'après les estimations, en Europe, au moins une femme sur quatre connaîtra une forme de violence fondée sur le genre au cours de sa vie. Les stéréotypes de genre et les normes sociales néfastes jouent un rôle clé à cet égard. Non seulement ils sont à la racine des violences envers les femmes, mais ils sapent aussi les efforts des États membres pour prévenir les violences et amener leurs auteurs à rendre des comptes.

Dans toute l'Europe, la sexualité des femmes reste soumise à un large éventail d'attentes et de présupposés sociaux, qui dans de nombreux contextes rejettent la responsabilité sur les femmes elles-mêmes en cas de viol ou d'autres formes de violences sexuelles, en particulier lorsque les victimes sont considérées comme allant à l'encontre des mœurs ou des conventions sociales. L'attention se porte sur le comportement, l'apparence ou la vie sexuelle des femmes plutôt que sur les agissements des agresseurs. Parallèlement, même dans les pays ayant une législation et des politiques solides, les violences contre les femmes perpétrées dans la famille ou par un partenaire intime sont toujours largement considérées comme une affaire « privée » ou « familiale » plutôt que comme des actes relevant de la justice pénale. Ces attitudes néfastes peuvent être lourdes de conséquences pour la prévention et la sanction des violences envers les femmes, et pour les poursuites contre les auteurs, et aboutissent souvent à l'impunité. Elles pèsent encore aujourd'hui sur la capacité et la volonté des femmes de signaler les violences, et se répercutent sur les enquêtes et poursuites effectivement menées par les forces de l'ordre et par les autorités de justice pénale¹².

Stéréotypes de genre autour de la sexualité

En 2017, la Cour européenne des droits de l'homme s'est penchée sur un stéréotype répandu voulant que la sexualité des femmes, naturellement liée à la reproduction, diminue et perde en importance avec l'âge.

Dans cette affaire, *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal*¹³, la requérante se mit à souffrir de fortes douleurs vaginales, d'une perte de sensations et d'incontinence urinaire à la suite de négligences médicales lors d'une opération chirurgicale. Ses difficultés à se déplacer et à avoir des relations sexuelles la plongèrent dans la dépression. Après avoir porté plainte contre l'hôpital, elle se vit octroyer une indemnisation de 172 000 euros par le Tribunal administratif de Lisbonne. Cependant, l'hôpital ayant fait appel, la cour d'appel réduisit considérablement cette somme au motif que, « au moment de l'opération, la plaignante était mère de deux enfants et avait déjà 50 ans, âge auquel la sexualité n'a plus autant de place que dans la jeunesse, l'importance de la sexualité diminuant avec l'âge ».

Dans sa requête devant la Cour européenne des droits de l'homme, la requérante affirma que cette décision en appel constituait une discrimination fondée sur le sexe et sur l'âge. Selon elle, en négligeant son droit à une vie sexuelle, la cour d'appel avait porté atteinte à l'un des principes les plus fondamentaux de la dignité humaine et violé son droit à la vie privée et à la non-discrimination fondée sur l'âge et sur le sexe (articles 8 et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme).

Dans son arrêt, la Cour européenne des droits de l'homme lui donne raison :

« [L]'enjeu ici ne porte pas sur des considérations d'âge et de sexe en tant que telles, mais sur le présupposé selon lequel la sexualité ne serait pas aussi importante pour une femme de 50 ans mère de deux enfants que pour une personne plus jeune. Ce présupposé reflète une conception traditionnelle de la sexualité féminine comme essentiellement liée à la maternité, qui ignore son importance physique et psychologique pour l'épanouissement des femmes en tant que personnes. »

1.2.2 Pratiques coercitives en matière de soins de santé sexuelle et reproductive

À travers l'Europe, les préjugés et stéréotypes de genre sont à la racine des pratiques coercitives observées dans les contextes médicaux en matière de soins de santé sexuelle et reproductive. Les stéréotypes en question concernent avant tout la capacité reproductive des femmes, leur rôle dans la société et leur aptitude à prendre des décisions éclairées.

Comme détaillé plus loin (section 1.7), les allégations selon lesquelles dans de nombreux pays d'Europe, les femmes rencontreraient encore diverses formes d'interventions médicales forcées ou sous contrainte lors de l'accouchement, sans efforts adéquats pour obtenir leur consentement entier et éclairé, indiquent des présupposés discriminatoires quant à l'aptitude des femmes à prendre des décisions. On suppose par exemple à tort que les femmes, et notamment les femmes enceintes dont le travail a commencé, sont incapables de pensées rationnelles ou de décisions réfléchies et responsables ; elles risqueraient de prendre des décisions hâtives ou imprudentes si on ne les protégeait pas de leurs impulsions et de leurs émotions. Les pratiques coercitives pendant l'accouchement reflètent également un parti pris faisant passer les capacités reproductives des femmes avant leur droit à prendre des décisions autonomes sur leur santé reproductive et sur leur propre corps.

Ces stéréotypes et partis pris aussi néfastes que bien enracinés sont également à l'origine de nombreux exemples historiques de pratiques coercitives en Europe, comme les stérilisations de force ou sous la contrainte des femmes roms largement répandues dans des pays comme la République tchèque et la Slovaquie¹⁴, et celles des femmes handicapées dans des pays comme la France ou la Suisse¹⁵. Ici, les présupposés concernant la capacité des femmes à prendre des décisions éclairées recourent des préjugés profondément ancrés au sujet des personnes qui devraient ou non pouvoir procréer, avec pour résultat des violations graves et structurelles des droits des femmes.

1.2.3 Obstacles à l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive

Des normes et présupposés néfastes sur le genre sous-tendent également beaucoup des obstacles qui, en droit et dans les politiques menées, empêchent toujours les femmes d'accéder à certains services de santé sexuelle et reproductive dans une partie de l'Europe.

Plusieurs États membres conservent également des lois et des politiques sur l'avortement et la contraception fondées sur le présupposé selon lequel la maternité serait, ou devrait être, le principal rôle social dévolu aux femmes. Par exemple, il est courant en Europe que l'avortement légal et la contraception ne soient pas remboursés ou pris en charge par les régimes publics d'assurance-maladie. Parfois, ces régimes reflètent également des conceptions sociales persistantes qui privilégient la sexualité à des fins reproductives, et font payer aux femmes le coût social et financier et les conséquences d'une sexualité ne visant pas la reproduction. En Slovaquie, par exemple, le droit interdit explicitement la prise en charge des méthodes contraceptives par le régime public d'assurance-maladie lorsque ces méthodes visent à éviter une grossesse non désirée, contredisant ainsi les normes de l'Organisation mondiale de la Santé, qui définissent les contraceptifs comme des médicaments essentiels¹⁶.

1.2.4 Stigmatisations

En outre, dans toute l'Europe, des formes omniprésentes d'opprobre, de honte et de tabous sociaux sont toujours associées à de nombreux aspects de la vie sexuelle

et reproductive des femmes, et à certaines formes de soins de santé sexuelle et reproductive.

Historiquement, par exemple, les rapports sexuels hors mariage étaient fortement stigmatisés et censurés par la morale, avec de lourdes conséquences pour les femmes non mariées lorsqu'elles se retrouvaient enceintes. Dans de nombreux pays européens, ces attitudes ont alimenté des lois et des politiques discriminatoires concernant les droits et le statut juridique des mères non mariées et des enfants nés hors mariage ; dans certains États membres, elles ont entraîné une série de pratiques coercitives et de mauvais traitements, comme l'adoption forcée, le placement obligatoire dans des foyers pour « mères et bébés » et d'autres types de détention et de placement en établissement sous contrainte. Bien qu'un grand nombre d'enfants en Europe naissent aujourd'hui hors mariage – représentant même la majorité des naissances dans plusieurs pays européens, comme la Bulgarie, la Belgique, le Danemark, l'Estonie, la France, la Slovénie et la Suède¹⁷ –, dans certains contextes européens, les normes sociales et les politiques publiques reflètent toujours un sentiment de désapprobation à l'égard de la reproduction en dehors du mariage.

Par ailleurs, des stigmatisations s'attachent toujours à la sexualité des femmes et à son expression en Europe, avec des conséquences négatives pour l'autonomie et la liberté sexuelle des femmes. Par exemple, l'idée courante selon laquelle la sexualité des femmes serait intimement liée à la reproduction persiste dans de nombreux contextes, tout comme celle selon laquelle les femmes seraient sexuellement passives. Ces stéréotypes et présupposés néfastes sont souvent particulièrement marqués à l'égard de certains groupes de femmes. Ainsi, les femmes handicapées, les adolescentes, les femmes âgées, les femmes non mariées et les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres risquent particulièrement de se heurter à des conceptions discriminatoires : absence supposée de sexualité ; opprobre encore attaché aux rapports sexuels hors mariage, les jeunes femmes étant censées « préserver leur virginité » ; homophobie et transphobie fréquentes.

De même, la stigmatisation liée aux maladies et infections sexuellement transmissibles, dont le sida, persiste dans de nombreuses parties d'Europe et sape souvent l'accès des femmes aux informations, aux moyens de prévention, aux dépistages et aux traitements. C'est en Europe orientale, par exemple, qu'on trouve l'augmentation la plus rapide au monde du nombre d'infections par le sida, avec dans certains des pays touchés, les femmes représentant jusqu'à 50 pour cent des personnes nouvellement infectées. Dans le même temps, en raison du faible nombre de dépistages, on craint que beaucoup de femmes de cette région ignorent leur séropositivité¹⁸.

Par ailleurs, dans certains pays de la région, des formes profondément ancrées de discrimination et d'inégalité de genre continue de donner la préférence aux fils. En outre, l'avortement et les menstruations sont toujours perçus comme honteux dans certaines parties d'Europe.

Stigmatisation de l'avortement

Dans l'affaire *P. et S. c. Pologne*, la Cour européenne des droits de l'homme a examiné les conséquences néfastes pour la santé et les graves atteintes aux droits de l'homme entraînées par la stigmatisation de l'avortement dans un pays avec une loi restrictive sur l'avortement¹⁹. D'après les conclusions de la Cour, il y a eu violation des droits à la vie privée et à l'intégrité physique contenus dans les articles 3 et 8 de la Convention européenne des droits de l'homme du fait de l'incapacité réitérée des autorités polonaises à assurer à la première requérante l'accès aux services d'avortement légaux prévus par la législation interne.

L'expérience des requérantes dans *P. et S. c. Pologne* illustre les très graves conséquences de tels manquements pour les femmes et les jeunes filles. Violée par un élève de son établissement scolaire, la première requérante se retrouva enceinte à 14 ans. Avec la seconde requérante, sa mère, elle signala le viol à la police. À la découverte de sa grossesse, la première requérante décida d'avorter, avec l'approbation de sa mère. En Pologne, l'interdiction de l'avortement connaît quelques exceptions, dont les cas de grossesses résultant d'actes criminels ; la loi autorisait donc la jeune fille à avorter, et le parquet lui délivra un certificat attestant que sa grossesse résultait d'un crime.

Or, lorsque les requérantes contactèrent des médecins et des hôpitaux à Lublin pour que la première requérante puisse avorter, elles se heurtèrent à une incroyable série d'obstacles. Dans un hôpital, au lieu de les orienter vers des services d'avortement, la chef du service de gynécologie suggéra aux requérantes de parler à un prêtre catholique. Un autre médecin, refusant de les orienter, conseilla à la seconde requérante de « marier sa fille », tandis qu'un autre lui demanda de signer une déclaration disant : « Je consens à la procédure d'avortement et comprends que cette procédure pourrait entraîner le décès de ma fille ». Les autorités de l'hôpital divulguèrent à un prêtre catholique des informations confidentielles concernant la grossesse et emmenèrent la première requérante le rencontrer. Un hôpital publia un communiqué de presse indiquant qu'il refusait de procéder à l'avortement et donnant aux médias des informations sur les requérantes.

Plus tard, à Varsovie, le personnel hospitalier autorisa ce même prêtre et des militants anti-avortement à se rendre auprès de la première requérante en l'absence de sa mère ; ils tentèrent de la convaincre de ne pas avorter. La première requérante et ses parents furent même emmenés dans un poste de police, où ils furent interrogés pendant six heures sans s'alimenter. Sur décision d'un tribunal, la première requérante fut enlevée à la garde de ses parents et placée pendant dix jours dans un foyer pour adolescents. Finalement, la seconde requérante a soumis une plainte auprès du Bureau des Droits des patients du ministère de la Santé et le ministère de la Santé a fait en sorte que la première requérante puisse obtenir un avortement à Gdansk.

1.3 MANQUE D'ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE

Dans toute l'Europe, les jeunes femmes et les adolescentes se heurtent à de multiples difficultés en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. Par exemple, les données montrent que, bien que de nombreux adolescents aient une sexualité, une large part n'utilise toujours ni préservatifs ni autres méthodes contraceptives efficaces pour éviter les risques de grossesses précoces et l'exposition aux maladies sexuellement transmissibles, dont le sida²⁰.

Pour résoudre réellement ces difficultés, et d'autres, il est essentiel que les mesures prises passent par l'accès des jeunes femmes et des adolescentes européennes à une éducation et à des informations sexuelles complètes, adaptées à leur âge et fondées sur des preuves. Cependant, bien que plusieurs pays européens disposent aujourd'hui d'une forme ou d'une autre de programme d'éducation sexuelle, beaucoup de ces programmes ne sont toujours pas conformes aux exigences internationales de droits de l'homme et aux recommandations des « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe » publiés par l'OMS²¹.

1.3.1 Des programmes spécifiques, complets et obligatoires

Bien qu'il soit essentiel que l'éducation sexuelle complète fasse partie des disciplines scolaires obligatoires, dans certains États membres comme la Bulgarie, la Lituanie, la Pologne et la Roumanie, soit les cours d'éducation sexuelle sont facultatifs, soit les parents sont autorisés à en exempter leurs enfants²².

De plus, dans certaines parties d'Europe, il n'existe ni programmes ni orientations spécifiques et complets destinés à une éducation sexuelle globale. Dans ce cas, bien que certaines informations pertinentes puissent parfois être fournies lors des cours de biologie, de santé ou de sciences sociales, cela n'assure pas toujours une éducation et des informations complètes et globales concernant la sexualité, la reproduction et les relations entre personnes.

1.3.2 Contenu et qualité des cours, et formation des enseignants

Dans plusieurs États membres, les programmes ne remplissent pas un critère pourtant crucial : l'éducation sexuelle doit fournir des informations exactes, scientifiques et adaptées à l'âge, et les programmes doivent être complets et non discriminatoires. Dans certaines parties d'Europe, les programmes comprennent des informations inexactes du point de vue médical et scientifique ou confortent des présupposés, des rôles et des normes de genre discriminatoires²³.

Par exemple, dans plusieurs pays, les supports ou les pratiques pédagogiques continuent à dépeindre les femmes uniquement comme des mères chargées d'élever leurs enfants, à stigmatiser l'homosexualité et la non-conformité aux normes de genre, et à renforcer les stéréotypes de genre et les attentes concernant la sexualité des hommes et des femmes. Les programmes de certains pays restent centrés sur la « préparation à la vie familiale » et mettent l'accent sur le mariage hétérosexuel et la parentalité, passant sous silence des thèmes comme l'égalité de genre et la diversité sexuelle. De même, certains programmes continuent de promouvoir l'abstinence

avant le mariage ou d'insister sur les méthodes naturelles de planification familiale, sans informations suffisantes sur les méthodes contraceptives efficaces et modernes.

Dans de nombreux contextes européens, le contenu et la qualité de l'éducation sexuelle dépendent fortement des connaissances et des compétences de chaque enseignant. Dans le même temps, les enseignants chargés de l'éducation sexuelle ont des parcours très variés, et de nombreux pays ne leur offrent ni programmes de formation appropriés, ni formation continue, ni mécanismes et ressources pour les soutenir.

1.4 INSUFFISANCES DES SYSTÈMES DE SANTÉ, DES STATISTIQUES ET DES FINANCEMENTS

Pour la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes, il est impératif que le système de santé fonctionne correctement et réponde effectivement aux besoins des femmes dans ce domaine. Pourtant, alors que les systèmes de santé de beaucoup de pays européens sont relativement bien développés, ils sont très diversement équipés pour traiter correctement les multiples aspects de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, et des insuffisances et lacunes persistent²⁴.

1.4.1 Plans d'action, suivi et formation

Beaucoup de gouvernements européens n'ont pas encore adopté de stratégies et de plans d'action nationaux donnant la priorité aux progrès en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs des femmes tout au long de la vie. Là où de tels plans et stratégies existent, ils sont parfois rédigés sans processus de consultation transparent et participatif. Il arrive aussi qu'ils n'utilisent pas des indicateurs et des repères ciblés et mesurables, ou ne prévoient pas des mécanismes appropriés de surveillance et de suivi de leur mise en œuvre.

En outre, plusieurs États membres ne fournissent pas de formation spécialisée aux professionnels qui prodiguent aux femmes des soins de santé sexuelle et reproductive, ou les programmes de formation n'y abordent pas sérieusement l'égalité de genre et les droits de l'homme. Certains pays n'assurent pas une réglementation, un suivi et une surveillance effectifs des soins de santé sexuelle et reproductive, en particulier s'agissant des prestataires de santé privés.

1.4.2 Données ventilées

L'absence de collecte et d'analyse de données et de faits importants sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, et notamment de données ventilées, reste source de préoccupation dans plusieurs pays européens²⁵. Beaucoup de systèmes de santé ne recueillent et n'analysent pas de données sur la santé sexuelle et reproductive qui soient ventilées non seulement en fonction du sexe, mais aussi d'autres facteurs comme l'âge, le handicap, l'appartenance ethnique, la nationalité ou la situation socio-économique. Cette insuffisance empêche les États membres d'identifier correctement les lacunes dans l'accès des femmes à des soins de santé sexuelle et

reproductive de qualité, et de concevoir des stratégies efficaces et réactives. Dans certains pays, les problèmes dépassent la seule absence de statistiques par catégories. Ils englobent l'absence d'indicateurs de bonne qualité, aussi bien que le besoin de mesurer les taux de grossesses non désirées et d'avortement, ainsi que la prévalence du recours à la contraception moderne et les besoins non couverts en ce domaine.

1.4.3 Ressources budgétaires, frais et financement

Les obstacles financiers restent une source majeure d'inégalités dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive des femmes en Europe. Le budget affecté à la santé sexuelle et reproductive des femmes, élevé dans certains pays européens, reste insuffisant dans d'autres, et il manque souvent les ressources humaines et financières nécessaires pour promouvoir la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes. L'offre de services de santé sexuelle et reproductive varie souvent selon les populations, avec parfois des lacunes particulièrement marquées pour les femmes vivant en milieu rural. En outre, certains services de santé n'abordent pas la santé sexuelle et reproductive en tenant compte des différentes phases de la vie. Par exemple, il n'y a pas assez de ressources pour les services adaptés aux adolescentes ou pour les programmes de tests, de dépistage précoce et de traitement des cancers de l'appareil reproducteur chez les femmes, notamment les femmes âgées.

De plus, comme détaillé dans les sections 1.5, 1.6 et 1.7 ci-dessous, certains États membres continuent d'exclure de leurs régimes d'assurance-maladie des aspects des soins de santé sexuelle et reproductive dont les femmes ont besoin, comme la contraception et l'avortement. Certains pays excluent également les migrantes sans papiers de la gratuité ou de la prise en charge des soins de santé maternels, ou leur interdisent de souscrire à une assurance-maladie ou de cotiser aux régimes correspondants.

La récente crise économique et les coupes qu'elle a entraînées dans les dépenses publiques ont aggravé beaucoup de ces problèmes. Il est à craindre que les inégalités de revenus croissantes dans la région, associées aux baisses de moyens pour les programmes en faveur de l'égalité de genre et de la santé sexuelle et reproductive, empêchent de plus en plus les femmes de faible statut socio-économique d'accéder à des soins de santé de qualité dans ce domaine²⁶. Les efforts de réduction des coûts peuvent aussi affecter la qualité et l'acceptabilité des soins de santé sexuelle et reproductive pour l'ensemble des femmes. Dans certains pays, par exemple, des inquiétudes s'expriment face à l'usage de médicaments ou de procédures visant à accélérer les accouchements, et donc à en réduire le coût en termes de ressources humaines et d'infrastructures hospitalières²⁷.

1.5 DIFFICULTÉS D'ACCÈS À LA CONTRACEPTION MODERNE

Dans toute la région européenne, un coût trop élevé, une disponibilité insuffisante, des lacunes dans l'information et des politiques discriminatoires continuent d'entraver l'accès des femmes à des moyens de contraception efficaces et modernes.

De fait, bien que, dans certaines parties d'Europe, les femmes soient aujourd'hui plus nombreuses que partout ailleurs dans le monde à utiliser des méthodes contraceptives efficaces et fondées sur des recherches, il y a d'importantes exceptions et des variations considérables au sein de la région. Par exemple, dans certains pays européens comme l'Albanie, l'Arménie, l'Azerbaïdjan et la Bosnie-Herzégovine, les taux de femmes utilisant des contraceptifs modernes sont parmi les plus bas au monde²⁸.

En outre, même dans les États membres où le recours aux contraceptifs modernes est relativement répandu, les femmes ont toujours de sérieuses difficultés à accéder à une contraception efficace et de bonne qualité, et les besoins en contraception non couverts restent sources de vive préoccupation.

1.5.1 Assurance et prise en charge discriminatoires et inadaptées

Beaucoup de pays européens se sont dotés de systèmes de santé et de régimes publics d'assurance-maladie solides, et de systèmes de prise en charge et de remboursement des soins efficaces. Par conséquent, dans plusieurs États membres, le coût de la plupart des médicaments et dispositifs médicaux n'est pas à la charge des patients ou est partiellement remboursé. Toutefois, la contraception moderne constitue une exception notable : dans de nombreux pays, elle est totalement ou partiellement exclue des régimes en question²⁹.

Par exemple, certains États membres, dont l'Autriche, le Danemark, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la République tchèque et la Slovaquie, ne remboursent pas et ne prennent pas en charge une méthode de contraception lorsque son utilisation vise à éviter une grossesse non prévue. D'autres, comme l'Allemagne, les Pays-Bas et la Suède, couvrent les coûts de contraception pour les adolescentes et les jeunes femmes, mais pas pour les femmes plus âgées. Certains pays, comme l'Italie et la Pologne, ne couvrent que quelques méthodes contraceptives spécifiques.

Bien qu'il y ait des exceptions à cette approche, beaucoup d'États membres établissent ainsi une distinction entre la contraception et les autres médicaments et dispositifs médicaux, et l'excluent des régimes d'assurance, de prise en charge ou de remboursement, au moins en partie. En pratique, cela signifie que le poids financier de la prévention des grossesses non désirées repose entièrement sur les femmes, situation qui illustre l'absence de reconnaissance de l'accès à la contraception moderne comme une question de droits de l'homme et comme un impératif de santé.

Ces exclusions ont clairement des conséquences pour les femmes européennes qui ne peuvent assumer elles-mêmes le coût d'une contraception moderne. Cet obstacle est plus prévalent encore en Europe centrale et orientale, où le coût de la contraception reste élevé par rapport aux revenus mensuels moyens. Toutefois, même dans les pays où le coût relatif de la contraception est moins élevé, il reste souvent prohibitif pour certaines catégories de femmes, dont les adolescentes et les femmes vivant dans la pauvreté.

1.5.2 Idées fausses et informations de mauvaise qualité

Dans certaines parties d'Europe, l'absence de mesures effectives de la part des États membres pour garantir aux femmes l'accès à des informations fondées, de qualité et scientifiquement exactes sur la contraception moderne reste très préoccupante³⁰.

Dans certains pays européens, il n'existe toujours pas de lignes directrices standardisées sur l'offre de services de contraception modernes, ou elles ne sont pas appliquées dans la pratique. Les professionnels de santé ne bénéficient parfois pas, ou pas suffisamment, d'une formation de qualité sur les méthodes contraceptives modernes. Les femmes continuent donc de recevoir du corps médical des informations erronées ou de mauvaise qualité. Cette situation est souvent aggravée par le manque de campagnes d'information publiques et d'autres mesures de communication ciblées visant à transmettre à la population des informations fondées sur des preuves.

Du fait de ces manquements, plusieurs idées fausses sur les méthodes de contraception modernes continuent de circuler. Elles portent notamment sur les risques et les effets secondaires de la contraception hormonale, et dissuadent souvent les femmes d'utiliser des contraceptifs modernes.

1.5.3 Politiques restrictives et problèmes de disponibilité

Dans un petit nombre de pays, l'accès des femmes à une contraception moderne est encore entravé par des politiques qui soumettent l'accès à la contraception à l'accord d'un tiers. Par exemple, bien que la plupart des États membres ne soumettent plus l'accès des adolescentes aux biens et services contraceptifs à l'autorisation d'un tiers, certains pays imposent toujours un consentement parental pour certaines tranches d'âge³¹.

Dans certains pays, la difficulté pratique à trouver des moyens de contraception modernes ou certaines formes de contraceptifs pose un problème significatif, en particulier aux femmes vivant en milieu rural ou dans des zones économiquement défavorisées. En outre, des informations inquiétantes dans certains États membres font état de refus, de la part de gynécologues ou de pharmaciens, de prescrire ou de vendre des contraceptifs pour des motifs de conscience ou de religion.

1.6 ACCÈS RESTREINT À UN AVORTEMENT LÉGAL ET SÉCURISÉ

Dans certaines parties du monde, l'avortement est toujours soumis à des lois extrêmement restrictives, qui ne permettent pas aux femmes d'avorter à leur demande ou pour des motifs socio-économiques très larges.³² Ces lois interdisent totalement l'avortement ou ne l'autorisent que dans quelques circonstances exceptionnelles et strictement encadrées. Souvent, elles prévoient aussi de lourdes condamnations pénales pour les personnes qui avortent en dehors du cadre légal³³. Dans ces pays, le taux d'avortement à risque est souvent élevé, tout comme les taux de mortalité et de morbidité maternelles³⁴.

Au contraire, presque tous les États membres du Conseil de l'Europe ont aujourd'hui légalisé l'avortement à la demande de la femme, pour des raisons de détresse ou pour de larges motifs socio-économiques. Parallèlement, les avortements à risque ont fortement diminué en Europe, avec des taux négligeables dans de nombreux pays et en diminution dans d'autres³⁵.

Bien que cette évolution constitue une avancée cruciale, elle n'a pas supprimé la nécessité de poursuivre les progrès. Comme souligné plus loin, pour beaucoup de femmes en Europe, l'accès à un avortement légal et sécurisé est encore entravé par de sérieux obstacles. Les plus graves d'entre eux se concentrent dans un petit nombre de pays européens qui conservent des lois très restrictives sur l'avortement, mais des sujets d'inquiétudes et des difficultés subsistent aussi dans d'autres parties de la région.

1.6.1 Lois très restrictives

Plus de quatre cinquièmes des États membres du Conseil de l'Europe ont légalisé l'avortement à la demande de la femme, pour des raisons de détresse ou pour des motifs socio-économiques au sens large³⁶. Sur ces 40 pays, 36 autorisent l'avortement à la demande de la femme ou pour des raisons de détresse, avec des délais variant de 10 à 24 semaines, tandis que les 4 autres ont légalisé l'avortement pour des motifs socio-économiques. Dans tous ces pays, passé le délai d'avortement sur demande ou pour des motifs socio-économiques, l'avortement reste légal à un stade ultérieur de la grossesse lorsqu'il vise à préserver la santé physique ou mentale de la femme ou lorsque le fœtus présente une malformation grave ou fatale.

Dans huit cas en Europe, les lois sur l'avortement doivent encore être révisées pour s'aligner sur cette approche. L'Andorre, l'Irlande, l'Irlande du Nord au Royaume-Uni, le Liechtenstein, Malte, Monaco, la Pologne et Saint-Marin appliquent toujours des lois très restrictives, qui interdisent aux femmes l'accès à l'avortement, sauf dans des circonstances extrêmement limitées. L'Andorre et Malte interdisent l'avortement en toutes circonstances. En Irlande, l'avortement n'est légal qu'en cas de risque substantiel pour la vie de la femme et à Saint-Marin les soins visant à sauver la vie de la femme sont autorisés comme une exception de droit pénal. En Irlande du Nord, les seules exceptions sont les cas de risques pour la vie ou pour la santé de la femme. En Pologne et à Monaco, l'avortement n'est autorisé qu'en cas de risque pour la vie ou la santé de la femme, de malformation grave du fœtus ou de grossesse résultant d'une agression sexuelle. Au Liechtenstein, l'avortement n'est légal qu'en cas de risque substantiel pour la vie ou la santé de la femme, si la femme enceinte est âgée de moins de 14 ans, ou si la grossesse résulte d'un viol, d'abus sexuel ou d'usage de la contrainte envers une personne sans défense ou présentant une déficience mentale. La plupart de ces pays prévoient aussi des sanctions pénales, dont l'emprisonnement, pour les femmes qui avortent en dehors des circonstances évoquées ci-dessus et pour les personnes qui les aident à avorter. Dans de nombreux cas, les sanctions prévues sont lourdes : en Irlande, par exemple, la peine peut aller jusqu'à quatorze ans de prison, et même jusqu'à l'emprisonnement à vie en Irlande du Nord.

Ces législations ont des conséquences dramatiques pour la santé et pour les droits de l'homme. Dans ces États membres, la plupart des femmes qui décident d'interrompre

leur grossesse n'entrent pas dans les exceptions légales et ne peuvent donc pas accéder à un avortement sécurisé dans leur pays. Elles sont nombreuses à se rendre dans d'autres États membres pour accéder à un avortement légal et sans risque. D'autres recourent à un avortement illégal et clandestin dans leur pays, de plus en plus en se procurant une pilule abortive. Lorsqu'une femme ne peut se rendre dans un autre pays pour y avorter en toute sécurité et ne souhaite pas recourir à un avortement clandestin, elle n'a plus d'autre choix que de mener sa grossesse à terme contre son gré.

Dans les pays concernés, par peur des sanctions pénales, les femmes qui se sont tournées vers l'avortement clandestin hésitent souvent à demander des soins en cas de complications, avec des risques de conséquences graves pour leur santé. Leurs hésitations sont souvent fondées : dans certains de ces pays, des femmes ayant avorté dans l'illégalité ou des proches les ayant aidées ont fait l'objet de poursuites et de sanctions pénales. Récemment, par exemple, une jeune femme a été poursuivie et condamnée en Irlande du Nord parce que, tombée enceinte à 19 ans, elle avait interrompu sa grossesse en prenant une pilule abortive commandée en ligne³⁷. Une femme est également en attente de jugement en Irlande du Nord pour avoir aidé sa fille adolescente à se procurer une pilule abortive ; par la suite, elle s'était rendue avec sa fille dans une clinique et l'un des médecins les avait dénoncées à la police³⁸.

Cette chaîne de conséquences et les sentiments d'isolement, de peur, d'humiliation et de stigmatisation que ces lois suscitent souvent peuvent avoir pour les femmes de nombreux impacts physiques, psychologiques, financiers et sociaux, avec des répercussions sur leur santé et leur bien-être. Ces effets sont souvent exacerbés pour certaines populations de femmes, dont les adolescentes, les demandeuses d'asile et les migrantes sans papiers, les femmes exposées à la violence domestique et celles qui vivent en milieu rural. Ces femmes connaissent souvent des difficultés financières et de déplacement particulières, qui compliquent encore plus l'accès aux services d'avortement. En outre, ces lois perpétuent et amplifient les inégalités sociales existantes, puisque les femmes ayant les moyens financiers nécessaires peuvent souvent assumer le coût d'un voyage pour avorter légalement dans un autre pays ou d'un avortement clandestin à domicile, tandis que les femmes sans ressources ne le peuvent pas.

Nocivité des lois très restrictives

Dans deux décisions récentes, *Mellet c. Irlande et Whelan c. Irlande*³⁹, le Comité des droits de l'homme des Nations Unies s'est penché sur les conséquences délétères que les lois très restrictives sur l'avortement peuvent avoir pour les femmes. Les deux requérantes vivent en Irlande. Au cours de leur grossesse, le fœtus qu'elles portaient fut diagnostiqué comme présentant une malformation fatale. À l'issue d'un examen de routine, leur médecin les informa que leur enfant allait mourir *in utero* ou ne survivrait pas longtemps après la naissance. Chacune d'elles jugea insupportable la perspective de poursuivre la grossesse. Cependant, comme la loi irlandaise interdit l'avortement en toutes circonstances

sauf en cas de risque « réel et sérieux » pour la vie de la femme, leur médecin les informa que mener leur grossesse à terme était la seule solution en Irlande ; pour l'interrompre, il leur faudrait avorter dans un autre pays. À leurs frais, les deux femmes partirent donc avec leur mari au Royaume-Uni, où elles purent avorter. Les professionnels médicaux irlandais ne leur prodiguèrent ni informations, ni conseils, ni assistance supplémentaires. Dans les deux cas, elles durent laisser derrière elles la dépouille de leur enfant mort-né, pour crémation, et reçurent plus tard les cendres par courrier.

Chacune d'elles déposa ensuite une plainte devant le Comité des droits de l'homme pour violation de leurs droits en vertu du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, y compris leur droit à ne pas subir de mauvais traitement (article 7) et le droit à la vie privée (article 17). Le comité leur donna raison, constatant que du fait de l'interdiction légale et de la pénalisation de l'avortement en Irlande, les deux femmes avaient subi une profonde angoisse et des « souffrances physiques et morales intenses ». Dans ses constatations, le comité précise que, dans les deux cas, l'intéressée aurait pu éviter nombre de ces épreuves si elle avait été autorisée à interrompre sa grossesse dans l'environnement familial de son propre pays et en étant prise en charge par les professionnels de santé qu'elle connaissait et en qui elle avait confiance. Il affirme que la loi irlandaise, en obligeant chacune des deux femmes à choisir entre poursuivre une grossesse non viable ou partir à l'étranger dans cet état à ses frais et sans le soutien de sa famille, leur a imposé une charge financière, psychologique et physique qui a exacerbé leur souffrance. Le comité ajoute que ces femmes ont encore vu leurs souffrances physiques et mentales aggravées du fait « de la honte et de la stigmatisation associées à la pénalisation » de l'avortement.

Les lois restrictives, outre leurs graves conséquences pour les femmes qui n'ont pas droit à des services d'avortement légaux dans leur pays, ont aussi un important effet paralysant pour les femmes et pour les professionnels de santé. Ainsi, bien que dans la plupart des cas, ces lois définissent des exceptions légales limitées à l'interdiction générale de l'avortement, même les femmes concernées par ces exceptions se heurtent souvent à des obstacles considérables pour accéder à des soins légaux. Parfois, elles ne parviennent pas à obtenir un avortement alors que la loi les y autorise.

En effet, les lois très restrictives, la stigmatisation qu'elles suscitent et la crainte des sanctions pénales pèsent lourd sur les pratiques et les décisions médicales dans les pays concernés. Dans la plupart de ces pays, les lignes directrices, protocoles et procédures concernant l'avortement légal sont flous ou extrêmement restrictifs, à supposer qu'ils existent. En outre, il n'est pas rare que les professionnels de santé ignorent dans quels cas exactement il est légal de pratiquer un avortement, qu'ils

aient peur d'attester que les critères de légalité sont réunis ou qu'ils se montrent réticents à pratiquer un avortement légal.

Par conséquent, les femmes sont souvent incapables d'obtenir des informations exactes sur les circonstances dans lesquelles l'avortement est légal ou sur les procédures à suivre pour obtenir des services légaux. Même lorsque les femmes cherchent à faire valoir leur droit à l'avortement, les mécanismes de plainte et les procédures rapides nécessaires sont souvent inexistantes. Il est arrivé que des médecins cherchent activement à empêcher des femmes d'avorter alors qu'elles y avaient droit.

1.6.2 Refus de soins

Il arrive parfois que les obstacles entravant l'accès des femmes à des services d'avortement légal et sécurisé découle du fait que la réglementation ne garantit pas que les services d'avortement légaux soient accessibles et disponibles dans la pratique. En particulier, certains États membres n'assurent pas aux femmes un accès effectif aux services d'avortement légaux lorsque les professionnels médicaux refusent d'assurer ces services pour des motifs de conscience ou de religion.

Ce problème est courant là où les lois et les politiques autorisent les médecins à refuser de pratiquer un avortement légal, mais ne créent et n'appliquent pas de mécanismes de réglementation et de contrôle visant à garantir aux femmes l'accès à un tel avortement⁴⁰. Par exemple, dans certains États membres, la loi autorise les médecins à refuser de pratiquer un avortement sans adresser les patientes à un autre professionnel. Dans d'autres, l'obligation d'aiguiller les patientes vers un service adapté est inscrite dans la loi ou les politiques, mais pas toujours suivie d'effet. Il arrive que la réglementation autorise, ou n'interdise pas clairement, les refus de soins par un établissement de soins entier et pas uniquement par des individus, ou ne précise pas que les médecins doivent confirmer leur refus à la patiente par écrit. Le refus de soins ne se limite parfois pas à l'avortement lui-même mais peut s'appliquer aux soins pré- ou postavortement. Les autorités publiques ne font pas toujours appliquer l'interdiction des refus dans les situations urgentes. Les systèmes de santé n'ont pas toujours de procédures ou de mécanismes de surveillance effectifs permettant de connaître le nombre de médecins refusant d'assurer les services d'avortement, et ne sont pas toujours organisés de façon à garantir un nombre suffisant et une répartition satisfaisante des médecins qui acceptent de les assurer. Dans certains contextes, il a été signalé des cas inquiétant de médecins qui refusent de fournir des services d'avortement dans des hôpitaux publics mais l'acceptent dans les établissements privés.

Ces lacunes dans la réglementation et dans sa mise en œuvre peuvent avoir de sérieux impacts sur l'accès des femmes à un avortement légal et sécurisé dans des délais rapides. Et les services d'avortement, même lorsqu'ils existent, se trouvent parfois très loin de chez elles, si bien que les femmes doivent engager des frais considérables et parcourir de longues distances pour trouver un médecin disposé à pratiquer l'avortement.

Refus de pratiquer l'avortement et accès à un avortement légal et sûr

En Italie de nombreuses femmes ne parviennent pas à trouver un médecin ou un hôpital disposé à pratiquer l'avortement auquel elles ont droit. D'autres doivent attendre si longtemps qu'elles finissent par dépasser le délai légal. Il apparaît que le pourcentage des médecins refusant de pratiquer l'avortement s'élève à environ 70 % des médecins dans ce pays. En 2016, le Comité européen des Droits sociaux (CEDS) a examiné une réclamation faisant valoir que l'Italie n'avait pas protégé le droit des femmes à la santé du fait de son incapacité à s'assurer que le refus de soins de la part des médecins ne mettait pas en danger l'accès des femmes aux procédures d'avortement. Dans sa décision, le CEDS conclut que les femmes souhaitant recourir aux services d'avortement continuent à rencontrer, dans la pratique, de réelles difficultés pour ce qui est de l'accès à de tels services, malgré les dispositions de la législation applicable. Il relève aussi les lacunes entraînées par le refus de pratiquer des soins pour des motifs de conscience et le fait que, par conséquent, les femmes souhaitant interrompre leur grossesse peuvent se trouver contraintes de trouver d'autres établissements hospitaliers en Italie ou à l'étranger. Il constate donc une violation de l'article 11.1 de la Charte sociale européenne révisée (droit à la protection de la santé)⁴¹.

1.6.3 Obstacles procéduraux

Les lois et politiques européennes concernant l'avortement prévoient typiquement des procédures à suivre avant de pouvoir avorter. Il s'agit souvent de mesures nécessaires et de routine, semblables à celles requises avant tout acte médical ; dans certains cas cependant, l'accès à l'avortement est soumis à des conditions spécifiques et sans justification médicale.

Par exemple, certains pays européens imposent un délai d'attente entre la demande d'avortement et le moment où la procédure peut légalement se poursuivre. Pourtant, les Directives techniques et stratégiques de l'OMS à l'intention des systèmes de santé sur l'avortement sécurisé précisent que ces « délais de réflexion obligatoires » n'ont pas d'intérêt médical, sapent l'autonomie de décision des femmes et retardent leur accès à un avortement légal dans les délais voulus⁴². Ils peuvent aussi alourdir le coût financier et pratique des services d'avortement puisque, souvent, ils obligent les femmes à effectuer au moins deux allers-retours entre leur domicile et le centre de santé. L'impact peut être encore plus fort pour certaines populations de femmes, notamment celles qui vivent en milieu rural, celles qui vivent dans la pauvreté ou les femmes ou les adolescentes exposées à des violences domestiques.

Les conseils obligatoires et l'autorisation obligatoire d'un tiers sont d'autres exemples courants d'obstacles procéduraux, encore en place dans certains pays européens, pouvant compromettre l'accès des femmes à l'avortement légal. En Turquie, par exemple, les femmes mariées ne peuvent accéder aux services d'avortement que si leur époux les y autorise. Les directives de l'OMS soulignent que l'autorisation obligatoire d'un tiers peut entraver l'accès à des services d'avortement sécurisé, en particulier pour certaines populations de femmes dont les adolescentes, les femmes vivant dans la pauvreté et les femmes exposées aux violences domestiques. Les directives recommandent donc de supprimer l'obligation du consentement d'un tiers. Elles précisent également que les conseils sur l'avortement ne doivent pas être obligatoires et qu'il convient de respecter la décision des femmes.

Comme évoqué dans la section 1.1, les récentes tendances à la réintroduction d'obstacles procéduraux en Europe centrale et orientale suscitent de vives inquiétudes. Ces dernières années, l'Arménie, « l'ex-République yougoslave de Macédoine », la Fédération de Russie et la Slovaquie ont adopté des lois et des politiques régressives, qui réintroduisent des délais d'attente obligatoires et/ou des obligations de conseil biaisées avant un avortement sur demande⁴³. Bien que les nouvelles conditions varient d'un pays à l'autre, beaucoup des dispositions ou rapports explicatifs concernés indiquent que ces conditions visent à restreindre l'accès des femmes à l'avortement. Dans certains de ces pays, de nouvelles obligations de conseil non objectif sont imposées aux femmes : il est demandé aux professionnels de santé de fournir aux femmes qui demandent un avortement des informations orientées, trompeuses ou médicalement inexactes sur ce sujet. Cela heurte de front les directives de l'OMS, qui précisent que les informations fournies aux femmes qui souhaitent avorter doivent être objectives, non directives, respecter la dignité de la femme, ses besoins et ses attentes, et qu'elles ne doivent être dispensées que sur la base de son consentement éclairé. Les directives soulignent que la déformation intentionnelle des informations sur l'avortement peut entraver l'accès des femmes aux services ou entraîner des retards, ce qui peut accroître les risques pour leur santé.

Conseils non objectifs

Les obligations de conseil et d'information ne peuvent être objectives lorsqu'elles visent à convaincre les femmes de ne pas avorter. Ces obligations biaisées sont par nature directives, puisque les femmes n'ont pas d'autre choix que de recevoir des conseils ou des informations visant à les dissuader de recourir à l'avortement et à les inciter à poursuivre leur grossesse. Elles englobent souvent la transmission d'informations trompeuses et stigmatisantes ou médicalement inexactes sur l'avortement. Par exemple, les professionnels de santé exagèrent les risques liés aux procédures d'avortement, les conseillers présentent l'avortement comme le meurtre d'un « enfant à naître », ou les femmes sont contraintes de regarder les images d'un fœtus et de recevoir des informations sur son stade de développement.

En 2010, le ministère russe de la Santé et des Affaires sociales a publié des directives sur le conseil psychologique pré-avortement qui qualifie l'avortement de «meurtre d'un enfant vivant» et dépeint comme irresponsables les femmes ayant une grossesse non désirée⁴⁴.

1.7 PRÉOCCUPATIONS AUTOUR DE LA SANTÉ MATERNELLE

Par rapport aux autres régions, l'Europe présente aujourd'hui les taux de mortalité et de morbidité maternelles les plus bas du monde, et les statistiques mondiales montrent que beaucoup de pays européens comptent parmi ceux au monde où l'accouchement est le plus sûr. Toutefois, malgré ces remarquables avancées, de graves problèmes persistent, et les moyennes régionales masquent de considérables écarts en matière de santé maternelle d'un pays européen à l'autre et à l'intérieur des pays⁴⁵.

Il reste en fait en Europe d'importants sujets de préoccupations en matière de santé publique, de droits de l'homme et d'égalité, même dans les pays où les décès maternels sont très rares. Dans plusieurs États membres, certaines catégories de femmes rencontrent toujours de graves discriminations dans l'accès aux soins de santé maternels, et des manquements sont toujours signalés dans toute la région quant au niveau de soins et au respect des droits, de la dignité et de l'autonomie des femmes pendant l'accouchement.

1.7.1 Mortalité et morbidité maternelles

Entre 2000 et 2015, en Europe, le taux de mortalité maternelle moyen estimé a baissé de plus de moitié, passant de 33 à 16 décès maternels pour 100 000 naissances d'enfants vivants, et beaucoup de pays européens présentent aujourd'hui les taux de mortalité maternelle les plus bas du monde. Pourtant, des progrès restent à faire pour éradiquer la mortalité et la morbidité maternelles évitables en Europe. Par exemple, dans certains États membres, le taux de mortalité maternelle estimé est 25 fois plus élevé que dans d'autres parties de la région. Des taux de décès maternels relativement élevés subsistent en Albanie, en Azerbaïdjan, en Arménie, en Géorgie, en Roumanie, en Fédération de Russie et en Ukraine⁴⁶.

En outre, même dans les pays où les décès maternels sont globalement très rares, ce phénomène peut rester disproportionné en milieu rural, parmi les femmes de faible niveau socio-économique et parmi les minorités ethniques. Comme souligné dans la section 1.4, de nombreux pays européens ne recueillent toujours pas de données dûment ventilées sur les événements de santé maternelle ; toutefois, les recherches disponibles montrent que, dans des États membres ayant un faible taux global de mortalité maternelle, ce taux connaît des variations significatives selon les catégories de femmes, et que le risque relatif de décès maternel y est beaucoup plus élevé chez les femmes appartenant à des minorités ethniques ou d'origine « non occidentale »⁴⁷.

1.7.2 Exclusions et difficultés d'accès à des soins de qualité

Pour certaines femmes vivant en Europe, y compris dans des pays à revenu élevé et au système de santé très développé, l'accès aux soins de santé maternels, dont les soins prénataux et postnataux, reste très difficile. Des exclusions, inscrites dans la loi ou dans les politiques, et des obstacles pratiques ou financiers les tiennent éloignées des soins maternels tout au long de la grossesse.

Des restrictions et des obstacles particulièrement néfastes touchent les migrantes en situation irrégulière en Europe⁴⁸. Par exemple, les lois et les politiques de certains États membres interdisent aux migrantes sans papiers l'accès à des soins maternels de qualité à de nombreux stades de la grossesse. Au Danemark, en Hongrie et en Suède, les migrantes sans papiers sont exclues de tous les soins de santé hormis les soins d'urgence. Par conséquent, les femmes enceintes n'ont pas accès aux soins prénataux ordinaires et n'obtiennent souvent le secours d'un médecin que lorsque le travail a commencé. Les obstacles financiers et les exclusions des régimes d'assurance-maladie posent des difficultés supplémentaires. Par exemple, dans certains pays, comme le Royaume-Uni, les femmes sans papiers doivent souvent assumer elles-mêmes le coût élevé des soins maternels ; parfois, ce coût les fait renoncer à solliciter un médecin, même pendant le travail. Dans certains États membres, bien que la réglementation précise que les soins d'urgence peuvent être prodigués gratuitement, la définition de l'« urgence » peut être soit inexistante soit très restrictive, amenant des hôpitaux à facturer l'accueil d'une femme dont le travail a commencé. En outre, l'absence de pare-feu entre l'offre de services de base et le contrôle de l'immigration, les obstacles administratifs, la barrière de la langue et l'exclusion sociale dissuadent fréquemment les migrantes en situation irrégulière de solliciter une aide médicale pendant leur grossesse.

Comme exposé plus en détail dans la section 1.8 ci-dessous, les femmes touchées par des conflits et par des crises et les demandeuses d'asile en Europe rencontrent aussi des difficultés spécifiques et exacerbées pour accéder à des soins de santé maternels de qualité.

La non-garantie de l'accès aux soins de santé maternels et les restrictions aux droits des femmes d'accéder à certaines formes de ces soins peuvent avoir de graves conséquences sur leur santé et sur leur vie. Les femmes qui ne peuvent obtenir des soins prénataux de qualité risquent davantage la survenue de phénomènes graves pendant leur grossesse – jusqu'au décès maternel. En outre, on ne saurait surestimer la dangerosité des restrictions ou des circonstances qui peuvent conduire des femmes à accoucher en l'absence de tout personnel qualifié.

1.7.3 Maltraitances et pratiques coercitives

Dans plusieurs pays d'Europe, on constate encore des manquements en matière de soins et de respect des droits, de la dignité et de l'autonomie des femmes pendant l'accouchement, manquements qui touchent des femmes de toutes origines⁴⁹.

Par exemple, dans plusieurs États membres, des témoignages inquiétants signalent des agressions physiques et verbales de la part du personnel de santé, la suture de blessures entraînées par l'accouchement sans soulagement adéquat de la douleur,

la non-préservation de l'intimité de la femme pendant le travail et la privation d'eau et de nourriture pendant l'accouchement. En outre, les allégations de non-respect des décisions de la femme pendant le travail sont courantes, ainsi que le fait de ne pas rechercher son consentement plein et éclairé et de ne pas respecter son aptitude à prendre des décisions éclairées avant des interventions et procédures médicales pendant l'accouchement. Parmi ces interventions sans consentement, souvent très invasives, figurent régulièrement la pression sur le fond utérin (appui de la main ou d'un instrument sur l'abdomen de la mère pour accélérer la deuxième phase du travail), l'épisiotomie (entaille du périnée à l'aide de ciseaux chirurgicaux ou d'un scalpel pour éviter une déchirure grave et faciliter la naissance) ou la césarienne. Par ailleurs, dans certains États membres, il existerait toujours un système de pots-de-vin ou de paiements informels dans les maternités.

Ces pratiques ont parfois des conséquences graves sur le bien-être émotionnel et mental des femmes. Dans toute l'Europe, des femmes affirment que les interventions médicales pendant leur accouchement les ont humiliées, dégradées ou rendues moins autonomes. Le fait que de nombreux États membres ne se penchent pas sur ces problèmes et n'y répondent pas correctement dans leurs politiques et dans leurs pratiques pourrait révéler une tendance, de la part des systèmes de santé et des décideurs européens, à ignorer les préoccupations concernant le respect de l'autonomie et de l'intégrité physique des femmes pendant l'accouchement, et à sous-estimer le traumatisme émotionnel et les problèmes de santé mentale post-partum qui en résultent.

L'affaire Konovalova c. Russie

Dans une décision de 2014, la Cour européenne des droits de l'homme s'est penchée sur l'importance de garantir le consentement et la prise de décision éclairés des femmes pendant l'accouchement et les procédures qui l'accompagnent. La Cour a conclu que l'absence de garanties suffisantes permettant aux femmes de prendre des décisions éclairées sur les interventions médicales, y compris pendant l'accouchement, avait donné lieu à une violation du droit à la vie privée (article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme).

Les circonstances de l'affaire *Konovalova c. Russie*⁵⁰ sont les suivantes : la requérante, enceinte, fut admise en urgence à l'hôpital car le travail avait commencé. À son arrivée, elle reçut une brochure indiquant aux patientes : « Veuillez respecter le fait que la prise en charge médicale [...] est associée à la formation des étudiants en obstétrique et en gynécologie » et les informant que, par conséquent, « toutes les patientes [prenaient part] à ce processus de formation ». Une fois à l'hôpital, en raison de complications, la requérante fut plongée deux fois dans un sommeil artificiel dans le but de retarder le travail. La délivrance fut programmée pour le lendemain. Malgré les objections formulées par

la requérante dans la salle d'accouchement, un groupe d'étudiants en médecine observa la naissance et les interventions associées, dont une épisiotomie, et reçut des informations sur sa santé et sur son traitement médical.

Plus tard, la requérante poursuivit l'hôpital devant les juridictions russes en demandant réparation et des excuses publiques pour, entre autres, la présence de tiers pendant la naissance. Ces plaintes furent rejetées ; les juridictions nationales soutinrent que, bien que le droit interne n'impose pas de consentement écrit, la requérante avait implicitement consenti à la présence des étudiants en médecine. Au cours de la procédure, un expert de l'hôpital indiqua au tribunal : « L'accouchement est stressant pour toutes les femmes [...]. Lors de la phase d'expulsion, la femme est généralement centrée sur son activité physique. La présence de public n'a pas pu avoir d'incidence négative sur son travail ».

Par la suite, la requérante se tourna vers la Cour européenne des droits de l'homme, qui affirma que son droit au respect de la vie privée avait effectivement été violé. Selon les termes de la Cour, le concept de vie privée englobe « le droit de choisir les circonstances dans lesquelles on devient parent [...] [et] l'intégrité physique de la personne, étant donné que le corps d'une personne est l'aspect le plus intime de sa vie privée et qu'une intervention médicale, même mineure, constitue une ingérence dans ce droit ».

Dans son arrêt, la Cour affirme que « l'absence de toute garantie, dans le droit interne applicable à l'époque, contre les ingérences arbitraires dans les droits des patients constitue une sérieuse lacune ». Elle souligne qu'il n'est « pas certain que la requérante ait eu le choix de laisser ou non des étudiants être présents à cette occasion ». Elle relève que la requérante a appris entre deux phases de sommeil artificiel que des étudiants en médecine devaient assister à l'accouchement, qu'elle se trouvait alors dans une situation de « tension et de fatigue extrêmes » et qu'elle n'a pas eu l'occasion de prendre une décision éclairée quant à cette présence.

La Cour constate aussi que les juridictions internes n'ont pas tenu compte « des allégations d'insuffisance des informations contenues dans la brochure de l'hôpital, de la situation vulnérable de la requérante lors de la notification [...] et de l'existence d'alternatives si la requérante avait décidé de refuser la présence des étudiants pendant l'accouchement ».

1.7.4 Ségrégation dans les maternités

Le risque d'exposition à des traitements abusifs et discriminatoires dans le contexte des soins de santé maternels est renforcé pour certaines catégories de femmes en Europe ; pour les femmes roms, dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, les maltraitements et la discrimination peuvent atteindre des extrêmes. Des témoignages indiquent que la ségrégation ethnique des femmes roms dans les maternités reste une réalité dans certaines parties d'Europe en 2017. Les femmes roms sont parfois orientées vers des chambres, des sanitaires et des réfectoires séparés au sein des services de maternité. Ces locaux séparés sont souvent surpeuplés et d'une hygiène insuffisante ; il arriverait que deux femmes roms soient placées dans le même lit après leur accouchement, qu'elles doivent occuper des lits installés dans un couloir car les chambres réservées aux femmes roms étaient pleines, de draps souillés non remplacés, de toilettes non nettoyées. Dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, on rencontre couramment d'allégations de harcèlement et de discrimination raciale omniprésentes contre les femmes roms de la part des médecins dans le contexte des accouchements et des soins de santé reproductive ; les femmes concernées décrivent d'intenses sentiments d'humiliation, de discrimination et de dégradation, causés par ces pratiques⁵¹.

1.8 DISCRIMINATION INTERSECTIONNELLE

L'ensemble des problèmes, difficultés, lacunes et obstacles identifiés dans les sections précédentes a des effets distincts ou exacerbés sur les populations de femmes marginalisées en Europe. Parmi les populations de femmes marginalisées en Europe, qui se heurtent à des discriminations intersectionnelles dans la réalisation de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs, figurent par exemple les femmes pauvres, vivant en milieu rural, célibataires et non mariées, séropositives ; les travailleuses du sexe, les femmes de minorités ethniques dont les Roms, les femmes âgées, les adolescentes, les femmes handicapées, touchées par des situations de conflits, victimes de la traite, réfugiées, demandeuses d'asile, migrantes en situation irrégulière ; et les femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres. Dans tous les cas, la discrimination fondée sur leur condition de femme s'associe à la discrimination pour d'autres motifs prohibés, avec un effet distinct et disproportionné, et souvent des conséquences graves.

Par exemple, les adolescentes et les femmes âgées risquent davantage de connaître des violences et des maltraitements, et sont plus exposées aux stéréotypes de genre, aux idées reçues et à la réprobation concernant leur sexualité et leurs droits sexuels. En outre, dans beaucoup d'États membres, les adolescentes subissent toujours un manque inquiétant de soins de santé sexuelle et reproductive abordables et adaptés aux jeunes, y compris en ce qui concerne la contraception moderne. Leur accès à ces services est souvent compromis par les obligations de consentement ou d'information des parents préalablement à ce type de soins. Parallèlement, certains systèmes de santé européens ne tiennent toujours pas pleinement compte des besoins de santé sexuelle et reproductive des femmes âgées, et, dans certaines parties d'Europe, les femmes âgées prises en charge en institution peuvent être

particulièrement vulnérables à la violence sexuelle ou à des atteintes à leur intégrité personnelle et physique⁵².

Les lois et les politiques de nombreux États membres continuent d'admettre des pratiques coercitives en matière de soins de santé sexuelle et reproductive pour les personnes handicapées. La législation et la réglementation sur la capacité juridique et la tutelle peuvent restreindre l'aptitude des femmes handicapées à prendre des décisions éclairées pour ce qui est de leur santé sexuelle et reproductive ; la contraception, la stérilisation et l'avortement forcés restent répandus parmi les femmes handicapées dans toute la région. Dans différents contextes, la violence, la stigmatisation et les stéréotypes continuent de saper les droits sexuels et reproductifs des femmes handicapées, et une série d'obstacles pratiques et financiers, ainsi que l'absence de mise en place d'aménagements raisonnables, continuent de leur barrer l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, et aux informations à ce sujet⁵³.

Dans toute l'Europe, les travailleuses du sexe rencontrent aussi une série de pratiques coercitives et d'atteintes à la confidentialité qui sapent leurs droits et leur santé sexuels et reproductifs. De nombreux États membres ne prennent toujours pas de mesures effectives pour assurer aux travailleuses du sexe un accès égal et sans entraves aux soins de santé sexuelle et reproductive. En outre, alors qu'elles sont fréquemment victimes ou témoins de violences sexuelles ou autres fondées sur le genre, les travailleuses du sexe de nombreux États membres restent incapables de signaler ces infractions pénales, car elles craignent des poursuites, des sanctions pénales ou une expulsion.

Les données indiquent que la santé sexuelle et reproductive des femmes roms en Europe demeure médiocre. Outre la ségrégation ethnique mentionnée ci-dessus, le harcèlement et les maltraitances racistes qu'elles vivent dans les structures de soins maternels, les femmes roms connaissent toujours un harcèlement et des agressions verbales racistes et sexistes dans d'autres contextes de soins de santé sexuelle et reproductive en Europe. Les obstacles financiers, pratiques, sociaux et découlant des politiques menées pèsent aussi lourdement sur leur accès à ces soins. Les femmes roms se voient régulièrement refuser l'accès à des services de santé parce qu'elles sont présumées sans résidence fixe ou incapables de payer les soins, ou parce qu'elles ne sont pas assurées ou n'ont pas les documents d'identité nécessaires. Les jeunes filles roms connaissent un taux disproportionnellement élevé de grossesses précoces et, dans certains contextes, un taux toujours élevé de mariages précoces ou de mariages d'enfants⁵⁴.

Les conflits et les crises ont des conséquences dramatiques sur les droits sexuels et reproductifs des femmes, et les femmes qui fuient un conflit ou vivent dans une zone de conflit en Europe sont souvent exposées à de gravissimes violations de ces droits. Dans ces situations, de nombreuses femmes ne peuvent accéder à des soins de santé sexuelle et reproductive. Elles sont aussi particulièrement exposées aux violences fondées sur le genre, dont le viol, la traite, les grossesses non désirées et à risque, les avortements à risque, les mariages forcés et précoces, et les maladies sexuellement transmissibles, dont le sida. Beaucoup d'États membres n'ont pas encore mis en place des services adéquats et effectifs de réadaptation et de prise en charge pour les femmes demandant l'asile en Europe, qui ont subi des atteintes à leur santé et à

leurs droits sexuels et reproductifs. En outre, les formes de persécution genrées ne sont pas toujours reconnues comme des motifs valables pour obtenir le statut de réfugié en Europe, et les femmes risquant de graves atteintes à leurs droits sexuels et reproductifs se voient souvent refuser la protection internationale en Europe⁵⁵.

Les migrantes sans papiers en Europe rencontrent également des formes extrêmes de discrimination et d'exclusion en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs. La situation des femmes sans papiers vivant dans des camps de transit, des squats et des installations informelles en Europe est particulièrement terrible. Non seulement de nombreux pays d'Europe excluent les migrantes sans papiers de l'accès à la plupart des soins de santé sexuelle et reproductive, mais ces femmes s'abstiennent souvent de demander des soins ou de signaler des violences par crainte d'être dénoncées aux autorités, puis détenues ou expulsées⁵⁶.

Parallèlement, la discrimination fondée sur la situation maritale ou de santé, sur la sexualité ou sur l'identité de genre continue de susciter diverses formes de stigmatisations, de stéréotypes néfastes, de discriminations, et de partis pris. Ces derniers ont des conséquences importantes et distinctes sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes non mariées et célibataires, des femmes séropositives, des femmes lesbiennes, bisexuelles et transgenres, et des personnes intersexes⁵⁷.

1.9 INSUFFISANCE DES VOIES DE RECOURS ET DE L'ACCÈS À LA JUSTICE

Bien que certains systèmes de justice européens aient pris des mesures importantes pour améliorer l'accès des femmes à la justice et l'offre de recours effectifs, en cas d'atteintes à leurs droits, de sérieuses lacunes persistent dans certaines parties de la région, avec un impact sur la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes.

Dans certains pays, les femmes n'ont toujours pas été dédommagées pour les violations graves et systématiques de leurs droits sexuels et reproductifs qu'elles ont subies par le passé. Par exemple, il existe de nombreuses preuves historiques de la stérilisation massive et de force des femmes roms dans plusieurs pays d'Europe centrale et orientale, pratique maintes fois condamnée depuis. Pourtant, seules quelques femmes ont obtenu un dédommagement, à l'issue de nombreuses années de procédure ; la plupart des femmes roms stérilisées de force n'ont pas réussi à obtenir réparation. Plus de vingt-cinq ans après la révélation de ces agissements, plusieurs États membres n'ont toujours pas reconnu leur responsabilité et mis en place des mécanismes complets d'enquête et de réparation. Par ailleurs, on estime à 1 500 le nombre de femmes ayant subi sans leur consentement éclairé une symphysiotomie (une opération chirurgicale consistant à séparer en deux le pubis de la femme enceinte pour faciliter l'accouchement) en Irlande, principalement entre les années 1940 et 1980. Or, les autorités irlandaises n'ont pas encore mené d'enquête approfondie, impartiale et indépendante sur cette pratique ni recueilli le témoignage des victimes présumées. Il leur reste encore, sur la base de cette enquête, à assurer aux victimes un dédommagement prompt et adéquat⁵⁸.

L'absence persistante de voies de recours et de dédommagements effectifs concerne aussi d'autres groupes de femmes de la région, et notamment les survivantes de violences fondées sur le genre, les victimes d'agressions sexuelles dans des établissements spécialisés ou éducatifs et les femmes qui ont vécu des pratiques imposées ou coercitives lors de leur accouchement.

Parmi les difficultés figurent le manque d'enquêtes effectives et impartiales, l'absence de poursuites et de sanctions contre les auteurs des faits, des délais de prescription et autres règles de procédure restrictifs, ainsi que la réticence des États à reconnaître leur responsabilité et à mettre en place des systèmes d'indemnisation effectifs et conformes aux droits de l'homme. En outre, il arrive que la loi ne couvre pas certaines atteintes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes, qu'il n'y ait pas de voies de recours disponibles et que des formes de préjudice ne soient pas reconnues comme une violation des droits de l'homme. Dans certaines parties de l'Europe, par ailleurs, il n'existe souvent pas de processus juridiques et de procédures de plainte visant à éviter les atteintes à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes. Lorsqu'ils existent, ils sont parfois longs et inefficaces au point de ne pas permettre aux femmes d'accéder en temps voulu aux soins de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin.

Chapitre 2

La santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans les normes internationales relatives aux droits de l'homme

Les droits sexuels et reproductifs, y compris le droit à la santé sexuelle et reproductive, découlent du droit et des normes internationaux relatifs aux droits de l'homme. Ils renvoient au large éventail de droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels énoncés dans les instruments des droits de l'homme qui s'appliquent tout au long de la vie sexuelle et reproductive de l'être humain.

Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont examiné de nombreuses questions ayant trait à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes. Ce faisant, ils ont souligné que les normes internationales relatives aux droits de l'homme obligeaient les États à traiter ces sujets de préoccupations. Ils ont reconnu qu'une multitude de droits étaient mis en péril par les nombreux obstacles, restrictions, discriminations, contraintes, violences et abus auxquels les femmes restent confrontées durant leur vie sexuelle et reproductive et dans certains cadres médicaux. Ils ont examiné des demandes portant sur des droits concurrents et étudié des arguments selon lesquels les États pourraient légitimement limiter ou entraver la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes dans certains contextes.

Cette interprétation et cette application des normes internationales et européennes aux expériences vécues par les femmes se sont développées et étoffées au fil du temps, comme c'est le cas pour toutes les autres thématiques des droits de l'homme et tous les autres aspects du droit relatif aux droits de l'homme. Il est bien établi que le cadre des droits de l'homme n'est pas figé et que les traités relatifs aux droits de l'homme sont des instruments vivants, dont l'interprétation continue forcément d'évoluer. Incontestablement, avec le développement des recherches en santé publique et des données sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, avec les progrès sociaux liés au rôle des femmes dans la société, à leur sexualité et à leur vie reproductive, cette approche interprétative et cette évolution continueront à s'étendre et à se renforcer. À partir des conclusions des mécanismes de protection

des droits de l'homme, le présent chapitre résume la portée générale des obligations internationales des droits de l'homme, qui imposent aux États membres de respecter et de garantir la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes. Bien que les mécanismes de protection des droits de l'homme aient reconnu à maintes reprises que la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes étaient à la croisée de tous les droits de la personne, ils ont aussi souvent souligné que certains droits de l'homme avaient une importance particulière dans ce contexte. Les sections 2.1 à 2.5 sont ainsi consacrées à la façon dont des droits précis – le droit à la santé, le droit à la vie, le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres mauvais traitements, le droit à la vie privée et le droit à l'égalité et à la non-discrimination – s'appliquent à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes, et imposent des obligations aux États membres dans ces domaines.

2.1 LE DROIT À LA SANTÉ, NOTAMMENT SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint (ci-après « le droit à la santé ») est inscrit aux articles 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC) et de la Convention des Nations Unies sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDEF), deux textes ratifiés par l'ensemble des États membres du Conseil de l'Europe. Il est également consacré par l'article 24 de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, par l'article 25 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et par l'article 12 de la Charte sociale européenne révisée. Ajoutons qu'il est étroitement lié au droit de bénéficier du progrès scientifique, garanti par l'article 15.b du PIDESC.

Le droit à la santé sexuelle et reproductive est une composante essentielle du droit des femmes à la santé. Dans une récente « Observation générale sur le droit à la santé sexuelle et procréative », le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC) a défini le contenu de ce droit, qui :

« recouvre une série de libertés et de droits à prestation. Ces libertés sont notamment le droit pour chacun d'effectuer des décisions et des choix libres et responsables, à l'abri de toute violence, contrainte ou discrimination, pour les questions qui concernent son propre corps et sa propre santé sexuelle et procréative. Quant aux prestations, il s'agit notamment de l'accès à un ensemble de ressources, de biens, de services et d'informations de santé qui permette à chacun d'exercer pleinement le droit à la santé sexuelle et procréative »⁵⁹.

L'obligation qui incombe aux États membres de garantir aux femmes la possibilité de jouir sur un pied d'égalité de ces droits et libertés recouvre des éléments très variés⁶⁰.

Par exemple, pour donner effet au droit des femmes à la santé sexuelle et reproductive, les États doivent garantir la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité de l'ensemble des ressources, biens, informations et services de santé liés à la santé sexuelle et reproductive des femmes, et veiller à ce qu'ils soient récents, fondés sur des éléments factuels et appropriés d'un point de vue scientifique et médical. Dans ce contexte, les États doivent veiller à l'accessibilité économique des services de santé

sexuelle et reproductive destinés aux femmes – ce qui implique de supprimer les obstacles financiers discriminatoires, voire, dans certains cas, de faire le choix de la gratuité des biens et services de première nécessité, au moins pour certains groupes de femmes. Ils doivent également prévoir des dotations budgétaires suffisantes et allouer des moyens financiers, humains et autres adéquats pour promouvoir la santé sexuelle et reproductive des femmes, notamment dans les zones rurales.

Par ailleurs, les États doivent réviser les lois, les politiques et les pratiques qui limitent ou interdisent l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive ou empêchent par d'autres voies les femmes d'exercer leur droit à la santé sexuelle et reproductive. Les pouvoirs publics doivent par exemple abroger les lois criminalisant l'avortement, ainsi que les lois restrictives sur l'avortement⁶¹ ; mettre fin aux politiques qui excluent certains services de santé sexuelle et reproductive des financements publics ; lever l'obligation d'obtenir l'accord d'un tiers – notamment d'un parent, de l'époux ou d'une autorité judiciaire – pour avoir accès aux services de santé, y compris pour bénéficier d'un avortement et d'une contraception, et supprimer les exigences médicalement injustifiées en matière d'avortement, à savoir les délais de réflexion obligatoires et les consultations dénuées d'objectivité.

Pour protéger le droit à la santé sexuelle et reproductive, les États doivent aussi prendre des mesures juridiques, politiques et autres afin que le comportement de tiers (notamment de prestataires de soins privés) ne porte pas atteinte à l'exercice de ce droit. Par exemple, comme le décrit de façon plus détaillée la section 3.4, ils doivent faire en sorte que les refus de soins opposés par des professionnels de santé n'aient pas d'incidence sur l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive. Ils doivent aussi empêcher des acteurs privés d'entraver l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, par exemple en diffusant de fausses informations ou en sollicitant des pots-de-vin ou d'autres paiements informels.

L'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive implique par ailleurs que les États accordent un accès universel à toutes les femmes, y compris aux groupes de femmes marginalisés, pour qu'elles puissent bénéficier de la gamme complète de soins de santé sexuelle et reproductive dont elles ont besoin en tant que femmes. Ces soins incluent, sans s'y limiter, les soins de santé maternelle, les services d'avortement sécurisé, les moyens et services de contraception modernes, les soins de santé sexuelle et reproductive adaptés aux jeunes, ainsi que les services liés à la prévention, au diagnostic et au traitement de la stérilité, des cancers de l'appareil génital, des infections sexuellement transmissibles et du sida. Les États doivent en outre veiller, en respectant pleinement le principe de la protection des données à caractère personnel, à la collecte de données sur les principaux aspects de la santé sexuelle et reproductive des femmes, ventilées selon différents facteurs dont le sexe. La formation adéquate des personnels de santé est également jugée indispensable pour garantir la qualité des soins.

Les États doivent aussi agir résolument pour éliminer les nombreux obstacles (normes sociales rigides, rôle assigné aux femmes et aux hommes, attitudes et stéréotypes) qui entravent l'autonomie des femmes et l'égalité en matière de santé sexuelle et reproductive. Ces barrières sont notamment les présupposés, les préjugés et les

tabous sociaux, comme ceux qui concernent la menstruation, la grossesse, l'accouchement et la fécondité.

Même si la concrétisation de certains aspects du droit à la santé sexuelle et reproductive peut se faire progressivement, les États doivent toujours utiliser au maximum les ressources dont ils disposent pour remplir leurs obligations et aller dans le sens d'une réalisation totale de ce droit. De plus, certaines obligations fondamentales prennent effet immédiatement⁶². Il s'agit notamment des devoirs suivants de l'État⁶³ :

abroger et supprimer les lois, les politiques et les pratiques qui incriminent, entravent ou compromettent l'accès des femmes aux ressources, aux services, aux biens et à l'information de santé sexuelle et reproductive ;

adopter et appliquer une stratégie et un plan d'action nationaux dotés d'un budget suffisant sur la santé sexuelle et reproductive, qui soient conçus, révisés périodiquement et suivis au moyen d'un processus participatif et transparent, et qui ciblent, érigent en priorité et promeuvent la santé sexuelle et reproductive des femmes⁶⁴ ;

garantir à toutes les femmes, y compris aux groupes de femmes marginalisés, un accès universel et équitable à des services, des biens, des ressources et des informations sur la santé sexuelle et reproductive qui soient abordables, acceptables et de qualité ;

garantir le droit des femmes à la vie privée, à la confidentialité et à la prise libre, éclairée et responsable des décisions, à l'abri de toute contrainte, discrimination ou crainte de violence, en matière de santé sexuelle et reproductive ;

assurer une égalité d'accès aux médicaments, aux équipements et aux technologies indispensables à la santé sexuelle et reproductive des femmes, notamment ceux figurant sur la Liste modèle de l'OMS des médicaments essentiels ;

permettre l'accès à des voies de recours et des moyens de réparation efficaces, y compris administratifs et judiciaires, en cas de violation du droit à la santé sexuelle et reproductive.

L'obligation d'éliminer toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes – y compris la discrimination intersectionnelle – dans l'exercice du droit à la santé sexuelle et reproductive prend elle aussi effet immédiatement (pour en savoir plus, voir plus bas la section 2.5)⁶⁵. Comme on le voit, toute une série d'obligations étatiques fondamentales imposent de garantir le droit des femmes à la santé sexuelle et reproductive, et appellent des mesures urgentes pour le faire respecter.

Le principe de non-régression

Le principe de non-régression interdit toute mesure qui aurait pour effet de fragiliser, restreindre ou supprimer des droits ou avantages existants. En conséquence, l'adoption de mesures rétrogrades par un État membre – c'est-à-dire de mesures législatives ou politiques entraînant délibérément un recul et entravant ou restreignant directement ou indirectement la jouissance d'un droit ou d'un avantage – n'est quasiment jamais autorisée en droit international relatif aux droits de l'homme⁶⁶.

Les tentatives d'affaiblir les protections de l'égalité de genre et les garanties relatives à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes remettent en cause ce principe et peuvent rarement se justifier.

En conséquence, l'adoption par les États membres de mesures qui vont à l'encontre des protections de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes, qui érigent de nouveaux obstacles ou qui suppriment ou réduisent des acquis en matière de soins de santé sexuelle et reproductive des femmes donnera presque toujours lieu à des violations des normes internationales relatives aux droits de l'homme.

2.2 LE DROIT À LA VIE

Le droit à la vie est consacré par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme (la Convention) et par l'article 6 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. L'obligation de garantir aux femmes, à égalité avec les hommes, l'exercice du droit à la vie découle aussi des articles 1 et 2 de la CEDEF.

Le droit à la vie protège la femme d'une mort arbitraire et évitable. Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont clairement indiqué que le droit à la vie était mis en péril lorsque l'État ne prenait pas de mesures efficaces pour remédier aux manquements en matière de santé et de droits sexuels et reproductifs qui font planer une menace sur la vie des femmes.

Par exemple, pour garantir le droit des femmes à la vie, l'État doit prendre des mesures efficaces afin de prévenir la mortalité maternelle, notamment en veillant à ce que les femmes aient accès à des services de santé maternelle acceptables, abordables et de qualité, qui assurent par exemple des soins obstétricaux d'urgence et disposent d'un personnel d'accouchement qualifié⁶⁷.

Dans un autre registre, l'action des pouvoirs publics visant à aider les femmes à ne pas subir de grossesse non désirée est également jugée indispensable pour garantir le droit des femmes à la vie, d'autant qu'il existe des risques liés aux avortements non sécurisés et à la mortalité maternelle. Par conséquent, lorsqu'ils ont examiné les mesures prises par les États pour donner effet au droit des femmes à la vie, les

mécanismes de protection des droits de l'homme se sont déclarés préoccupés par les obstacles à l'accès des femmes aux moyens et services de contraception modernes⁶⁸.

Ces comités ont également souligné que les problèmes d'accès aux services d'avortement sécurisés, qui peuvent pousser des femmes à subir un avortement clandestin ou en tout cas constituent une menace pour leur vie ou leur santé physique et mentale, mettaient aussi en péril le droit à la vie. Ils ont ainsi estimé que la libéralisation des lois très restrictives sur l'avortement était une composante importante de l'obligation de l'État de respecter et de garantir ce droit⁶⁹.

Le droit à la vie découle de la naissance

Même si d'aucuns ont parfois tenté de justifier des restrictions à la santé et aux droits sexuels et reproductifs des femmes en invoquant un prétendu « droit prénatal à la vie », en fait le droit à la vie tel qu'il est consacré par les principaux traités internationaux des droits de l'homme ne s'applique pas avant la naissance et le droit international relatif aux droits de l'homme ne reconnaît aucun « droit prénatal à la vie ».

Les archives concernant les travaux préparatoires qui ont abouti à l'adoption des principaux traités internationaux des droits de l'homme montrent sans ambiguïté que les rédacteurs de ces traités n'ont pas voulu que le droit à la vie énoncé dans ces instruments s'applique au stade prénatal. De plus, aucun mécanisme international de protection des droits de l'homme n'a jamais conclu que le droit humain à la vie s'appliquait avant la naissance⁷⁰.

Par conséquent, lorsque les arguments avancés pour justifier ou excuser les contraintes qui limitent la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes partent du postulat d'un droit « prénatal » à la vie ou d'un droit à la vie de « l'enfant à naître », ils procèdent d'une interprétation erronée du contenu et de l'application du droit à la vie tel qu'il est consacré par les instruments et normes internationaux relatifs aux droits de l'homme. Cela vaut en toutes circonstances, que ces revendications trouvent ou non leur origine dans des motivations idéologiques ou religieuses.

2.3 LE DROIT DE NE PAS ÊTRE SOUMIS À LA TORTURE NI À DES MAUVAIS TRAITEMENTS

Le droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres traitements ou châtiments cruels, inhumains ou dégradants (ci-après « torture et mauvais traitements ») est énoncé à l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme, à l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP), et aux articles 2 et 16 de la Convention des Nations Unies contre la torture. Le droit dont jouissent

les femmes, à égalité avec les hommes, de ne pas être soumises à la torture ni à des mauvais traitements découle également des articles 1 et 2 de la CEDEF.

Ces dispositions imposent des obligations rigoureuses et absolues aux États tout au long de la vie sexuelle et reproductive des femmes. Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont reconnu à maintes reprises que les femmes étaient exposées à des formes particulières de torture et de mauvais traitements, qui sont liées à leur sexualité et à leurs capacités et décisions de procréation, et qui peuvent se produire dans le cadre de soins de santé sexuelle et reproductive. Ils ont souligné que ces violations pouvaient causer des souffrances physiques et psychologiques considérables et durables, avec de graves conséquences pour l'intégrité personnelle et corporelle des femmes, leur santé physique et mentale, et leur bien-être psychologique⁷¹.

Le droit de ne pas être soumis à la torture ni à des mauvais traitements suppose non seulement que les États s'abstiennent de recourir à de tels traitements, mais aussi qu'ils suppriment les lois, les politiques et les pratiques concernant la santé sexuelle et reproductive qui peuvent exposer les femmes à d'intenses souffrances physiques et mentales, à de l'angoisse ou à des sentiments d'humiliation ou d'avi-lissement. Il exige également une action proactive de la part de l'État, notamment sous la forme de lois, de politiques et de programmes, pour prévenir la torture et les mauvais traitements.

Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont expliqué que ces obligations imposaient aux États d'éliminer les pratiques médicales coercitives en matière de santé sexuelle et reproductive qui provoquent différentes formes de souffrance physique et psychologique. On peut citer par exemple la stérilisation contrainte et forcée, l'avortement forcé et toute une série d'interventions coercitives souvent réalisées lors de l'accouchement sans le consentement éclairé des femmes concernées. Il est également crucial de bannir les graves formes d'agressions verbales et les traitements discriminatoires dans les contextes de soins de santé sexuelle et reproductive, car ils peuvent susciter chez les femmes de vifs sentiments d'humiliation ou d'autres formes de souffrance psychologique.

Le droit de ne pas être soumis à des mauvais traitements contraint également les États à garantir l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive, étant entendu que l'absence d'accès risque de menacer leur santé ou d'être source de souffrances physiques et mentales considérables, d'une angoisse ou d'une déchéance. Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont ainsi souligné que les États devaient faire en sorte que toutes les femmes ayant subi des violences sexuelles puissent avoir accès à une gamme complète de services de santé sexuelle et reproductive, y compris une prophylaxie postexposition au VIH, une contraception d'urgence et un avortement sécurisés.

Le respect de ces obligations nécessite parfois de réviser la législation pour abroger les lois et les politiques qui empêchent certains groupes de femmes de bénéficier des services, ou qui interdisent à l'ensemble des femmes d'accéder à certaines formes de soins de santé sexuelle et reproductive. Par exemple, il a été jugé à maintes reprises que les lois très restrictives sur l'avortement remettaient en question l'interdiction des mauvais traitements. Concrètement, les mécanismes de protection des droits de

l'homme ont précisé que le droit des femmes de ne pas être soumises à des mauvais traitements exigeait que les États légalisent l'avortement pour protéger la vie ou la santé des femmes, mais aussi pour prévenir d'autres situations dans lesquelles la conduite d'une grossesse à terme exposerait la femme à de grandes souffrances ou douleurs physiques ou mentales⁷².

Par exemple, comme indiqué à la section 1.6, le Comité des droits de l'homme a jugé que l'Irlande, en raison de sa législation très restrictive sur l'avortement, avait violé le droit de deux femmes de ne pas être soumises à des traitements cruels, inhumains ou dégradants. Il a estimé que les lois irlandaises interdisant et criminalisant l'avortement, qui ont empêché deux femmes de bénéficier de services d'avortement sécurisés dans leur pays alors que leur médecin avait diagnostiqué une malformation mortelle du fœtus au cours de la grossesse, avaient enfreint le droit de ne pas être victime de traitements cruels, inhumains ou dégradants, protégé par l'article 7 du PIDCP. Le comité a fait droit à la plainte des deux femmes et conclu que celles-ci avaient été exposées, du fait de l'interdiction légale et de la criminalisation de l'avortement en Irlande, à une profonde angoisse et à des souffrances physiques et morales intenses. Il a conclu que l'Irlande devait donc, en vertu du PIDCP, réviser ses lois sur l'avortement pour garantir la non-répétition des violations et instaurer des procédures d'interruption de grossesse efficaces, rapides et accessibles dans le pays⁷³. Dans une série d'arrêts, la Cour européenne des droits de l'homme a par ailleurs jugé que la Pologne, en ne garantissant pas l'accès pratique des femmes aux services d'avortement (qui sont légaux en vertu du droit interne) et aux examens génétiques prénataux, avait violé l'interdiction des mauvais traitements énoncée par la Convention européenne des droits de l'homme⁷⁴.

Le caractère absolu de l'interdiction de la torture et des mauvais traitements

L'interdiction internationale de la torture et des mauvais traitements est absolue : aucune justification ou circonstance atténuante ne peut être invoquée pour excuser des violations du droit des femmes de ne pas être soumises à la torture ni à des mauvais traitements.

En conséquence, lorsque les actions ou les omissions d'un État pèsent sur la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur autonomie ou leur intégrité personnelle ou corporelle au point de causer d'intenses souffrances physiques ou mentales, ou de l'angoisse, rien ne saurait prouver le bien-fondé des lois, des politiques ou des pratiques en cause ni justifier leur existence a posteriori.

Aucune considération religieuse, morale ou sociale, aucun enjeu politique, économique ou de santé publique, aucun intérêt à protéger les droits de tiers ne peut être légitimement invoqué pour atténuer la responsabilité de l'État. Le droit des femmes de ne pas être soumises à la torture ni à des mauvais traitements doit toujours prévaloir, et il ne faut jamais tenter de « concilier » ces droits avec d'autres droits ou avec les intérêts de l'État⁷⁵.

2.4 LE DROIT À LA VIE PRIVÉE

Le droit à la vie privée ou au respect de la vie privée et familiale (ci-après « le droit à la vie privée ») est consacré par l'article 8 de la Convention et l'article 17 du PIDCP. Il recouvre une vaste constellation d'éléments qui revêtent une importance cruciale pour la santé et la vie sexuelle et reproductive des femmes, comme le droit à l'intégrité physique et psychologique, le droit à l'autonomie et au développement personnel, le droit de nouer et de développer des relations avec ses semblables, le droit au développement personnel et à l'autodétermination, le droit de décider d'avoir ou non un enfant et de devenir parent, ou encore le droit de choisir les circonstances dans lesquelles devenir parent⁷⁶.

Certains aspects du droit des femmes à la vie privée trouvent également leur expression dans l'article 16 de la CEDEF, qui garantit, entre autres, le droit des femmes « de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances et d'avoir accès aux informations, à l'éducation et aux moyens nécessaires pour leur permettre d'exercer ces droits ».

L'obligation de l'État de respecter et de garantir le droit des femmes à la vie privée exige qu'il s'abstienne de prendre des mesures intrusives et d'imposer des restrictions arbitraires ou disproportionnées à l'intégrité personnelle et corporelle des femmes ou à leur liberté de prendre des décisions en ce qui concerne leur santé et leur vie sexuelle reproductive. L'État a en outre des obligations positives, c'est-à-dire qu'il est tenu d'agir pour garantir aux femmes l'exercice de leur droit à la vie privée, notamment en adoptant des mesures efficaces pour empêcher des acteurs privés d'y porter atteinte.

Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont jugé qu'une multitude de contraintes limitant la santé sexuelle et reproductive et l'autonomie des femmes étaient contraires au droit des femmes à la vie privée. On peut citer les sévères restrictions légales à l'avortement⁷⁷, le nonaccès des femmes dans la pratique aux services d'avortement légaux⁷⁸, les obstacles à l'accès aux examens génétiques prénataux⁷⁹, la stérilisation contrainte et forcée⁸⁰, le non-respect de la confidentialité, de l'intégrité personnelle et physique et de l'autonomie des femmes pendant l'accouchement⁸¹, le manque de sécurité juridique qui limite le choix des femmes d'accoucher à domicile⁸² et la prévalence de stéréotypes néfastes sur la sexualité des femmes dans l'appareil judiciaire⁸³.

Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont toujours souligné que le principe du consentement éclairé aux procédures et interventions médicales était une composante essentielle du droit à la vie privée. Le consentement éclairé implique que les femmes prennent leurs décisions sans être l'objet de menaces ni d'incitations illicites, et qu'elles consentent aux procédures médicales librement et volontairement, après avoir obtenu des informations compréhensibles, appropriées et concrètes sur le traitement proposé, ainsi que sur les alternatives existantes⁸⁴.

Comme indiqué au chapitre 1, les lois, les politiques et les pratiques qui entravent ou compromettent la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur autonomie, leur intégrité personnelle et leurs décisions restent répandues dans toute l'Europe. Souvent, les États tentent de justifier ces restrictions par des considérations religieuses,

morales ou sociales, des impératifs politiques, sécuritaires ou économiques, ou des enjeux démographiques et de santé publique. Ils affirment parfois que l'obligation de l'État de protéger les droits de l'homme de tiers doit être prioritaire ou être mise en balance avec les droits sexuels et reproductifs des femmes.

Contrairement à l'interdiction de la torture et des mauvais traitements, la protection accordée au droit à la vie privée dans le droit et les normes internationaux relatifs aux droits de l'homme n'est pas absolue ; il peut arriver que l'État soit autorisé à restreindre le droit des femmes à la vie privée. Cependant, les normes relatives aux droits de l'homme exigent que toute mesure limitant les droits sexuels et reproductifs des femmes réponde à un certain nombre de critères stricts et cumulatifs : l'État doit démontrer que les restrictions sont légales, qu'elles poursuivent un but légitime et qu'elles sont nécessaires et proportionnées⁸⁵. Les mécanismes de protection des droits de l'homme ont souvent conclu que les limites imposées par les États aux droits sexuels et reproductifs des femmes ne ménageaient pas un juste équilibre et ne remplissaient pas les conditions requises ; partant, elles portaient atteinte au droit des femmes à la vie privée.

Si la Cour européenne des droits de l'homme a parfois accordé une certaine marge d'appréciation aux États membres lorsqu'elle a examiné la question de la licéité des restrictions du droit à la vie privée, d'autres mécanismes internationaux ou régionaux de protection des droits de l'homme ont expressément rejeté l'application d'une telle marge d'appréciation⁸⁶. Ainsi, alors que la Cour européenne a, dans certains cas, laissé une vaste marge d'appréciation à des États membres en matière de restrictions de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes⁸⁷, d'autres mécanismes internationaux et régionaux de droits de l'homme n'ont pas adopté la même approche⁸⁸. De plus, comme l'a confirmé la Cour européenne à de nombreuses reprises, la Convention européenne est un instrument vivant et la jurisprudence de la Cour concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes continuera certainement à évoluer.⁸⁹

2.5 ÉGALITÉ DE GENRE ET PROTECTION CONTRE LA DISCRIMINATION

Un traité international, la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, est spécialement consacré aux droits des femmes à l'égalité et à la protection contre la discrimination dans l'exercice des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels. Ces droits sont aussi soulignés à l'article 3 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, et à l'article 3 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, ainsi que dans beaucoup d'autres dispositions de nombreux instruments concernant les droits de l'homme⁹⁰.

L'ensemble de ces normes fondamentales imposent aux États toute une série d'obligations consistant à garantir aux femmes, en droit et en pratique, l'égalité et la protection contre la discrimination, y compris la discrimination intersectionnelle ou multiple.

Ces obligations s'appliquent à tous les aspects de la santé et de la vie sexuelles et reproductives des femmes : les mécanismes des droits de l'homme ont reconnu à maintes reprises que les femmes doivent impérativement bénéficier de la santé et des droits sexuels et reproductifs pour accéder à l'autonomie et pouvoir décider véritablement de leur vie et de leur santé⁹¹. Ils ont expliqué que en vertu des obligations de garantir l'égalité de genre et la non-discrimination, les États sont tenus de « respecter le droit des femmes de prendre des décisions autonomes en ce qui concerne leur santé sexuelle et procréative »⁹² et de 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 »⁹³. À cette fin, les États doivent faire en sorte que les soins de santé sexuelle et reproductive répondent à des normes adéquates, et que les droits des femmes, leur dignité et leur autonomie soient respectés dans ce contexte, mais doivent aussi supprimer tous les obstacles, notamment juridiques, pratiques, financiers et sociaux, qui compromettent, menacent ou fragilisent la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes⁹⁴.

Les États sont donc tenus de supprimer ou de réviser les lois et les politiques qui retirent aux femmes, en totalité ou en partie, la possibilité d'exercer leur droit à la santé sexuelle et reproductive. Sont notamment visés les lois qui interdisent certains services de santé utilisés uniquement par les femmes, ainsi que les lois et politiques qui criminalisent ou interdisent certains services de santé sexuelle et reproductive et empêchent certains groupes de femmes de bénéficier de ces services; sont aussi visés les obstacles procéduraux, tels que l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers, qui entravent l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive⁹⁵.

Les mécanismes des droits de l'homme ont confirmé que les États doivent éradiquer les formes directes et indirectes de discrimination envers les femmes, et garantir l'égalité formelle et l'égalité réelle. Cela signifie qu'ils doivent veiller à ce que les lois, les politiques, les programmes et l'organisation du système de santé prennent en compte les besoins spécifiques des femmes en matière de santé, ainsi que les différences biologiques entre les hommes et les femmes, et les différences qui sont le résultat d'une production sociale et culturelle. De plus, les États doivent remédier aux désavantages intrinsèques auxquels se heurtent les femmes dans l'exercice de leurs droits sexuels et reproductifs⁹⁶.

Dans ce contexte, les garanties d'égalité de genre et de non-discrimination imposent aussi aux États de prendre des mesures efficaces pour éliminer les nombreux stéréotypes sexistes et les préjugés qui compromettent la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes. Les mécanismes des droits de l'homme ont reconnu que « les stéréotypes sexuels peuvent avoir un impact sur la capacité des femmes à prendre des décisions et [à] faire en toute liberté et connaissance de cause des choix concernant le soin de leur santé, leur sexualité et leur volonté de procréation, et avoir [...] un impact également sur leur autonomie de décision quant au rôle qu'elles entendent jouer dans la société »⁹⁷. D'après les mécanismes, lorsque des lois, des politiques, des décisions de justice ou d'autres pratiques des États sont imprégnées par ces stéréotypes et préjugés, cela peut entraîner des violations de l'article 5 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, ainsi que d'autres dispositions relatives aux droits de l'homme⁹⁸.

En outre, les États doivent faire en sorte que les femmes aient accès en temps utile à l'ensemble des services, biens, infrastructures et informations dont elles ont besoin en matière de santé sexuelle et reproductive. Ils sont donc tenus de remédier aux insuffisances constatées dans ce domaine, sur le plan de la réglementation et de la mise en œuvre, notamment en veillant à ce que les refus de dispenser des soins ne compromettent pas l'accès des femmes à ces services⁹⁹.

Ces obligations génèrent aussi des obligations particulières en lien avec l'élimination de la discrimination intersectionnelle envers les femmes. Les mécanismes des droits de l'homme ont confirmé que les États doivent prendre des mesures concrètes et efficaces pour répondre aux besoins particuliers des groupes de femmes marginalisés et supprimer les obstacles, spécifiques ou plus importants, auxquels ces femmes se heurtent dans la réalisation de leur santé et de leurs droits sexuels et reproductifs¹⁰⁰. À de nombreuses occasions, les mécanismes ont décrit en détail le contenu de ces exigences¹⁰¹.

Chapitre 3

Obligations spécifiques concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes

Comme indiqué dans le chapitre 2, les mécanismes des droits de l'homme ont décrit de plus en plus précisément la manière dont les normes internationales des droits de l'homme s'appliquent dans le contexte de la vie sexuelle et reproductive des femmes. À cet égard, ces mécanismes ont certes traité toute une série de préoccupations liées à la santé et aux droits sexuels et reproductifs, mais certaines questions ont fait l'objet d'analyses répétées et particulièrement approfondies.

En s'appuyant sur l'analyse réalisée dans le chapitre précédent, les sections 3.1 à 3.5 ci-dessous décrivent brièvement comment les mécanismes des droits de l'homme ont traité cinq aspects fondamentaux de la santé et des droits sexuels et reproductifs des femmes : une éducation sexuelle complète ; une contraception moderne ; un avortement sécurisé et légal ; le refus de professionnels de santé de dispenser des soins de santé sexuelle et reproductive pour des motifs de conscience ; enfin, des soins de santé maternelle de qualité.

3.1 GARANTIR UNE INFORMATION FACTUELLE ET UNE ÉDUCATION SEXUELLE COMPLÈTE

Les normes internationales des droits de l'homme garantissent aux femmes le droit de recevoir et de communiquer des informations relatives à leur santé et à leurs droits sexuels et reproductifs. En conséquence, les mécanismes des droits de l'homme ont précisé que les États doivent veiller à ce que les femmes aient accès à une information factuelle sur tous les aspects de la santé sexuelle et reproductive, y compris sur leur état de santé personnel, et qu'ils doivent permettre aux femmes de prendre des décisions éclairées sur leur santé sexuelle et reproductive¹⁰². Ces obligations supposent que les informations sur la santé sexuelle et reproductive soient données d'une manière qui tienne compte de la situation personnelle des

femmes, c'est-à-dire de facteurs comme l'âge, le genre, la langue et le handicap. De plus, ces informations doivent être factuelles, scientifiquement exactes, objectives et à jour, et les États doivent s'abstenir, concernant ces informations, de toute représentation erronée, censure ou criminalisation, et lever les obstacles qui entravent l'accès aux informations¹⁰³.

Les mécanismes des droits de l'homme ont aussi défini des obligations précises incombant aux États en matière d'éducation sexuelle complète¹⁰⁴. Ils ont indiqué qu'une éducation sexuelle complète doit être exacte, reposer sur des bases scientifiques solides, être sensible aux valeurs culturelles, respecter le principe de non-discrimination et promouvoir la diversité, traiter des normes liées au genre, et promouvoir la tolérance et le respect. Ils ont expliqué que les programmes devraient être conçus de manière à développer la capacité des jeunes à comprendre leur sexualité dans toutes ses dimensions et qu'il faudrait prêter attention à l'égalité de genre, à la diversité sexuelle, aux droits de l'homme, à la question de la parentalité et des comportements sexuels responsables, et à la prévention de la violence.

Point important, les mécanismes des droits de l'homme ont souligné qu'une éducation sexuelle complète, adaptée à l'âge des élèves, doit obligatoirement faire partie des programmes scolaires ordinaires. En particulier, ils ont expliqué que les normes internationales des droits de l'homme concernant le droit à la liberté de religion ou de conviction n'autorisent pas les parents à dispenser leurs enfants de ces cours lorsque des informations pertinentes y sont données de manière objective et impartiale. Ils ont aussi précisé qu'une éducation sexuelle complète devrait être assurée sous des formes alternatives¹⁰⁵ et adaptées à l'âge, de telle sorte que les informations soient accessibles à tous, y compris aux adolescents handicapés.

3.2 GARANTIR LA DISPONIBILITÉ DE SERVICES DE CONTRACEPTION MODERNES ET ABORDABLES

Les mécanismes des droits de l'homme ont indiqué à maintes reprises qu'il est essentiel de garantir aux femmes un accès effectif à une contraception moderne pour qu'elles puissent bénéficier de leurs droits sexuels et reproductifs. Selon ces mécanismes, les États manquent à leurs obligations consistant à réaliser le droit des femmes à la santé sexuelle et reproductive lorsqu'ils n'assurent pas l'accès des femmes à toute la gamme des choix en matière de contraception et lorsqu'ils empêchent les femmes d'utiliser les méthodes adaptées à leur situation personnelle et à leurs besoins.

En outre, ces mécanismes ont reconnu que, si les contraceptifs sont délivrés uniquement sur ordonnance, cela risque d'empêcher les femmes d'avoir accès en temps utile à une contraception d'urgence. De plus, si les contraceptifs ne sont ni subventionnés, ni pris en charge dans le cadre de régimes publics d'assurance-maladie ou de remboursement, ni délivrés gratuitement, cela peut constituer une discrimination envers les femmes. Les mécanismes ont aussi constaté que le coût peut avoir des répercussions particulières sur l'accès des adolescents aux services de contraception et ont précisé que tous les adolescents devraient avoir accès sans discrimination à des services, à des informations et à une éducation concernant la santé sexuelle et reproductive (y compris la contraception et la contraception

d'urgence) qui soient gratuits, confidentiels et adaptés à leurs besoins. De même, l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers (l'accord parental, par exemple) ne devrait pas s'appliquer à l'accès à des produits, à des informations et à des conseils en matière de contraception¹⁰⁶.

3.3 GARANTIR L'ACCÈS À DES SERVICES D'AVORTEMENT SÉCURISÉ ET LÉGAL

Les mécanismes des droits de l'homme ont maintes fois affirmé que l'accès des femmes à des services d'avortement sûrs est une composante essentielle des obligations incombant aux États de respecter et de garantir les droits des femmes. Ils ont déclaré que les normes internationales relatives aux droits de l'homme imposent aux États des exigences en matière de fourniture de services d'avortement sûr et précisent une série de mesures concrètes en la matière.

Ainsi, les États sont tenus de veiller à ce que les lois et politiques relatives à l'avortement n'empêchent et n'entravent pas l'accès des femmes à des services d'avortement de bonne qualité. Ainsi que cela est indiqué dans le chapitre 2, les lois qui limitent drastiquement l'accès à ces services sont contraires à de très nombreuses normes internationales des droits de l'homme ; plusieurs mécanismes des droits de l'homme ont souligné que les obligations des États de respecter et de garantir les droits des femmes exigent de réformer les lois restrictives concernant l'avortement et de supprimer les sanctions pénales qui y sont associées¹⁰⁷.

Dans le même temps, les mécanismes des droits de l'homme ont aussi souligné qu'il ne suffit pas de légaliser l'avortement sécurisé pour remplir les obligations relatives aux droits de l'homme. Les États doivent aussi prendre des mesures concrètes pour garantir la qualité des services d'avortement et faire en sorte que ceux-ci soient disponibles et accessibles en pratique. Ces mesures doivent notamment viser à éliminer les obstacles juridiques, politiques, financiers et autres qui entravent encore l'accès des femmes aux services d'avortement ; parmi ces obstacles figurent des délais d'attente obligatoires et des dispositions restrictives imposant l'obligation d'obtenir l'accord d'un tiers. Les États devraient assurer la disponibilité et la qualité de services d'avortement sécurisé, conformément aux directives de l'OMS, notamment en garantissant l'accès des femmes à des informations factuelles et scientifiquement exactes sur l'avortement¹⁰⁸.

3.4 PRÉSERVER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ MALGRÉ LES REFUS DE SOINS

Les normes internationales des droits de l'homme obligent les États à prendre des mesures efficaces pour que le refus de professionnels de santé de dispenser certains soins au motif que ces pratiques sont contraires à leurs convictions ou à leur religion ne compromette pas l'accès des femmes aux soins de santé sexuelle et reproductive. Le Comité européen des Droits sociaux, la Cour européenne des droits de l'homme, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité

des droits économiques, sociaux et culturels et le Comité des droits de l'homme ont réaffirmé cette exigence à maintes reprises. Ils ont notamment souligné qu'en vertu du droit international des droits de l'homme, le droit à la liberté de religion ou de conviction n'implique pas la liberté absolue de manifester sa religion ou sa conviction ; ils ont refusé de reconnaître aux professionnels de santé un quelconque droit de refuser de dispenser des soins de santé sexuelle ou reproductive qui serait protégé par le droit international des droits de l'homme¹⁰⁹.

La liberté de manifester sa religion ou ses convictions peut légalement faire l'objet de restrictions lorsque celles-ci sont nécessaires à la protection des droits et libertés d'autrui¹¹⁰. La Cour européenne des droits de l'homme a noté que l'article 9 protège avant tout le domaine des convictions personnelles et des croyances religieuses, c'est-à-dire celui que l'on appelle parfois le for intérieur. Elle a ajouté que, « pour protéger ce domaine personnel, l'article 9 de la Convention ne garantit pas toujours le droit de se comporter dans le domaine public d'une manière dictée par cette conviction. Le terme « pratiques » au sens de l'article 9, paragraphe 1, ne désigne pas n'importe quel acte ou comportement public motivé ou inspiré par une religion ou une conviction ». Dans une affaire concernant le refus de la part de pharmaciens de vendre des contraceptifs, la Cour européenne a estimé que, « dès lors que la vente de ce produit est légale, intervient sur prescription médicale uniquement et obligatoirement dans les pharmacies, les requérants ne sauraient faire prévaloir et imposer à autrui leurs convictions religieuses pour justifier le refus de vente de ce produit, la manifestation desdites convictions pouvant s'exercer de multiples manières hors de la sphère professionnelle. »¹¹¹ En conséquence, tout refus de dispenser des soins opposé par un professionnel de santé pour des motifs liés à sa religion ou à ses convictions ne devrait jamais compromettre le droit des femmes d'accéder à des services de santé sexuelle et reproductive.

Les mécanismes des droits de l'homme ont souligné que, lorsque des lois ou pratiques nationales autorisent des professionnels de santé à refuser de dispenser certaines formes de soins, y compris en matière d'avortement, les normes internationales des droits de l'homme imposent aux États de veiller à ce que cela ne compromette pas l'accès aux services de santé concernés. En particulier, les mécanismes ont souligné que les États doivent mettre en œuvre efficacement une série de mesures, dont, au minimum, les suivantes : établir un système efficace permettant de faire en sorte que les femmes soient orientées rapidement vers d'autres prestataires, capables et désireux de dispenser les soins ; garantir qu'un nombre suffisant de prestataires de santé capables et désireux d'assurer ces services sont disponibles à tout moment dans les établissements tant publics que privés, dans un rayon géographique acceptable ; interdire les refus institutionnels ; veiller à ce qu'aucun refus ne puisse être opposé en cas d'urgence ; établir des systèmes adéquats de surveillance et de suivi¹¹².

Bien que la Résolution 1763 (2010) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe indique que les établissements médicaux devraient être autorisés à refuser des soins, cette position va à l'encontre des recommandations réitérées des mécanismes internationaux des droits de l'homme, qui ont jusqu'à présent considéré de façon cohérente que les institutions ne peuvent pas refuser de fournir des soins de santé sexuelle et reproductive pour des motifs de conscience.

3.5 RESPECTER LES DROITS DES FEMMES LORS DE L'ACCOUCHEMENT ET GARANTIR L'ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ MATERNELLE DE QUALITÉ

Permettre aux femmes d'avoir accès à des soins de santé maternelle de qualité, sans subir de discrimination intersectionnelle, est une composante essentielle des obligations incombant aux États en matière de droits de l'homme. Les normes internationales des droits de l'homme imposent aux États de garantir aux femmes l'accès à des soins de qualité tout au long de leur grossesse, notamment à des soins anténatals et postnatals, et à des services obstétriques d'urgence¹¹³. Pour remplir cette obligation, les États doivent en particulier lever les obstacles qui entravent l'accès de certains groupes de femmes aux soins de santé maternelle, ainsi que les obstacles qui empêchent des groupes de femmes de bénéficier de certaines formes de soins.

Les mécanismes des droits de l'homme ont aussi précisé que les États doivent faire en sorte que les soins dispensés lors de l'accouchement, ainsi que l'ensemble des soins de santé maternelle, répondent à des normes adéquates, et que les droits des femmes, leur dignité et leur autonomie soient respectés dans ce contexte. Par exemple, des mesures d'économie ne devraient jamais compromettre la qualité des soins proposés aux femmes et les États doivent prendre des dispositions pour que toutes les femmes puissent être assistées par des professionnels qualifiés lors de l'accouchement, y compris lorsqu'elles accouchent à domicile ou, plus largement, en dehors d'un établissement médical. De plus, les mécanismes des droits de l'homme ont insisté sur l'importance du consentement éclairé des femmes, qui doivent pouvoir prendre des décisions en pleine connaissance de cause, à tous les stades de la grossesse et durant l'accouchement ; ils ont souligné que des interventions ou procédures médicales, comme une épisiotomie ou une pression sur le fond utérin, ne devraient pas être pratiquées sans que la femme y ait consenti de manière complète et éclairée. Il faut éradiquer la ségrégation fondée sur des éléments comme la race ou l'origine ethnique, ainsi que les traitements abusifs et autres traitements discriminatoires, y compris les violences verbales et le harcèlement visant des femmes dans le contexte des soins de santé maternelle ou lors de l'accouchement¹¹⁴.

Bibliographie

Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe

Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, document thématique, « Droits de l'homme et personnes intersexes » (2015).

Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « Éliminer les obstacles à l'action des défenseurs des droits des femmes », article du Carnet des droits de l'homme, 22 septembre 2015.

Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « Fighting violence against women must become Europe's priority », *New Europe*, 4 janvier 2016.

Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « Protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes », article du Carnet des droits de l'homme, 21 juillet 2016.

Principales observations et recommandations générales des organes de suivi des traités internationaux

Comité des droits économiques, sociaux et culturels [CDESC] « Observation générale n° 3 – La nature des obligations des États parties » (article 2, paragraphe 1, du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Doc. ONU : E/1991/23 (1990).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale n° 14 – Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint » (article 12 du pacte), Doc. ONU : E/C.12/2000/4 (2000).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale no 16 – Droit égal de l'homme et de la femme au bénéfice de tous les droits économiques, sociaux et culturels » (article 3 du pacte), Doc. ONU : E/C.12/2005/4 (2005).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale no 20 – La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels » (article 2, paragraphe 2, du pacte), Doc. ONU : E/C.12/GC/20 (2009).

Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative » (article 12 du pacte), Doc. ONU : E/C.12/GC/22 (2016).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes [CEDEF], « Recommandation générale n° 21 – Égalité dans le mariage et les rapports familiaux », Doc. ONU : A/49/38 (1994).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Recommandation générale n° 24 – Article 12 de la Convention (Les femmes et la santé) », Doc. ONU : A/54/38/Rev.1, chap. I (1999).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Recommandation générale n° 25 – Article 4, paragraphe 1, de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (mesures spéciales temporaires) » (2004).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Recommandation générale no 28 concernant les obligations fondamentales des États parties découlant de l'article 2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes », Doc. ONU : CEDAW/C/2010/47/GC.2 (2010).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Recommandation générale n° 30 sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit », Doc. ONU : CEDAW/C/GC/30 (2013).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Recommandation générale n° 34 sur les droits des femmes rurales », Doc. ONU : CEDAW/C/GC/34 (2016).

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, « Recommandation générale no 35 sur la violence sexiste à l'égard des femmes, portant actualisation de la Recommandation générale no 19 », Doc. ONU : CEDAW/C/GC/35 (2017).

Comité pour l'élimination de la discrimination raciale [CEDR], « Recommandation générale n° 30 concernant la discrimination contre les non-ressortissants », Doc. ONU : HRI/GEN/1/Rev.7/Add.1 (2005).

Comité des droits de l'enfant [CDE], « Observation générale n° 20 (2016) sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence », Doc. ONU : CRC/C/GC/20 (2016).

Comité des droits des personnes handicapées [CDPH], « Observations générales no 3 (2016) sur les femmes et les filles handicapées », Doc. ONU : CRPD/C/GC/3 (2016).

Comité des droits de l'homme [CDH], « Observation générale n° 16, article 17 (droit au respect de la vie privée) – Le droit au respect de la vie privée, de la famille, du domicile, de la correspondance, de l'honneur et de la réputation », Doc. ONU : HRI/GEN/1/Rev.1-21 (1988).

Comité des droits de l'homme, « Observation générale n° 20 – Article 7 (interdiction de la torture et des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants) » (article 7), Doc. ONU : HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I) (1992).

Comité des droits de l'homme, « Observation générale n° 22 – Le droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion » (article 18), Doc. ONU : HRI/GEN/1/Rev.1 (1993).

Comité des droits de l'homme, « Observation générale n° 28 – Article 3 (égalité des droits entre hommes et femmes) », Doc. ONU : CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000).

Comité des droits de l'homme, « Observation générale n° 31 [80] – La nature de l'obligation juridique générale imposée aux États parties au Pacte », Doc. ONU : CCPR/C/21/Rev.1/Add.13 (2004).

Comité des droits de l'homme, « Observation générale n° 34 – Article 19 (liberté d'opinion et liberté d'expression) », Doc. ONU : CCPR/C/GC/34 (2011).

Comité contre la torture [CCT], « Observation générale no 2 – Application de l'article 2 par les États parties », Doc. ONU : CAT/C/GC/2 (2008).

Principales décisions et jurisprudence

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Goekce c. Autriche*, communication n° 5/2005, 2004.

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *A.S. c. Hongrie*, communication n° 4/2004, 2006.

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Fatma Yildirim c. Autriche*, communication n° 6/2005, 2007.

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *Alyne da Silva Pimentel c. Brésil*, communication n° 17/2008, 2011.

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *L.C. c. Pérou*, communication n° 22/2009, 2011.

Comité européen des Droits sociaux, *INTERIGHTS c. Croatie*, réclamation n° 45/2007, 2009.

Comité européen des Droits sociaux, *IPPF EN c. Italie*, réclamation n° 87/2012, 2014.

Comité européen des Droits sociaux, *FAFCE c. Suède*, réclamation n° 99/2013, 2015.

Comité européen des Droits sociaux, *CGIL c. Italie*, réclamation n° 91/2013, 2016.

Comité européen des Droits sociaux, *ERRC c. Bulgarie*, réclamation n° 151/2017, 2017.

Cour européenne des droits de l'homme, *Kjeldsen, Busk Madsen et Pedersen c. Danemark*, requêtes nos 5095/71, 5920/72 et 5926/72, 1976.

Cour européenne des droits de l'homme, *Vo c. France*, requête n° 53924/00, 2004.

Cour européenne des droits de l'homme, *Tysiaç c. Pologne*, requête n° 5410/03, 2007.

Cour européenne des droits de l'homme, *Opuz c. Turquie*, requête n° 33401/02, 2009.

Cour européenne des droits de l'homme, *A, B et C c. Irlande*, requête n° 25579/05, 2010.

Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011.

Cour européenne des droits de l'homme, *Ternovszky c. Hongrie*, requête n° 67545/09, 2011.

Cour européenne des droits de l'homme, *V.C. c. Slovaquie*, requête n° 18968/07, 2011.

Cour européenne des droits de l'homme, *I.G., M.K. et R.H. c. Slovaquie*, requête n° 15966/04, 2012.

Cour européenne des droits de l'homme, *N.B. c. Slovaquie*, requête n° 29518/10, 2012.

Cour européenne des droits de l'homme, *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, 2012.

Cour européenne des droits de l'homme, *G.B. et R.B. c. République de Moldova*, requête n° 16761/09, 2013.

Cour européenne des droits de l'homme, *Dubská et Krejzová c. République tchèque*, requêtes nos 28859/11 et 28473/12, 2016.

Cour européenne des droits de l'homme, *Konovalova c. Russie*, requête n° 37873/04, 2016.

Cour européenne des droits de l'homme, *Bayev et autres c. Russie*, requêtes nos 67667/09, 44092/12 et 56717/12, 2017.

Cour européenne des droits de l'homme, *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal*, requête n° 17484/15, 2017.

Comité des droits de l'homme, *Hartikainen c. Finlande*, communication n° 40/1978, 1981.

Comité des droits de l'homme, *Länsman et consorts c. Finlande*, communication n° 511/1992, 1994.

Comité des droits de l'homme, *K.L. c. Pérou*, communication n° 1153/2003, 2005.

Comité des droits de l'homme, *L.M.R. c. Argentine*, communication n° 1608/2007, 2011.

Comité des droits de l'homme, *Fedotova c. Fédération de Russie*, communication n° 1932/2010, 2012.

Comité des droits de l'homme, *Mellet c. Irlande*, communication n° 2324/2013, 2016.

Comité des droits de l'homme, *Whelan c. Irlande*, communication n° 2425/2014, 2017.

Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Artavia Murillo et autres (fécondation in vitro) c. Costa Rica*, affaire n° 12.361, 2012.

Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Atala Riffo et filles c. Chili*, affaire n° 12.502, 2012.

Rapports des procédures spéciales des Nations Unies

Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Manfred Nowak, Doc. ONU : A/HRC/7/3 (2008).

Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez, Doc. ONU : A/HRC/22/53 (2013).

Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, Juan E. Méndez, Doc. ONU : A/HRC/31/57 (2016).

Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, Doc. ONU : A/HRC/32/448 (2016).

Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation, Vernor Muñoz : l'éducation sexuelle, Doc. ONU : A/65/162 (2010).

Principales lignes directrices et ressources de l'OMS

Organisation mondiale de la Santé, « Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva », *Sexual Health Document Series*, Éditions de l'OMS (2006).

Organisation mondiale de la Santé, « Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé », 2e édition, Éditions de l'OMS, Genève (2013).

Organisation mondiale de la Santé, « Lutter contre la violence entre partenaires intimes et la violence sexuelle à l'encontre des femmes : recommandations cliniques et politiques », Éditions de l'OMS, Genève (2013).

Organisation mondiale de la Santé, « Soins de santé pour les femmes victimes d'actes de violence commis par un partenaire intime ou d'actes de violence sexuelle : manuel clinique », Éditions de l'OMS, Genève (2015).

Organisation mondiale de la Santé, « Garantir les droits de l'homme lors de la fourniture d'informations et de services en matière de contraception – Orientations et recommandations », Éditions de l'OMS, Genève (2014).

Organisation mondiale de la Santé, « Framework for ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services », Éditions de l'OMS, Genève (2014).

Organisation mondiale de la Santé, « Sexual health, human rights and the law », Éditions de l'OMS, Genève (2015).

Organisation mondiale de la Santé, « WHO Recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015 », Éditions de l'OMS, Genève (2015).

Organisation mondiale de la Santé, « Rapport mondial sur le vieillissement et la santé », Éditions de l'OMS, Genève (2016).

Organisation mondiale de la Santé, « Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants », Éditions de l'OMS, Genève (2017).

Organisation mondiale de la Santé, « Liste modèle des médicaments essentiels, 20e liste » (mars 2017).

Organisation mondiale de la Santé/Europe, « Beyond the mortality advantage: investigating women's health in Europe », Copenhague (2015).

Organisation mondiale de la Santé/Europe, « Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – Ne laisser personne de côté », Copenhague (2016).

Organisation mondiale de la Santé/Europe, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », Copenhague (2016).

Organisation mondiale de la Santé/Europe, « Stratégie pour la santé et le bien-être de la femme dans la Région européenne de l'OMS », Copenhague (2016).

Organisation mondiale de la Santé/Europe et Centre fédéral allemand pour l'éducation à la santé (BZgA), « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe – Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes », Cologne (2010).

Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour la population, « Ensuring human rights within contraceptive service delivery : implementation guide », Éditions de l'OMS, Genève (2015).

Notes de fin

1. Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « Protéger la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes », *Carnet des droits de l'homme*, 2016 ; Réseau ASTRA, « *Statement on rising threats to sexual and reproductive health and rights in CEE region* », 2016. Voir aussi la déclaration de Zeid Ra'ad Al Hussein, Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, à l'occasion de la Journée internationale de la femme : « Backlash against women's rights progress hurts us all », 8 mars 2017 ; et la déclaration dans le cadre des Procédures spéciales du Conseil des droits de l'homme, « UN experts call for resistance as battle over women's rights intensifies », 28 juin 2017.
2. Pour tous les sujets de préoccupation évoqués, voir le document ONU, « Building more inclusive, sustainable and prosperous societies in Europe and central Asia: a common United Nations vision for the post-2015 development agenda », 2017 ; « Anti-gender movements on the rise? Strategising for gender equality in central and eastern Europe », Fondation Heinrich Böll (éd.), vol. 38, 2015 ; Kováts, Pöim (éd.), « Gender as symbolic glue. The position and role of conservative and far right parties in the anti-gender mobilizations in Europe », FES, 2015.
3. Loi sur l'interruption de grossesse (*Journal officiel* de « l'ex-République yougoslave de Macédoine », n° 87/2013 et 164/2013), articles 6, 21 ; loi sur la protection fondamentale de la santé des ressortissants de Fédération de Russie, article 56 (2011) ; ministère de la Santé et du Développement social, « Lignes directrices sur l'accompagnement psychologique pré-avortement » (2010) (Fédération de Russie) ; loi n° 345/2009 modifiant et complétant la loi n° 576/2004 sur la santé et les services de santé ainsi que d'autres lois, parties 6b et 6c (Slovaquie) ; loi sur les soins de santé telle que modifiée par la loi n° 2646/2014, article 139.2 b) (Géorgie), 2000.
4. Center for Reproductive Rights, « Mandatory Waiting Periods and Biased Counseling Requirements in Central and Eastern Europe », 2015.
5. Loi du 25 mai 2017 « portant modification de la loi sur les services de santé publics et de plusieurs autres lois ».
6. Voir la loi fédérale n° 135-FZ du 29 juin 2013 (Russie) ; Cour européenne des droits de l'homme, *Bayev et autres c. Russie*, requête n° 67667/09, 20 juin 2017 ; Comité des droits de l'homme, *Fedotova c. Fédération de Russie*, communication n° 1932/2010, 31 octobre 2012.
7. Loi n° 8-FZ « portant modification de l'article 116 du Code pénal de la Fédération de Russie », 2017.
8. Cour constitutionnelle de République slovaque, PL. ÚS 12/01, 4 décembre 2007 ; Cour constitutionnelle portugaise, Acórdão n° 75/2010, 2010 ; Cour constitutionnelle de la République de Croatie, n° U-I-60/1991 i dr., 21 février 2017 ; Cour suprême du Royaume-Uni, *Greater Glasgow Health Board v. Doogan and another* (Écosse), [2014] UKSC 68, 17 décembre 2014 ; Cour d'appel du travail, *Ellinor Grimmark (19760930-2406) vs. Landstinget i Jönköpings Län*, avril 2017 (Suède).
9. Cour constitutionnelle polonaise, concernant la loi K 12/14, 7 octobre 2015.
10. Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « Éliminer les obstacles à l'action des défenseurs des droits des femmes », *Carnet des droits de l'homme*, 2015.
11. Pour beaucoup des points abordés dans cette partie, voir par exemple OMS Europe, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », 2016, pp. 47-60 ; R.J. Cook, B.M. Dickens, « Reducing stigma in reproductive health », *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, vol. 125, 2014, pp. 89-92 ; Cusack et Cook, « Stereotyping women in the health sector: lessons from CEDAW », *Journal of Civil Rights and Social Justice* 16.1, 2009.
12. Concernant l'analyse ci-dessus, voir par exemple : FRA (UE), « Violence against women: an EU-wide survey-Main results », 2014 ; OMS Europe, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », 2016, pp. 53-56 ; Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, « Fighting violence against women must become Europe's priority », 2016 ; Parlement européen, DG des politiques internes, « The issue of violence against women in the European Union », 2016 ; Unité pour l'égalité de genre du Conseil de l'Europe, « Background note on sexist hate speech », 2016.
13. Cour européenne des droits de l'homme, *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal*, 25 juillet 2017, Requête n° 17484/15, paragraphes 46, 52.
14. Voir par exemple CEDR, « Coercive and cruel: sterilisation and its consequences for Romani women in the Czech Republic » (1966-2016), 2016 ; Center for Reproductive Rights et Poradňa pre občianske a ľudské práva, « Body and soul: forced sterilization and other assaults on Roma reproductive freedom in Slovakia », 2003.

15. Initiative parlementaire déposée par M. von Felten, « Stérilisations forcées. Dédommagement des victimes » ; rapport de la Commission des affaires juridiques du Conseil national, 23 juin 2003 (Suisse) ; Commissaire aux droits de l'homme, « Rapport sur la visite en Suisse du 22 au 24 mai 2017 », 17 octobre 2017 ; Lagardère, Strohl et Even, « Rapport sur les problèmes posés par les pratiques de stérilisation des personnes handicapées », 1998 (France).
16. Slovaquie : loi n° 363/2011 sur l'étendue et les conditions du remboursement des médicaments, dispositifs médicaux et aliments diététiques par l'assurance-maladie publique et modifiant et complétant certaines lois, articles 16.4e)1), 37.5c)6) ; OMS, « Liste modèle des médicaments essentiels », 20^e liste (mars 2017, modifiée en août 2017).
17. Eurostat, *Marriage and birth statistics - New ways of living together in the EU*, disponible ici : http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Marriage_and_birth_statistics_-_new_ways_of_living_together_in_the_EU (consulté le 17 octobre 2017).
18. ONUSIDA, « Prevention gap report 2016 », p. 170 et suivantes ; ONUSIDA, « Eastern European and central Asian countries unite to expand access to HIV and TB treatment », 2016 ; ONUSIDA, « Reportage : le VIH représente une menace accrue pour les femmes en Europe de l'Est et en Asie centrale », 12 mars 2012, disponible à : <http://www.unaids.org/fr/resources/presscentre/featurestories/2012/march/20120312alaskerwomeneeca>, (consulté le 17 octobre 2017) ; ONU-Femmes, « VIH/sida : quelques faits et chiffres » ; Avert, « HIV and AIDS in Eastern Europe & Central Asia », disponible à : <https://www.avert.org/hiv-and-aids-eastern-europe-central-asia-overview> (consulté le 17 octobre 2017)..
19. Cour européenne des droits de l'homme, *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, 2012.
20. Pour ces préoccupations et d'autres, voir OMS Europe, « Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being », étude HBSC : rapport international, pp. 179-189, 2016 ; ECDC, « Sexually transmitted infections in Europe. Surveillance report », 2013 ; UNICEF, « La situation des enfants dans le monde 2016 : l'égalité des chances pour chaque enfant », pp. 151-153, 2016.
21. OMS Europe et Centre fédéral allemand d'éducation à la santé, « Standards pour l'éducation sexuelle en Europe. Un cadre de référence pour les décideurs politiques, les autorités compétentes en matière d'éducation et de santé et les spécialistes », 2013.
22. Pour les questions abordées dans cette partie, voir par exemple IPPF-EN, « Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 16 EU countries-Extended », 2015, p. 16 ; ASTRA Youth, « Sexual and reproductive health and rights of adolescents in CEE and Balkan countries », 2011.
23. Pour les questions abordées dans cette partie, voir par exemple : Parlement européen, DG des politiques internes, Département des politiques générales C, « Citizens' rights and constitutional affairs: gender equality, Policies for Sexuality Education in the European Union, 2013 ; IPPF-EN, « Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 16 EU countries-Extended », 2015 ; ASTRA Youth, « Sexual and reproductive health and rights of adolescents in central and eastern European and Balkan countries », 2011.
24. Pour toutes les questions abordées dans cette partie, voir : OMS Europe, « Beyond the mortality advantage, investigating women's health in Europe », 2015 ; OMS, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », 2016 ; OMS Europe, « Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive: mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – Ne laisser personne de côté », 2016 ; IPPF EN, « Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 16 EU Countries-Extended », 2015.
25. Voir par exemple Miguel Oliveira da Silva, coordinateur « The reproductive health report: the state of sexual and reproductive health within the European Union », pp. 15-16, 2011 ; FRA (UE), « Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare », pp. 32-33, 2013.
26. Lobby européen des femmes, « The price of austerity-the impact on women's rights and gender equality in Europe », 2012 ; Sonia Ruiz Garcia, « Austerity policy from a feminist perspective: the Spanish case », 2014.
27. Voir par exemple CEDEF, « Observations finales : Irlande », paragraphes 44-45, CEDAW/C/IRL/CO/6-7, 2017.
28. IPPF-EN, « Access to modern contraceptive choice in eastern Europe and central Asia », 2016 ; IPPF-EN et FNUAP, « Key factors influencing contraceptive use in eastern Europe and central Asia », 2012.
29. Miguel Oliveira da Silva, coordinateur, « The reproductive health report: the state of sexual and reproductive health in the EU », 2011, p. 57 et suiv. ; IPPF-EN, « Barometer of women's access to modern contraceptive choice in 16 EU countries – Extended », 2015, p. 22.
30. IPPF-EN, « Access to modern contraceptive choice in eastern Europe and central Asia », 2016 ; IPPF-EN

- et FNUAP, « Key factors influencing contraceptive use in eastern Europe and central Asia », 2012.
31. Voir par exemple Slovaquie, loi n° 576/2004 relative à la santé, aux services de santé et modifiant et complétant certaines lois, 6^e partie
 32. Dans les Etats qui ont légalisé l'accès à l'avortement à la demande de la femme, sans restrictions quant au motif ou pour motif de détresse, la loi prévoit une période au cours de laquelle une femme peut obtenir un avortement sans devoir fournir de certificats de plusieurs médecins. Dans les pays qui ont légalisé l'accès à l'avortement pour des motifs socio-économiques larges, un certain nombre de professionnels médicaux doivent certifier l'existence des motifs socio-économiques.
 33. Pour l'ensemble des lois et des politiques pertinentes, voir Center for Reproductive Rights, « The World's Abortion Laws Map », 2017 : <http://worldabortionlaws.com/map/>; base de données de l'OMS sur les politiques d'avortement dans le monde, <http://srhr.org/abortion-policies/>.
 34. Voir OMS, « Unsafe abortion incidence and mortality: global and regional levels in 2008 and trends during 1990-2008 » (2012) ; « Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008 » (2011) ; Données de l'Organisation de la Santé mondiale (OMS), « Maternal and reproductive health », 2015.
 35. *Ibid.*
 36. Pour l'ensemble des lois et des politiques pertinentes, voir Center for Reproductive Rights, « The World's Abortion Laws », 2017 : <http://worldabortionlaws.com/map/>; base de données de l'OMS sur les politiques d'avortement dans le monde, <http://srhr.org/abortion-policies/>.
 37. *The Guardian*, « Northern Irish woman given suspended sentence over self-induced abortion », 4 avril 2016 (consulté le 20 octobre 2017).
 38. *The Guardian*, « Woman who bought abortion pills for daughter can challenge prosecution », 26 janvier 2017 (consulté le 20 octobre 2017)
 39. CDH, *Mellet c. Irlande*, communication n° 2324/2013, 2016 ; *Whelan c. Irlande*, communication n° 2425/2014, 2017.
 40. CEDS, *IPPF EN c. Italie*, réclamation n° 87/2012, 2014 ; *CGIL c. Italie*, réclamation n° 91/2013, 2016.
 41. *Ibid.*
 42. OMS, « Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé » (2^e édition, 2013), p. 105.
 43. Center for Reproductive Rights, « Mandatory waiting periods and biased counseling requirements in central and eastern Europe », 2015; réseau ASTRA, « Restrictions in the law on abortion in Armenia », 26 juillet 2017.
 44. Center for Reproductive Rights, « Mandatory waiting periods and biased counseling requirements in central and eastern Europe », 2015.
 45. Données de l'Organisation de la Santé mondiale (OMS), « Maternal and reproductive health » (2015) ; OMS Europe, « Beyond the mortality advantage. Investigating women's health in Europe » (2015) ; OMS Europe, « Women's health and wellbeing in Europe. Beyond the mortality advantage » (2016).
 46. *Ibid.*
 47. MBRRACE-UK, « Saving lives: improving mothers care », Third MBRRACE-UK Confidential Enquiry into Maternal Deaths, Royaume-Uni, 2016 ; Charles Anawo Ameh et Nynke van den Broek, « Increased risk of maternal death among ethnic minority women in the UK », *The Obstetrician & Gynaecologist, Clinical Governance*, 2008, 10:177-182 ; de Graaf J.P. *et al.*, « Regional differences in Dutch maternal mortality », *BJOG*, 2012 : 119(5) p. 582-8.
 48. Voir Rechel *et al.*, « Migration and health in an increasingly diverse Europe », *Lancet* 2013 ; Spencer et Hughes, « Outside and in: legal entitlements to health care and education for migrants with irregular status in Europe », 2015 ; Keygnaert *et al.*, « Sexual and reproductive health of migrants: does the EU care? », *Health Policy* vol. 114, 2014 ; FRA (UE), « L'accès aux soins de santé des migrants en situation irrégulière dans 10 États membres de l'Union européenne », 2011 ; Institut for Menneskerettigheder, « Uregistrerede Migranter Sundheds-Rettigheder: Fokus På Gravide Kvinder Og Børn », 2016.
 49. Pour un aperçu de ces questions, voir par exemple : CEDEF, « Observations finales : Slovaquie », doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), paragraphes 30-31 ; Croatie, doc. ONU CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015), paragraphes 30-31 ; République tchèque, doc. ONU CEDAW/C/CZE/CO/6 (2016), paragraphe.3 ; Déclaration de consensus de l'Eastern Europe and Central Asia Caucus, « Reproductive health issues that impact women during pregnancy, childbirth and postpartum », conférence Women Deliver 2016 ; Debrecéniová, J. (éd.), « Women – Mothers – Bodies: women's human rights in obstetric care in healthcare facilities in Slovakia » (2015) ; RODA, « Survey on maternity practices in Croatia » (2015) ; Baji P. *et al.*, « Informal cash payments for birth in Hungary: are women paying to secure a known

- provider, respect, or quality of care? » (2017) *Social Science & Medicine* 189 ; AIMS Ireland, « What matters to you? Women's experiences of consent in the Irish maternity services », mars 2014.
50. Cour européenne des droits de l'homme, *Kononova c. Russie*, requête n° 37873/04, 16 février 2015.
 51. Voir par exemple la réclamation *ERRC c. Bulgarie*, n° 151/2017, CEDS (2017) ; ERRC, « Romani woman harassed by racist hospital staff during childbirth wins case », 18 janvier 2017 ; Center for Reproductive Rights/Poradňa pre občianske a ľudské práva, « Vakeras Zorales – Speaking Out: Roma women's experiences in reproductive health care in Slovakia » (2017).
 52. OMS Europe, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », 2016 ; pour un aperçu général des enjeux, voir OMS Europe : « Ageing and sexual health », *Entre Nous* n° 77, 2013 ; « Adolescence: building solid foundations for lifelong flourishing », *Entre Nous* n° 80, 2014.
 53. Voir par exemple Forum européen des personnes handicapées, « 2nd Manifesto on the rights of women and girls with disabilities » ; Comité des droits des personnes handicapées, « Observations générales n° 3 », 2016.
 54. Voir Commission européenne, « Roma health report: health status of the Roma population: data collection in the member states of the EU », 2014 ; OMS Europe, Theadora Koller (éd.), « Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond », 2010 ; ECRI, « Recommandation de politique générale n° 13 sur la lutte contre l'antitsiganisme et les discriminations envers les Roms », 2011.
 55. Center for Reproductive Rights, « Briefing paper: ensuring sexual and reproductive health and rights of women and girls affected by conflict », 2017 ; HCR, FNUAP et Women's Refugee Commission, « Initial assessment report: protection risks for women and girls in the European refugee and migrant crisis – Greece and "the former Yugoslav Republic of Macedonia" », 2016 ; Women's Refugee Commission, « No safety for refugee women on the European route: Report from the Balkans », 2016 ; et « Falling through the cracks: refugee women and girls in Germany and Sweden », 2016.
 56. Pour les questions abordées plus haut, voir Médecins du monde, Réseau international : « Rapport de l'Observatoire 2016 : l'accès aux soins des personnes confrontées à de multiples facteurs de vulnérabilité en santé dans 31 villes de 12 pays » ; OMS Europe, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », 2016.
 57. OMS Europe, « Women's health and well-being in Europe. Beyond the mortality advantage », 2016 ; Commissaire aux droits de l'homme, « Droits de l'homme et personnes intersexes », document thématique, 2015.
 58. Commissaire aux droits de l'homme, « Rapport sur l'Irlande », 29 mars 2017.
 59. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphe 5.
 60. Voir pour tout ce qui suit : CDESC, Observation générale n° 22 ; CDESC, Observation générale n° 14 ; CEDEF, Recommandation générale n° 24 ; CEDEF, Recommandation générale n° 34, paragraphes 37-39 ; CDE, Observation générale n° 20, paragraphes 39-40, 59-63 ; CDPH, Observation générale n° 3, paragraphes 7, 38-45, 57, 63.
 61. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 28 et 40.
 62. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphe 49 ; CDESC, Observation générale n° 3, paragraphe 10 ; « Directives de Maastricht relatives aux violations des droits économiques, sociaux et culturels », 1997, paragraphe 9.
 63. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphe 49.
 64. *Ibid.* Voir aussi CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 29, et OMS Europe, « Plan d'action pour la santé sexuelle et reproductive : mise en œuvre du Programme de développement durable à l'horizon 2030 en Europe – ne laisser personne de côté », 2016.
 65. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphe 34 ; CDESC, Observation générale n° 14, paragraphe 30.
 66. Voir par exemple CDESC, Observation générale n° 22, paragraphe 38 ; Observation générale n° 3, paragraphe 9 ; Observation générale n° 14, paragraphes 32, 48, 50. Voir aussi « Directives de Maastricht relatives aux violations des droits économiques, sociaux et culturels », 1997, directive 14(e) ; « Principes de Limburg concernant l'application du PIDESC », 1987, principe 72.
 67. Voir par exemple CDH, Observation générale n° 28, paragraphe 6. Voir aussi CEDEF, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, Communication n° 17/2008, 2011.
 68. Voir par exemple CDH, « Observations finales : Pologne », CCPR/C/POL/CO/6, paragraphe 12.
 69. Voir par exemple CDH, « Observations finales : Irlande », CCPR/C/IRL/CO/4 (2014), par. 9 ; Malte, CCPR/C/MLT/CO/2 (2014), paragraphe 13.
 70. Voir par exemple annexes des documents officiels de l'Assemblée générale de l'ONU (12^e session),

- point 33 de l'ordre du jour, 113, A/C.3/L.654, 1957, et 199(q), A/3764, 1957 ; Commission des droits de l'homme de l'ONU, « Question d'une convention relative aux droits de l'enfant : rapport du Groupe de travail », 36^e session, Doc. ONU E/CN.4/L.1542, 1980 ; Center for Reproductive Rights, « Whose right to life? Women's rights and prenatal protections under human rights and comparative law », 2014 ; Cour européenne des droits de l'homme, *Vo c. France*, requête n° 53924/00, 2004, paragraphe 82.
71. Voir pour ce point et tous ceux qui suivent : Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/31/57, 5 janvier 2016 ; CEDEF, Recommandation générale n° 35, paragraphes 18 et 31(a) ; CCT, Observation générale n° 2, paragraphe 22 ; Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/22/53, 1^{er} février 2013, paragraphes 45-50 ; Rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, A/HRC/7/3, 15 janvier 2008 ; CDH, Observation générale n° 28, paragraphe 11 ; Cour européenne des droits de l'homme, *I.G. et autres c. Slovaquie*, requête n° 15966/04, 2012, paragraphes 143-44 ; *V.C. c. Slovaquie*, requête n° 18968/07, 2011, paragraphes 143, 154.
 72. Voir par exemple CDH, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, 2016 ; et *Whelan c. Irlande*, Communication n° 2425/2014, 2017 ; CCT, « Observations finales : Pologne », CAT/C/POL/CO/5-6 (2013), paragraphe 23 ; Pérou, CAT/C/PER/CO/5-6 (2013), paragraphe 15 ; CDH, « Observations finales : Irlande », CCPR/C/IRL/CO/4 (2014), paragraphe 9 ; Malte, CCPR/C/MLT/CO/2 (2014), paragraphe 1.
 73. CDH, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, 2016 ; et *Whelan c. Irlande*, Communication n° 2425/2014, 2017.
 74. Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011 ; *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, 2013 ; voir aussi CDH, *K.L. c. Pérou*, Communication n° 1153/2003, 2005 ; *L.M.R. c. Argentine*, Communication n° 1608/2007, 2011.
 75. CDH, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, 2016, paragraphe 7.6 ; *Whelan c. Irlande*, Communication n° 2425/2014, 2017, paragraphe 7.6. Voir aussi CDH, Observation générale n° 20, paragraphe 3 ; Observation générale n° 31, paragraphe 6 ; Observation générale n° 34, paragraphe 21 ; CCT, Observation générale n° 2, paragraphe 6.
 76. Voir par exemple Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011, paragraphes 148-152 ; *Konovalova c. Russie*, requête n° 37873/04, 2016, paragraphes 39-41 ; *Ternovszky c. Hongrie*, requête n° 67545/09, 2011, paragraphe 22 ; *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal*, requête n° 17484/15, 2017.
 77. CDH, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, 2016 ; *Whelan c. Irlande*, Communication n° 2425/2014, 2017.
 78. Cour européenne des droits de l'homme, *Tysiaç c. Pologne*, requête n° 5410/03, 2007 ; *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011 ; *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, 2012 ; CDH, *K.L. c. Pérou*, Communication n° 1153/2003, 2005 ; *L.M.R. c. Argentine*, Communication n° 1608/2007, 2011.
 79. Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011.
 80. Cour européenne des droits de l'homme, *V.C. c. Slovaquie*, requête n° 18968/07, 2011 ; *G.B. et R.B. c. République de Moldova*, requête n° 16761/09, 2013 ; *I.G. et autres c. Slovaquie*, requête n° 15966/04, 2012 ; *N.B. c. Slovaquie*, requête n° 29518/01, 2012 ; CEDEF, *A.S. c. Hongrie*, Communication n° 4/2004, 2006.
 81. Cour européenne des droits de l'homme, *Konovalova c. Russie*, requête n° 37873/04, 2016.
 82. Cour européenne des droits de l'homme, *Ternovszky c. Hongrie*, requête n° 67545/09, 2011.
 83. Cour européenne des droits de l'homme, *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal*, requête n° 17484/15, 2017.
 84. Comité de la FIGO pour l'étude des problèmes éthiques en reproduction humaine, *Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique*, volume 23, p. 204, 2015.
 85. Voir par exemple CDH, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, 2016 ; *Whelan c. Irlande*, Communication n° 2425/2014, 2017.
 86. Voir pour des exemples concernant le droit à la vie privée et d'autres droits de l'homme, CDH, Observation générale n° 34, paragraphe 36 ; *Länsman et consorts c. Finlande*, Communication n° 511/1992, 1994, paragraphe 9.4 ; CIDH, *Atala Riffo et filles c. Chili*, 24 février 2012, paragraphe 92.
 87. Voir par exemple Cour européenne des droits de l'homme, *A, B et C c. Irlande*, requête n° 25579/05, 16 décembre 2010 concernant l'avortement ; *Dubská et Krejzová c. République tchèque* requêtes n°s 28859/11 et 28473/12, 15 novembre 2016 concernant l'accouchement à domicile.
 88. CDH, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, 2016 ; *Whelan c. Irlande*, Communication n° 2425/2014, 2017 concernant l'avortement ; voir aussi CEDEF, République tchèque, CEDAW/C/

- CZE/CO/6 (2016), paragraphe 31 concernant l'accouchement à domicile .
89. Voir aussi Cour européenne des droits de l'homme, opinion en partie dissidente commune aux juges Rozakis, Tulkens, Fura, Hirvelä, Malinverni et Poalelungi, *A, B et C c. Irlande*, 2010 ; opinion dissidente commune aux juges Sajó, Karakaş, Nicolaou, Laffranque et Keller, *Dubská et Krejzová c. République tchèque*, 2016.
 90. Voir CEDEF, plus particulièrement les articles 1-3, 5, 12 et 16 ; PIDCP, articles 2(3), 3 et 26 ; PIDESC, articles 2(2) et 3 ; Convention européenne des droits de l'homme, article 14 ; CDE, article 2(1) ; CDPH, articles 5 et 6 ; CEDR, articles 1, 2 et 5(e)(iv) ; voir aussi Conseil de l'Europe, Convention sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique.
 91. Voir pour ce point et tous ceux qui suivent : CEDEF, Recommandation générale n° 28 ; Recommandation générale n° 25 ; CDESC, Observation générale n° 20 ; Observation générale n° 16 ; CDH, Observation générale n° 28. 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/32/448, avril 2016.
 92. CDESC, Observation générale n° 22.
 93. CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 31.
 94. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 2, 9, 25-29, 57, 59 ; Observation générale n° 14, paragraphe 21 ; Observation générale n° 16, paragraphe 29 ; CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphes 2, 11, 12(a), 18, 23, 29, 31(b).
 95. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 40-42 ; CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 14 ; CEDEF, « Observations finales : Slovaquie », CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), paragraphe 31 ; Hongrie, CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), paragraphe 30 ; Allemagne, CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017), paragraphes 37(b), 38(b).
 96. Voir, par exemple, CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 12 ; Recommandation générale n° 25, paragraphes 8, 11.
 97. CEDEF, Résumé de l'enquête concernant les Philippines, paragraphe 42, CEDAW/OP.8/PHL/1, 2015.
 98. CEDEF, *L.C. c. Pérou*, Communication n° 22/2009, 2011 ; Observation générale n° 35, paragraphe 26 ; Cour européenne des droits de l'homme, *Carvalho Pinto de Sousa Morais c. Portugal*, requête n° 17484/15, 2017 ; 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/32/448, avril 2016.
 99. CEDS, *IPPF EN c. Italie*, réclamation n° 87/2012 (2014) ; *FAFCE c. Suède*, réclamation n° 99/2013 (2015) ; Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011 ; *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, 2012 ; CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 11 ; CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 14, 43.
 100. Voir d'une manière générale CDESC, Observation générale n° 22 ; Observation générale n° 20 ; CEDEF, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, Communication n° 17/2008, 2011.
 101. Voir, par exemple, 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/32/448, avril 2016 ; adolescents : CDE, Observation générale n° 20, paragraphes 39, 59, 60, 71. Voir, pour analyse, Center for Reproductive Rights, « Capacity and consent: empowering adolescents to exercise their reproductive rights », 2017 ; femmes handicapées : CDPH, Observation générale n° 3, paragraphe 32 ; CEDEF, Recommandation générale n° 35, paragraphe 31(a) ; femmes en milieu rural : CEDEF, Recommandation générale n° 34 ; femmes migrantes : CDESC, Observation générale n° 14, paragraphe 34 ; Observation générale n° 20, paragraphe 30 ; CEDR, Observation générale n° 30, paragraphe 36 ; femmes ayant survécu à des violences fondées sur le genre et femmes touchées par des conflits : CEDEF, Recommandation générale n° 30 ; Recommandation générale n° 35.
 102. CEDEF article 10.h et 16.1.e ; PIDCP article 19 ; CDE, article 17 ; CDPH article 4.h ; Convention européenne des droits de l'homme, article 10 ; CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 6, 18 ; Observation générale n° 14, paragraphes 11, 21, 34-36 ; CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 18 ; Recommandation générale n° 21, paragraphe 22 ; CEDEF, *A.S. c. Hongrie*, Communication n° 4/2004 (2006), paragraphe 11.2.
 103. CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 19-20, 38, 41 ; CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 31.e ; CDH, Observations finales : Irlande, CCPR/C/IRL/CO/4 (2014), paragraphe 9.
 104. Voir, pour cette analyse et ce qui précède, article 13 du PIDESC ; articles 28, 29 de la CDE ; CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 9, 24, 28, 47, 49.f, 63 ; CDE, Observation générale n° 20, paragraphe 61 ; Rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'éducation, A/65/162 (2010) ; CEDS, *INTERIGHTS c. Croatie*, n° 45/2007 (2009), paragraphes 43 et suivants ; Cour européenne des droits de l'homme, *Kjeldsen et autres c. Danemark*, requêtes nos 5095/71, 5920/72 et 5926/72 (1976) ; CDH, *Hartikainen c. Finlande*, communication n° 40/1978, CCPR/C/12/D/40/1978.

105. Par exemple en braille, en gros caractères ou sous forme audio ou de films vidéos sous-titrés ou en langue des signes.
106. Voir, pour tout ce qui précède, « 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/32/448, avril 2016 ; et CDESC, Observation générale n° 22, paragraphe 62 ; CDE, Observation générale n° 20, paragraphe 60 ; CEDEF, « Observations finales : Hongrie », CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), paragraphe 31.b ; Pologne, CEDAW/C/POL/CO/7-8 (2014), paragraphes 36-37 ; Slovaquie, CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), paragraphe 31 ; Croatie, CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015), paragraphes 30-31.
107. CDESC, Observation générale n° 22 ; CDH, *Mellet c. Irlande*, communication n° 2324/2013 (2016) ; *Whelan c. Irlande*, communication n° 2425/2014 (2017) ; CEDEF, Recommandation générale n° 35 (2017) ; CDH, « 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/32/448, avril 2016 ; Déclaration commune des procédures spéciales de l'ONU, journée mondiale pour le droit à l'avortement, 28 septembre 2016.
108. Voir, par exemple, CDESC, Observation générale n° 22 ; CEDEF, Recommandation générale n° 35 ; Recommandation générale n° 30 ; Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, (2011) ; *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, (2013) ; *Tysiaç c. Pologne*, requête n° 5410/03, (2007) ; CDH, *K.L. c. Pérou*, communication n° 1153/2003 (2005) ; *L.M.R. c. Argentine*, communication n° 1608/2007 (2011) ; CEDEF : *L.C. c. Pérou*, communication n° 22/2009 (2011) ; Observations finales : Slovaquie, CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), paragraphe 31 ; Hongrie, CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), paragraphe 30 ; Fédération de Russie, CEDAW/C/RUS/CO/8 (2015), paragraphes 35-36 ; Croatie, CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015), paragraphe 31 ; Allemagne, CEDAW/C/DEU/CO/7-8 (2017), paragraphes 37.b, 38.b ; OMS, « Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé » (2^e édition, 2012).
109. Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, 2011 ; *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, 2013 ; *Pichon et Sajous c. France*, requête n° 49853/99, 2 octobre 2001. Voir aussi CEDS, *FAFCE c. Suède*, réclamation n° 99/2013 (2015).
110. Convention européenne des droits de l'homme, article 9(1) ; PIDCP, article 18(3) ; CDH, Observation générale n° 22, 1993, paragraphe 8.
111. Cour européenne des droits de l'homme, *Pichon et Sajous c. France*, requête n° 49853/99 (2001).
112. Voir CEDS, *IPPF EN c. Italie*, réclamation n° 87/2012 (2014) ; Cour européenne des droits de l'homme, *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, (2011) ; *P. et S. c. Pologne*, requête n° 57375/08, (2013) ; CEDEF, Recommandation générale n° 24, paragraphe 11 ; CDESC, Observation générale n° 22, paragraphes 14, 43 ; CEDEF, « Observations finales : Croatie », paragraphe 31, CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015) ; Hongrie, CEDAW/C/HUN/CO/7-8 (2013), paragraphes 30-31 ; CDE, « Observations finales : Slovaquie », paragraphe 41.f, CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016) ; CDESC, « Observations finales : Pologne », E/C.12/POL/CO/5 (2009), paragraphe 28.
113. CEDEF, *Alyne da Silva Pimentel c. Brésil*, communication n° 17/2008 (2011).
114. Voir, par exemple, CEDEF, « Observations finales : Slovaquie », CEDAW/C/SVK/CO/5-6 (2015), paragraphes 30-31 ; Croatie, CEDAW/C/HRV/CO/4-5 (2015), paragraphes 30-31 ; République tchèque, CEDAW/C/CZE/CO/6 (2016), paragraphe 31 ; CDE, « Observations finales : Slovaquie », CRC/C/SVK/CO/3-5 (2016), paragraphes 38.d, 39.c ; CDH, « 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/32/448, avril 2016.

En dépit de progrès considérables, les femmes continuent de rencontrer, en Europe, de graves difficultés en ce qui concerne leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. Des lois, des politiques et des pratiques limitent et compromettent sérieusement la santé sexuelle et reproductive des femmes, leur autonomie, leur dignité et leur pouvoir de décision et les inégalités hommes-femmes, encore omniprésentes, ont un impact important sur leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs. En outre, on assiste à la résurgence, ces dernières années, de menaces à l'encontre de ces droits, qui mettent en péril des engagements bien établis en matière d'égalité de genre et de droits des femmes.

Le présent document thématique traite de ces préoccupations compte tenu des obligations internationales en matière de droits de l'homme des États membres telles qu'affirmées dans les instruments internationaux et européens, et enrichies et interprétées par les mécanismes pertinents en matière de droits de l'homme. Il offre une vue d'ensemble des obligations étatiques en matière de santé et droits reproductifs et sexuels des femmes, notamment en ce qui concerne l'accès à une éducation sexuelle complète, à une contraception moderne, à un avortement légal et sécurisé et à des soins de santé maternelle de qualité.



www.commissioner.coe.int

FRA

www.coe.int

Le Conseil de l'Europe est la principale organisation de défense des droits de l'homme du continent. Il comprend 47 États membres, dont les 28 membres de l'Union européenne. Tous les États membres du Conseil de l'Europe ont signé la Convention européenne des droits de l'homme, un traité visant à protéger les droits de l'homme, la démocratie et l'État de droit. La Cour européenne des droits de l'homme contrôle la mise en œuvre de la Convention dans les États membres.



COMMISSIONER
FOR HUMAN RIGHTS

COMMISSAIRE AUX
DROITS DE L'HOMME

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE