

**POLITIQUE D'AMNESTY
INTERNATIONAL
RELATIVE A
L'AVORTEMENT
NOTE EXPLICATIVE**

**AMNESTY
INTERNATIONAL**





POLITIQUE D'AMNESTY INTERNATIONAL RELATIVE A L'AVORTEMENT NOTE EXPLICATIVE

28 SEPTEMBRE 2020

INDEX AI : POL 30/2847/2020

SOMMAIRE

Liste de sigles et d'acronymes	4
Glossaire	5
1. Introduction	12
2. Impact sur les droits humains de la criminalisation de l'avortement	14
2.1 Perpétuation de la stigmatisation et de la discrimination	15
2.2 Violation des droits humains	16
2.3 Une violation des principes juridiques fondamentaux relatifs aux droits humains	29
3. Obligations des états en matière de droits humains dans le contexte de l'avortement	36
3.1 Évolution des dispositions juridiques et des normes internationales relatives aux droits humains	36
3.2 Obligations juridiques des États en matière de droits humains dans le contexte de l'avortement	38
3.2.1 Depenaliser l'avortement	38
3.2.2 Supprimer les conditions privant les femmes, les filles et les personnes enceintes de leur autonomie et de leur capacité d'action	41
3.2.3 Eliminer les autres obstacles entravant l'accès à des services d'avortement légaux	47
3.2.4 Encadrer le refus de certains professionnel-le-s de la santé d'assurer des services légaux d'interruption de grossesse	50
4. Obligation des états de mettre en place un environnement propice à une prise de décisions autonome et éclairée ..	54
4.1 Éliminer les stéréotypes préjudiciables et la discrimination	54
4.2 DéstigmatisER l'avortement	57
4.3 Offrir un accès à des services, des produits et des informations exhaustifs en matière de santé sexuelle et reproductive	61



4.4	Offrir une éducation complète à la sexualité.....	64
4.5	Promouvoir la justice reproductive.....	70
4.6	Ne pas interdire ou limiter l'avortement au nom de la lutte contre la discrimination.....	72
4.7	Garantir la participation et l'obligation de rendre des comptes.....	79
5.	Toute réglementation de l'avortement doit être conforme aux droits humains.....	82
5.1	Des protections procédurales doivent garantir l'accès à l'avortement légal.....	82
5.2	La protection juridique des droits humains commence à la naissance.....	83
5.3	La réglementation de l'avortement par l'imposition de délais d'interruption de grossesse (restrictions relatives à l'avancement de la gestation).....	85
	ANNEXE I : L'avortement dans des situations de conflit armé.....	87
	ANNEXE II : Principes clés – Mise à jour de la politique d'Amnesty International sur l'avortement (Décision 2 de l'Assemblée mondiale).....	91

LISTE DE SIGLES ET D'ACRONYMES

CDE	Convention relative aux droits de l'enfant
CDH	Comité des droits de l'homme
CDPH	Convention relative aux droits des personnes handicapées
CEDAW	Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes
Comité CDE	Comité des droits de l'enfant
Comité CDPH	Comité des droits des personnes handicapées
Comité CEDAW	Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes
Comité DESC	Comité des droits économiques, sociaux et culturels
DUDH	Déclaration universelle des droits de l'homme
ECS	Éducation complète à la sexualité
FIGO	Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique
IST	Infection sexuellement transmissible
LGBTI	Lesbiennes, gays et personnes bisexuelles, transgenres ou intersexes
OMS	Organisation mondiale de la santé
PIDCP	Pacte international relatif aux droits civils et politiques
PIDESC	Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels
SSR	Santé sexuelle et reproductive

glossaire

	DESCRIPTION
ANOMALIE FŒTALE	Un diagnostic d'anomalie fœtale est établi lorsque, pour diverses raisons, le fœtus ne se développe pas de la manière attendue. Ce terme peut couvrir une grande variété de cas pouvant être diagnostiqués <i>in utero</i> , par des tests génétiques et/ou au moyen de l'échographie. Certains diagnostics peuvent ne pas se traduire par un handicap après la naissance, d'autres peuvent donner lieu à la naissance d'un enfant handicapé si la grossesse est menée à terme, et d'autres encore risquent de provoquer une fausse couche, la naissance d'un enfant mort-né ou la mort du nourrisson peu de temps après la naissance. Comme l'a souligné Women Enabled International, dans le contexte des droits des personnes handicapées, le terme « anomalie » est perçu comme lié au handicap, ce qui peut donner l'impression que l'avortement pour cause d'anomalie fœtale est un avortement sélectif fondé sur le handicap. Or, si un diagnostic d'anomalie fœtale peut se traduire par un handicap après la naissance, ce n'est pas toujours le cas. Aux fins de cette politique et de cette note explicative, Amnesty International utilise le terme « anomalie fœtale » comme étant le terme le plus neutre pour désigner un diagnostic de développement fœtal inhabituel.
AUTONOMIE REPRODUCTIVE	Droit d'une personne de prendre des décisions autonomes en matière de procréation, et notamment de choisir d'avoir des enfants ou pas, à quel moment et comment les avoir, de décider de poursuivre ou non une grossesse et, plus généralement, de prendre toutes les décisions concernant son corps et sa santé reproductive.
AUTORISATION D'UN·E CONJOINT·E, D'UN MEMBRE DE LA FAMILLE OU D'UNE AUTRE TIERCE PERSONNE	Il s'agit de l'obligation qui est faite à une femme, une fille ou une personne enceinte d'obtenir l'autorisation de son mari ou d'un membre de sa famille, d'un·e professionnel·le de santé ou d'un·e juge pour pouvoir avorter. Les organes d'experts des droits humains ont critiqué le fait de conditionner l'avortement à l'obligation de consentement d'un tiers, car cette obligation crée des obstacles à l'accès aux services d'avortement. Elle viole le droit des personnes enceintes à l'autonomie reproductive et est discriminatoire, car elle repose sur des stéréotypes de genre préjudiciables, selon lesquels les femmes ne sont pas jugées en mesure de prendre des décisions responsables concernant leur grossesse.
AVORTEMENT ILLÉGAL	Un avortement illégal est une interruption de grossesse effectuée en dehors du cadre juridique d'un pays. Si certains avortements illégaux peuvent être dangereux quand ils sont pratiqués par une personne non compétente, dans de mauvaises conditions sanitaires ou sans la surveillance médicale nécessaire, tous ne le sont pas. Un avortement illégal peut être sécurisé quand il est réalisé par un professionnel formé dans de bonnes conditions sanitaires, ou si la personne enceinte a accès à des médicaments, des informations et un soutien de qualité lui permettant d'obtenir un avortement médicamenteux dans de bonnes conditions de sécurité en dehors d'un lieu médicalisé ou à son domicile.
AVORTEMENT NON SECURISE	On parle d'avortement non sécurisé lorsque l'interruption de grossesse est pratiquée par des personnes incompetentes ou mal formées et/ou dans de mauvaises conditions sanitaires, ou lorsque la personne enceinte ne peut pas bénéficier d'un avortement médicamenteux dans de bonnes conditions de sécurité, parce qu'elle n'a pas accès à des médicaments, des informations et un soutien de qualité. Un avortement peut être légal mais non sécurisé.

	DESCRIPTION
AVORTEMENT SECURISE	L'avortement est sécurisé lorsqu'il est pratiqué par une personne compétente, dans de bonnes conditions sanitaires s'il s'agit d'un avortement chirurgical, ou si la personne enceinte a accès à des médicaments, des informations et un soutien de qualité dans le cas d'un avortement médicamenteux. Un avortement sécurisé présente moins de risques qu'un accouchement.
AVORTEMENT/FAUSSE COUCHE	L'avortement s'entend de l'interruption d'une grossesse, qu'elle soit spontanée ou provoquée. Aux fins de la présente politique, le terme « avortement » désigne l'interruption provoquée d'une grossesse, par des méthodes médicamenteuses ou chirurgicales, et le terme « fausse couche » désigne l'interruption spontanée d'une grossesse.
CONSENTEMENT ECLAIRE	<p>Le consentement éclairé n'est pas la simple acceptation d'une intervention médicale, mais une décision volontaire et suffisamment éclairée, protégeant le droit du/de la patient-e à participer à la prise de décisions médicales et impliquant des devoirs et des obligations pour les professionnel-le-s de santé. Ses justifications normatives éthiques et juridiques découlent du fait qu'il promeut l'autonomie, l'autodétermination, l'intégrité physique et le bien-être des patient-e-s. Le consentement nécessite que les informations soient fournies volontairement, sans contrainte, influence inconsiderée ni déclarations trompeuses.</p> <p>Les organes de suivi des traités ont clairement affirmé que le consentement total et éclairé était indispensable pour tous les services de santé reproductive, y compris les services d'avortement. Pour pouvoir donner son consentement total et éclairé, la personne enceinte doit recevoir des informations et des conseils, si elle le souhaite, sous une forme qu'elle soit en mesure de comprendre, à la fois à propos de la procédure (notamment ses risques et ses avantages) et des autres choix qui s'offrent à elle, afin de pouvoir prendre sa décision en toute connaissance de cause et librement.</p>
CONTRACEPTION	La contraception, qu'on appelle également contrôle des naissances, contrôle de la fertilité ou planification familiale, est une méthode ou un moyen de prévenir la grossesse. Le contrôle des naissances est pratiqué depuis l'Antiquité, mais les méthodes efficaces et sécurisées de contraception n'ont fait leur apparition qu'au 20 ^e siècle. Parmi les méthodes contraceptives modernes figurent la stérilisation féminine ou masculine, les pilules hormonales par voie orale, les dispositifs intra-utérins, les préservatifs masculins et féminins, les progestatifs injectables, les implants, les barrières intravaginales, la méthode des jours fixes, l'allaitement (provoquant une aménorrhée) et la contraception d'urgence. L'abstinence, le retrait, la méthode du calendrier (Ogino) et d'autres méthodes populaires sont des méthodes traditionnelles de contraception. L'accès à une gamme de méthodes contraceptives modernes est un droit humain.
DELAIS D'INTERRUPTION DE GROSSESSE	Ce sont les délais légaux à respecter pour avorter. On parle d'âge gestationnel pour indiquer le stade d'une grossesse, celui-ci étant généralement exprimé en semaines et calculé à partir du premier jour des dernières menstruations de la femme enceinte. Une grossesse dure généralement entre 38 et 42 semaines.
DEPENALISATION DE L'AVORTEMENT	Pour que l'avortement soit dépénalisé, il faut non seulement cesser de sanctionner les femmes, les filles et toutes les personnes enceintes, les professionnel-le-s de santé et d'autres personnes, pour le fait de recourir à des services d'avortement, d'aider à obtenir ou de fournir ces services, mais également retirer l'avortement du droit pénal. La dépénalisation de l'avortement implique également de supprimer toutes les lois ou politiques

	DESCRIPTION
	qui punissent directement ou indirectement des personnes parce qu'elles ont avorté, cherché à le faire, pratiqué un avortement ou aidé une tierce personne à avorter. La dépénalisation de l'avortement n'est pas synonyme de légalisation de cet acte, qui nécessite l'adoption de lois et politiques le réglementant. (Voir plus bas l'entrée Lois et politiques relatives à l'avortement).
DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS	Les droits sexuels et reproductifs sont des droits humains. Ils nous permettent de faire des choix concernant notre vie et nos relations personnelles, de décider d'avoir ou non des rapports sexuels, du moment de ces rapports et de notre partenaire, de nous protéger contre les maladies sexuelles et le VIH, et de jouir de notre sexualité sans craindre d'être poursuivis en justice ou d'être victimes de discrimination, de contrainte ou de violence. C'est grâce à ces droits que nous sommes libres de décider de procréer ou non et à quel moment, ainsi que de nous marier ou pas et, le cas échéant, de choisir quand et avec qui. Ces droits garantissent une protection satisfaisante contre les sévices sexuels, ainsi que contre les maladies et les décès liés à une grossesse qui pourraient être évités.
ÉDUCATION COMPLETE A LA SEXUALITE	On entend par éducation complète à la sexualité l'enseignement et l'apprentissage, dans le cadre du système éducatif, des aspects cognitifs, émotionnels, physiques et sociaux de la sexualité. L'ECS vise à doter les enfants et les adolescent-e-s des connaissances, compétences, comportements et valeurs qui leur permettront d'assurer leur santé, leur bien-être et leur dignité ; de nouer des relations sociales et sexuelles respectueuses ; de réfléchir sur l'incidence de leurs choix sur leur propre bien-être et celui des autres ; ainsi que de comprendre et garantir la protection de leurs droits tout au long de leur vie. Elle repose sur des informations à propos de la sexualité et de la santé reproductive qui sont scientifiquement exactes, fondées sur les droits et adaptées aux enfants et aux adolescent-e-s en fonction de leur âge.
ÉGALITE DES GENRES	L'égalité des genres est atteinte dans un monde où les personnes, quel que soit leur genre, sont également estimées, peuvent jouir de leurs droits humains sans discrimination et sur un pied d'égalité, et sont en mesure de participer équitablement à la répartition du pouvoir, des connaissances et des ressources.
EMBRYON/FCETUS	On parle d'embryon jusqu'à la 10 ^e semaine de gestation et de fœtus à partir de la 10 ^e semaine de gestation.
ENCEINTE/POUVANT ETRE ENCEINTE	La politique d'Amnesty International relative à l'avortement et la présente note explicative concernent les femmes et les filles, les personnes pouvant être enceintes, ainsi que les personnes enceintes. Elle prend ainsi acte du fait que, si l'avortement est dans la majorité des cas une expérience personnelle vécue par des femmes et des filles cisgenres (c'est-à-dire des femmes et des filles dont le sentiment d'identité et le genre correspondent au sexe qui leur a été attribué à la naissance), des personnes intersexes, des hommes et des garçons transgenres et des personnes ayant d'autres identités de genre sont parfois physiologiquement capables d'être enceintes et peuvent avoir besoin d'avorter.
GENRE	On désigne par « genre » les caractéristiques et les rôles d'une personne découlant d'une construction sociale généralement fondée sur le sexe biologique. Ces caractéristiques et rôles varient d'une société à l'autre et peuvent évoluer ou être changés. Quand un individu ou un groupe ne

	DESCRIPTION
	correspond pas aux normes de genre établies, il est souvent en proie à la stigmatisation, à des pratiques discriminatoires ou à l'exclusion sociale.
GROSSESSE NON DESIREE ET GROSSESSE NON PLANIFIEE	Une grossesse non désirée est grossesse dont la personne enceinte ne veut pas. Une grossesse non planifiée est une grossesse qui survient alors que la personne enceinte ne cherchait pas à l'être. Une grossesse non planifiée peut être désirée ou non. Une grossesse peut devenir non désirée même si elle était au départ désirée.
IDENTITE DE GENRE	Il s'agit de la perception intérieure et profonde que chaque personne a de son genre, laquelle peut correspondre ou non au sexe qui lui a été attribué à la naissance.
INCAPACITE ET HANDICAP	L'incapacité et le handicap sont deux concepts liés mais distincts. Dans son préambule, la Convention relative aux droits des personnes handicapées définit le handicap comme résultant « de l'interaction entre des personnes présentant des incapacités et les barrières comportementales et environnementales qui font obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres ». L'incapacité n'est pas définie dans la Convention, mais fait généralement référence à une déficience des capacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles.
INTERSEXE	On qualifie d'intersexes les personnes dont les caractéristiques génitales, gonadiques, chromosomiques ou hormonales ne correspondent pas aux normes anatomiques définissant un « homme » ou une « femme » du point de vue de la sexualité et de la reproduction.
JUSTICE REPRODUCTIVE	La justice reproductive est un mouvement en faveur de la justice sociale qui défend avec conviction l'accès des personnes et des communautés aux ressources et au pouvoir nécessaires pour prendre des décisions libres et pérennes au sujet de leur corps, de leur genre, de leur sexualité et de leur vie. La justice reproductive vise à élargir la portée des cadres relatifs aux droits et à la santé en matière de procréation. Initialement axés sur la protection des droits et choix individuels, ces cadres doivent également s'attaquer aux facteurs socioéconomiques sous-jacents plus généraux, qui restreignent et influencent les droits, les actes et les décisions des personnes en matière de procréation, et qui ont une incidence sur leur vie.
JUSTICE SOCIALE ET JUSTICE ECONOMIQUE	La justice sociale repose sur l'égalité des droits pour toutes et tous et la possibilité pour toute personne, sans discrimination, de bénéficier du progrès économique et social partout dans le monde. Pour que la justice sociale existe, il faut supprimer les obstacles liés au genre, à l'âge, à la couleur de peau, à l'appartenance ethnique, à la religion, à la culture et au handicap. La justice économique est une composante de la justice sociale. Elle existe quand tous les individus ont la possibilité d'avoir un travail et un emploi satisfaisants et reçoivent une rémunération équitable pour leurs activités productives. Les notions de justice sociale et de justice économique sont indissociables et vouloir les séparer risque de légitimer une fausse dichotomie entre les sphères économique et sociale, ce qui limite les chances de faire progresser la justice de façon plus générale. Amnesty International considère que, si les droits économiques, sociaux et culturels reconnus par le droit international étaient pleinement mis en œuvre, le monde serait bien plus juste socialement et économiquement qu'actuellement.

	DESCRIPTION
LOIS ET POLITIQUES RELATIVES A L'AVORTEMENT	Il s'agit des lois et des politiques spécifiques mises en place pour réglementer l'accès aux services d'avortement et/ou l'offre de tels services. Dans la plupart des pays, ces lois et politiques imposent des restrictions à l'avortement. Cependant, il existe des pays où l'avortement est disponible en l'absence de toute réglementation spécifique, cet acte étant géré comme n'importe quel autre acte médical.
METHODES D'AVORTEMENT	Les méthodes d'avortement sécurisées sont réparties en deux grandes catégories : l'avortement médicamenteux, avec administration de médicaments pour mettre fin à une grossesse, et l'avortement chirurgical, qui suppose un acte chirurgical réalisé par un professionnel dûment formé dans de bonnes conditions sanitaires. Selon les recommandations de l'OMS, les femmes et les personnes enceintes doivent se voir proposer plusieurs méthodes d'avortement répondant à leurs besoins spécifiques. (Pour plus d'informations, voir l'encadré n° 3 ci-dessous.)
MOTIFS OUVRANT DROIT A L'AVORTEMENT LEGAL	Il s'agit des circonstances dans lesquelles l'avortement est légal, c'est-à-dire autorisé par la loi ou non contraire à celle-ci, ou encore expressément autorisé à titre de dérogation à une loi qui érige en infraction ou interdit de toute autre manière l'avortement. Par exemple, dans certains pays, l'avortement est érigé en infraction, mais autorisé dans certaines circonstances seulement, par exemple en cas de violences sexuelles, de diagnostic de malformation fœtale ou de mise en danger de la vie ou de la santé de la femme enceinte. Dans d'autres, les motifs ouvrant droit à l'avortement légal sont plus nombreux, comprenant par exemple des motifs socioéconomiques, ou bien l'avortement peut être disponible sur demande, au moins au début de la grossesse.
MYTHES RELATIFS A L'AVORTEMENT	Les mythes relatifs à l'avortement sont des thèses orientées et erronées et/ou des informations fallacieuses sur l'avortement, qui sont souvent diffusées pour dissuader les personnes enceintes de demander des services liés à l'avortement et de rechercher des informations fondées sur des faits scientifiquement établis. Les États ont l'obligation de combattre la stigmatisation liée à l'avortement et de fournir des informations objectives et fondées sur des preuves à propos de l'avortement.
OBSTACLES A L'AVORTEMENT	Les obstacles à l'avortement sont des facteurs qui entravent l'accès à ce service pour les personnes enceintes. Ils peuvent être d'ordre financier, géographique, social et culturel. Ils peuvent aussi être liés au fait que la personne concernée est détenue ou porteuse de handicap. Il peut également s'agir de formalités juridiques ou administratives, telles que l'imposition de consultations de conseil et de délais de réflexion, de l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers, ou du refus de la pratique de l'IVG opposé par des professionnel·le·s de santé en l'absence de réglementation de l'objection de conscience. Au regard de la loi, les États sont tenus de supprimer l'ensemble des obstacles empêchant les personnes enceintes d'accéder à des services d'avortement légaux.
PERSONNES HANDICAPEES	Par personnes handicapées, on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.
PILULE ABORTIVE	Il existe en réalité deux types de médicaments administrés dans le cadre d'un avortement. Le premier, appelé mifépristone, met fin à la grossesse en inhibant l'action de la progestérone. En l'absence de cette hormone, l'endomètre est éliminé, empêchant la poursuite de la grossesse. Le second, le misoprostol, entraîne des contractions utérines, responsables de crampes,

	DESCRIPTION
	de saignements et, à terme, de l'expulsion de l'embryon au même titre qu'une fausse couche. Le misoprostol et la mifépristone figurent tous deux sur la Liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS, auxquels les États ont l'obligation de garantir l'accès, selon l'avis de plusieurs organes de défense des droits humains.
REFUS DE PRATIQUER L'AVORTEMENT	Il s'agit d'un refus opposé par des professionnel-le-s de santé d'assurer des services d'avortement, en raison de leurs convictions morales ou religieuses. On parle parfois de refus de soins pour des raisons dictées par la conscience ou d'objection de conscience. Amnesty International préfère ne pas utiliser l'expression « objection de conscience », car il existe un risque d'amalgame entre le refus de soins médicaux et l'objection de conscience au service militaire – situation différente dans laquelle des personnes s'opposent au service militaire obligatoire imposé par des États. Au regard de la loi, les États sont tenus de régler correctement les refus de soins, de sorte que cette pratique ne porte pas atteinte au droit des personnes enceintes de bénéficier de services d'avortement.
SERVICES D'AVORTEMENT	On entend par services d'avortement les interruptions de grossesse médicamenteuses ou chirurgicales, les soins prodigués après l'avortement, la mise en place d'une contraception post-avortement, ainsi que la fourniture d'informations fondées sur des faits scientifiques et de conseils non directifs sur les possibilités qui s'offrent à la personne enceinte.
SERVICES ET INFORMATIONS EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE	On entend par offre de services, produits et informations dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive une gamme de méthodes contraceptives modernes, un avortement légal et sécurisé, des soins après avortement, des soins obstétricaux d'urgence et de santé maternelle, le dépistage, l'accompagnement et le traitement du HIV/des IST, le diagnostic et le traitement des infections et cancers des organes génitaux, ainsi que tous les autres services et informations connexes relevant de la santé sexuelle et reproductive. Les services de santé sexuelle et reproductive doivent être disponibles, accessibles, adaptés et de qualité, prodigués sans discrimination ni contrainte, avec le consentement éclairé de la personne concernée et dans le respect de sa vie privée et de la confidentialité. L'accès à une gamme complète de services de santé de qualité en matière de sexualité et de procréation est un droit humain.
SEXE	Le sexe est l'ensemble des caractéristiques et attributs biologiques et reproducteurs d'une personne.
SEXUALITE	La sexualité est un aspect central de l'être humain tout au long de la vie qui englobe les relations sexuelles, les identités de genre et les rôles liés au genre, l'orientation sexuelle, l'érotisme, le plaisir, les relations intimes et la procréation. La sexualité se vit et s'exprime dans les pensées, les fantasmes, les désirs, les croyances, les attitudes, les valeurs, les comportements, les pratiques, les rôles et les relations avec d'autres personnes. Même si elle peut recouper toutes ces dimensions, toutes ne sont pas toujours vécues ni exprimées. La sexualité est influencée par l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, économiques, politiques, culturels, juridiques, historiques, religieux et spirituels.
STEREOTYPES DE GENRE	Les stéréotypes de genre sont des idées préconçues ou opinions généralisées sur les attributs ou les caractéristiques que les personnes de différents genres (par exemple les hommes et les femmes) possèdent ou devraient posséder, ou sur les rôles qu'ils et elles jouent ou devraient jouer. Les stéréotypes de genre sont préjudiciables dès lors qu'ils limitent la capacité des personnes à faire valoir leurs aptitudes personnelles à poursuivre une

	DESCRIPTION
	carrière professionnelle et à prendre des décisions concernant leur vie, et qu'ils engendrent des violations de leurs droits humains.
STIGMATISATION LIEE A L'AVORTEMENT	Cette stigmatisation résulte de l'application de préjugés négatifs aux personnes qui avortent, qui cherchent à le faire, qui pratiquent un avortement ou qui soutiennent ce type de soins. L'avortement est souvent réprouvé, car il peut bousculer un certain nombre de normes et valeurs sociales, culturelles ou religieuses. Les croyances et les normes sociales fondées sur des stéréotypes de genre qui réduisent les femmes à leur rôle reproductif et social de mères et les privent du droit d'exprimer leur sexualité, ainsi que l'attribution de droits humains au fœtus, sont directement liées à la stigmatisation dans ce domaine. La stigmatisation liée à l'avortement peut contribuer à faire naître et à perpétuer des mythes relatifs à l'avortement, et être source de honte, d'intimidation et de harcèlement, ou de préjudices physiques et psychologiques, pour les personnes qui avortent, leurs proches et amis qui les soutiennent, et celles et ceux qui prodiguent des services d'avortement. Les États ont l'obligation de lutter contre la désinformation en matière d'avortement et de combattre la stigmatisation liée à cet acte, qui constituent des obstacles fondamentaux à l'accès de toutes les personnes enceintes à des soins de santé de qualité, prodigués dans de bonnes conditions de sécurité.
TRANSGENRE	On qualifie de transgenre une personne dont l'identité de genre ne correspond pas au sexe biologique qui lui a été attribué à la naissance.

1. INTRODUCTION

La politique d'Amnesty International relative à l'avortement part de l'idée que la capacité des personnes à exercer leur autonomie reproductive, à contrôler leur vie reproductive et à choisir d'avoir des enfants ou pas, à quel moment et comment, est indispensable à la pleine réalisation des droits des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes¹. Les droits humains tout particulièrement en jeu dans ce contexte sont notamment les droits à la vie, à la santé, à la vie privée, à la dignité, à la sécurité de sa personne, à l'intégrité physique et à l'autonomie individuelle, à l'égalité et à la non-discrimination, à l'égalité devant la loi, ainsi que le droit de ne pas être torturé ni soumis à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains et dégradants (« autres mauvais traitements »). Par ailleurs, la capacité à prendre les décisions concernant son corps, sa sexualité et sa fonction procréative est au cœur de la justice socioéconomique et de l'égalité des genres.

La position d'Amnesty International à l'égard des lois, politiques et pratiques en matière d'avortement repose sur une approche fondée sur des principes. Pour analyser ces lois, politiques et pratiques, l'organisation s'appuiera sur un ensemble de principes clés adoptés par le mouvement en 2018 (voir l'annexe II : Principes clés – Mise à jour de la politique d'Amnesty International relative à l'avortement), ainsi que sur les dispositions existantes du droit international relatif aux droits humains et des normes en la matière, qui sont en constante évolution, et sur les principes fondateurs du droit international relatif aux droits humains – à savoir l'universalité et l'indivisibilité des droits humains, la justice fondamentale, la légalité, l'absence d'arbitraire, la proportionnalité, la non-régression, la participation, la transparence, l'obligation de rendre des comptes, l'égalité et la non-discrimination, et la dignité. Amnesty International inscrit sa démarche dans le contexte d'une action en faveur de la justice économique, reproductive et sociale, ainsi que de l'égalité des genres.

La politique de l'organisation est axée sur les préoccupations, les expériences personnelles et les droits humains des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes, qui ont été victimes d'oppression liée à la procréation (par le passé ou à l'heure actuelle) ou qui voient leurs droits violés au titre des lois et politiques régissant l'avortement et en raison de la réprobation sociale attachée à l'avortement et de formes croisées de discrimination.

Amnesty International considère important d'associer la sexualité, la santé et les droits humains avec la justice sociale et économique, en inscrivant les problématiques relatives à l'avortement et à la santé reproductive dans le contexte plus large du bien-être et de la santé des personnes enceintes. Les conditions de l'environnement social et physique d'une personne influent sur sa capacité à décider de sa vie reproductive et à exercer son autonomie reproductive, et les États

¹ La politique d'Amnesty International relative à l'avortement et la présente note explicative concernent les femmes et les filles, les personnes pouvant être enceintes, ainsi que les personnes enceintes. L'organisation prend ainsi acte du fait que, si l'avortement est dans la majorité des cas une expérience personnelle vécue par des femmes et des filles cisgenres (c'est-à-dire des femmes et des filles dont le sentiment d'identité et le genre correspondent au sexe qui leur a été attribué à la naissance), des personnes intersexes, des hommes et des garçons transgenres et des personnes ayant d'autres identités de genre sont parfois physiologiquement capables d'être enceintes et peuvent avoir besoin d'avorter. Aux fins de la présente politique, l'utilisation de l'expression « les femmes et les filles » s'entend des femmes et des filles qui sont physiologiquement capables d'avoir une grossesse, c'est-à-dire de manière générale des femmes cisgenres.

sont tenus de veiller à ce que ces conditions lui permettent de prendre des décisions éclairées et autonomes, conformes à ses propres aspirations, de réaliser ses droits humains et d'en jouir.

La politique actualisée d'Amnesty International relative à l'avortement² est conforme aux dispositions existantes du droit international relatif aux droits humains et des normes en la matière et suivra leur évolution ultérieure. L'objectif visé par le choix d'une politique axée sur des principes est de veiller à ce que son contenu ne devienne pas obsolète au fur et à mesure de l'évolution des normes relatives aux droits humains concernant l'avortement. Grâce à cette approche, l'organisation est en mesure d'élargir son champ d'action dans le domaine de l'avortement, tout en restant axée sur les personnes enceintes. Cette approche contribue également à mieux armer le mouvement mondial pour militer en faveur de la protection complète des droits des personnes enceintes et des autres personnes concernées par l'avortement dans divers contextes.

² Le Bureau exécutif international a adopté la politique actualisée le 28 septembre 2020. Ce texte a été élaboré à partir d'un ensemble de principes clés (voir l'annexe II), qui ont fait l'objet d'une consultation auprès du mouvement au titre du protocole relatif à l'« élaboration de lignes de conduite sur des sujets controversés » et qui ont été adoptés par l'Assemblée mondiale en juin 2018. Un réexamen de la politique d'Amnesty International de 2007 sur certains aspects de l'avortement (politique sur l'avortement) [POL 39/005/2007], en réponse à la décision 15 du Conseil international de 2017, a servi de base à la formulation de ces principes clés. L'analyse a porté sur l'impact de la politique sur l'avortement d'Amnesty International et la capacité qu'elle offre de s'attaquer aux violations des droits humains dans le contexte de l'avortement dont sont victimes les femmes et les filles, le personnel de santé et des militant·e·s d'ONG dans différents pays et contextes, en s'appuyant sur les retours des sections et du Secrétariat international (SI) au sujet de l'application de la politique dans le cadre des recherches et du travail de campagne depuis 2007. Elle visait également les lacunes de ce texte dans le contexte de l'évolution du droit international et des normes internationales relatifs aux droits humains se rapportant à l'avortement. Un groupe de travail comprenant des représentant·e·s des sections et structures et des chargé·e·s de recherche et de campagne du SI travaillant sur l'avortement a contribué à ces travaux en faisant part de ses expériences et en apportant son expertise. Un groupe de référence externe, composé de 15 éminents spécialistes de la santé sexuelle et reproductive ainsi que des droits en la matière (sous l'angle juridique, médical et/ou de la santé publique), a également été créé. Issus de différentes régions du monde, ses membres ont partagé leurs compétences et leurs avis avec Amnesty International aux fins de ce réexamen.

2. IMPACT SUR LES DROITS HUMAINS DE LA CRIMINALISATION DE L'AVORTEMENT

Dans sa politique, Amnesty International demande que l'avortement soit entièrement dépenalisé et que toute personne ait accès à l'avortement, à des soins après avortement et à des informations dans ce domaine qui soient objectives et scientifiquement fondées, sans discrimination aucune, ni emploi de la force, de la contrainte ou de la violence. Cette position repose sur les dispositions existantes du droit international relatif aux droits humains et des normes en la matière (voir le chapitre 3.1), qui sont en constante évolution, sur un ensemble de principes clés adoptés par le mouvement en 2018 (voir l'annexe II), sur une série de principes fondamentaux relatifs aux droits humains, ainsi que sur l'engagement de longue date de l'organisation envers la pleine réalisation de l'égalité des genres, notamment de l'égalité de fait, et des droits humains universels.

Les recherches qui sont menées depuis plusieurs dizaines d'années montrent que le fait d'être en mesure de contrôler leur capacité à procréer et d'exercer leur autonomie reproductive a une incidence sur toutes les facettes de la vie des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes. On observe également des répercussions sur la capacité de ces personnes à jouir de l'ensemble de leurs droits humains, ainsi que sur la réalisation de l'égalité des genres, et de la justice économique, sociale, raciale et axée sur la problématique du genre³. Par ailleurs, l'accès à des services d'avortement sécurisés et légaux fait partie intégrante des droits à la vie privée, à l'autonomie individuelle et corporelle, à la vie, à la santé, à la liberté et sécurité de sa personne, à la dignité, à l'égalité et à la non-discrimination, et du droit de ne pas être torturé ni autrement maltraité. *A contrario*, les mesures visant à incriminer l'accès à des services d'avortement sécurisés, à limiter cet accès ou à en priver autrement des personnes produisent des effets en cascade sur l'existence des gens et sur leur qualité de vie.

Amnesty International considère que les personnes enceintes sont les mieux placées pour prendre les décisions concernant leur capacité à procréer et leur grossesse, dans le contexte de leur situation personnelle et de leur trajectoire de vie, et conformément à leurs propres opinions et aspirations. Cela dit, les décisions qu'elles prennent en matière de procréation ne sortent pas de nulle part ; leurs actes et décisions se nourrissent et sont imprégnés de l'environnement au sens large dans lequel elles vivent. Ainsi, les personnes en butte à des formes multiples et croisées de discrimination, qui viennent s'ajouter à la discrimination fondée sur le genre, peuvent avoir le sentiment que leurs choix et leur liberté décisionnelle sont limités. Les membres de groupes marginalisés risquent eux aussi d'être davantage exposés à la violence, à l'oppression et à des violations de leurs droits reproductifs.

Les États sont tenus de veiller à ce que les personnes puissent prendre les décisions concernant leur grossesse, sans discrimination ni contrainte ou violence, et qu'elles aient accès à la justice et à des réparations en cas de violations de leurs droits sexuels et reproductifs. Or, bien trop souvent, ils adoptent et appliquent des lois, politiques et pratiques privant les personnes enceintes de leur capacité d'action et empêchant toute prise de décision autonome. Le pouvoir décisionnel des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes se trouve alors remplacé par celui de l'État, de la classe politique ou de la société, qui sont susceptibles d'imposer leur vision de la moralité, des normes et rôles sociaux, souvent empreints de

³ Voir, par exemple, L. J. Ross et R. Solinger, *Reproductive Justice: An Introduction*, 1^{ère} édition, University of California Press, 2017 (ci-après : L. J. Ross et R. Solinger, *Reproductive justice: An introduction*).

stéréotypes de genre préjudiciables. Par ailleurs, les personnes enceintes encourent des sanctions, sont fortement stigmatisées et subissent de lourdes discriminations au titre des lois, politiques et pratiques discriminatoires en droit ou en pratique. Cette situation est contraire aux principes clés d'Amnesty International (voir l'annexe II), mais aussi aux principes fondateurs du droit international relatif aux droits humains – parmi lesquels l'universalité et l'indivisibilité des droits humains, l'égalité et la non-discrimination, la légalité, l'absence d'arbitraire, la proportionnalité, la non-régression et la réalisation progressive, l'obligation de rendre des comptes et la transparence –, et prive les personnes enceintes de plusieurs de leurs droits fondamentaux.

Sont détaillées ci-après les répercussions négatives de la criminalisation de l'avortement sur les droits humains.

2.1 PERPETUATION DE LA STIGMATISATION ET DE LA DISCRIMINATION

Le fait d'ériger l'avortement en infraction nourrit l'idée communément partagée selon laquelle l'avortement est contraire à la morale ou socialement inacceptable⁴. L'un des principaux effets sur les droits humains des politiques et lois pénales sur l'avortement est donc de jeter l'opprobre sur les personnes qui ont besoin d'avorter, prodiguent des services d'avortement ou aident à bénéficier de ces services. Ces politiques et ces lois se traduisent inévitablement par un renforcement de la réprobation sociale de l'avortement, qui donne lieu à son tour à une prise en charge de mauvaise qualité, à une forme de déchéance et à la discrimination, bafouant ainsi les droits des femmes, des filles et des personnes enceintes.

La réprobation sociale ou la stigmatisation liées à l'avortement ont été décrites comme un processus social entraînant une discrimination et composé des étapes suivantes :

- 1) **Catalogage** : l'avortement est perçu comme un acte anormal. Les femmes qui avortent et les professionnels de santé qui prodiguent ce type de soins sont catalogués comme « déviant-e-s ». Ce comportement a pour effet d'occulter la fréquence et le caractère banal de l'avortement.
- 2) **Création de stéréotypes** : les femmes qui avortent se voient associées à des caractéristiques négatives, telles que la débauche, la négligence, l'égoïsme et le manque de compassion pour la vie humaine, tandis que les personnes qui pratiquent des avortements sont dépeintes comme froides, insensibles et motivées par la cupidité et l'argent.
- 3) **Établissement d'une séparation** : naît alors une fausse impression d'opposition avec « elles et eux » d'un côté et « nous » de l'autre, les femmes qui avortent étant vues ou traitées comme intrinsèquement « différentes » ou faisant l'objet d'une « altérisation ». Le silence et la crainte de l'exclusion perpétuent cette séparation et ces représentations stéréotypées.
- 4) **Discrimination** : ce processus social de stigmatisation se traduit par une discrimination manifeste à l'égard des femmes et des professionnel-le-s de santé, ou par une perte de statut pour ces personnes⁵, qui sont reconnues et consacrées dans les lois, les politiques et les pratiques.

⁴ K. Kimport, K. Cockrill et T. A. Weitz, "Analyzing the impacts of abortion clinic structures and processes: A qualitative analysis of women's negative experiences of abortion clinics", *Contraception*, vol. 85, 2012, p. 204-210.

⁵ K. M. Shellenberg, A. M. Moore, A. Bankole et coll., "Social stigma and disclosure about induced abortion: Results from an exploratory study", *Global Public Health*, n° 6, suppl. 1, 2011, p. S111-125.

Des organes internationaux de protection des droits humains ont analysé les conséquences de la réprobation sociale liée à l'avortement sur les femmes cherchant à avorter en toute sécurité. Par exemple, dans l'affaire *Mellet c. Irlande*, le Comité des droits de l'homme de l'ONU a estimé que la criminalisation de l'avortement en Irlande avait provoqué pour Amanda Mellet de la honte et une stigmatisation, et que ses souffrances avaient été encore aggravées par les obstacles auxquels elle a été confrontée quand elle a tenté d'obtenir les informations dont elle avait besoin quant aux options médicales qui s'offraient à elle⁶. Il a également conclu que « la répression pénale de l'avortement [en Irlande] l'a assujettie au stéréotype sexiste du rôle procréatif des femmes considérées principalement en tant que mères, et que l'assimiler ainsi à un instrument de procréation a constitué une discrimination⁷. »

Dans un document présenté au Comité des droits de l'homme, le Groupe de travail de l'ONU chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique a constaté ce qui suit : « En fin de compte, la répression pénale porte gravement préjudice à la santé et aux droits des femmes en stigmatisant une procédure médicale sûre et nécessaire⁸. » Les appels à la dépénalisation de l'avortement permettent de lutter activement contre ce phénomène, et signifient que les femmes et les filles ne doivent pas être jugées (ni sanctionnées) parce qu'elles choisissent de mettre fin à une grossesse, car la décision leur revient.

La politique de 2007 d'Amnesty International, qui préconisait la dépénalisation totale de l'avortement, a jeté les bases du travail de l'organisation visant à éliminer la stigmatisation associée à l'avortement. La politique actualisée lui permettra de ne plus avoir à traiter l'avortement comme une situation exceptionnelle, mais comme une problématique de droits humains parmi d'autres, qu'elle peut aborder dans le cadre de tous ses domaines d'action.

2.2 VIOLATION DES DROITS HUMAINS

« Pour réaliser l'égalité de fait, les États doivent absolument comprendre la façon dont les femmes, et les sous-groupes de femmes, sont pénalisées dans la pratique par les lois, les politiques et les institutions⁹. »

Le respect de l'autonomie décisionnelle des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes dans les lois et politiques ayant une incidence sur leur vie constitue un indicateur fondamental du niveau de réalisation de l'égalité des genres¹⁰. Les femmes, les filles et les personnes pouvant être enceintes ont notamment le droit à l'autonomie individuelle et corporelle, à la liberté et la sécurité de leur personne, à la dignité, ainsi qu'à l'égalité et à la non-discrimination – autant de droits qui sont tous affectés en cas d'absence d'accès à

⁶ Comité des droits de l'homme, *Mellet c. Irlande*, Communication n° 2324/2013, doc. ONU CCPR/C/116/D/2324/2013, 2016 (ci-après : CDH, *Mellet c. Irlande*).

⁷ Ibid., § 7.11.

⁸ Groupe de travail de l'ONU chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, *Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends*, octobre 2017

www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomensAutonomyEqualityReproductiveHealth.pdf.

⁹ Déclaration liminaire devant le Comité conjoint de l'Oireachtas (Parlement) sur le huitième amendement de la Constitution, prononcée par Christina Zampas, diplômée en droit, Reproductive and Sexual Health Law Fellow International Reproductive and Sexual Health Law Program, Faculté de droit de l'Université de Toronto, 4 octobre 2017 (ci-après : Déclaration liminaire devant le Comité conjoint de l'Oireachtas sur le huitième amendement de la Constitution, prononcée par Christina Zampas),

data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/32/joint_committee_on_the_eighth_amendment_of_the_constitution/submissions/2017/2017-10-04_opening-statement-ms-christina-zampas_en.pdf (en anglais).

¹⁰ R. J. Cook et S. Howard, "Accommodating Women's Differences under the Women's Anti-Discrimination Convention", *Emory Law Journal*, n° 56, 2007, p. 1039, 1050.



l'avortement. La mesure dans laquelle ces droits sont considérés comme prioritaires par les États dépend d'un très grand nombre de lois et politiques, et pas uniquement de celles concernant l'avortement ou, plus largement, la sexualité et la procréation. Le respect ou non par les lois, politiques et pratiques du droit des femmes, des adolescentes et de toutes les personnes pouvant être enceintes à prendre des décisions autonomes au sujet de leur sexualité et de leur capacité à procréer (y compris la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse) est fondamental¹¹. Les textes législatifs qui n'accordent pas la priorité aux femmes enceintes ni ne respectent leur autonomie décisionnelle et leurs droits humains portent préjudice aux femmes, aux filles et aux autres personnes pouvant être enceintes, en particulier celles qui sont marginalisées ou victimes d'autres formes croisées de discrimination.

2.2.1. Les droits à l'autonomie et à la vie privée

La décision de concevoir et d'enfanter relève du droit à la vie privée, que l'État est tenu de respecter et qui doit être protégé contre toute immixtion. Ce droit suppose de pouvoir disposer librement de son propre corps et de pouvoir choisir la structure de sa famille et l'orientation de sa vie, entre autres choses. Ces décisions sont une composante essentielle de l'autonomie individuelle et corporelle.

Les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains ont systématiquement estimé que la privation d'accès à l'avortement ou l'imposition d'obstacles entravant cet accès portaient atteinte à l'autonomie des femmes en matière de procréation et bafouaient leurs droits à la vie privée et à l'égalité, au même titre que leur droit à la vie, leur droit à la santé, et leur droit de ne pas être torturées ni soumises à d'autres mauvais traitements¹². Le Comité des droits de l'homme a expressément déclaré que la décision d'une personne d'obtenir une interruption volontaire de grossesse relevait du droit à la vie privée¹³. Il a par ailleurs constaté que le refus d'agir conformément à la décision d'une femme d'avorter légalement constituait une violation du droit à la vie privée, notamment en cas d'immixtion du pouvoir judiciaire dans cette décision¹⁴.

De la même façon, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU a explicitement déclaré que l'obligation qui incombait aux États de « respecter le droit des femmes de prendre des décisions autonomes » concernant leur santé comprenait un meilleur accès à l'avortement, entre autres services de santé sexuelle et reproductive¹⁵. Les experts de l'ONU ont également souligné que les lois et politiques restrictives sur l'avortement enfreignaient le droit relatif aux droits humains, mais privaient aussi les femmes de toute autonomie dans la prise de décisions concernant leur propre corps¹⁶. Le Comité des droits de

¹¹ Déclaration liminaire devant le Comité conjoint de l'Oireachtas sur le huitième amendement de la Constitution, prononcée par Christina Zampas, op. cit. (voir note 9).

¹² Voir par exemple Comité des droits de l'homme, *K. L. c. Pérou*, Communication n° 1153/2003, doc. ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005) (ci-après : CDH, *K. L. c. Pérou*), Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, *L. C. c. Pérou*, Communication n° 22/2009, doc. ONU CEDAW/C/50/D/22/2009, 2011 (ci-après : Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*), § 8.15.

¹³ CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6), § 7.7. Voir aussi Comité des droits de l'homme, *L. M. R. c. Argentine*, Communication n° 1608/2007, doc. ONU CCPR/C/101/D/1608/2007 (2011) (ci-après : CDH, *L. M. R. c. Argentine*), § 9.3 et 9.4.

¹⁴ CDH, *K. L. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12), § 6.4 ; CDH, *L. M. R. c. Argentine*, op. cit. (voir note 13), § 9.3.

¹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative (article 12 du PIDESC), doc. ONU E/C.12/2000/4 (ci-après Comité DESC, Observation générale n° 22), § 28.

¹⁶ Haut-Commissariat aux droits de l'homme, « “L'avortement à risques tue toujours des dizaines de milliers de femmes à travers le monde” avertissent les experts des droits de l'ONU », 28 septembre 2016, déclaration faite par Alda Facio, présidente-rapporteuse du Groupe de travail sur la question de la discrimination contre les femmes dans la législation et la pratique, Dainius Pūras, rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du

l'enfant de l'ONU a quant à lui appelé les États à veiller à ce que l'opinion des filles enceintes soit systématiquement entendue et respectée dans les décisions d'avortement¹⁷.

Dans son Observation générale n° 36 concernant le droit à la vie, le Comité des droits de l'homme a également confirmé que, si les États peuvent adopter des mesures destinées à réglementer l'interruption de grossesse, « ces mesures ne doivent pas aboutir à une violation du droit à la vie de la femme ou fille enceinte ni de leurs autres droits consacrés par le Pacte. Ainsi, les restrictions de l'accès des femmes ou des filles à l'avortement ne doivent pas, notamment, mettre leur vie en danger ni les soumettre à une douleur ou une souffrance physique ou mentale qui constituerait une violation de l'article 7 du Pacte ou constituer une discrimination à leur égard ou une immixtion arbitraire dans leur vie privée¹⁸. » Par ailleurs, l'obtention d'aveux, la dénonciation et le signalement obligatoire de cas présumés d'avortements illégaux comme condition préalable aux soins, que ce soit par obligation légale ou crainte de représailles (délit de complicité), sont considérés par les normes relatives aux droits humains comme une forme de traitement inhumain et dégradant et comme une violation du droit à la vie privée¹⁹.

2.2.2. Les droits à la liberté et à la sécurité de sa personne

Les droits à la liberté et la sécurité de sa personne sont étroitement liés au droit à la vie privée et à l'autonomie. Le droit à la liberté ne s'entend pas simplement du droit de ne pas faire l'objet d'une détention arbitraire et injuste²⁰, conséquence grave et courante des lois érigeant l'avortement en infraction, mais également du droit de ne pas subir d'immixtion de l'État dans sa vie personnelle, y compris pour ce qui est des décisions concernant la grossesse et la vie de famille.

Les lois pénales sur l'avortement sont à l'origine de nombreuses incarcérations de femmes²¹. Comme précisé par le rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé, « lorsque l'avortement est illégal, le fait de chercher à interrompre sa grossesse et de solliciter des services d'urgence pour des complications liées à une grossesse, y compris en cas de fausse couche, peut mener en prison. La crainte de sanctions pénales pour complicité peut conduire des professionnels de santé à dénoncer aux autorités des femmes souffrant de complications liées à une grossesse²². » Au-delà de l'incarcération, le fait de contraindre une personne enceinte à mener sa grossesse à terme constitue à la fois une atteinte physique et psychologique à son corps et

meilleur état de santé physique et mentale possible, Juan E. Méndez, rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et Dubravka Šimonović, rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, disponible sur www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20600&LangID=F.

¹⁷ Comité CDE, Observations finales : Irlande, doc. ONU CRC/C/IRL/CO/3-4, 2016, § 58(a) ; Maroc, doc. ONU CRC/C/OPAC/MAR/CO/1, 2014, § 57(b) ; Koweït, doc. ONU CRC/C/KWT/CO/2, 2013, § 60 ; Sierra Leone, doc. ONU CRC/C/SLE/CO/3-5, 2016, § 32(c) ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, doc. ONU CRC/C/GBR/CO/5, 2016, § 65(c).

¹⁸ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 36 (Article 6 : droit à la vie), doc. ONU CCPR/C/GC/36, 2019, § 8 (ci-après : CDH, Observation générale n° 36).

¹⁹ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 28 sur l'article 3 (Égalité des droits entre hommes et femmes), doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add. 10, 2000, (ci-après : CDH, Observation générale n° 28), § 20 ; Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/22/53, 2013, § 75.

²⁰ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 35 sur l'article 9 (Liberté et sécurité de la personne), doc. ONU CCPR/C/GC/35, 2014, § 3, 5-6 et 10-14.

²¹ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, doc. ONU A/HRC/38/36, 2018, § 75 (citant les documents ONU A/66/254, A/68/340 et A/HRC/14/20).

²² Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint, doc. ONU A/HRC/38/36, 2018, § 75. Voir aussi Comité CEDAW, Observations finales : Salvador, doc. ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9, 2017, § 37-38.

à sa vie. Enfin, les personnes enceintes n'ayant d'autre choix que d'avorter dans de mauvaises conditions de sécurité, la criminalisation de l'avortement enfreint leurs droits à la sécurité de leur personne et à l'intégrité physique.

Dans son Observation générale n° 35, le Comité de l'ONU pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a expressément déclaré que la criminalisation de l'avortement constituait une atteinte aux droits et à la santé des femmes en matière de sexualité et de procréation, ainsi qu'une forme de violence fondée sur le genre, engageant les États à abroger les lois érigeant cet acte en infraction²³.

À l'échelon régional, dans un arrêt rendu dans l'affaire *P. et S. c. Pologne*, la Cour européenne des droits de l'homme a estimé que le gouvernement polonais avait porté atteinte au droit à la liberté d'une adolescente en la séparant de sa mère et en la plaçant dans un foyer pour l'empêcher de mettre fin à sa grossesse, alors que des mesures moins radicales auraient pu être prises²⁴.

À l'échelon national, la Cour suprême canadienne a estimé dans l'affaire *R. c. Morgentaler* que l'article 251 du Code pénal du Canada, qui érigeait l'avortement en infraction hormis dans les cas où la vie ou la santé de la femme enceinte était menacée, était contraire à la Constitution parce qu'il enfreignait les droits à la vie, la liberté et la sécurité de sa personne²⁵. Pour rendre cet arrêt, elle s'est appuyée sur des recherches menées par les pouvoirs publics sur le droit pénal canadien encadrant le recours à l'avortement et le rendant possible dans certaines circonstances seulement. Ces travaux révélaient que le fait de n'autoriser l'accès à l'avortement que pour un nombre restreint de motifs retardait l'accès aux services, au détriment de la santé physique et mentale de certaines femmes, et que la loi était appliquée de façon arbitraire dans le pays, en violation de la justice fondamentale. Il est à noter que le gouvernement canadien a depuis lors retiré l'avortement de son Code pénal.

2.2.3. Les droits à l'égalité et à la non-discrimination et à l'égale protection de la loi

Les États doivent garantir le droit à l'égalité et à la non-discrimination, car il s'agit d'une composante fondamentale de la mise en œuvre des droits à la vie et à la santé, entre autres droits humains, en particulier pour les femmes, les filles et d'autres groupes marginalisés. Le Comité des droits de l'homme a déclaré que les interférences dans l'accès des femmes aux soins de santé reproductive, y compris le fait de ne pas faire le nécessaire pour qu'elles n'aient pas à « subir d'avortements clandestins mettant leur vie en danger », portaient atteinte à leur droit à la non-discrimination et à leur droit à la vie²⁶. Par exemple, dans l'affaire *Mellet c. Irlande*, l'une des opinions individuelles concurrente est la suivante : « Le droit à l'égalité des sexes et des genres et à la non-discrimination oblige les États à veiller à ce que les réglementations qu'ils adoptent, y compris pour ce qui est de l'accès aux services de santé, tiennent compte des différences biologiques fondamentales entre les hommes et les femmes

²³ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, doc. ONU CEDAW/GC/35, 2017 (ci-après : Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35).

²⁴ Cour européenne des droits de l'homme, *P. and S. v. Poland*, Requête n° 57375/08, 2012 (ci-après : Cour européenne des droits de l'homme, *P. and S. v. Poland*).

²⁵ Cour suprême du Canada, décision *Morgentaler* rendue en 1988, sur la base d'éléments rassemblés dans le rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement (Ottawa, Approvisionnement et Services, Canada, 1977). Ce rapport démontrait en effet que le droit pénal alors en vigueur, qui autorisait l'avortement pour des motifs limités, retardait l'accès aux services d'avortement au détriment de la santé physique et mentale de certaines femmes et était appliqué de façon arbitraire dans le pays.

²⁶ CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 20.

en matière procréative, et n'introduisent pas de discrimination directe ou indirecte fondée sur le sexe²⁷. »

Cette position et ce raisonnement sont également soutenus par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes. Il a par exemple expressément reconnu que « les mesures de lutte contre la discrimination à l'égard des femmes ne servent à rien si le système de santé n'offre pas des services de prévention, de dépistage et de traitement des problèmes spécifiques aux femmes. Il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction²⁸ ». Dans les affaires *L. C. c. Pérou*²⁹ et *Alyne Da Silva Pimentel c. Brésil*³⁰, et dans les enquêtes qu'il a effectuées sur les Philippines³¹ et l'Irlande du Nord³², le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a réaffirmé que la prestation de soins de santé ne devait pas être discriminatoire en fonction du sexe ou du genre, mais au contraire garantir l'égalité des genres. De son côté, le Groupe de travail de l'ONU chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique a noté que les droits des femmes étaient violés à chaque fois « que leurs besoins de santé ne sont pas satisfaits, que les disparités entre les sexes ne sont pas prises en compte dans les interventions sanitaires, que les femmes sont privées de la capacité de prendre des décisions de manière autonome, que l'accès à des services de santé dont seules les femmes ont besoin est érigé en infraction ou que les femmes en sont privées³³ ».

La criminalisation de l'avortement est une forme manifeste de discrimination à l'égard des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes. Conformément aux recommandations du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et d'autres organes de suivi des traités relatifs aux droits humains, les États sont tenus d'abroger les dispositions législatives pénales qui sont discriminatoires, y compris les lois érigeant l'avortement en infraction³⁴, et de créer les conditions structurelles donnant aux femmes, aux filles et à toutes les personnes pouvant être enceintes les moyens de prendre des décisions autonomes au sujet de leur corps, de leur sexualité, de leur capacité à procréer et de leur vie, et leur offrant aussi une aide économique et sociale suffisante pour élever des enfants, si tel est leur choix, au sein de systèmes communautaires sûrs et pérennes (voir le chapitre 2.3.3 pour un examen plus approfondi).

Les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains ont à maintes reprises condamné les lois prohibant les services de santé dont seules les femmes ont besoin. Des experts des droits humains ont également confirmé que la « criminalisation [de l'avortement] ou tout autre

²⁷ CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6), opinion individuelle concurrente de S. Cleveland, § 7 ; voir aussi Comité des droits de l'homme, *Whelan v. Ireland*, Communication n° 2425/2014, Annexe II, doc. ONU CCPR/C/119/D/2425/2014, 2017, annexe II, opinion individuelle concurrente de S. Cleveland (ci-après : CDH, *Whelan v. Ireland*).

²⁸ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24 : Article 12 de la Convention (Les femmes et la santé), doc. ONU A/54/38/Rev.1, chap. I, 1999.

²⁹ Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12).

³⁰ Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, Communication n° 17/2008, doc. ONU CEDAW/C/49/D/17/2008, 2011 (ci-après : Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*).

³¹ Comité CEDAW, Résumé de l'enquête concernant les Philippines au titre de l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, doc. ONU CEDAW/C/OP.8/PHL/1, 2015 (ci-après : Comité CEDAW, Résumé de l'enquête concernant les Philippines).

³² Comité CEDAW, Rapport d'enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord au titre de l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, doc. ONU CEDAW/C/OP.8/GBR/1, 2018 (ci-après : Comité CEDAW, Rapport d'enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord).

³³ Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, Conseil des droits de l'homme (32^e session), doc. ONU A/HRC/32/44, 2016, § 14.

³⁴ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 33 sur l'accès des femmes à la justice, doc. ONU CEDAW/C/GC/33, 2015 (ci-après : Comité CEDAW, Recommandation générale n° 33), § 51(I) ; Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 34, 40, 57.

manquement à assurer des services dont seules les femmes ont besoin, comme l'avortement et la contraception d'urgence, constitu[ai]ent] des discriminations fondées sur le sexe³⁵ ». Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a explicitement déclaré qu'il était « discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction³⁶ ». Il considère également de longue date que le fait de ne pas tenir compte des besoins propres aux femmes dans le domaine de la santé, y compris pour ce qui est de la grossesse, constitue une forme de discrimination à leur égard³⁷.

Les lois pénales sur l'avortement, ainsi que les obstacles pratiques et juridiques entravant l'accès à l'avortement sécurisé, se traduisent par des effets discriminatoires et disproportionnés sur les groupes les plus marginalisés, qui sont déjà exposés à des formes multiples et croisées de discrimination. Dans son Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et reproductive, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a reconnu le caractère pernicieux des discriminations croisées, recensant plusieurs groupes dont les femmes pauvres, les personnes en situation de handicap, les migrant·e·s, les adolescent·e·s et les personnes vivant avec le VIH/sida, qui risquent davantage d'être victimes de ces discriminations multiples³⁸. Il a engagé les États à prendre des mesures pour tenir compte de « l'effet souvent aggravé » de cette discrimination³⁹.

L'effet que les formes multiples et croisées de discrimination exercent sur la capacité des femmes, des filles et d'autres personnes pouvant être enceintes doit être pris en considération dans l'ensemble des politiques et mesures, dans un souci d'élimination des discriminations et de réalisation de l'égalité pour garantir la justice sociale, économique et reproductive ainsi que l'égalité des genres.

Dernier point, les lois, politiques et pratiques relatives à l'avortement qui sont répressives et discriminatoires enfreignent le droit à l'égalité et à l'égalité de protection de la loi, garanti par les traités régionaux et internationaux relatifs aux droits humains et la plupart des constitutions des pays⁴⁰. Au regard de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (article 15), les femmes doivent se voir reconnaître l'égalité avec les hommes devant la loi et jouir de la même protection. Le Comité pour l'élimination de la

³⁵ « L'Agenda pour le développement durable 2030 et sa mise en œuvre représentent une occasion unique d'assurer le plein respect de la santé et des droits sexuels et reproductifs, qui doit être saisie », Déclaration conjointe d'experts des droits humains de l'ONU (rapporteurs et rapporteuses spéciaux sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, sur la situation des défenseurs des droits de l'homme, sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, et Groupe de travail des Nations unies sur la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique), de la rapporteuse sur les droits des femmes de la Commission interaméricaine des droits de l'homme, et des rapporteuses spéciales sur les droits des femmes et des défenseurs des droits humains de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, 2015, www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16490&LangID=F.

³⁶ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 11.

³⁷ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 6, 11, 12 ; Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, op. cit. (voir note 30) ; R. J. Cook et V. Undurraga, "Article 12 [Health]", M. Freeman, C. Chinkin et B. Rudolf (sous la direction de), *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*, 2012, p. 311-333, p. 326-327 ; voir aussi Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 9-10, 28, 34 ; Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 16 et 34 ; Rapport du Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, Conseil des droits de l'homme, doc. ONU A/HRC/32/44, 2016, § 23 ; CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6), opinions concurrentes de membres du Comité : Sarah Cleveland, Yadh Ben Achour, Víctor Manuel Rodríguez-Rescia, Olivier de Frouville et Fabián Omar Salvioli.

³⁸ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 30.

³⁹ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 30.

⁴⁰ Voir, par exemple, les articles 7 et 8 de la DUDH, les articles 2 et 14 du PIDCP et les articles 2(2) et 3 du PIDESC. À l'échelon régional, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme), la Convention américaine relative aux droits de l'homme et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples contiennent toutes des dispositions similaires.

discrimination à l'égard des femmes a engagé à plusieurs reprises les États à prendre les mesures, notamment juridiques, qui s'imposaient pour éliminer toutes les formes de discrimination exercées contre les femmes par les pouvoirs publics et les acteurs non étatiques (particuliers, organisations et entreprises)⁴¹ et pour garantir l'égalité de fait dans tous les domaines de la vie.⁴²

2.2.4. Droits à la santé et à la vie et droit de ne pas subir de torture ni d'autres mauvais traitements

Pour garantir le droit à l'égalité et à la non-discrimination⁴³, ainsi que le droit à la santé, le droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres mauvais traitements, le droit à la vie privée et à l'accès à l'information, les États sont tenus de répondre aux besoins particuliers des femmes dans le domaine de la santé et de prendre des mesures pour s'assurer qu'elles ne soient pas privées des services médicaux et des informations dont elles ont besoin⁴⁴.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a explicitement assimilé les lois pénales sur l'avortement à une forme de discrimination liée au genre, source de violence contre les femmes⁴⁵. Plus globalement, il a déclaré, dans sa recommandation générale n° 24 sur les femmes et la santé, qu'« il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction⁴⁶ ». Il a également indiqué que « l'obligation de respecter les droits des femmes implique que les États parties s'abstiennent de faire obstacle aux actions engagées par des femmes dans le but d'atteindre leurs objectifs en matière de santé » et que « les lois qui criminalisent certaines procédures médicales dont seules les femmes ont besoin et qui répriment les femmes sur lesquelles celles-ci sont pratiquées font aussi obstacle à l'accès des femmes à des soins de santé appropriés⁴⁷ ».

Dans son rapport de 2011, le rapporteur spécial de l'ONU sur le droit à la santé a noté : « Les lois pénales et autres restrictions imposées par la loi marginalisent les femmes, qui peuvent être dissuadées de prendre des mesures pour protéger leur santé, à la fois pour éviter la responsabilité et par crainte d'être montrées du doigt. En limitant l'accès aux produits, services et informations relatifs aux soins de santé sexuelle et génésique, ces lois ont également un

⁴¹ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 33, op. cit. (voir note 34), § 21.

⁴² Comité CEDAW, Recommandation générale n° 33, op. cit. (voir note 34), § 6. La teneur et le champ d'application de l'article 2 de la Convention sont encore explicités de manière plus détaillée dans la recommandation générale n° 28 du Comité sur les obligations fondamentales des États parties au titre de l'article 2 de la Convention, 47^e session, doc. ONU CEDAW/C/GC/28, 2010 (ci-après : Comité CEDAW, Recommandation générale n° 28). L'article 3 mentionne la nécessité de prendre des mesures appropriées pour s'assurer que les femmes puissent jouir de leurs droits humains et de leurs libertés fondamentales au même titre que les hommes.

⁴³ L'interdiction de la discrimination dans l'exercice des droits est énoncée dans les instruments se rapportant à ces droits, par exemple l'article 2 du PIDCP, l'article 2 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, et les articles 1(1) et 14 de la Convention européenne des droits de l'homme. L'égalité de traitement prévue par ces dispositions ne concerne que la jouissance des droits garantis par chacun de ces instruments. En revanche, d'autres dispositions telles que l'article 26 du PIDCP, l'article 3 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, l'article 24 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme et le Protocole n° 12 de la Convention européenne des droits de l'homme établissent une obligation générale d'égalité, aux termes de laquelle toutes les personnes doivent être traitées de manière égale devant la loi. En d'autres termes, toutes les lois doivent être appliquées également à toutes les personnes relevant de la juridiction de l'État considéré, sans discrimination aucune ; la discrimination est donc interdite dans tous les domaines réglementés et protégés par les pouvoirs publics, et la non-discrimination constitue en soi un droit autonome.

⁴⁴ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 11 et 14 ; voir aussi Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12), § 8.16.

⁴⁵ Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12) ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 19 (Violence à l'égard des femmes), 1992, doc. ONU A/47/38, p. 1, 1993 (ci-après : Comité CEDAW, Recommandation générale n° 19), § 24(m). Voir aussi Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 18.

⁴⁶ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 11.

⁴⁷ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), p. 14.

effet discriminatoire dans la mesure où elles affectent surtout les personnes qui ont besoin de ces ressources, c'est-à-dire les femmes. Il s'ensuit que les femmes et les filles sont sanctionnées à la fois lorsqu'elles respectent ces lois et sont alors soumises à des effets négatifs pour leur santé physique et mentale, et lorsqu'elles ne les respectent pas et risquent dès lors des peines d'emprisonnement⁴⁸. » Dans son Observation générale n° 28 sur l'égalité des droits entre hommes et femmes, le Comité des droits de l'homme a affirmé que toute entrave à l'accès aux services de santé reproductive était susceptible de porter atteinte aux droits des femmes à l'égalité et à la non-discrimination⁴⁹. Il a également déploré que des États ne fournissent pas de services de santé sexuelle et reproductive, y compris d'avortement, ce qui compromet la participation des femmes au même titre que les hommes à la vie sociale et politique⁵⁰.

ENCADRÉ N° 1 : LA CRIMINALISATION DE L'AVORTEMENT ACCROIT LA MORTALITE ET LA MORBIDITE MATERNELLES

La criminalisation de l'avortement a un « effet dissuasif », qui entrave l'accès aux services de santé et se traduit par une augmentation des cas de mortalité et morbidité maternelles qui pourraient être évités. Par exemple, les professionnels de santé hésitent davantage à fournir des services d'avortement, ou peuvent refuser de fournir ces services, s'il existe un risque de sanctions pénales. C'est notamment le cas quand l'avortement est légal, mais autorisé uniquement dans des conditions particulières⁵¹. La criminalisation de l'avortement crée également des obstacles entravant l'accès à d'autres services essentiels de santé reproductive, et notamment aux soins après avortement : le fait de savoir qu'elles risquent d'être signalées, poursuivies en justice et emprisonnées à la suite d'une fausse couche peut dissuader les personnes dans cette situation de solliciter les soins dont elles ont besoin⁵².

En outre, d'après les chiffres de l'OMS, plus de 25 millions d'avortements à risque sont pratiqués chaque année⁵³, entraînant parfois la mort de la personne enceinte, des handicaps ou des séquelles changeant le cours de sa vie⁵⁴. La grande majorité des décès et de la morbidité résultant d'avortements non sécurisés se produisent dans des pays dotés de lois restrictives sur l'avortement (où l'avortement n'est légalement autorisé que pour des motifs particuliers)⁵⁵.

⁴⁸ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, 4 avril 2016, doc. ONU A/66/254, 2011, § 17.

⁴⁹ CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 10, 11 et 20.

⁵⁰ CDH, Observations finales : Argentine, doc. ONU CCPR/C/ARG/CO/4, 2010 § 13 ; Chili, doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/5, 2007, § 8 ; Colombie, doc. ONU CCPR/C/79/Add.74, 1997, § 24 ; Guatemala, doc. ONU CCPR/C/GTM/CO/3, 2012, § 20 ; Irlande, doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/3, 2008, § 13 ; Mongolie, doc. ONU CCPR/C/79/Add.120, 2000, § 8(b) ; Pérou, doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, 2013, § 14 ; Pérou, doc. ONU CCPR/CO/70/PER, 2000, § 20 ; Sénégal, doc. ONU CCPR/C/79/Add.82, 1997, § 12 ; Soudan, doc. ONU CCPR/C/79/Add.85, 1997, § 10 ; République-Unie de Tanzanie, doc. ONU CCPR/C/79/Add.97, 1988, § 15 ; Zambie, doc. ONU CCPR/C/ZMB/CO/3, 2007, § 18.

⁵¹ Cour européenne des droits de l'homme, *Tysiãc c. Pologne*, Requête n° 5410/03 (ci-après : Cour européenne des droits de l'homme, *Tysiãc c. Pologne*), § 116.

⁵² 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/32/44, 2016, § 79. Voir aussi Comité CEDAW, Observations finales : Salvador, doc. ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9, 2017, § 36(a) ; Centre pour les droits reproductifs, *Marginalised, persecuted and imprisoned: the Effects of El Salvador's Total Criminalization of Abortion*, 2014, www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/El-Salvador-CriminalizationOfAbortion-Report.pdf ; E. Guevara-Rosas, "El Salvador and 'Las 17'", *New York Times*, 2 mars 2015, www.nytimes.com/2015/03/03/opinion/el-salvador-and-las-17.html?mcubz=0.

⁵³ B. Ganatra et coll., "Global, regional, and subregional classifications of abortions by safety, 2010-14: Estimates from a Bayesian hierarchical model", *The Lancet*, 27 septembre 2017 (ci-après : B. Ganatra et coll., "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety"), [www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)31794-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)31794-4/fulltext).

⁵⁴ Organisation mondiale de la santé, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé*, 2^e édition, 2012 (ci-après : OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*), www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241548434/fr.

⁵⁵ B. Ganatra et coll., "Global, regional, and subregional classification of abortions by safety", op. cit. (voir note 53) ; OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), § 87.

Le Comité des droits de l'homme a à plusieurs reprises fait part de ses préoccupations quant à la relation unissant la législation restrictive sur l'avortement, les avortements à risque, et la mortalité et morbidité maternelles⁵⁶, et il a engagé les États à modifier les lois en question pour que les femmes n'aient pas à avorter illégalement et dans de mauvaises conditions de sécurité⁵⁷. Par exemple, en 2016, il a exhorté l'Argentine à « envisager de dépénaliser l'avortement » de sorte que les femmes et les filles ne soient pas obligées de recourir à des avortements clandestins⁵⁸. Par ailleurs, dans son Observation générale n° 36 sur le droit à la vie, il a confirmé que, si les États peuvent adopter des mesures destinées à réglementer l'interruption de grossesse, « ces mesures ne doivent pas aboutir à une violation du droit à la vie de la femme ou de la fille enceinte ni de leurs autres droits consacrés par le Pacte. Ainsi, les restrictions de l'accès des femmes ou des filles à l'avortement ne doivent pas, notamment, mettre leur vie en danger ni les soumettre à une douleur ou une souffrance physique ou mentale qui constituerait une violation de l'article 7 du Pacte ou constituer une discrimination à leur égard ou une immixtion arbitraire dans leur vie privée⁵⁹. » Enfin, le Comité des droits de l'homme a fait savoir aux États qu'ils devaient s'abstenir de « réglementer la grossesse ou l'avortement d'une manière contraire à leur obligation de veiller à ce que les femmes et les filles n'aient pas à recourir à un avortement non sécurisé et devraient revoir en conséquence leur législation relative à l'avortement [...] [et] supprimer les obstacles actuels⁶⁰ à l'accès effectif des femmes et des filles à un avortement légal et sécurisé⁶¹, y compris les obstacles résultant de l'exercice de l'objection de conscience par des prestataires de soins médicaux⁶². »

D'autres organes de suivi des traités relatifs aux droits humains ont eux aussi abordé la question de la criminalisation de l'avortement. Par exemple, le Comité des droits de l'enfant engage depuis plusieurs années les États à le dépénaliser⁶³. Il a plus récemment précisé sa position en demandant la mise en œuvre de cette mesure « dans toutes les circonstances⁶⁴ ». Dans son Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, il a aussi demandé instamment aux États de « dépénaliser l'avortement afin que les

⁵⁶ CDH, Observations finales : Chili, doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/6, 2014, § 15 ; Costa Rica, doc. ONU CCPR/C/CRI/CO/6, 2016, § 17 (référence aux cas où la grossesse résulte d'un viol ou d'un inceste et où le fœtus n'est pas viable) ; Malawi, doc. ONU CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1, 2014, § 9 ; Sierra Leone, doc. ONU CCPR/C/SLE/CO/1, 2014, § 14 ; Malte, doc. ONU CCPR/C/MLT/CO/2, 2014, § 13 ; Sri Lanka, doc. ONU CCPR/C/LKA/CO/5, 2014, § 10 ; Paraguay, doc. ONU CCPR/C/PRY/CO/3, 2013, § 13 ; Pérou, doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, 2013, § 14 ; Guatemala, doc. ONU CCPR/C/GTM/CO/3, 2012, § 20 ; Mexique, doc. ONU CCPR/C/MEX/CO/5, 2010, § 10 ; Salvador, doc. ONU CCPR/C/SLV/CO/6, 2010, § 10 ; Pologne, doc. ONU CCPR/C/POL/CO/6, 2010, § 12 ; Jamaïque, doc. ONU CCPR/C/JAM/CO/3, 2011, § 14 ; République dominicaine, doc. ONU CCPR/C/DOM/CO/5, 2012, § 15 ; Nicaragua, doc. ONU CCPR/C/NIC/CO/3, 2008, § 13 ; Djibouti, doc. ONU CCPR/C/DJI/CO/1, 2013, § 9.

⁵⁷ Voir par exemple CDH, Observations finales : Jamaïque, doc. ONU CCPR/C/JAM/CO/3, 2011, § 14 (le Comité appelle la Jamaïque à « modifier sa législation concernant l'avortement de façon à aider les femmes à éviter les grossesses non désirées et à ne pas avorter illégalement, dans des conditions susceptibles de mettre leur vie en danger » et à « prendre des mesures concrètes dans ce domaine, notamment réviser sa législation conformément au Pacte ») ; Mali, doc. ONU CCPR/C/77/MLI, 2003, § 14 ; Djibouti, doc. ONU CCPR/C/DJI/CO/1, 2013, § 9 ; Irlande, doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/3, 2008, § 13. Voir aussi CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 10.

⁵⁸ CDH, Observations finales : Argentine, doc. ONU CCPR/C/ARG/CO/5, 2016 § 12.

⁵⁹ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

⁶⁰ CDH, Observations finales : Jordanie, doc. ONU CCPR/C/JOR/CO/5, 2017, § 21 ; Maurice, doc. ONU CCPR/C/MUS/CO/5, 2017, § 16.

⁶¹ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8 (citant Comité des droits de l'homme, Observations finales : Panama, doc. ONU CCPR/C/PAN/CO/3, 2008, § 9 ; Ex-République yougoslave de Macédoine, doc. ONU CCPR/C/MKD/CO/3, 2015, § 11). Voir aussi OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 104-105.

⁶² CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8. Voir également : CDH, Observations finales : Jordanie, doc. ONU CCPR/C/JOR/CO/5, 2017, § 21 ; Maurice, doc. ONU CCPR/C/MUS/CO/5, 2017, § 16.

⁶³ Comité CDE, Observations finales : Gambie, doc. ONU CRC/C/GAM/CO/2-3, 2015, § 63(b) ; République dominicaine, doc. ONU CRC/C/DOM/CO/3-5, 2015, § 52(d) ; Maroc, doc. ONU CRC/C/MAR/CO/3-4, 2014, § 57(b).

⁶⁴ Comité CDE, Observations finales : Pérou, doc. ONU CRC/C/PER/CO/4-5, 2016, § 56(b) ; Kenya, doc. ONU CRC/C/KEN/CO/3-5, 2016, § 50(b) ; Haïti, doc. ONU CRC/C/HTI/CO/2-3, 2016, § 51(c) ; Sénégal, doc. ONU CRC/C/SEN/CO/3-5, 2016, § 54(d) ; Irlande, doc. ONU CRC/C/IRL/CO/3-4, 2016, § 58(a).

adolescentes puissent accéder à l'avortement médicalisé et bénéficier de services après l'avortement⁶⁵ ».

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a demandé aux États, « le cas échéant, [d']amender la législation qui fait de l'avortement une infraction pénale et [de] supprimer les peines infligées aux femmes qui avortent⁶⁶ », reliant de façon explicite cette recommandation à la réduction des taux de mortalité maternelle. Dans sa Recommandation générale n° 35 sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, il a affirmé que la criminalisation de l'avortement, ainsi que le refus ou le report d'un avortement sans risque et des soins après avortement étaient des « formes de violence sexiste qui, suivant les circonstances, [pouvaient] être assimilées à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant⁶⁷. » À l'image d'autres organes de suivi des traités, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a appelé les États à dépénaliser l'avortement⁶⁸.

Par ailleurs, dans son enquête sur l'Irlande du Nord, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a observé qu'« après un avortement, des services médicaux devraient toujours être disponibles, même lorsque l'avortement est illégal⁶⁹ ». Les recherches menées dans le domaine de la santé publique montrent que la disponibilité de soins après avortement permet de réduire nettement la mortalité et la morbidité maternelles⁷⁰. De son côté, la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO) a récemment approuvé des lignes directrices concernant les soins après avortement, où elle précise qu'il relève de la responsabilité éthique des professionnels de santé de prêter rapidement assistance à toute personne ayant besoin des soins médicaux qu'ils sont aptes à prodiguer, sans exercer de discrimination fondée sur l'origine, qu'elle soit légale ou non, du problème de santé qu'ils traitent⁷¹. Elle y explique également que la mortalité associée à l'interruption volontaire de grossesse est en grande partie attribuable à l'insuffisance des soins prodigués après un avortement et que le refus de soins ou la prestation de soins inadéquats constitue une faute professionnelle⁷².

Les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains ont également établi de longue date que le fait de ne pas assurer des services d'avortement, que ce soit par la criminalisation de cet acte ou par l'introduction d'obstacles à l'accès aux services légaux, notamment l'imposition de délais, pouvait dans certains cas être constitutif d'un traitement cruel, inhumain et dégradant, voire d'un acte de torture⁷³. La dépénalisation de l'avortement a été jugée essentielle pour protéger les droits des femmes et des filles ayant besoin d'un avortement thérapeutique,

⁶⁵ Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 20 sur la mise en œuvre des droits de l'enfant pendant l'adolescence, doc. ONU CRC/C/GC/20, 2016, (ci-après : Comité CDE, Observation générale n° 20), § 60.

⁶⁶ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 31(c).

⁶⁷ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 18.

⁶⁸ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 29(c)(i).

⁶⁹ Comité CEDAW, Rapport d'enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, op. cit. (voir note 32), § 61.

⁷⁰ Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, 2018, www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017.

⁷¹ FIGO, *Ethical Responsibilities in post-Abortion Care*, 2019, eschrh.eu/wp-content/uploads/2019/05/FIGO_Post_abortion_care_documents_final.pdf (ci-après : FIGO, *Ethical Responsibilities in post-Abortion Care*).

⁷² Ibid.

⁷³ Voir par exemple CDH, *K. L. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12) ; Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12) ; CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6), § 7.6, 7.7 et 7.8 ; CDH, *Whelan v. Ireland*, op. cit. (voir note 27), § 7.7, 7.8, 7.9 et 7.12. Voir également : Comité contre la torture, Observations finales : Pérou, doc. ONU CAT/C/PER/CO/5-6, 2012, § 19 ; Comité contre la torture, Observations finales : République tchèque, doc. ONU CAT/C/CZE/CO/4-5 (2012), § 12 ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 18.

par exemple quand la grossesse met en danger la vie ou la santé de la femme enceinte, en cas d'anomalie fœtale⁷⁴ ou encore de violences sexuelles (viol et inceste notamment)⁷⁵.

Le rapporteur spécial des Nations unies sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a confirmé que les normes de base en matière de soins médicaux et de protection contre la torture et les traitements inhumains et dégradants s'appliquaient aux prisonniers et aux détenus, hommes et femmes, et comprenaient le droit à l'information et aux soins médicaux relatifs à la santé sexuelle et reproductive⁷⁶. De même, le rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a souligné que, concernant les femmes détenues, le manque d'établissements, de services et d'équipements adaptés au genre et appropriés en termes de sécurité, et notamment l'absence de soins prénatals, périnatals et postnatals, était une violation des droits des femmes en matière de santé sexuelle et reproductive et pouvait s'apparenter à de la torture ou d'autres mauvais traitements⁷⁷.

Par ailleurs, les normes relatives aux droits humains protègent de longue date contre les mesures répressives imposées *de facto* en cas d'avortement illégal, et plus précisément contre les abus et les mauvais traitements, ainsi que contre le refus de soins ou l'accès aux soins soumis à condition dans des établissements de santé. Le rapporteur spécial de l'ONU sur la torture⁷⁸ et le Groupe de travail de l'ONU chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique⁷⁹ ont condamné le traitement dégradant dont faisaient l'objet les femmes et les filles dans les établissements de santé. Ce dernier a notamment expliqué que les femmes couraient « un risque disproportionné d'être soumises à des traitements humiliants et dégradants dans les établissements de soins de santé, en particulier pendant la grossesse, [...] au nom de la moralité ou de la religion, afin de punir ce qui est considéré comme un comportement "immoral"⁸⁰ ».

⁷⁴ CDH, *K. L. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12) ; Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12) ; CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6), § 7.6, 7.7, 7.8 ; CDH, *Whelan v. Ireland*, op. cit. (voir note 27), § 7.7, 7.8, 7.9, 7.12. Voir aussi Cour interaméricaine des droits de l'homme, mesures provisoires ordonnées dans l'affaire de *B. (Salvador)*, 29 mai 2013.

⁷⁵ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30 sur les femmes dans des situations de prévention des conflits, de conflit et d'après-conflit, doc. ONU CEDAW/C/GR/30, 2013 (ci-après : Comité CEDAW, Observation générale n° 30), § 36 ; Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 28 ; Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 49 ; Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/HRC/35/21, 2017, § 59.9

⁷⁶ Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU E/CN.4/2004/56, 2003, § 42, 55-64.

⁷⁷ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/HRC/38/36, 2018, § 77-81, 98(c) et 98(k). Le rapporteur spécial a aussi souligné que les prisonniers et les détenus devaient pouvoir bénéficier à tout moment de soins de santé, y compris les femmes et les adolescent-e-s, et a dénoncé la discrimination persistante dans le contexte carcéral, et notamment la privation de soins médicaux que constituent par exemple l'impossibilité de se procurer du matériel ou des produits liés à la santé sexuelle, tels que des contraceptifs – voir § 28, 38, 71-72, 77-81, 98(c) et 98(k).

⁷⁸ Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/31/57, 2016, § 42, 46, 47 et 70(k).

⁷⁹ Rapport du Groupe de travail des Nations unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, doc. ONU A/HRC/32/44, 2016, § 17.

⁸⁰ Rapport du Groupe de travail des Nations unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique, doc. ONU A/HRC/32/44, 2016, § 17.

Les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains⁸¹ et les procédures spéciales de l'ONU⁸² ont eux aussi observé que les normes relatives aux droits humains garantissaient des soins immédiats, prodigués sans condition et dans le respect de la confidentialité s'agissant de la prise en charge des complications faisant suite à un avortement, que celui-ci ait été pratiqué légalement ou pas. Ils ont également déclaré que l'accès aux soins ne pouvait être refusé dans le but de punir une personne, ni soumis à des conditions dans le but de lui extorquer des aveux ou de s'assurer de sa coopération dans le cadre d'une procédure judiciaire, ni utilisé à titre de preuve dans une procédure judiciaire⁸³. L'obtention d'aveux, la dénonciation et le signalement obligatoire de cas présumés d'avortements illégaux comme condition préalable aux soins, que ce soit par obligation légale ou crainte de représailles (délit de complicité), sont considérés par les normes relatives aux droits humains comme une forme de traitement inhumain et dégradant et comme une violation du droit à la vie privée⁸⁴.

Dès lors que l'avortement demeure érigé en infraction, il est impossible de proposer ouvertement des informations et des services en la matière dans les établissements publics, mais aussi de diffuser des informations de santé publique au sujet de l'avortement sécurisé. Les sanctions pénales qu'encourent les professionnel-le-s de santé dispensant des services d'avortement et d'autres personnes aidant à obtenir ces services perpétuent également des conditions de prise en charge dangereuses. De manière générale, la criminalisation de l'avortement dans certaines circonstances ne permet pas aux professionnel-le-s de santé et à d'autres personnes d'agir ouvertement et librement, ni n'autorise l'adoption de politiques positives sur l'avortement, dans le but de protéger la santé et la vie des personnes enceintes.

2.2.5. Dignité et avortement

La criminalisation de l'avortement constitue une atteinte au droit de toute femme de décider si elle veut avoir des enfants et quand, droit reconnu par les institutions de protection des droits humains comme essentiel à l'intégrité physique et mentale de la femme, ainsi qu'à sa dignité et à sa valeur en tant qu'être humain⁸⁵. En criminalisant l'avortement, l'État s'assure

⁸¹ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8. Voir aussi Comité CEDAW, Recommandation générale n° 34 sur les droits des femmes rurales, doc. ONU CEDAW/C/GR/34, 2016, § 39. Voir également Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 15 sur le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible, doc. ONU CRC/C/GC/15, 2013 (ci-après : Comité CDE, Observation générale n° 15), § 70.

⁸² Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 21-36. Voir aussi le Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/HRC/32/32, 2016, § 92.

⁸³ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 27. Voir aussi le Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/31/57, 2016, § 44.

⁸⁴ CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 20 ; Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/22/53, 2013, § 75.

⁸⁵ Cour interaméricaine des droits de l'homme, *Artavia Murillo et al. ("in vitro fertilization") v. Costa Rica*, Exceptions préliminaires, fond, réparations et dépens, jugement (en espagnol), Inter-Am. Ct. H.R. (series C) n° 257, 28 novembre 2012, § 143 (« La portée de la protection du droit à la vie privée a été interprétée de façon très large par les tribunaux internationaux spécialisés dans les droits humains [...] La protection de la vie privée comprend toute une série de facteurs se rapportant à la dignité de la personne, comme, par exemple, la capacité à développer sa propre personnalité ou ses propres aspirations, à déterminer sa propre identité et à décider de ses relations personnelles. La notion de vie privée comprend des aspects de l'identité physique et sociale, notamment le droit à l'autonomie individuelle et au développement personnel, et le droit d'établir et de développer des relations avec d'autres êtres humains et avec le monde extérieur [...] la Cour a indiqué que le choix d'être mère était une composante essentielle du libre développement de la personnalité d'une femme. Par conséquent, elle considère que la décision de devenir parent ou non relève de la vie privée. ») ; Commission européenne des droits de l'homme, *Bruggemann et Scheuten c. République fédérale d'Allemagne*, Requête n° 6959/75 (1981) 3 E.H.R.R. 244, Eur. Comm'n H.R., § 54-55 (« La réglementation de l'avortement constitue une ingérence dans la vie privée [...] La portée du droit au respect de la vie privée est telle que celui-ci garantit à la personne un espace au sein duquel elle peut

le contrôle du corps des femmes et de leur capacité à avoir des enfants, au service de ses propres objectifs de défense de l'intérêt public. À cet égard, le Groupe de travail des Nations unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique note que la criminalisation de l'avortement « est une des manières les plus destructrices d'instrumentaliser et de politiser le corps et la vie des femmes en les privant de la liberté de choix sur leur propre corps, car les femmes sont obligées de risquer leur vie ou leur santé pour préserver leur fonction procréatrice⁸⁶ ». L'acte qui consiste à mener à bien une gestation et à donner naissance est profondément humain. Il fait appel à tout ce qu'une personne a en elle et à toutes ses facultés mentales et physiques. C'est un acte qui a des conséquences sur l'identité et la vie d'une femme, qui traduit et qui influence la manière dont elle se pense, ainsi que ses relations aux autres et à la société. Ériger l'avortement en infraction remet donc en cause non seulement la santé physique et mentale de la femme, mais également le respect par la société de sa qualité d'être humain à part entière, en toute égalité⁸⁷.

Qui plus est, les lois criminalisant l'interruption de grossesse infligent des souffrances psychiques ou physiques, peuvent représenter une véritable violence à l'égard des femmes et constituent, de fait, un acte de torture et un traitement cruel, inhumain et dégradant. Elles se traduisent par une atteinte à la dignité et à la conscience de l'individu et à sa capacité à revendiquer son propre être et son propre corps, ce qui dit bien toute la gravité du préjudice subi⁸⁸. La criminalisation de l'interruption de grossesse est en soi une profonde atteinte à la dignité humaine – dignité qui est essentielle à la réalisation des droits fondamentaux de la personne.

Le rapporteur spécial sur le droit à la santé a souligné dans son rapport sur la criminalisation que les lois qui pénalisaient l'interruption de grossesse constituaient « une violation de la dignité et de l'autonomie des femmes en restreignant fortement leur liberté de décision en matière de santé sexuelle » et que ces lois non seulement entraînaient une mortalité et une morbidité maternelles qui pourraient être évitées, mais qu'elles engendraient également « des problèmes de mauvaise santé mentale, surtout parce que les femmes concernées [risquaient] de se trouver embarquées dans le système judiciaire pénal⁸⁹ ». Il a également estimé que les lois pénales relatives à l'interruption de grossesse pouvaient constituer des manquements aux obligations qu'ont les États de respecter, de protéger et de garantir le droit à la santé⁹⁰.

Dans son Observation générale n° 28 sur l'égalité des droits entre hommes et femmes, le Conseil des droits de l'homme appelle les États à prendre des mesures visant à éliminer les atteintes aux droits des femmes concernant leurs fonctions reproductives et à les protéger de telles atteintes. Il cite notamment l'exemple de la pratique consistant à mettre à la charge des médecins et du personnel de santé une obligation légale de signaler les cas de femmes qui ont subi un avortement, estimant qu'une telle injonction compromet le droit à la vie des femmes,

librement chercher à s'épanouir et à réaliser ses aspirations. À cet effet, la personne doit également avoir la possibilité de nouer des relations de divers types, y compris sexuelles, avec d'autres personnes. En principe, par conséquent, lorsque l'État édicte des règles censées encadrer le comportement de la personne au sein de cet espace, il fait acte d'ingérence dans la vie privée et cet acte doit être justifié. »).

⁸⁶ 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/32/44, 2016, § 79.

⁸⁷ Pour une réflexion plus approfondie, voir Amnesty International et Joanna Erdman, *Submission to the UN Human Rights Committee on the Comm. No. 2324/2013 Mellet v. Ireland*.

⁸⁸ E. Cloatre et M. Enright, "Commentary on *McGee v. Attorney General*", p. 95, citant Diarmaid Ferriter, *Occasions of Sin: Sex and Society in Modern Ireland* (Londres : Profile Books, 2009), p. 188, *Northern/Irish Feminist Judgments*, id. 95.

⁸⁹ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, § 21.

⁹⁰ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, § 21.

ainsi que leur droit à ne pas être soumises à la torture ou à un autre mauvais traitement⁹¹. Le Comité recommande en outre explicitement aux États de « faire en sorte que les professionnels de la médecine ne risquent pas d'être sanctionnés pénalement dans l'exercice de leurs responsabilités professionnelles » en ce qui concerne l'interruption de grossesse et le droit à la vie.⁹²

2.3 UNE VIOLATION DES PRINCIPES JURIDIQUES FONDAMENTAUX RELATIFS AUX DROITS HUMAINS

Les lois et politiques qui font de l'interruption de grossesse une atteinte au droit pénal bafouent les droits humains et violent toute une série de principes juridiques fondamentaux relatifs aux droits humains, et notamment le caractère universel et indivisible de ces derniers, la justice fondamentale, la légalité, le refus de l'arbitraire, la proportionnalité, le caractère non régressif de la justice, la participation, l'obligation de rendre des comptes, la transparence, l'égalité et la non-discrimination, et la dignité.

Certes, les États sont tenus, au titre du droit international relatif aux droits humains, d'assurer le fonctionnement d'un système juridique et politique transparent garantissant la sécurité des personnes et la santé publique, mais ils ne disposent pas de pouvoirs illimités leur permettant de réglementer la vie des citoyens et des citoyennes. Les États peuvent être autorisés à imposer des restrictions à certains droits humains, mais uniquement lorsque ces restrictions respectent des critères précis, admis au titre du droit international (voir plus loin pour plus d'informations à ce propos). Ils ne peuvent toutefois pas adopter des lois et des politiques qui portent atteinte à certains droits qui ne supportent aucune dérogation, comme le droit à la vie ou le droit de ne pas être soumis à la torture ou, plus généralement, à des mauvais traitements.

Ainsi, les lois et politiques qui érigent en infraction l'interruption de grossesse non seulement portent atteinte aux droits humains, mais constituent même une violation des principes juridiques qui fondent ces droits. Les tribunaux et, plus généralement, les institutions en charge de la justice, peuvent, dans certains contextes, être plus enclins à assouplir la législation et les politiques en matière d'avortement s'ils les envisagent à la lumière de ces principes⁹³. La Cour constitutionnelle de Colombie a par exemple invalidé l'interdiction de l'interruption de grossesse inscrite au Code pénal, pour autoriser celle-ci sous certaines conditions, en s'appuyant sur le droit constitutionnel et comparé, le droit relatif aux droits humains et les principes fondamentaux desdits droits humains⁹⁴. De même, le Tribunal constitutionnel du Chili a invalidé en 2017 l'interdiction totale de l'interruption de grossesse en vigueur depuis de longues années, pour l'autoriser dans certaines circonstances⁹⁵. Cette instance a non seulement analysé la constitutionnalité de l'interdiction, mais elle a également pris en compte les principes de proportionnalité, d'adéquation et de nécessité pour confirmer que les poursuites judiciaires et les sanctions ne constituaient pas le meilleur moyen de protéger les fœtus et que le fait de refuser l'interruption de grossesse en cas de viol, d'anomalie compromettant la viabilité du fœtus ou de danger pour la vie de la femme enceinte avait un impact disproportionné sur la vie des femmes⁹⁶.

⁹¹ CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 20.

⁹² CDH, Observations finales : Nicaragua, doc. ONU CCPR/C/NIC/CO/3, 2008, § 13.

⁹³ V. Undurruga, "Proportionality in the constitutional review of abortion law", R. Cook, J. Erdman et B. Dickens (sous la direction de), *Abortion law in transnational perspectives: Case and Controversies*, 2014 ; J. Erdman et R. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019.

⁹⁴ Cour constitutionnelle de Colombie, Arrêt C-355, 10 mai 2006.

⁹⁵ Tribunal constitutionnel du Chili, Arrêt Rol n° 3729, 28 août 2017.

⁹⁶ Tribunal constitutionnel du Chili, Arrêt Rol n° 3729, 28 août 2017, § 113-115.

2.3.1. LES ÉTATS NE PEUVENT RESTREINDRE LES DROITS DES PERSONNES QUE DE MANIÈRE LIMITÉE

Les États ne peuvent en aucun cas déroger à certains droits, comme le droit à la vie ou le droit de ne pas être soumis à la torture ou à d'autres mauvais traitements, mais ils peuvent être autorisés, dans certains cas, à restreindre certains droits fondamentaux, à condition que les mesures prises répondent à un certain nombre de critères bien précis. L'adoption de lois et de politiques érigéant en infraction tel ou tel comportement ne doit cependant intervenir qu'en « **dernier recours** » (*ultima ratio*), les sanctions pénales constituant l'une des formes les plus graves d'ingérence de l'État dans la vie des personnes⁹⁷. De plus, toute loi ou politique ayant des conséquences en matière de droits humains doit avoir **un objectif ou une finalité légitime**⁹⁸. La liste de ce qui constitue un but légitime au titre du droit international relatif aux droits humains n'est pas illimitée mais restreinte à des objectifs spécifiques tels que la protection de la sécurité nationale, de l'ordre public, de la santé publique, de la morale publique ou des droits et libertés d'autrui. L'invocation de la seule « moralité » n'est cependant jamais une raison suffisante pour limiter les droits humains⁹⁹.

Toute loi ou politique mise en œuvre par l'État et qui affecte les droits humains doit également être **nécessaire**. En d'autres termes, la restriction des droits humains d'une personne n'est justifiée que dans les situations où il n'existe pas d'autres moyens moins restrictifs satisfaisants à même d'atteindre le but légitime poursuivi¹⁰⁰. Les lois et les politiques publiques doivent être

⁹⁷ Voir N. Jareborg, "Criminalization as Last Resort (Ultima Ratio)", *Ohio State Journal of Criminal Law*, vol. 2, 2005, p. 521 ; D. Husak, "The Criminal Law as a Last Resort", *Oxford Journal of Legal Studies*, vol. 24, 2004, p. 207.

⁹⁸ PIDCP, adopté le 16 décembre 1966, Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale des Nations unies, 21^e session, Supp. n° 16, doc. ONU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (entré en vigueur le 23 mars 1976), art. 19, 21 et 22 ; PIDESC, adopté le 16 décembre 1966, Résolution 2200A (XXI) de l'Assemblée générale des Nations unies, 21^e session, Supp. n° 16, doc. ONU A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3 (entré en vigueur le 3 janvier 1976), art. 4 ; Conseil de l'Europe, Charte sociale européenne (révisée), signée le 3 mai 1996, STE n° 163 (entrée en vigueur le 1^{er} juillet 1999), art. 31.1 ; Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels (Protocole de San Salvador), adopté le 17 novembre 1988, O.A.S.T.S. n° 69, documentation officielle de l'OEA : OEA/Ser.L.V/II.82, doc. 6, rév. 1 [1992] (entré en vigueur le 16 novembre 1999), art. 5.

⁹⁹ Le droit relatif aux droits humains reconnaît que les États ont un intérêt légitime à promouvoir la sécurité nationale, la sûreté publique, l'ordre public, la santé publique, la morale publique ou la protection des droits et libertés d'autrui. Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, 1984, § 27-28. Ce texte précise toutefois que la « marge d'appréciation » dont disposent les États pour ce qui est de la moralité ne s'applique pas à la règle de non-discrimination définie dans le PIDCP. Voir également Comité des droits de l'homme *Toonen c. Australie*, doc. ONU CCPR/C/50/D/488/1992 (1994), § 8.6 (rejetant l'argument invoqué par la Tasmanie selon lequel les questions de morale étaient « exclusivement du ressort interne car ce serait retirer au Comité son droit de regard sur un grand nombre de textes qui peuvent représenter une immixtion dans la vie privée ») ; Haute Cour de Delhi, *Naz Foundation (India) Trust v. Government of NCT of Delhi and Others*, Requête (au civil) n° 7455/2001, 2 juillet 2009, § 91 ; Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud, *National Coalition for Gay and Lesbian Equality v. Minister of Justice*, CC 11/98, 1998, § 79 et 86 ; *Lawrence v. Texas*, 539 US 558, 582 (2003) (juge O'Connor, opinion concordante) ; Cour suprême des Philippines, *Ang Ladlad LGBT Party v. Commission on Elections*, 8 avril 2010.

¹⁰⁰ Les Principes de Syracuse comme ceux de Limburg exigent d'une restriction des droits humains imposée par un État qu'elle soit proportionnée et pas plus restrictive que nécessaire. Si l'on ajoute à ces critères le principe de dernier recours (*ultima ratio*), les États devraient recourir au droit pénal seulement si aucune autre mesure moins punitive n'est suffisante. Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, 1984, § 10-14 ; Commission des droits de l'homme, 43^e session, Principes de Limburg concernant l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/CN.4/1987/17, 1987, § 60-61.

proportionnelles et adaptées au but légitime poursuivi¹⁰¹. Enfin, l'État ne peut pas apporter de restriction aux droits humains **qui soit discriminatoire**. Cela signifie que les lois et politiques publiques doivent être appliquées à tous et à toutes, sans distinction aucune, et ne doivent pas avoir d'effet discriminatoire sur certains groupes de personnes¹⁰². Celles qui entraînent des conséquences disproportionnées sur certaines personnes ou certains groupes doivent être considérées avec suspicion et faire l'objet d'une surveillance spécifique en matière de droits humains (pour plus de détails, voir plus loin le chapitre 2.3.2. **Principe d'égalité et non-discrimination**).

Certains États peuvent prétendre criminaliser l'interruption de grossesse dans un but légitime (pour le bien des femmes et en faveur de la santé maternelle, par exemple), mais les faits montrent que faire de l'avortement une atteinte au droit pénal ne permet pas de promouvoir la santé maternelle et que des mesures moins restrictives sont plus à même de permettre d'atteindre le résultat recherché, sans violer les droits fondamentaux des personnes. Qui plus est, comme nous le soulignons tout au long de la présente note explicative, les lois qui criminalisent l'interruption de grossesse constituent une réponse disproportionnée de la part de l'État, car elles ont de nombreuses répercussions relatives aux droits humains sur la vie des femmes, des filles et de toute personne pouvant être enceinte (voir le chapitre 2.2 pour plus d'informations).

2.3.2. PRINCIPES JURIDIQUES FONDATEURS DES DROITS HUMAINS – DES OUTILS D'ANALYSE PERMETTANT DE CONTESTER LES LOIS ÉRIGEANT EN INFRACTION L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Les principes fondamentaux relatifs aux droits humains permettent non seulement de démontrer que les lois et politiques publiques érigeant l'interruption de grossesse en infraction portent atteinte aux droits humains, mais également de contester le cadre juridique pénal mis en place par certains États concernant l'avortement. Premier principe à retenir : celui de **la légalité et de l'application non arbitraire des lois et politiques publiques**. Le principe de légalité constitue un aspect fondamental de tous les instruments internationaux relatifs aux droits humains, ainsi que de l'état de droit¹⁰³. De manière générale, le principe de légalité représente une garantie élémentaire face à un éventuel exercice arbitraire par l'État de ses pouvoirs de décision et de réglementation. La légalité implique notamment que la loi soit appliquée de

¹⁰¹ Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, § 10(d) et 51 ; Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 31, doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, 2004, § 6 (ci-après : CDH, Observation générale n° 31) ; Comité DESC, Observation générale n° 20, La non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2 du PIDESC), doc. ONU E/C.12/GC/20, 2009, § 13 ; V. Undurraga, "Proportionality in the constitutional review of abortion law", R. Cook, J. Erdman et B. Dickens (sous la direction de), *Abortion law in transnational perspectives: Case and controversies*, 2014, p. 77-97 ; C. Pulido Bernal, "El Principio de proporcionalidad y los derechos fundamentales", Centro de Estudios Políticos y Constitucionales, 2007 ; voir aussi Tribunal constitutionnel du Chili, Arrêt Rol N° 3729, 28 août 2017, § 113-115 (prenant en compte les principes de proportionnalité, d'adéquation et de nécessité pour confirmer que les poursuites judiciaires et les sanctions ne constituaient pas le meilleur moyen de protéger les fœtus et que le fait de refuser l'interruption de grossesse en cas de viol, d'anomalie compromettant la viabilité du fœtus ou de danger pour la vie de la femme enceinte avait un impact disproportionné sur la vie des femmes).

¹⁰² Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, 1984, § 9 et 28 ; Commission des droits de l'homme, 43^e session, Principes de Limbourg concernant l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/CN.4/1987/17, 1987, § 35-41 et 49.

¹⁰³ Statut de la Cour internationale de justice, 18 avril 1946, article 38(1)(c), www.icj-cij.org/fr/statut. (Le principe de légalité, également compris comme étant le principe de justice fondamentale, est l'un des « principes généraux de droit reconnus par les nations civilisées ».)

manière uniforme et non arbitraire. Celle-ci doit être transparente, accessible et appliquée de façon cohérente et équitable par les gouvernements, y compris par les ministères en charge de la santé. Le manque de transparence des lois et des politiques publiques relatives à l'interruption de grossesse représente en particulier un obstacle considérable entravant l'accès aux services légaux d'interruption de grossesse. Le flou qui entoure les conditions dans lesquelles une personne enceinte peut envisager une interruption de grossesse entraîne des retards et des refus de prise en charge, voire pousse des personnes enceintes à ne pas s'adresser au système de santé officiel. De même, lorsque le statut juridique des prestataires de services est précaire, ceux-ci hésitent à pratiquer des interruptions de grossesse, de peur d'être arrêtés ou de faire l'objet d'autres sanctions. « Lorsque la loi n'est pas claire, les États peuvent échapper à toute obligation de rendre des comptes pour les effets préjudiciables de leur législation sur la santé et sur les droits humains¹⁰⁴. »

Au niveau national, la Cour suprême d'Argentine a expliqué qu'une interprétation restrictive des motifs légaux d'avortement, faisant qu'une femme se voit refuser des services d'avortement auxquels elle a légalement droit, constituait une violation du principe de légalité¹⁰⁵. Dans le même esprit, la Cour suprême du Canada, soucieuse de respecter les principes de la justice fondamentale, comparable dans le système de la *common law* (droit jurisprudentiel) au principe de légalité en droit civil, a estimé que :

« Forcer une femme, sous la menace d'une sanction criminelle, à mener le fœtus à terme, à moins qu'elle ne remplisse certains critères indépendants de ses propres priorités et aspirations, est une ingérence profonde à l'égard de son corps et donc une atteinte à la sécurité de sa personne. [...] La Charte [Charte canadienne des droits et libertés] exige donc que l'article 251 [du Code criminel] soit conforme aux principes de justice fondamentale¹⁰⁶. »

Depuis cet arrêt, l'interruption de grossesse n'est plus érigée en infraction au Canada et est aujourd'hui traitée comme n'importe quel autre acte médical.

Concernant **l'application non arbitraire de la loi**, cette notion est censée garantir que, même en cas d'ingérence touchant aux droits humains prévue par la législation (dans le cadre de mesures pénales et réglementaires prises par l'État), celle-ci doit se faire dans le respect du droit et des normes relatifs aux droits fondamentaux de la personne. Elle implique un lien direct et logique entre l'impact de la loi et son objectif. Pour prendre un exemple, une loi criminalisant l'interruption de grossesse en limitant les droits humains des femmes d'une manière n'ayant aucun rapport avec ses objectifs, voire compromettant lesdits objectifs, est une loi arbitraire, infligeant un préjudice sans nécessité ni raison¹⁰⁷. Une loi érigant en

¹⁰⁴ J. N. Erdman et B. R. Johnson, "Access to knowledge and the Global Abortion Policies Database", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, vol. 142, n° 1, 2018, p. 121.

¹⁰⁵ Cour suprême nationale d'Argentine, F.A.L. (mesure directement applicable), 2012, § 17.

¹⁰⁶ Cour suprême du Canada, décision *Morgentaler* rendue en 1988, sur la base d'éléments rassemblés dans le rapport du Comité sur l'application des dispositions législatives sur l'avortement (Ottawa, Approvisionnement et Services, Canada, 1977). Ce rapport démontrait en effet que la loi pénale alors en vigueur, qui autorisait l'avortement pour des motifs limités, retardait l'accès aux services d'avortement au détriment de la santé physique et mentale de certaines femmes et que ce texte était appliqué de façon arbitraire dans le pays (p. 56-57, président de la Cour suprême : Robert Dickson).

¹⁰⁷ CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6), § 7.8 : « L'équilibre que l'État partie a choisi de réaliser en l'espèce entre la protection du fœtus et les droits de la femme n'est pas justifiable. Le Comité rappelle son observation générale n° 16 (1988) sur le droit au respect de la vie privée, selon laquelle la notion d'arbitraire a pour objet de garantir que même une immixtion prévue par la loi soit conforme aux dispositions, aux buts et aux objectifs du Pacte et soit, dans tous les cas, raisonnable eu égard aux circonstances particulières. Le Comité relève que la grossesse ardemment désirée de l'auteure n'était pas viable [...] Le Comité estime que l'immixtion dans la décision de l'auteure concernant la meilleure manière de faire face à sa grossesse non viable a été déraisonnable et arbitraire en violation

infraction l'interruption de grossesse peut avoir pour but affiché de protéger la santé du fœtus ou de la femme, mais les éléments dont on dispose montrent que les lois de ce type ne se traduisent ni par une baisse de la fréquence ou du nombre des avortements, ni par une amélioration en matière de santé fœtale ou maternelle¹⁰⁸. L'Organisation mondiale de la santé a par exemple montré que l'existence de lois pénales ne diminuait en rien les besoins en matière d'avortement et qu'elle avait simplement pour effet de rendre les interventions plus dangereuses¹⁰⁹. Selon les estimations de l'OMS, l'avortement non sécurisé représente la troisième cause de mortalité et de morbidité maternelles dans le monde. Il est à l'origine d'environ 47 000 décès par an, soit 13 % des cas de mortalité maternelle, et de séquelles à vie chez cinq millions de femmes – séquelles qui auraient pu, pour la plupart, être évitées¹¹⁰. Les travaux de recherche effectués confirment également que la criminalisation de l'avortement a simplement pour effet de pousser des personnes enceintes à recourir à l'avortement clandestin ou réalisé dans des conditions non sécurisées, et à se soustraire aux soins de suivi, au détriment de leur santé et au péril de leur vie¹¹¹. Les lois qui vont dans ce sens sont, en tant que telles, arbitraires, car elles compromettent le but même qu'elles sont censées servir (même si elles sont considérées comme au service d'un but légitime) et elles peuvent déboucher sur des violations des droits fondamentaux et des préjudices¹¹².

Lorsqu'un État cherche à réduire ou à éliminer les motifs permettant de recourir légalement à une interruption de grossesse ou à rendre encore plus difficile l'accès à l'avortement, il est possible d'invoquer le principe de **non-régression**. En vertu du droit international, les États ne sont pas autorisés à prendre des mesures régressives qui aggraveraient les atteintes aux droits humains. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a confirmé que, lorsqu'une

de l'article 17 [droit à la vie privée] du Pacte. » Voir aussi Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 16 : Article 17 (Droit à la vie privée), Droit au respect de la vie privée de la personne, de sa famille, de son domicile et de sa correspondance, ainsi qu'à la protection de son honneur et de sa réputation, 1988, § 4. Voir également CDH, *Whelan v. Irlande*, op. cit. (voir note 27), § 7.9 : « Le Comité estime, en substance, que l'équilibre que l'État partie a choisi de réaliser en l'espèce entre la protection du fœtus et les droits de la femme n'est pas justifiable. Il se réfère à cet égard à son opinion dans l'affaire *Mellet c. Irlande*, qui traite d'un refus similaire d'autoriser une interruption de grossesse alors que le fœtus était porteur d'une anomalie compromettant sa viabilité. Le Comité constate que, comme dans l'affaire *Mellet c. Irlande*, le fait d'empêcher la requérante de mettre un terme à sa grossesse en Irlande a induit chez elle une forte angoisse et a constitué une immixtion dans sa décision concernant la meilleure façon de faire face à sa grossesse, nonobstant le caractère non viable du fœtus. Fort de ces constatations, le Comité estime que l'immixtion de l'État partie dans la décision de la requérante n'est pas raisonnable et qu'elle constitue une ingérence arbitraire portant atteinte au droit à la vie privée de ladite requérante, en violation de l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques. » Voir aussi J. Erdman et R. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019, p. 4.

¹⁰⁸ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54).

¹⁰⁹ OMS, *Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 96 : « Les restrictions légales concernant l'avortement n'entraînent ni une baisse du nombre d'avortements ni une augmentation significative du taux de natalité. Inversement, les lois et les politiques qui facilitent l'accès à l'avortement sécurisé n'augmentent pas le taux ou le nombre d'avortements. Leur principal effet est de changer la nature des actes médicaux pratiqués : auparavant clandestins et non sécurisés, ils deviennent alors des actes légaux et sécurisés. Restreindre l'accès légal à l'avortement ne diminue pas le recours à l'avortement, mais augmente probablement le nombre de femmes cherchant à avorter par des moyens illégaux et non sécurisés, avec, comme conséquence, une morbidité et une mortalité accrues. Les restrictions légales poussent également beaucoup de femmes à recourir à des services d'autres pays/États, ce qui coûte cher, retarde l'accès aux soins et crée des inégalités sociales. »

¹¹⁰ OMS et Guttmacher Institute, "Facts on Induced Abortion Worldwide, In Brief", 2012.

¹¹¹ Voir par exemple Amnesty International, *Ce n'est pas une criminelle. La loi sur l'avortement en Irlande et ses conséquences* (EUR 29/1597/2015) ; voir aussi Amnesty International, *On the brink of death: Violence against women and the abortion ban in El Salvador* (AMR 29/003/2014) ; Amnesty International, *Interdiction totale de l'avortement au Nicaragua. La santé et la vie des femmes en danger, les professionnels de la santé passibles de sanctions pénales* (AMR 43/001/2009) [seules l'introduction et les recommandations ont été traduites en français] ; Guttmacher Institute, *Abortion worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, 2018, www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017.

¹¹² Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 16 : Article 17 (droit au respect de la vie privée), doc. ONU CCPR/C/GC/16, 1988 ; voir également J. Erdman et R. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019, p. 4.

telle mesure était délibérément prise, il incombait à l'État d'apporter la preuve « qu'il l'a fait après avoir mûrement pesé toutes les autres solutions possibles et qu'elle est pleinement justifiée eu égard à l'ensemble des droits visés dans le Pacte et à l'ensemble des ressources disponibles¹¹³ ».

Pour finir, les lois et les politiques publiques qui réglementent l'interruption de grossesse doivent être conformes au principe reconnu de longue date **d'égalité et de non-discrimination**, en vertu duquel elles ne peuvent être discriminatoires ni dans leur esprit ni dans la pratique sur la base du sexe et du genre, et ne doivent avoir aucun effet discriminant en fonction de l'âge, de l'origine, de l'appartenance ethnique, de l'implantation géographique ou de toute autre situation, notamment socioéconomique. Comme nous l'avons déjà dit, les lois pénales sur l'interruption de grossesse, ainsi que toutes les lois ou procédures qui imposent des obstacles juridiques et pratiques aux personnes souhaitant avoir accès à un avortement sécurisé, ont des conséquences disproportionnées et discriminatoires sur les populations les plus marginalisées (personnes aux revenus modestes, personnes séropositives, adolescentes, personnes handicapées, personnes déjà susceptibles de faire l'objet de poursuites pour d'autres raisons, telles que les travailleuses et travailleurs du sexe, les consommateurs et consommatrices de stupéfiants, les réfugié·e·s et les migrant·e·s, entre autres). Ces lois et politiques publiques ne font que renforcer et perpétuer les discriminations croisées et ont un impact inégal sur les personnes qui sont confrontées à des formes plurielles et composées de discrimination, ainsi qu'à de multiples obstacles les empêchant d'exercer leurs droits sexuels et reproductifs.

Les préjugés dont sont victimes les femmes contribuent souvent à des disparités de traitement injustes selon, par exemple, l'âge des individus, leur situation économique, leur origine ou leur appartenance ethnique, entravant l'accès normal aux services d'interruption de grossesse¹¹⁴. Les préjugés qui peuvent exister au sein de la justice pénale à l'égard des femmes se traduisent souvent pour celles-ci par un accès plus difficile aux services légaux et par une application arbitraire de la loi. Selon une étude sur la mise en œuvre de lois criminalisant l'avortement dans plusieurs pays latino-américains, dont le Brésil, ces lois seraient appliquées de manière sélective, les pauvres, les personnes d'origine africaine, les jeunes et les femmes appartenant aux populations autochtones faisant l'objet de poursuites sans pouvoir bénéficier, bien souvent, des services d'un avocat compétent¹¹⁵.

Au titre du principe, plus large, d'égalité, les États ont l'obligation de tenir compte des différences fondées sur le sexe et le genre en matière de santé reproductive que peuvent présenter les femmes, les filles et, plus généralement, toutes les personnes pouvant être enceintes. Afin de s'acquitter des obligations qui sont les leurs d'assurer globalement l'égalité à cet égard, les États doivent traiter les différents cas selon les caractéristiques propres à chaque sexe en matière de procréation. Plusieurs organes de l'ONU, dont le Comité pour

¹¹³ Voir Comité des droits économiques, sociaux et culturels, Observation générale n°14 (droit à la santé), doc. ONU E/C.12/2000/4, 2000, § 32 (ci-après : Comité DESC, Observation générale n° 14).

¹¹⁴ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54) : « Protection des femmes ayant des besoins particuliers : Selon le contexte, les femmes célibataires, les adolescentes, celles qui vivent dans une extrême pauvreté, les femmes appartenant à des minorités ethniques, à des groupes de réfugiés et d'autres personnes déplacées, les femmes souffrant de handicaps, et celles qui subissent des violences domestiques, peuvent être vulnérables et bénéficier d'un accès inéquitable aux services d'avortement sécurisé. » (p. 71) « Négocier les procédures d'autorisation constitue une charge disproportionnée pour les femmes nécessiteuses, les adolescentes, celles qui ont peu d'éducation, et celles confrontées, ou risquant d'être confrontées, à la violence et aux conflits familiaux, et crée ainsi une inégalité d'accès aux services ». (p. 103). Voir également B. Galli et A. P. Viana, *O Caso Elineide: Reflexões Sobre as Barreiras Existentes Ao Acesso a Interrupção Legal Da Gravidez Por Risco a Saúde Da Mulher*, 1er octobre 2013.

¹¹⁵ G. Kane, B. Galli et P. Skuster, *Cuando el aborto es un crimen: La amenaza para mujeres vulnerables en América Latina*, Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas, 2013, www.redsaluddecidir.org/wp-content/uploads/Copia-de-El-aborto-no-es-un-crimen-IPAS.pdf.

l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes¹¹⁶, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels¹¹⁷, et le Groupe de travail chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique¹¹⁸, ont expliqué que, lorsque les États n'assuraient pas une prise en charge prévoyant des soins de santé adaptés aux besoins des femmes, ils se rendaient coupables de discrimination et avaient l'obligation d'y remédier.

¹¹⁶ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 11 ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 28, op. cit. (voir note 42). Voir aussi R. J. Cook et S. Howard, "Accommodating Women's Differences under the Women's Anti-Discrimination Convention", *Emory Law Journal*, vol. 56, n° 4, p. 1 040-1 092, 2007 ; R. J. Cook et V. Undurraga, "Article 12 [Health]", M. Freeman, C. Chinkin et B. Rudolf (sous la direction de), *The UN Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women: A Commentary*, Oxford University Press, 2012, p. 311-333.

¹¹⁷ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 24-28.

¹¹⁸ 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/32/44, 2016 : « Refuser aux femmes l'accès à des services dont elles seules ont besoin, et ne pas répondre à leurs besoins spécifiques en matière de santé et de sécurité, et de santé sexuelle et procréative, constituent des actes intrinsèquement discriminatoires et empêchent les femmes de disposer librement de leur corps et de leur existence. » (§ 28) ; « L'égalité dans le domaine de la santé procréative nécessite un accès, sans discrimination [...] à des procédures sûres d'interruption de grossesse... » (§ 23).

3. OBLIGATIONS DES ÉTATS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS DANS LE CONTEXTE DE L'AVORTEMENT

Avec les progrès des connaissances en matière de santé publique et des enjeux lorsque les femmes, les filles et, plus généralement, toutes les personnes qui peuvent être enceintes sont dans l'incapacité de maîtriser leur fonction reproductrice, les normes relatives aux droits humains et concernant plus particulièrement l'avortement ont évolué. Les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains appellent de plus en plus les États à dépénaliser l'interruption de grossesse, à assouplir les lois qui encadrent cette pratique et à mettre en place des conditions permettant aux gens de prendre des décisions de manière autonome concernant leur sexualité, la reproduction, leur corps et leur vie, en se fondant sur des informations et des preuves exactes et objectives. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des textes et normes du droit international relatif aux droits humains qui confirment le droit des personnes enceintes de bénéficier d'une interruption de grossesse sécurisée et de jouir plus largement de leurs droits sexuels et reproductifs.

3.1 ÉVOLUTION DES DISPOSITIONS JURIDIQUES ET DES NORMES INTERNATIONALES RELATIVES AUX DROITS HUMAINS

Les analyses et les recommandations des organes de surveillance des traités de l'ONU concernant les obligations des États dans le contexte de l'avortement ont considérablement évolué ces 10 dernières années¹¹⁹. Le Comité des droits de l'homme a été le premier à s'inquiéter des lois qui restreignaient les conditions d'accès à l'interruption de grossesse, en 1993¹²⁰. Depuis, outre le Comité des droits de l'homme, plusieurs autres organes, et en particulier le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits de l'enfant, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité contre la torture, le Comité pour l'élimination de la discrimination raciale et le Comité des droits des personnes handicapées, ont régulièrement exprimé, dans plusieurs centaines d'observations finales, leurs préoccupations face aux interruptions de grossesse pratiquées dans des conditions non sécurisées et aux conséquences de telles interventions pour les femmes et les jeunes filles. De plus, alors que ces organes plaidaient essentiellement, il y a quelques années encore, pour l'accès à l'avortement, en tant que mesure permettant de faire baisser une mortalité et une morbidité maternelles dues à des interruptions de grossesse non sécurisées qui pouvaient être évitées, l'accent est désormais mis sur la nécessité de garantir le respect intégral de toute une série de droits fondamentaux des femmes, tels que le droit de disposer de sa personne et de son corps, le droit à l'égalité et à la non-discrimination, le droit à la dignité, à la vie privée et à l'information, ainsi que le droit de ne pas être soumis à la torture et à d'autres mauvais traitements.

¹¹⁹ CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6). Voir aussi Centre pour les droits reproductifs, *Breaking ground 2020: Treaty monitoring bodies on reproductive rights*, 2020, reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights. Voir également J. B. Fine, K. Mayall et L. Sepúlveda, "The role of international human rights norms in the liberalization of abortion laws globally", *Health and Human Rights Journal*, 2017, www.hhrjournal.org/2017/06/the-role-of-international-human-rights-norms-in-the-liberalization-of-abortion-laws-globally/.

¹²⁰ Comité des droits de l'homme, Observations finales : Irlande, doc. ONU CCPR/C/79/Add.21, 1993, § 15.

Les organes de suivi des traités déplorent régulièrement le fait que, dans de nombreux pays, les conditions insalubres d'avortement soient la principale cause de taux de mortalité maternelle élevés, notamment chez les adolescentes¹²¹, et qu'elles mettent en danger la santé et la vie des femmes¹²². Ils exhortent les États à éliminer les pratiques dangereuses en matière d'avortement, à supprimer les obstacles entravant l'accès à des services légaux d'avortement et à adopter les mesures appropriées, législatives ou autres, pour que les femmes et les filles n'aient pas à recourir à des avortements non sécurisés¹²³. Toutefois, comme nous l'expliquons au chapitre 2.2, l'accès à des services d'interruption de grossesse sécurisés est de plus en plus considéré non pas comme une simple question de droit à la vie ou à la santé, mais aussi comme un aspect central de la lutte contre la discrimination et pour l'égalité des genres.

Les organes de suivi des traités ont modifié avec le temps leur manière d'appréhender les atteintes aux droits humains engendrées par la privation de services d'avortement sécurisé¹²⁴. On sent parfaitement l'évolution en cours, depuis une position consistant à demander que de nouveaux critères de dérogation soient ajoutés aux lois pénales en place, vers une exhortation à totalement dépénaliser la pratique et à garantir l'accès à une interruption de grossesse sans danger. Le message contenu dans toutes ces observations est que les approches fondées sur les motifs acceptables (l'interruption de grossesse n'étant légale que dans certaines circonstances) ne permettent pas de garantir tous les droits fondamentaux des femmes, des jeunes filles et, plus largement, des personnes enceintes, et que les obstacles qui empêchent l'accès à l'avortement sécurisé, au niveau des dispositifs juridiques, réglementaires ou de santé, ainsi qu'au sein de la société, doivent être supprimés. L'obligation de faire totalement

¹²¹ Comité CDE, Observations finales : Colombie, doc. ONU CRC/C/15/ADD.137, 2000 ; Guatemala, doc. ONU CRC/C/15/Add.154, 2001 ; Paraguay, doc. ONU CRC/C/15/ADD.166, 2001 ; Mozambique, doc. ONU CRC/C/15/Add.172, 2002 ; Canada, doc. ONU CRC/C/PER/CO/3, 2012 ; Malawi, doc. ONU CRC/C/MWI/CO/2, 2009 ; Pakistan, doc. ONU CRC/C/PAK/CO/3-4, 2009 ; Argentine, doc. ONU CRC/C/ARG/CO/3-4, 2010 ; Burkina Faso, doc. ONU CRC/C/BFA/CO/3-4, 2010 ; Maldives, CRC/C/MDV/CO/4-5, 2016. Voir aussi CDH, Observations finales : Mongolie, doc. ONU CCPR/C/79/Add.120, 2000 ; Guatemala, doc. ONU CCPR/CO/72/GTM, 2001 ; Mali, doc. ONU CCPR/CO/77/MLI, 2003 ; Kenya, doc. ONU CCPR/CO/83/KEN, 2005. Voir également Comité DESC, Observations finales : Bolivie, doc. ONU E/C.12/1/ADD.60, 2001 ; Népal, doc. ONU E/C.12/1/ADD.66, 2001 ; Bénin, doc. ONU E/C.12/1/Add.78, 2002 ; Trinité-et-Tobago, doc. ONU E/C.12/1/ADD.80, 2002 ; Brésil, doc. ONU E/C.12/1/ADD.87, 2003 ; Fédération de Russie, doc. ONU E/C.12/1/ADD.94, 2003 ; Mexique, doc. ONU E/C.12/MEX/CO/4, 2006 ; Paraguay, doc. ONU E/C.12/PRY/CO/3, 2006 ; Brésil, doc. ONU E/C.12/BRA/CO/2, 2009 ; Argentine, doc. ONU E/C.12/ARG/CO/3, 2011. Voir par ailleurs Comité CEDAW, Observations finales : Bénin, doc. ONU CEDAW/C/BEN/CO/1-3, 2005 ; Cap-Vert, doc. ONU CEDAW/C/CPV/CO/6, 2006 ; Érythrée, doc. ONU CEDAW/C/ERI/CO/3, 2006 ; Jamaïque, doc. ONU CEDAW/C/JAM/CO/5, 2006 ; Malawi, doc. ONU CEDAW/C/MWI/CO/5, 2006 ; Philippines, doc. ONU CEDAW/C/PHI/CO/6, 2006 ; Togo, doc. ONU CEDAW/C/TGO/CO/5, 2006 ; Venezuela, doc. ONU CEDAW/C/VEN/CO/6, 2006 ; Belize, doc. ONU CEDAW/C/BLZ/CO/4, 2007 ; Pakistan, doc. ONU CEDAW/C/PAK/CO/3, 2007 ; Nigeria, doc. ONU CEDAW/C/NGA/CO/6, 2008 ; Uruguay, doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/7, 2008.

¹²² Comité CDE, Observations finales : Uruguay, doc. ONU CRC/C/URY/CO/2, 2007. Voir aussi Comité CEDAW, Observations finales : Salvador, doc. ONU CEDAW/C/SLV/CO/7, 2008 ; Maroc, doc. ONU CEDAW/C/MAR/CO/4, 2008 ; Oman, doc. ONU CEDAW/C/OMN/CO/1, 2011.

¹²³ Voir par exemple Comité CDE, Observations finales : Cap-Vert, doc. ONU CRC/C/15/Add.168, 2001 ; Trinité-et-Tobago, doc. ONU CRC/C/TTO/CO/2, 2006 ; Guatemala, doc. ONU CRC/C/15/Add.154, 2001 ; Haïti, doc. ONU CRC/C/15/Add.202, 2003. Voir aussi CDH, Observations finales : Cameroun, doc. ONU CCPR/C/CMR/CO/4, 2010 ; Sri Lanka, doc. ONU CCPR/CO/79/LKA, 2008. Voir également Comité DESC, Observations finales : Colombie, doc. ONU E/C.12/1/ADD.74, 2001 ; Panama, doc. ONU E/C.12/1/ADD.64, 2001 ; Sénégal, doc. ONU E/C.12/1/Add.62, 2001 ; Bénin, doc. ONU E/C.12/1/Add.78, 2002 ; Albanie, doc. ONU E/C.12/ALB/CO/1, 2006 ; Kosovo, doc. ONU E/C.12/UNK/CO/1, 2008 ; Kenya, doc. ONU E/C.12/KEN/CO/1, 2008 ; République dominicaine, doc. ONU E/C.12/DOM/CO/3, 2010. Voir par ailleurs Comité CEDAW, Observations finales : Sainte-Lucie, doc. ONU CEDAW/C/LCA/CO/6, 2006 ; Brésil, doc. ONU CEDAW/C/BRA/CO/6, 2007 ; Namibie, doc. ONU CEDAW/C/URY/CO/7, 2007.

¹²⁴ CDH, *Mellet c. Irlande*, op. cit. (voir note 6). Voir aussi Centre pour les droits reproductifs, *Breaking ground 2020: Treaty monitoring bodies on reproductive rights*, 2020, reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights. Voir également J. B. Fine, K. Mayall et L. Sepúlveda, "The role of international human rights norms in the liberalization of abortion laws globally", *Health and Human Rights Journal*, 2017, www.hhrjournal.org/2017/06/the-role-of-international-human-rights-norms-in-the-liberalization-of-abortion-laws-globally/.

disparaître la réglementation des services d'interruption de grossesse du cadre de la justice pénale est également claire. Les observations finales des organes de suivi des traités rappellent en outre de plus en plus souvent, aussi bien dans le fond que dans la forme, l'importance de légalité, de l'autonomie et de l'intégrité physique et mentale en matière d'accès à l'avortement.

Des organes et des tribunaux de protection des droits humains ont également affirmé que les gouvernements devaient garantir un accès pratique, et non uniquement théorique, à des services d'interruption de grossesse. (Voir chapitre 5.1 : Garanties de procédure permettant d'assurer l'accès à l'interruption de grossesse légale.) Les États sont en réalité tenus de veiller à ce que les femmes et les filles, ainsi que toutes les personnes pouvant être enceintes, aient effectivement accès à des services d'interruption volontaire de grossesse, sans se heurter à des obstacles, délais ou restrictions qui violeraient leurs droits humains¹²⁵. Pour résumer, l'argument consiste à dire que l'avortement n'est pas seulement une question de santé publique, mais également un sujet relevant de l'égalité sociale, économique et entre les genres.

ENCADRÉ 2 : LA CONTRIBUTION D'AMNESTY INTERNATIONAL A L'EVOLUTION PROGRESSIVE DES NORMES RELATIVES AUX DROITS HUMAINS

Il est important de noter que les normes relatives aux droits humains concernant l'avortement sont en perpétuelle évolution et qu'Amnesty International peut potentiellement jouer un rôle déterminant permettant de faire progresser ces normes. Amnesty International œuvre pour le maintien des normes internationales existantes, qui ont d'ailleurs, pour nombre d'entre elles (la Convention contre la torture de 1975, par exemple), été adoptées en partie grâce à sa mobilisation. Dans plusieurs domaines, la position de l'organisation est d'ailleurs en avance sur le droit international (c'est le cas, par exemple, de son opposition inconditionnelle à la peine de mort et au recours à l'arme nucléaire en toutes circonstances)¹²⁶. Enfin, les consultations menées par le passé ont insisté sur les valeurs et principes relatifs aux droits humains sur lesquels repose l'analyse de l'avortement sous l'angle des droits humains et qui orientent l'évolution future des normes relatives aux droits humains : l'autonomie, l'intégrité physique, la dignité, la non-discrimination, la participation et l'obligation de rendre des comptes¹²⁷.

3.2 OBLIGATIONS JURIDIQUES DES ÉTATS EN MATIÈRE DE DROITS HUMAINS DANS LE CONTEXTE DE L'AVORTEMENT

3.2.1 DEPENALISER L'AVORTEMENT

Dans un premier temps, les organes de suivi des traités ont concentré leur attention sur les cadres réglementaires les plus extrêmes, en se préoccupant des pays qui érigeaient

¹²⁵ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8. Voir aussi CDH, Observations finales : Argentine, doc. ONU CCPR/CO/70/ARG, 2000, § 14. Voir également Comité DESC, Observations finales : Argentine, doc. ONU E/C.12/ARG/CO/3, 2011, § 22 ; Pologne, doc. ONU E/C.12/POL/CO/5, 2009, § 28. Voir par ailleurs Comité CEDAW, Observations finales : Inde, doc. ONU CEDAW/C/IND/CO/3, 2007, § 41 ; Pologne, doc. ONU CEDAW/C/POL/CO/6, 2007, § 25. Voir aussi Cour européenne des droits de l'homme, *Tysiąg c. Pologne*, op. cit. (voir note 51) ; *R. R. c. Pologne*, Requête n° 27617/04, 2011 (ci-après : Cour européenne des droits de l'homme, *R. R. c. Pologne*). Voir également le rapport de Nils Muižnieks, commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, après sa visite en Irlande du 22 au 25 novembre 2016, 29 mars 2017, § 95 (en anglais).

¹²⁶ Plus récemment, Amnesty International a pris la décision audacieuse d'adopter une ligne de conduite sur les obligations qu'ont les États de respecter, de protéger et de concrétiser les droits des travailleuses et travailleurs du sexe, appelant à une dépénalisation totale de leur activité, entre autres demandes, afin de prévenir des violations prévisibles de leurs droits, ce qui va au-delà de la position des organes de suivi des traités relatifs aux droits humains.

¹²⁷ Voir Amnesty International, *Rapport de la réunion d'experts sur les droits en matière de procréation* (POL 30/006/2005).

l'avortement en infraction en toutes circonstances¹²⁸ ou presque¹²⁹. Ils sont cependant parvenus au fil des ans à une prise de conscience des violations résultant de l'impossibilité d'accéder à des services d'interruption de grossesse sécurisée et ont fait évoluer leurs recommandations en conséquence. Ils se sont donc éloignés de leur position initiale, qui consistait à demander aux États de dépénaliser partiellement l'avortement (en augmentant le nombre de dérogations au droit pénal) et d'assurer l'accès à l'interruption de grossesse sécurisée pour un certain nombre de motifs déterminés¹³⁰ (à peu près à l'époque où Amnesty International a adopté sa ligne de conduite, en 2007), pour appeler de plus en plus à une dépénalisation totale et à un accès « au moins » pour certains motifs, tels que le risque pour la vie ou la santé de la personne, le viol, l'inceste ou l'existence chez le fœtus d'une anomalie grave¹³¹, voire compromettant sa viabilité, ou à un accès à l'avortement sécurisé de manière plus générale¹³². La dépénalisation totale de l'avortement implique que celui-ci ne figure plus dans le droit pénal et que les femmes, les jeunes filles et, plus généralement, toutes les personnes enceintes ne puissent pas tomber sous le coup de lois, politiques ou pratiques pénales ou, plus largement, punitives pour avoir subi ou voulu subir un avortement. Une telle mesure sous-entend également que le personnel de santé, entre autres, ne risque pas d'être sanctionné pour avoir réalisé ou aidé à réaliser des interruptions de grossesse, par voie médicamenteuse ou dans le cadre d'une intervention¹³³.

Cette évolution est la conséquence de la prise en compte croissante, au sein des organes de suivi des traités, des effets préjudiciables de lois étroites s'articulant autour de dérogations au droit pénal. Ces lois ne garantissent pas un accès réel à un avortement légal. Elles omettent de prendre en compte bon nombre de raisons pour lesquelles une personne peut vouloir interrompre sa grossesse¹³⁴. Elles ont un effet préjudiciable sur les personnes enceintes, et en

¹²⁸ Comité DESC, Observations finales : Népal, doc. ONU E/C.12/1/ADD.66, 2001 ; Chili, doc. ONU E/C.12/1/ADD.105, 2004 ; Malte, doc. ONU E/C.12/1/ADD.101, 2004 ; Monaco, doc. ONU E/C.12/MCO/CO/1, 2006 ; Salvador, doc. ONU E/C.12/SLV/CO/2, 2007 ; Costa Rica, doc. ONU E/C.12/CRI/CO/4, 2008 ; Philippines, doc. ONU E/C.12/PHL/CO/4, 2008 ; Maurice, doc. ONU E/C.12/MUS/CO/4, 2010 ; Nicaragua, doc. ONU E/C.12/NIC/CO/4, 2008. Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Chili, doc. ONU CRC/C/CHL/CO/3 ; Nicaragua, doc. ONU CRC/C/NIC/CO/4 ; Malte, doc. ONU CRC/C/MLT/CO/2. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Honduras, doc. ONU CEDAW/C/HON/CO/6, 2007 ; Chili, doc. ONU CEDAW/C/CHL/CO/5-6, 2012 ; Émirats arabes unis, doc. ONU CEDAW/C/AND/CO/2-3, 2015. Voir par ailleurs CDH, Observations finales : Nicaragua, doc. ONU CCPR/C/NIC/CO/3, 2008 ; République dominicaine, doc. ONU CCPR/C/DOM/CO/5, 2012 ; Philippines, doc. ONU CCPR/C/PHL/CO/4, 2012 ; Sierra Leone, doc. ONU CCPR/C/SLE/CO/1, 2014 ; Chili, doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/6, 2014 ; Madagascar, doc. ONU CCPR/C/MDG/CO/3, 2007 ; Madagascar, doc. ONU CCPR/C/MDG/CO/4, 2017. Voir également Comité contre la torture, Observations finales : Nicaragua, doc. ONU CAT/C/NIC/CO/1, 2009 ; Sierra Leone, doc. ONU CAT/C/SLE/CO/1 (2014).

¹²⁹ Comité contre la torture, Observations finales : Paraguay, doc. ONU CAT/C/PRY/CO/4-6, 2011. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Afghanistan, doc. ONU CEDAW/C/AFG/CO/1-2, 2013 ; Bahamas, doc. ONU CEDAW/C/BHS/CO/1-5, 2012. Voir aussi Comité CDE, Gambie, doc. ONU CRC/C/GMB/CO/2-3 (2015). Voir par ailleurs CDH, Jordanie, doc. ONU CCPR/C/JOR/CO/5, 2017.

¹³⁰ CDH, Observations finales : Guatemala, doc. ONU CCPR/CO/72/GTM, 2001 ; Gambie, doc. ONU CCPR/CO/75/GMB, 2004. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Indonésie, doc. ONU CEDAW/C/IDN/CO/6-7, 2012.

¹³¹ Comité CEDAW, Observations finales : Haïti, doc. ONU CEDAW/C/HTI/CO/8-9, 2016 ; Honduras, doc. ONU CEDAW/C/HND/CO/7-8, 2016. Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Mexique, doc. ONU CRC/C/MEX/CO/4-5, 2015.

¹³² Voir par exemple Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 28. Voir également Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX.

¹³³ Même lorsqu'une liste d'exceptions a été ajoutée à une loi pénalisant l'avortement, afin de permettre d'y déroger dans certaines circonstances, la « criminalisation partielle » qui en résulte n'est toujours pas conforme aux lois et normes relatives aux droits humains existantes, car une telle approche continue de pousser certaines personnes enceintes à recourir à des interruptions de grossesse non sécurisées, clandestines ou illégales. En outre, elle renforce l'opprobre et la discrimination associées à l'avortement et ne protège pas les droits fondamentaux des femmes, des jeunes filles et, plus généralement, des personnes pouvant être enceintes.

¹³⁴ Voir S. Chae, S. Desa, M. Crowell et G. Sedgh, "Reasons why women have induced abortions: A synthesis of findings from 14 countries", *Contraception*, octobre 2017, vol 96, n° 4, p. 233-241.

particulier sur celles qui sont marginalisées¹³⁵. Lorsque l'accès à l'avortement est limité à certains motifs, les personnes qui vivent dans la pauvreté ou en marge de la société ne peuvent avoir accès à l'interruption de grossesse par d'autres voies (dans une clinique privée ou à l'étranger, par exemple) et elles sont donc contraintes d'avoir recours à l'avortement non sécurisé, s'exposant à un risque accru de poursuites et de sanctions.

La démarche adoptée par le Comité des droits de l'enfant est un bon exemple de cette évolution remarquable. Depuis 2015, ce Comité recommande systématiquement aux États « de dépénaliser l'avortement dans tous les cas, de revoir [leur] législation afin de garantir l'accès des adolescentes aux services d'avortement médicalisé et de soins après avortement, et de veiller à ce que l'avis de l'adolescente soit systématiquement pris en compte et respecté dans les décisions concernant l'avortement¹³⁶. »

En 2017, plusieurs experts de l'ONU ont appelé les États à faire en sorte que toute femme nécessitant une interruption de grossesse puisse en bénéficier, notant les conséquences que les lois qui pénalisent l'avortement pouvaient avoir sur certaines populations particulièrement vulnérables, comme les adolescentes et les pauvres, et appelant à dépénaliser cette pratique¹³⁷. Dans une récente déclaration commune, le Comité des droits des personnes handicapées et le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes ont affirmé : « Afin de respecter l'égalité des genres et les droits des personnes en situation de handicap, conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, les États parties devraient dépénaliser l'avortement en toutes circonstances et le légaliser en veillant à respecter pleinement l'autonomie des femmes, y compris celles en situation de handicap. Dans toutes les mesures qu'ils prennent pour respecter leurs obligations concernant la santé et les droits sexuels et reproductifs, y compris le droit d'avorter légalement et en toute sécurité, les deux Comités engagent les États parties à adopter une approche fondée sur les droits humains qui protège les choix de toutes les femmes, y compris celles en situation de handicap, en matière de procréation ainsi que leur autonomie¹³⁸. »

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a appelé les États à « libéraliser les lois restrictives sur l'avortement » et à « garantir aux femmes et aux filles l'accès à des services d'avortement médicalisé et à des soins postérieurs de qualité¹³⁹ », leur conseillant de veiller à ce que l'accès à des services d'avortement sécurisé fasse partie intégrante des soins de santé

¹³⁵ CDH, Observations finales : Pologne, doc. ONU CCPR/CO/82/POL, 2004, § 8 ; Comité DESC, Observations finales : Pologne, doc. ONU E/C.12/1/Add.82, 2002, § 29. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Nouvelle-Zélande, doc. ONU CEDAW/C/NZL/CO/7, 2012, § 34. Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Zimbabwe, doc. ONU CRC/C/ZWE/CO/2, 2016, § 60(c) ; Pologne, doc. ONU CRC/C/POL/CO/3-4, 2015, § 39(b). Voir également Comité DESC, Observations finales : Pologne, doc. ONU E/C.12/POL/CO/6, 2016, § 46-47.

¹³⁶ Comité CDE, Observations finales : Gambie, doc. ONU CRC/C/GMB/CO/2-3, 2015 ; Honduras, doc. ONU CRC/C/HND/CO/4-5, 2015 ; Haïti, doc. ONU CRC/C/HTI/CO/2-3, 2016 ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, doc. ONU CRC/C/GBR/CO/5, 2016 ; Zimbabwe, doc. ONU CRC/C/ZWE/CO/2, 2016 ; Sierra Leone, doc. ONU CRC/C/SLE/CO/3-5, 2016 ; Bhoutan, doc. ONU CRC/C/BTN/CO/3-5, 2017. Voir aussi Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 60.

¹³⁷ Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations unies, "International Safe Abortion Day – Thursday 28 September 2017. Safe abortions for all women who need them – not just the rich, say UN experts", 27 septembre 2017, déclaration des experts de l'ONU suivants : Kamala Chandrakirana, présidente-rapporteuse du Groupe de travail des Nations unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des femmes dans la législation et dans la pratique ; Dubravka Simonovic, rapporteuse spéciale chargée de la question de la violence contre les femmes, y compris ses causes et ses conséquences ; Dainius Pûras, rapporteur spécial des Nations unies sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ; Agnès Callamard, rapporteuse spéciale des Nations unies sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires, www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22167&LangID=E.

¹³⁸ Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX.

¹³⁹ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 28.

sexuelle et procréative¹⁴⁰. Le rapporteur spécial sur le droit à la santé a aussi souligné l'importance de la dépénalisation de l'avortement, y compris pour les personnes qui rendent l'intervention possible¹⁴¹.

La dépénalisation complète, quelles que soient les raisons invoquées, est la seule façon de garantir les droits fondamentaux des femmes, des jeunes filles et, plus largement, de toutes les personnes pouvant être enceintes, et notamment leurs droits à la santé et à la vie, en évitant les conséquences préjudiciables des avortements illégaux et non sécurisés.

3.2.2 SUPPRIMER LES CONDITIONS PRIVANT LES FEMMES, LES FILLES ET LES PERSONNES ENCEINTES DE LEUR AUTONOMIE ET DE LEUR CAPACITE D'ACTION

Les organes de suivi des traités de l'ONU et un certain nombre d'experts indépendants ont une attitude de plus en plus critique à l'égard des lois sur l'avortement qui restreignent et compromettent l'autonomie reproductive des personnes enceintes, ainsi que leur droit de prendre des décisions à propos de leur grossesse. En 2012, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes s'est inquiété auprès de la Nouvelle-Zélande du fait que le cadre législatif et les dispositions en vigueur rendaient les femmes « dépendantes de l'interprétation en leur faveur d'une règle qui les prive de leur autonomie », et a recommandé que l'État révisé « la législation et les pratiques en matière d'avortement, dans un souci de simplification et dans l'optique de garantir la liberté de choix des femmes¹⁴². » Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a quant à lui explicitement déclaré que l'accès à l'avortement, ainsi qu'aux autres services de santé sexuelle et reproductive, faisait partie de l'obligation qui incombe aux États de « respecter le droit des femmes de prendre des décisions autonomes » concernant leur santé¹⁴³. Les experts de l'ONU ont également souligné que les lois et politiques restrictives sur l'avortement enfreignaient le droit relatif aux droits humains, mais privaient aussi les femmes de toute autonomie dans la prise de décisions concernant leur propre corps¹⁴⁴. De la même manière, le Comité des droits de l'enfant a appelé les États à veiller à ce que l'opinion des filles enceintes soit systématiquement entendue et respectée dans les décisions d'avortement.¹⁴⁵

Les personnes enceintes doivent être celles qui prennent les décisions concernant leur grossesse. Ce sont elles qui doivent décider si elles souhaitent impliquer d'autres personnes. Les tiers ont un rôle à jouer dans le contexte de l'avortement, mais ce n'est pas leur rôle de

¹⁴⁰ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30, op. cit. (voir note 75), § 52(c) ; voir également Comité CEDAW, Observations finales : Nouvelle-Zélande, doc. ONU CEDAW/C/NZL/CO/7, 2012, § 35(a) [invitant le pays – qui n'autorise l'avortement que quand la grossesse entraîne un risque pour la santé physique ou mentale de la femme et en cas de viol ou d'inceste – à modifier sa législation « afin de garantir la liberté de choix des femmes »]. Voir aussi Comité CEDAW, Observations finales : Sierra Leone, doc. ONU CEDAW/C/SLE/CO/6, 2014, § 32.

¹⁴¹ Rapport intermédiaire du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, transmis par note du secrétaire général, doc. ONU A/66/254, 2011, § 65(h) et 65(i).

¹⁴² Comité CEDAW, Observations finales : Nouvelle-Zélande, doc. ONU CEDAW/C/NZL/CO/7, 2012, § 34 et 35(a).

¹⁴³ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 28.

¹⁴⁴ Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, « "L'avortement à risques tue toujours des dizaines de milliers de femmes à travers le monde", avertissent les experts des droits de l'ONU », 28 septembre 2016, déclaration des experts de l'ONU suivants : Alda Facio, présidente-rapporteuse du Groupe de Travail sur la question de la discrimination contre les femmes dans la législation et la pratique ; Dainius Pūras, rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible ; Juan E. Méndez, rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; et Dubravka Šimonović, rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20600&LangID=F.

¹⁴⁵ Comité CDE, Observations finales : Irlande, doc. ONU CRC/C/IRL/CO/3-4, 2016, § 58(a) ; Maroc, doc. ONU CRC/C/MAR/CO/3-4, 2014, § 57(b) ; Koweït, doc. ONU CRC/C/KWT/CO/2, 2013, § 60 ; Sierra Leone, doc. ONU CRC/C/SLE/CO/3-5, 2016, § 32(c) ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, doc. ONU CRC/C/GBR/CO/5, 2016, § 65(c).

déterminer si la personne enceinte a le droit d'interrompre sa grossesse, ni de prendre des décisions pour son compte ou à sa place. Les professionnel-le-s de la santé, les travailleuses et travailleurs sociaux et les éducateurs et éducatrices, entre autres, peuvent apporter leur aide aux femmes et aux jeunes filles en leur offrant des conseils désintéressés, confidentiels, objectifs et non directifs – lorsque celles-ci doivent prendre la décision de poursuivre ou d'interrompre une grossesse, comme dans le contexte social plus général de la fourniture d'informations exactes sur la grossesse et d'une éducation complète à la sexualité. Pour permettre aux femmes, aux jeunes filles et, plus largement, aux personnes enceintes de prendre des décisions éclairées, en toute connaissance de cause, les professionnel-le-s de la santé, en particulier, doivent leur fournir des informations factuelles et impartiales sur les aspects de la santé liés à l'avortement, qui tiennent compte de leur âge, de leur état de santé et de l'éventail des méthodes disponibles.

Les organes de suivi des traités de l'ONU ont régulièrement fait part de leurs préoccupations quant aux dispositions exigeant l'autorisation d'un tiers pour subir une interruption de grossesse – l'autorisation du conjoint ou du compagnon¹⁴⁶ ou celle de professionnel-le-s de la santé, par exemple – et aux effets préjudiciables que ces dispositions ont sur la capacité des femmes à bénéficier des services idoines¹⁴⁷. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a estimé dans sa Recommandation générale n° 24 que « les États parties ne devraient pas empêcher les femmes d'avoir accès à certains services de santé ou aux établissements de soins au motif qu'elles n'ont pas l'autorisation de leur mari, de leur partenaire, de leurs parents ou des autorités sanitaires, ou parce qu'elles ne sont pas mariées, ou tout simplement parce que ce sont des femmes¹⁴⁸. »

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a spécifiquement reconnu l'exigence de consentement du conjoint comme une violation de l'article 15 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (qui exige des États parties qu'ils « reconnaissent à la femme l'égalité avec l'homme devant la loi »)¹⁴⁹. Dans sa Recommandation générale n° 21 sur l'égalité dans le mariage et les rapports familiaux, le Comité note que « la décision d'avoir ou non des enfants, même si elle doit de préférence être prise en consultation avec le conjoint ou le partenaire, ne peut toutefois être limitée par le conjoint, un parent, le partenaire ou l'État¹⁵⁰. »

En Europe, dans ces circonstances, les organes de protection des droits humains font prévaloir les droits des femmes. Ainsi, dans la jurisprudence européenne, plusieurs compagnons ou conjoints essayant d'interdire à leur compagne de subir un avortement ont été déboutés¹⁵¹. La Cour européenne des droits de l'homme a ainsi jugé dans l'affaire *Boso c. Italie* que « toute interprétation du droit du père potentiel au regard de l'article 8 de la Convention [qui garantit

¹⁴⁶ Comité CDE, Observations finales : Pakistan, doc. ONU CRC/C/PAK/CO/5, 2016. Voir aussi Comité CEDAW, Observations finales : Tunisie, doc. ONU CEDAW/C/TUN/CO/6 (2010) ; Japon, doc. ONU CEDAW/C/JPN/CO/7-8, 2016 ; Turquie, doc. ONU CEDAW/C/TUR/CO/7, 2016. Voir par ailleurs CDH, Observations finales : Zambie, doc. ONU CCPR/C/ZMB/CO/3, 2007.

¹⁴⁷ Comité CEDAW, Observations finales : Pérou, doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/7-8, 2014 ; Rwanda, doc. ONU CEDAW/C/RWA/CO/7-9, 2017 ; Timor-Leste, doc. ONU CEDAW/C/TLS/CO/2-3, 2015 ; Nouvelle-Zélande, doc. ONU CEDAW/C/NZL/CO/7, 2012. Voir également Comité contre la torture, Observations finales : Kenya, doc. ONU CAT/C/KEN/CO/2, 2013.

¹⁴⁸ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 14.

¹⁴⁹ Voir les Observations finales du Comité CEDAW sur la Turquie (1997) et l'Indonésie (1998). Le Comité est allé jusqu'à conseiller à un État partie de revoir cette exigence dans sa loi sur l'avortement. Voir les Observations finales du Comité CEDAW sur la Turquie (1997).

¹⁵⁰ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Observation générale n° 21, Égalité dans le mariage et les rapports familiaux, doc. ONU A/47/38, 1994 (ci-après : Comité CEDAW, Recommandation générale n° 21), § 22.

¹⁵¹ Cour européenne des droits de l'homme, *Paton v. United Kingdom*, Requête n° 8416/78, 3 Eur. H.R. Rep. 408, 1980 ; *R. H. c. Norvège*, décision sur la recevabilité de la requête, Requête n° 17004/90, 1992 ; *Boso c. Italie*, Requête n° 50490/99, 2002.

le droit au respect de la vie privée et familiale de chacun], lorsqu'il s'agit d'un avortement que la mère se propose de faire pratiquer sur elle, doit avant tout tenir compte des droits de la mère, puisque c'est elle qui est essentiellement concernée par la grossesse, sa poursuite ou son interruption¹⁵². »

Les enfants et les adolescent-e-s¹⁵³ doivent pouvoir accéder aux informations et aux services en matière d'avortement eu égard au développement de leurs capacités et sans discrimination liée à l'âge. Les personnes mineures peuvent souhaiter avoir le soutien de leurs parents ou de leurs tuteurs au moment de décider de poursuivre ou d'interrompre une grossesse, mais les dispositions exigeant systématiquement une autorisation parentale sont contraires à la philosophie des droits humains, dans la mesure où elles ne vont pas dans le sens de l'intérêt et du bien-être de l'enfant ni de la reconnaissance de l'évolution de ses capacités. À l'inverse, il est nécessaire que les mineures puissent être accompagnées pour déterminer ce qui répond à leur intérêt supérieur, et notamment qu'elles aient la possibilité (mais pas l'obligation) de consulter leurs parents ou d'autres adultes de confiance au sujet de leur grossesse¹⁵⁴.

Le Comité des droits de l'enfant insiste sur l'importance qu'il y a à permettre aux mineur-e-s de bénéficier des services de santé en dehors du consentement parental¹⁵⁵. Il l'a clairement indiqué dans ses observations finales à l'intention de nombreux pays, appelant les États à revoir leur législation « afin de garantir l'accès des adolescentes aux services d'avortement médicalisé et de soins après avortement¹⁵⁶ ». Dans son Observation générale n° 20, il leur demande également de veiller à ce que « la prise en compte de l'intérêt supérieur des adolescentes enceintes soit garantie et à ce que leur opinion soit toujours prise en considération et respectée dans les décisions touchant à l'avortement¹⁵⁷ ». Exprimant sa préoccupation devant l'augmentation du nombre de grossesses pendant l'adolescence, il note que « divers facteurs, dont l'accès limité aux moyens de contraception, l'insuffisance de l'éducation concernant la santé en matière de procréation et la nécessité du consentement parental, ont entraîné une augmentation du nombre d'avortements illégaux¹⁵⁸ ». Il relève par ailleurs systématiquement avec préoccupation la nécessité du consentement parental et l'insuffisance des mesures adoptées par les États pour garantir le respect de l'« intérêt supérieur » des adolescentes enceintes et leur donner accès à des services de santé sexuelle et reproductive, y compris d'avortement sécurisé¹⁵⁹. Le Comité des droits de l'enfant a également souligné, de manière

¹⁵² Cour européenne des droits de l'homme, *Boso c. Italie*, requête n° 50490/99, 2002.

¹⁵³ Aux termes du droit international, un enfant est une personne âgée de moins de 18 ans. Les adolescentes atteignent généralement la puberté avant l'âge de 18 ans. Elles ont le droit de bénéficier d'informations et de services concernant l'interruption de grossesse sans discrimination, conformément à l'évolution de leurs capacités, qui doivent faire l'objet d'une évaluation à l'aune du principe selon lequel l'aptitude d'un enfant à exercer ses droits fondamentaux augmente avec sa maturité.

¹⁵⁴ Les parents et/ou les tuteurs ne sont pas toujours les mieux placés pour aider les mineures à prendre une décision au sujet de leur grossesse et de l'avortement. Elles peuvent par exemple être enceintes après avoir subi des violences sexuelles ou un inceste aux mains d'un parent ou d'un tuteur. En outre, la stigmatisation associée à la sexualité des jeunes peut empêcher les mineures de demander de l'aide à leur famille ou à leur tuteur par crainte d'être punies ou maltraitées. Dans de tels cas, les services sociaux et sanitaires devraient avoir les moyens d'aider les enfants et les adolescentes à déterminer quel est leur « intérêt supérieur » dans leur situation et en fonction du développement de leurs capacités.

¹⁵⁵ Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), § III(a) – « [Les États parties] s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services [de soins de santé] ».

¹⁵⁶ Comité CDE, Observations finales : Maroc, doc. ONU CRC/C/MAR/CO/3-4, 2014, § 57(b) ; Koweït, doc. ONU CRC/C/KWT/CO/2, 2013, § 60 ; Sierra Leone, doc. ONU CRC/C/SLE/CO/3-5, 2016, § 32(c) ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, doc. ONU CRC/C/GBR/CO/5, § 65(c) ; Kenya, doc. ONU E/C.12/KEN/CO/1, 2008, § 33 ; Kosovo (MINUK), doc. ONU E/C.12/UNK/CO/1, 2008, § 30 ; Irlande, doc. ONU CRC/C/IRL/CO/3-4, 2016, § 58(a).

¹⁵⁷ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 60.

¹⁵⁸ Comité CDE, Observations finales : Kirghizistan, doc. ONU CRC/C/15/Add.127, 2000, § 44-45.

¹⁵⁹ Comité CDE, Observations finales : Îles Cook, doc. ONU CRC/C/COK/CO/1, 2012 ; Irak, doc. ONU CRC/C/IRQ/CO/2-4, 2015 ; Slovaquie, doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016 ; Espagne, doc. ONU CEDAW/C/ESP/CO/7-8, 2015 ; Seychelles, doc. ONU CRC/C/15/Add.189, 2002.

générale, qu'il ne devrait exister « aucun obstacle à l'accès aux produits, informations et conseils concernant la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, tel que l'obligation d'obtenir le consentement ou l'autorisation d'un tiers¹⁶⁰ ».

Les travaux de recherche menés sur la question montrent que, en comparaison avec les adultes, les adolescentes risquent davantage de retarder le moment où elles vont chercher à se faire avorter, de s'adresser à des personnes non qualifiées, de recourir à des méthodes dangereuses et de consulter tardivement en cas de complications. Les adolescentes sont également plus exposées à d'éventuelles complications¹⁶¹. Elles risquent donc plus que les adultes de mourir ou d'être victimes de conséquences graves des suites d'un avortement non sécurisé. Dans son rapport sur les adolescent-e-s, le rapporteur spécial sur le droit à la santé a établi que les lois qui rendent obligatoire l'information préalable des parents et l'obtention de leur consentement ne reconnaissent pas la capacité des adolescent-e-s à demander les services de santé reproductive dont ils ont besoin et nuisent à leur santé et à leurs droits en matière de sexualité et de procréation. Il a recommandé aux États d'introduire dans leur législation une présomption de compétence au consentement des adolescent-e-s qui demandent, à titre préventif ou urgent, des services de santé sexuelle et reproductive¹⁶².

Plusieurs organes de suivi des traités de l'ONU, s'inquiétant plus particulièrement du sort des victimes de viol, recommandent spécifiquement aux États de supprimer toute disposition exigeant qu'une femme ou une jeune fille obtienne une autorisation judiciaire ou officielle pour pouvoir bénéficier d'une interruption de grossesse légale et sécurisée¹⁶³. Le Comité contre la torture demande ainsi à tous les États de supprimer l'obligation d'obtenir le consentement d'une autorité judiciaire pour procéder à un avortement, notamment en cas de viol¹⁶⁴.

Les personnes handicapées ont droit à la reconnaissance de leur personnalité juridique dans des conditions d'égalité, et doivent notamment pouvoir exercer leur capacité juridique. Elles ont aussi le droit de prendre de façon autonome des décisions dans les domaines de la sexualité et de la procréation¹⁶⁵. Le Comité des droits des personnes handicapées a expressément reconnu le droit de toute personne handicapée d'exercer sa capacité juridique¹⁶⁶. Il a alerté sur le fait que « dans de nombreux cas, le déni de la capacité juridique aux personnes handicapées a eu pour conséquence de les priver de nombreux droits fondamentaux, notamment [...] le droit de se marier et de fonder une famille, les droits en matière de procréation, les droits parentaux, le droit de consentir aux relations intimes et aux traitements médicaux et le droit à la liberté¹⁶⁷ ». Il souligne en outre que « le fait de restreindre ou de retirer la capacité juridique

¹⁶⁰ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 60.

¹⁶¹ A. Olukoya, A. Kaya, B. Ferguson et C. AbouZahr, "Unsafe abortion in adolescents", *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 2001, vol. 75, p. 137-147.

¹⁶² Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/HRC/32/32, 2016, § 59 et 60.

¹⁶³ Comité CEDAW, Observations finales : Rwanda, doc. ONU CEDAW/C/RWA/CO/7-9, 2017. Voir par ailleurs CDH, Observations finales : Maroc, doc. ONU CCPR/C/MAR/CO/6, 2016 ; Burkina Faso, doc. ONU CCPR/C/BFA/CO/1, 2016 ; Bolivie, doc. ONU CCPR/C/BOL/CO/3, 2013 ; Argentine, doc. ONU CCPR/CO/70/ARG, 2000. Voir aussi Comité contre la torture, Observations finales : Bolivie, doc. ONU CAT/C/BOL/CO/2, 2013.

¹⁶⁴ Comité contre la torture, Observations finales : Bolivie, doc. ONU CAT/C/BOL/CO/2, 2013, § 23.

¹⁶⁵ CDPH, article 12.

¹⁶⁶ Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale n° 1 sur l'article 12 (Reconnaissance de la personnalité juridique dans des conditions d'égalité), doc. ONU CRPD/C/GC/1, 2014, § 8 (ci-après : Comité CDPH, Observation générale n° 1). Il est important de bien faire la distinction entre la capacité juridique et la capacité mentale. Dans son Observation générale n° 1, le Comité des droits des personnes handicapées explique que « la capacité juridique est la capacité d'avoir des droits et des obligations (statut juridique) et d'exercer ces droits et d'exécuter ces obligations (capacité d'agir en droit). Elle est fondamentale pour accéder à une participation effective à la société. La capacité mentale renvoie à la capacité d'une personne de prendre des décisions, qui varie naturellement d'une personne à l'autre et peut également varier dans le cas d'une même personne en fonction de nombreux facteurs, y compris des facteurs environnementaux et sociaux ».

¹⁶⁷ Comité CDPH, Observation générale n° 1, op. cit. (voir note 166), § 8.

peut faciliter les interventions forcées, telles que la stérilisation, l'avortement, la contraception, les mutilations génitales féminines, les opérations chirurgicales réalisées sur des enfants intersexués ou les traitements qui leur sont administrés sans leur consentement éclairé, et le placement forcé en institution¹⁶⁸ ».

Le Comité des droits des personnes handicapées reconnaît que certaines personnes peuvent avoir besoin d'un accompagnement pour exercer leur capacité juridique et appelle les États à mettre en place pour ces personnes un soutien à la prise de décisions, afin de leur permettre d'exercer leurs droits et de faire les choix qui concernent leur propre vie et leur propre corps¹⁶⁹. Le cadre défini par la Convention relative aux droits des personnes handicapées concernant l'accompagnement nécessaire pour permettre à ces personnes de prendre des décisions (article 12) et ses domaines d'application spécifiques (services de santé sexuelle et reproductive, notamment) constituent d'importantes avancées en matière de droit international relatif aux droits humains¹⁷⁰. Dans cet esprit, les États ont l'obligation positive de reconnaître la capacité juridique des femmes, des filles et des personnes enceintes en situation de handicap à prendre de manière autonome des décisions au sujet de la sexualité, de la procréation et de la grossesse, indépendamment de leurs facultés mentales, et de leur offrir toutes les formes de soutien nécessaire pour faciliter cette prise de décision en toute autonomie et en connaissance de cause¹⁷¹.

Les États doivent non seulement adopter des mesures concrètes permettant aux femmes, y compris aux femmes handicapées, de prendre en toute autonomie des décisions concernant leur santé sexuelle et reproductive, mais aussi veiller à ce que celles-ci aient accès à des informations scientifiques et objectives à cet égard¹⁷². À cette fin, le Comité des droits des personnes handicapées a insisté sur le fait que les femmes porteuses de handicap ne devaient pas « se voir refuser l'accès à l'information et à la communication, notamment à une éducation sexuelle complète, du fait de stéréotypes préjudiciables selon lesquels elles seraient asexuées et n'auraient donc pas besoin de ce type d'informations sur la base de l'égalité avec les autres¹⁷³ ». Il a par ailleurs précisé : « L'information en matière de santé sexuelle et procréative comprend les renseignements concernant tous les aspects de la santé sexuelle et procréative, y compris la santé maternelle, les moyens de contraception, la planification familiale, la prévention des infections sexuellement transmissibles et du VIH, l'avortement médicalisé et les soins après avortement, les options en matière d'infécondité et de fécondité, et les cancers de l'appareil reproducteur¹⁷⁴. »

Dans une déclaration commune, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits des personnes handicapées ont également confirmé que les États parties devaient veiller à ce qu'il n'y ait pas d'ingérence, y compris de la part d'acteurs non étatiques, dans le processus de prise de décisions autonome des femmes, et notamment des femmes handicapées, en ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, soulignant que ces décisions devaient absolument être prises librement et que toutes les femmes, y compris les femmes handicapées, devaient bénéficier d'une protection contre toute mesure

¹⁶⁸ Comité des droits des personnes handicapées, Observation générale n° 3 sur les femmes et les filles handicapées, doc. ONU CRPD/C/GC/3, 2016, § 44 (ci-après : Comité CDPH, Observation générale n° 3).

¹⁶⁹ Comité CDPH, Observation générale n° 1, op. cit. (voir note 166).

¹⁷⁰ ONU, *De l'exclusion à l'égalité. Réalisation des droits des personnes handicapées*, chapitre 6 : Mise en pratique des dispositions de la Convention – Capacité juridique et aide à la prise de décisions, p. 99-102, archive.ipu.org/PDF/publications/disabilities-f.pdf.

¹⁷¹ Comité CDPH, Observation générale n° 1, op. cit. (voir note 166), § 26, 28 et 29.

¹⁷² Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX.

¹⁷³ Comité CDPH, Observation générale n°3, op. cit. (voir note 168).

¹⁷⁴ Comité CDPH, Observation générale n° 3, op. cit. (voir note 168), § 40.

d'interruption de grossesse, de contraception ou de stérilisation forcée prise contre leur gré ou sans leur consentement éclairé¹⁷⁵.

Les femmes et les filles porteuses de handicap doivent aussi pouvoir bénéficier de services d'avortement, ainsi que d'informations objectives et exactes leur permettant de prendre des décisions concernant les options qui s'offrent à elle en matière de santé et concernant leurs grossesses. La capacité mentale des personnes peut faire l'objet d'évaluations individuelles, mais les femmes et les filles handicapées ont les mêmes droits que toutes les autres personnes pouvant être enceintes, garantis par le droit international relatif aux droits humains, de prendre des décisions de façon autonome quant à l'opportunité de mener ou non une grossesse à son terme, et de bénéficier du soutien nécessaire pour le faire. En proposant plusieurs possibilités d'accompagnement, les régimes de prise de décision assistée peuvent permettre de donner à des personnes handicapées nécessitant un soutien la possibilité de faire des choix de façon indépendante et de conserver leur capacité juridique à décider. Ces régimes donnent la priorité à la volonté et aux préférences de l'individu. Ils respectent ses droits fondamentaux, notamment ceux qui concernent son autonomie personnelle, sa capacité juridique et la reconnaissance de sa personnalité juridique dans des conditions d'égalité¹⁷⁶.

Bien trop souvent, lorsque l'avortement est érigé en infraction, les personnes porteuses d'un handicap se heurtent à de multiples obstacles supplémentaires quand elles tentent d'accéder à des services d'avortement. D'autres lois restrictives peuvent aussi leur imposer des obstacles supplémentaires. Par exemple, il se peut que ces personnes aient également besoin d'assistance personnelle à la fois pour accéder à des informations sur les services disponibles dans un autre État et pour le voyage, ce qui peut augmenter le coût des soins et exposer les femmes en situation de handicap à d'autres violations de leur vie privée lorsqu'elles prennent leur décision. Les personnes handicapées rencontrent aussi d'autres difficultés supplémentaires liées à la prise en charge du coût des services d'avortement, notamment parce que, souvent, elles sont déjà marginalisées et disposent de faibles revenus en raison des discriminations dont elles sont victimes au sein de la société.

Enfin, en plus de ne pas pouvoir recevoir de services de santé vitaux, les femmes et les jeunes personnes porteuses de handicap peuvent faire l'objet d'un traitement irrespectueux et abusif, ainsi que de pratiques et procédures médicales coercitives, comme la stérilisation forcée, l'avortement forcé et la contraception forcée¹⁷⁷, qui sont des formes de violences liées au genre¹⁷⁸. La rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes a aussi signalé que les femmes et les filles handicapées étaient soumises de façon disproportionnée à des pratiques telles que la stérilisation, la contraception et l'avortement forcés ou contraints¹⁷⁹, qui sont le résultat de choix faits, souvent avec l'aval de la législation, par des parents, des tuteurs ou tutrices, des conjoints/compagnons, des juges ou des médecins, qui décident en lieu et place des personnes privées de leur capacité juridique¹⁸⁰. En particulier, les systèmes dans lesquels les décisions sont prises par un tiers sont associés à des taux plus élevés de maltraitance de personnes handicapées, puisqu'ils permettent à des parents ou des tuteurs de soumettre les femmes et les jeunes personnes en situation de handicap à des procédures médicales contre

¹⁷⁵ Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX.

¹⁷⁶ Comité CDPH, Observation générale n° 1, op. cit. (voir note 166), § 29.

¹⁷⁷ C. Frohmader et S. Ortoleva, *Issues paper: The Sexual and Reproductive Rights of Women and Girls with Disabilities*, 1^{er} juillet 2013, www.womenenabled.org/pdfs/issues_paper_srr_women_and_girls_with_disabilities_final.pdf.

¹⁷⁸ Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes, article 1, Résolution 48/104 de l'Assemblée générale des Nations unies, doc. ONU A/RES/48/104, 20 décembre 1993.

¹⁷⁹ Rapport de la rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Rashida Manjoo, doc. ONU A/67/227, 2012, § 28 et 36.

¹⁸⁰ Comité CDPH, Observation générale n° 3, op. cit. (voir note 168), § 31-32.

leur volonté¹⁸¹. Les adolescentes handicapées risquent tout particulièrement d'être soumises à des stérilisations forcées et des avortements forcés¹⁸², et les femmes et adolescentes handicapées sont plus susceptibles de subir des hystérectomies précoces et non motivées par une raison médicale, notamment sur demande d'un parent ou d'un tuteur¹⁸³. Les pratiques forcées de ce genre sont souvent fondées sur des idées toutes faites erronées et discriminatoires concernant la sexualité des femmes handicapées ou leur aptitude à élever un enfant, ou encore sur la volonté de contrôler leur cycle menstruel et leur croissance, en violation du droit international relatif aux droits humains¹⁸⁴.

3.2.3 ÉLIMINER LES AUTRES OBSTACLES ENTRAVANT L'ACCES A DES SERVICES D'AVORTEMENT LEGAUX

Les États sont tenus de veiller à ce que les femmes et les filles, ainsi que toutes les personnes pouvant être enceintes, aient effectivement accès à des services d'interruption volontaire de grossesse, sans se heurter à des obstacles, délais ou restrictions qui violeraient leurs droits humains, et notamment leur autonomie en matière de procréation¹⁸⁵.

Les organes de suivi des traités dénoncent régulièrement les différents obstacles que les États peuvent mettre sur la voie des personnes qui souhaitent avoir recours à l'avortement – coût¹⁸⁶, refus du personnel médical, non ou mal encadré par la loi, de réaliser une interruption de grossesse¹⁸⁷ (voir chapitre 3.2.4), consultations de conseil obligatoires¹⁸⁸, délai de réflexion obligatoire¹⁸⁹, entraves à la libre information¹⁹⁰, etc. Ils demandent aux États non seulement de s'abstenir de toute mesure ayant pour effet d'empêcher ou de ralentir l'accès aux services

¹⁸¹ Comité CDPH, Observation générale n° 3, op. cit. (voir note 168), § 44.

¹⁸² Fonds des Nations unies pour l'enfance (UNICEF), *La situation des enfants dans le monde 2013 : les enfants handicapés*, mai 2013, p. 41, www.unicef.org/french/publications/files/FRENCH_SOWC2013_Lo_res.pdf.

¹⁸³ J. A. Rivera Drew, "Hysterectomy and Disability Among U.S. Women", *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, vol. 45, 2013, p. 157-161 ; E. Pendo, "Disability, equipment barriers, and women's health: Using the ADA to provide meaningful access", *Saint Louis University Journal of Health Law & Policy*, vol. 2, p. 15, 2008, document de recherche n° 2008-19 de la faculté de droit de l'université de Saint-Louis, ssrn.com/abstract=1435543.

¹⁸⁴ Rapport de la rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, Rashida Manjoo, doc. ONU A/67/227, 2012, § 28 et 36. Voir aussi Comité CDPH, Observation générale n° 3, op. cit. (voir note 168), § 40.

¹⁸⁵ Voir par exemple CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

¹⁸⁶ Voir, par exemple, Comité CEDAW, Observations finales : Costa Rica, doc. ONU CEDAW/C/CRI/CO/7, 2017 ; Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013. Voir aussi CDH, Observations finales : Pakistan, doc. ONU CCPR/C/PAK/CO/1, 2017 ; Ghana, CCPR/C/GHA/CO/1, 2016. Voir également Comité CDE, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016.

¹⁸⁷ Voir, par exemple, Comité CEDAW, Observations finales : Roumanie, doc. ONU CEDAW/C/ROU/CO/7-8, 2017 ; Italie, doc. ONU CEDAW/C/ITA/CO/7, 2017 ; Pérou, doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/7-8, 2014 ; Pologne, doc. ONU CEDAW/C/POL/CO/7-8, 2014 ; Pologne, doc. ONU CEDAW/C/POL/CO/6, 2007 ; Slovaquie, doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/4, 2008 ; Slovaquie, doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/5-6, 2015. Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016. Voir également Comité DESC, Observations finales : Italie, doc. ONU E/C.12/ITA/CO/5, 2015, Roumanie, doc. ONU E/C.12/ROU/CO/3-5, 2014 ; Pologne, doc. ONU E/C.12/POL/CO/6, 2016, Pologne, doc. ONU E/C.12/POL/CO/5, 2009. Voir par ailleurs CDH, Observations finales : Argentine, doc. ONU CCPR/C/ARG/CO/5, 2016 ; Pologne, doc. ONU CCPR/C/POL/CO/6, 2010. Voir aussi Comité contre la torture, Observations finales : Bolivie, doc. ONU CAT/C/BOL/CO/2, 2013 ; Pologne, doc. ONU CAT/C/POL/CO/5-6, 2013. Voir également CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

¹⁸⁸ Comité CEDAW, Observations finales : Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013 ; Fédération de Russie, doc. ONU CEDAW/C/RUS/CO/8, 2015.

¹⁸⁹ Comité CEDAW, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/5-6, 2015 ; Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013 ; Fédération de Russie, doc. ONU CEDAW/C/RUS/CO/8, 2015. Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016.

¹⁹⁰ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 34. Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. note 15, § 34.

d'avortement légal, mais également d'éliminer les obstacles existants¹⁹¹. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a par exemple réaffirmé l'importance de l'élimination des obstacles qui entravent l'accès des femmes aux services, aux produits et aux informations destinés à assurer la santé sexuelle et reproductive¹⁹². Le Comité des droits de l'homme a reconnu quant à lui que les entraves à l'accès aux services d'interruption de grossesse constituaient une menace pour le droit à la vie des femmes et a appelé les États à les éliminer¹⁹³.

Du point de vue de la santé publique, l'OMS a reconnu que les obstacles avaient pour effet de dissuader les femmes de chercher à recourir à une interruption de grossesse sécurisée et a demandé que ces obstacles soient éliminés¹⁹⁴. Elle a également appelé à l'élargissement de la prise en charge des personnes souhaitant subir une interruption de grossesse, notamment en proposant des services d'un prix abordable et en augmentant le nombre de professionnel·le·s de la santé et d'établissements à même de pratiquer des avortements légaux¹⁹⁵. Cette dernière mesure est particulièrement importante dans les zones rurales, qui souffrent d'une pénurie de médecins qualifiés.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes recommande aux États de supprimer les délais d'attente imposés aux personnes souhaitant subir une interruption de grossesse lorsque ceux-ci ne sont pas médicalement justifiés¹⁹⁶. L'OMS met elle aussi en garde contre ces pratiques, estimant que « ces délais obligatoires peuvent avoir pour effet de retarder les soins, et donc de compromettre les possibilités d'accès des femmes aux services légaux d'avortement sécurisé et de les rabaisser en dénigrant leurs capacités à se montrer des décideurs compétents¹⁹⁷ ». Ces périodes d'attente peuvent avoir un impact disproportionné sur les femmes, les jeunes filles et, plus largement, toutes les personnes enceintes ayant des moyens modestes, en raison, entre autres, des coûts supplémentaires engendrés par les déplacements nécessaires pour se rendre à l'établissement de santé, par une éventuelle garde d'enfant ou par des absences au travail.

Les organes de suivi des traités de l'ONU soulignent régulièrement que l'accès à l'information constitue un élément essentiel de l'accès aux services d'interruption de grossesse¹⁹⁸ et que les États ne doivent pas sanctionner pénalement les personnes qui proposent cette information¹⁹⁹. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a en outre demandé aux États de supprimer les obstacles à la libre information concernant les services

¹⁹¹ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8 (« Les États parties devraient supprimer les obstacles actuels à l'accès effectif des femmes et des filles à un avortement légal et sécurisé, y compris les obstacles résultant de l'exercice de l'objection de conscience par des prestataires de soins médicaux, et ne devraient pas introduire de nouveaux obstacles. »)

¹⁹² Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 28.

¹⁹³ CDH, Observations finales : Bolivie, doc. ONU CCPR/C/BOL/CO/3, 2013, § 9(b) ; Zambie, doc. ONU CCPR/C/ZMB/CO/3, 2007, § 18 ; Argentine, doc. ONU CCPR/CO/70/ARG, 2000, § 14. Voir aussi CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

¹⁹⁴ Parmi ces obstacles, citons : le manque d'informations, l'obligation d'obtenir l'autorisation d'un tiers, le fait que la confidentialité et le respect de la vie privée ne soient pas garantis, et la possibilité pour un·e praticien·ne ou un établissement de faire valoir une clause de conscience sans orienter la personne vers un autre service. OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 101-106.

¹⁹⁵ Le transfert des tâches implique une redistribution des missions au sein du personnel médical. Concernant l'accès à l'interruption de grossesse, cela signifie permettre à des professionnels de santé qui ne sont pas nécessairement médecins de pratiquer des interruptions de grossesse, ce qui rendrait l'accès à ce type d'intervention plus facile. Voir OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 104-105 ; voir aussi (pour en savoir plus sur le transfert des tâches) : OMS, *Task shifting: Global Recommendations and Guidelines*,

www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/taskshifting_guidelines/en/.

¹⁹⁶ Comité CEDAW, Observations finales : Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013, § 30.

¹⁹⁷ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. note 54, p. 105.

¹⁹⁸ Comité CEDAW, Observations finales : Zambie, doc. ONU CEDAW/C/ZMB/CO/5-6, 2011, § 33-34.

¹⁹⁹ CDH, Observations finales : Irlande, doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/4, 2014, § 9.

d'avortement, tels que les consultations de conseil obligatoires – souvent orientées²⁰⁰, et de veiller à ce que les informations fournies s'appuient sur la science et sur des éléments tangibles et exposent les risques encourus, en cas d'interruption de grossesse comme en cas de choix de mener la grossesse à son terme, afin que les femmes puissent prendre des décisions en toute indépendance et en connaissance de cause²⁰¹. Abordant la question de l'avortement dans son Observation générale n° 36, le Comité des droits de l'homme a appelé les États à « garantir l'accès des femmes et des hommes, et tout particulièrement des filles et des garçons, à des informations et une éducation en matière de santé sexuelle et procréative de qualité et fondées sur des données factuelles ainsi qu'à un large éventail de moyens de contraception financièrement accessibles, et prévenir la stigmatisation des femmes et des filles qui souhaitent recourir à l'avortement²⁰². »

Il est indispensable de fournir aux personnes enceintes des informations et des conseils exacts, objectifs et n'entraînant aucune stigmatisation, pour leur permettre de prendre des décisions en toute indépendance et en connaissance de cause, libres de toute contrainte, concernant leur grossesse et les diagnostics posés sur le fœtus et leur propre fécondité²⁰³. L'OMS souligne que les personnes enceintes qui le souhaitent doivent pouvoir bénéficier de consultations de conseil, mais uniquement sur la base du volontariat. Ces consultations doivent être confidentielles, non directives et menées par du personnel formé²⁰⁴. Le Comité des droits de l'enfant dénonce pour sa part les conseils orientés, estimant qu'il est essentiel que « les professionnels de la santé dispensent au sujet de l'avortement des informations exactes, d'une façon non dévalorisante²⁰⁵ ». Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits des personnes handicapées ont tous deux confirmé que les États devaient adopter des mesures concrètes permettant aux femmes, y compris aux femmes handicapées, de décider de manière autonome de tout ce qui concerne leur santé sexuelle et reproductive, et veiller à ce que les femmes aient accès à des informations scientifiques et objectives à cet égard²⁰⁶.

Les obstacles à l'avortement doivent aussi être supprimés dans les prisons et les lieux de détention. Bien que la condition de détenu·e n'implique pas de renoncer à ses droits humains, les femmes et les jeunes filles enceintes emprisonnées ou détenues sont bien trop souvent privées de l'accès à l'avortement. Comme l'a confirmé le Comité des droits de l'homme dans son Observation générale n° 21, les États ont l'obligation positive de garantir la dignité aux

²⁰⁰ Comité CEDAW, Observations finales : Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013, § 30.

²⁰¹ Comité CEDAW, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/5-6, 2015, § 31.

²⁰² CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

²⁰³ Principes de Nairobi sur l'avortement, le dépistage prénatal et le handicap, Déclaration conjointe de la société civile, 2019, nairobiprinciples.creaworld.org/wp-content/uploads/2019/05/The-Nairobi-Principles-translation_French.pdf (Principe 6 : « Nous affirmons que le seul moyen d'aider tous les futurs parents à prendre des décisions éclairées concernant la poursuite ou l'interruption de leur grossesse consiste à prendre des mesures affirmatives, telles que lutter contre la discrimination fondée sur la capacité physique dans les processus de dépistage prénatal et de conseil, en veillant à ce que tous les parents se trouvent dans un environnement favorable et qu'ils aient les soutiens sociaux et économiques dont ils ont besoin pour élever un enfant, y compris un enfant handicapé ou qui est autrement exclu socialement et promouvoir les droits et l'inclusion des personnes handicapées dans toutes les sphères de la vie publique et privée. » Principe 12 : « Au fur et à mesure que la science et la technologie prénatales progressent, nous reconnaissons que les prestataires doivent fournir aux personnes enceintes des informations fondées sur les preuves de manière neutre et sans parti pris lors du processus de dépistage et de diagnostic prénatal. Nous plaiderons en faveur de normes professionnelles et éthiques et d'une formation médicale garantissant que les prestataires soient formés aux droits et aux réalités vécues par les personnes handicapées ou qu'ils soient capables de les orienter vers les personnes pouvant fournir ces informations. »)

²⁰⁴ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 36.

²⁰⁵ Comité CDE, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016, § 41(e). Voir aussi Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 41.

²⁰⁶ Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX.

personnes privées de liberté « de la même manière qu'aux personnes libres [...] sous réserve des restrictions inhérentes à un milieu fermé ». Ces personnes « ne doivent pas subir de privation ou de contrainte autre que celles qui sont inhérentes à la privation de liberté²⁰⁷ ». En ce qui concerne l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a souligné que les États avaient l'obligation de superviser et de réglementer certains secteurs en lien avec la santé sexuelle et reproductive, précisant que dans le cas des détenu·e·s (et d'autres personnes) exposés à une vulnérabilité supplémentaire du fait de « leur situation de détention ou leur statut juridique [...] l'État [devait] prendre des dispositions particulières pour leur garantir l'accès à l'information, aux produits et aux soins de santé sexuelle et procréative²⁰⁸ ». Dans son Observation générale n° 14, le Comité avait par ailleurs confirmé que les États ne devaient pas imposer de pratiques discriminatoires concernant la situation et les besoins des femmes en matière de santé, y compris des femmes privées de liberté, par exemple en « s'absten[ant] de restreindre l'accès aux moyens de contraception et à d'autres éléments en rapport avec la santé sexuelle et génésique, [et] de censurer, retenir ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé, y compris l'éducation et l'information sur la sexualité²⁰⁹ ».

Les États sont en outre tenus d'appliquer pleinement et dans les meilleurs délais les Règles des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok), qui prévoient des conditions de détention tenant compte du genre²¹⁰. La règle 24 de l'Ensemble de règles minima des Nations Unies pour le traitement des détenus et la règle 10 de Bangkok confirment le principe universel selon lequel les soins de santé en détention doivent être équivalents à ceux disponibles dans la société (à l'extérieur de la prison). La règle 6(c) de Bangkok reconnaît en outre que la santé reproductive fait partie des soins médicaux spécifiques au genre dont les femmes ont besoin. Conformément à ces principes, les personnes enceintes qui se trouvent en prison ou dans d'autres lieux de détention doivent donc pouvoir bénéficier, dans les meilleurs délais et de façon sécurisée, des informations et des services essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive, notamment de l'avortement et de soins post-avortement.

3.2.4 ENCADRER LE REFUS DE CERTAINS PROFESSIONNEL·LE·S DE LA SANTE D'ASSURER DES SERVICES LEGAUX D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Les refus de soins pour motifs de conscience ou de convictions religieuses²¹¹ concernent le plus souvent des services d'avortement. Toutefois, certains professionnel·le·s de la santé et pharmacien·ne·s refusent également d'autres services, tels que la fourniture de moyens de contraception, et notamment de la contraception d'urgence, la prise en charge de personnes transgenres ou certains traitements de stérilisation ou contre l'infertilité. Ces refus, s'ils ne

²⁰⁷ CDH, Observation générale n° 21 sur l'article 10 (Droit des personnes privées de liberté d'être traitées avec humanité), doc. ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 237, 1992, § 3.

²⁰⁸ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 31 et 60.

²⁰⁹ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 34.

²¹⁰ Règles des Nations unies concernant le traitement des détenues et l'imposition de mesures non privatives de liberté aux délinquantes (Règles de Bangkok), doc. ONU A/RES/65/229, 2011.

²¹¹ Le refus de certains professionnel·le·s de la santé d'effectuer certaines prestations, le plus souvent dans le cadre de soins relatifs à la santé sexuelle et reproductive auxquels ils sont opposés en raison de leurs opinions morales ou religieuses, est parfois appelé « refus pour raison de conscience » ou « objection de conscience ». Cette dernière formulation pose problème, dans la mesure où elle entraîne un risque d'amalgame entre le refus de soins médicaux et « l'objection de conscience au service militaire », dont le contexte est différent, puisqu'il s'agit d'individus refusant d'accomplir un service militaire obligatoire imposé par les autorités. Pour des raisons de clarté et de précision d'analyse juridique et relative aux droits humains, Amnesty International a choisi d'utiliser, dans le contexte de l'avortement, l'expression « refus de soins », ou « privation de soins » lorsque le refus de soins par du personnel de santé n'est pas du tout ou pas suffisamment réglementé et que les personnes enceintes ne sont pas orientées rapidement vers un·e praticien·ne qui acceptera de les prendre en charge et/ou ne reçoivent les soins nécessaires dans une situation d'urgence, ce qui revient à les priver de soins.

sont pas encadrés par l'État et si les patient·e·s ne disposent pas de solutions alternatives, peuvent avoir des conséquences considérables sur la santé et les droits des patient·e·s, et renforcer encore davantage la discrimination dont sont déjà victimes certaines personnes et certaines catégories marginalisées et soumises à des formes multiples et conjuguées de rejet.

Plusieurs organes de protection des droits humains régionaux et de l'ONU ont reconnu les effets préjudiciables du refus de soins pour la santé et le respect des droits fondamentaux des femmes, des filles et de toutes les personnes enceintes. Ils ont souligné l'obligation des États, en vertu des droits à la santé, à la vie privée et à la non-discrimination, de veiller à ce que ces personnes puissent bénéficier des services médicaux auxquels elles ont légalement droit. Des organes de suivi des traités de l'ONU ont confirmé que, « dans les cas où l'avortement peut être pratiqué légalement, tout ce qui en empêche l'accès devrait être écarté », y compris la pratique non réglementée du refus de services pour raison de conscience²¹².

Les organes de suivi des traités de l'ONU ont demandé à plusieurs reprises aux États qui autorisent les refus de prise en charge de réglementer comme il se doit cette pratique, afin qu'elle ne limite pas l'accès des femmes aux services d'interruption de grossesse²¹³. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a spécifiquement recommandé qu'un nombre suffisant de professionnel·le·s de la santé ayant à la fois la volonté et la capacité de fournir de tels services soient disponibles à tout moment dans des établissements publics comme privés et à des distances géographiques raisonnables²¹⁴.

De la même manière, le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé a déclaré que les lois « qui imposent que l'IVG soit approuvée par plus d'un prestataire de soins de santé [...] rendent inaccessibles les IVG [...] en particulier pour les femmes pauvres, déplacées et jeunes. Ces régimes restrictifs, qui ne sont pas reproduits dans d'autres domaines des soins de santé sexuelle et génésique, contribuent à renforcer l'idée préconçue que l'IVG est une pratique contestable²¹⁵. » Il a recommandé aux États de veiller à ce que le champ des dérogations pour cause de conscience soit clairement défini, à ce que le recours à une telle dérogation soit correctement réglementé et à ce que les personnes soient orientées vers d'autres services disponibles, et les a appelés à faire en sorte que la clause de conscience ne puisse pas être invoquée en cas d'urgence²¹⁶. Les professionnel·le·s de la santé sont tenus de toujours prodiguer des soins, quelles que soient leurs convictions ou objections personnelles, en cas d'urgence lorsqu'une interruption de grossesse est nécessaire pour sauver la vie de la personne

²¹² CDH, Observations finales : Argentine, doc. ONU CCPR/CO/70/ARG, 2000, § 14. Voir aussi Comité DESC, Observations finales : Argentine, doc. ONU E/C.12/ARG/CO/3, 2011, § 22 ; Pologne, doc. ONU E/C.12/POL/CO/5, 2009, § 28. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Inde, doc. ONU CEDAW/C/IND/CO/3, 2007, § 41 ; Pologne, doc. ONU CEDAW/C/POL/CO/6, 2007, § 25. Voir par ailleurs CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

²¹³ Comité DESC, Observations finales : Pologne, doc. ONU E/C.12/POL/CO/5, 2009, § 28. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Pologne, doc. ONU CEDAW/C/POL/CO/6, 2007, § 25 ; Slovaquie, doc. ONU CEDAW/C/SVK/CO/4, 2008, § 29. Voir par ailleurs CDH, Observations finales : Pologne, doc. ONU CCPR/C/POL/CO/6, 2010, § 12.

²¹⁴ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 14 et 43 (« L'indisponibilité de biens et de services en raison de politiques ou de pratiques reposant sur l'idéologie, notamment le refus d'assurer des services pour des raisons de conscience, ne doit pas être un obstacle aux services ; un nombre suffisant de prestataires de santé capables et désireux d'assurer ces services doit être offert à tout moment dans les établissements tant publics que privés, dans un rayon géographique acceptable [...] Lorsque les prestataires de santé sont autorisés à invoquer l'objection de conscience, les États doivent réglementer dûment cette pratique pour faire en sorte qu'elle n'empêche personne d'avoir accès aux soins de santé sexuelle et procréative, notamment en obligeant à indiquer un prestataire accessible qui soit disposé à effectuer les services demandés, et n'empêche pas les services d'être assurés dans les situations d'urgence »).

²¹⁵ Rapport intermédiaire du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 24.

²¹⁶ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, M. Anand Grover – Mission en Pologne, doc. ONU A/HRC/14/20/Add.3, 2010, § 50 et 85(k).

enceinte ou lui éviter un préjudice grave, lorsque la vie de la personne est en danger à la suite d'un avortement, ou lorsqu'il est impossible d'adresser la personne à un·e autre praticien·ne ou d'assurer la continuité des soins²¹⁷. Les organes de suivi des traités considèrent par ailleurs que le refus de prise en charge par un établissement de santé est inacceptable²¹⁸.

La déontologie médicale exige en outre que les soignant·e·s fassent passer la prise en charge du patient avant leurs éventuelles objections personnelles en matière de soins²¹⁹. Les lignes directrices actuelles de la Fédération internationale de gynécologie et obstétrique précisent qu'un médecin qui s'oppose à l'interruption de grossesse pour raison de conscience a le devoir « d'orienter les femmes vers un confrère qui n'est pas par principe opposé à l'IVG²²⁰ ». Par ailleurs dans son document sur les responsabilités professionnelles et éthiques en matière de droits sexuels et reproductifs, la Fédération recommande ce qui suit :

« Faire en sorte que le droit d'un médecin de respecter ses propres valeurs morales ou religieuses ne puisse se traduire par l'imposition desdites valeurs personnelles aux femmes. Dans de tels cas, ces dernières doivent être orientées vers un autre soignant approprié. Le fait, pour un médecin, d'être opposé pour raison de conscience à certains actes ne dispense pas ce médecin de prendre, en cas d'urgence, les mesures immédiates qui s'imposent pour que le traitement nécessaire soit administré sans retard²²¹. »

L'actuel Guide de l'OMS sur l'avortement sécurisé précise en outre que la patiente doit être adressée « à un autre professionnel consentant et qualifié du même établissement, ou d'un établissement facilement accessible [...] Quand ce transfert n'est pas possible, l'agent de santé [opposé pour raison de conscience] a l'obligation de pratiquer l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité, pour sauver la vie de la femme ou pour éviter un risque grave pour sa santé. Les femmes qui présentent des complications résultant d'un avortement [...] doivent être traitées au plus vite et avec respect, comme tout autre patient en situation d'urgence²²²... »

L'obligation qu'ont les États de réglementer la prise en charge des patients, y compris le refus d'administrer des soins de santé, s'applique aux établissements aussi bien publics que privés. Quelle que soit la personne ou l'entité assurant les soins de santé, c'est l'État qui est responsable de garantir le droit à la santé et d'imposer aux institutions des règles permettant à tous et à toutes d'être soignés sans discrimination ni contrainte, et dans le respect des droits fondamentaux de la personne. Il s'agit là d'un principe bien établi des droits humains. Cette obligation juridique internationale n'est pas transférable. Les États ont en outre plus largement l'obligation de veiller à ce que toute réglementation ou disposition sanitaire soit conforme aux droits humains. Selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, « l'obligation de protéger le droit à la santé englobe, entre autres, les devoirs incombant à l'État [...] de veiller

²¹⁷ Pour un aperçu des normes internationales et régionales (Europe, Amérique) relatives aux droits humains concernant les refus pour raison de conscience, voir Centre pour les droits reproductifs, *Conscientious Objection and Reproductive Rights: International Human Rights Standards*, 2013, www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/_Conscientious_FS_Intro_English_FINAL.pdf.

²¹⁸ Voir, par exemple, Comité CEDAW, Observations finales : Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013, § 31(d). Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU CRC/C/SVK/CO/3-5, 2016, § 41(f).

²¹⁹ J. Bueno de Mesquita et L. Finer, *Conscientious objection: Protecting Sexual and Reproductive Health and Rights*, University of Essex Human Rights Center, 2008.

²²⁰ Comité d'éthique de la FIGO pour la reproduction humaine et la santé des femmes, *Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique*, 2015.

²²¹ Amnesty International, *Codes of ethics and declarations relevant to the health professions. Fifth edition* (ACT 75/002/2011), 2009, réimprimé en 2011 avec quelques modifications mineures, p. 389 (citant FIGO, *Professional and Ethical Responsibilities Concerning Sexual and Reproductive Rights*, 2003).

²²² OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. note 54, p. 72.

à ce que la privatisation du secteur de la santé n'hypothèque pas la disponibilité, l'accessibilité, l'acceptabilité et la qualité des équipements, produits et services sanitaires²²³ ».

²²³ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 35.



4. OBLIGATION DES ÉTATS DE METTRE EN PLACE UN ENVIRONNEMENT PROPICE A UNE PRISE DE DECISIONS AUTONOME ET ECLAIREE

Les États doivent respecter le droit international relatif aux droits humains et les normes en la matière de sorte que les personnes enceintes aient accès à l'avortement sécurisé. Cela implique non seulement d'autoriser et de garantir l'accès à l'avortement, mais aussi de mettre en place un environnement favorable permettant aux personnes enceintes de prendre des décisions au sujet de leur grossesse de façon autonome et en toute connaissance de cause. Vous trouverez ci-dessous un aperçu des obligations des États à cet égard.

4.1 ÉLIMINER LES STEREOTYPES PREJUDICIALES ET LA DISCRIMINATION

Plusieurs traités internationaux relatifs aux droits humains reconnaissent que l'égalité des genres est essentielle à la mise en œuvre des droits fondamentaux de la personne. Le principe de l'égalité de fait, tel qu'énoncé dans la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, exige que l'égalité ne soit pas seulement garantie par la loi, mais qu'elle soit aussi une réalité au niveau des résultats ou de l'impact. Dans cet esprit, les États ne doivent pas se contenter de veiller à l'absence de discrimination directe dans la législation. Ils doivent prendre des mesures supplémentaires pour remédier aux inégalités auxquelles sont confrontées les femmes, les filles et les personnes ne se conformant pas aux normes en matière de genre. Les États doivent par exemple se pencher sur les structures de pouvoir et les forces patriarcales à l'œuvre dans la société, au sein des différentes populations et des familles, au travail et dans la sphère publique, chercher des solutions et réformer les institutions afin de remédier aux inégalités de genre, ainsi qu'aux autres inégalités qui viennent s'y ajouter. Les États, lorsqu'ils élaborent leurs politiques publiques, doivent également tenir compte du fait que les femmes et les hommes sont confrontés à différents types d'atteintes à leurs droits fondamentaux, du fait de normes sociales et culturelles discriminatoires, notamment en matière de santé. Ils doivent donc chercher à remédier aux inégalités de genre, ainsi qu'aux autres inégalités qui viennent s'y ajouter. Par ailleurs, les États doivent garantir l'égalité de résultats pour les femmes, notamment pour les différents groupes de femmes, ce qui peut nécessiter l'adoption de politiques publiques et d'autres mesures destinées à en finir avec les discriminations traditionnelles et à faire en sorte que les institutions garantissent les droits de tous et de toutes²²⁴.

Dans sa Recommandation générale n° 25, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes défend une approche « transformatrice » de l'égalité, soulignant que les États ont l'obligation d'« aménager les relations qui prédominent entre les sexes et de lutter contre la persistance des stéréotypes fondés sur le sexe qui sont préjudiciables aux femmes et dont les effets se manifestent non seulement au niveau des comportements individuels mais

²²⁴ Pour plus de précisions, voir Centre pour les droits reproductifs, *Breaking ground 2020: Treaty monitoring bodies on reproductive rights*, 2020, reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights.



également dans la législation, les structures juridiques et sociales et les institutions²²⁵ ». Il insiste également sur la nécessité d'une « réelle mutation des perspectives d'avenir, des institutions et des systèmes pour que les femmes puissent se libérer des paradigmes masculins du pouvoir et des modes de vie historiquement déterminés²²⁶ ».

Des organes de suivi des traités ont pris acte de la nécessité de recourir à une approche fondée sur l'égalité de fait pour parvenir à l'égalité de genre en matière de droits sexuels et reproductifs. Le Comité des droits de l'enfant, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, le Comité des droits des personnes handicapées et le Comité des droits de l'homme ont tous appelé les États à éliminer les stéréotypes de genre préjudiciables et à en finir avec les pratiques qui ont des conséquences disproportionnées sur les femmes²²⁷. Pour cela, les États doivent prendre des mesures constructives visant à mettre en place un environnement propice à l'amélioration des conditions sociales (pauvreté, chômage, etc.) qui compromettent le droit des femmes à l'égalité en matière de soins de santé²²⁸. Des organes de suivi des traités ont par exemple invité les États non seulement à garantir l'accès aux services de santé, mais également à assurer une amélioration des résultats en matière de santé reproductive (en répondant aux besoins non satisfaits en moyens de contraception modernes, en faisant baisser les taux de mortalité et de morbidité maternelles, en réduisant le nombre de grossesses chez les adolescentes, etc.)²²⁹.

Les organes de suivi des traités de l'ONU ont condamné à de multiples reprises les lois interdisant certains services de santé dont seules les femmes ont besoin. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a explicitement déclaré qu'il était « discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction²³⁰ ». Par ailleurs, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a bien précisé que l'égalité en matière de droit à la santé exigeait des États, au minimum, de « lever les obstacles, juridiques ou autres, qui empêchent l'égalité d'accès des hommes et des femmes aux services de santé²³¹ ».

Les organes internationaux de protection des droits humains notent que la discrimination liée au genre est enracinée dans des attitudes et des perceptions sociales fondées sur des *a priori* et une vision stéréotypée des rôles respectifs de la femme et de l'homme dans la société²³². Le Groupe de travail des Nations unies chargé de la question de la discrimination à l'égard des

²²⁵ Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, Recommandation générale n° 25 sur le premier paragraphe de l'article 4 de la Convention (Mesures temporaires spéciales), § 7 (ci-après : Comité CEDAW, Recommandation générale n° 25). Voir également M. Upreti, "Toward Transformative Equality in Nepal: The *Lakshmi Dhikta* Decision", J. Erdman, R. Cook et B. Dickens (sous la direction de), *Abortion law in transnational perspective: Cases and controversies*, 2014.

²²⁶ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 25, op. cit. (voir note 225), § 10.

²²⁷ Comité des droits de l'homme, Observations finales : Cap-Vert, doc. ONU CCPR/C/CPV/CO/1, 2012, § 8 ; Jordanie, doc. ONU CCPR/C/JOR/CO/4, 2010, § 7 ; Canada, doc. ONU CCPR/C/79/Add.105, 1999, § 20. Voir aussi Comité CEDAW, Recommandation générale n° 25, op. cit. (voir note 225), § 10 ; Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), § 10. Voir également Comité CDPH, Observations finales : Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, doc. ONU CRPD/C/GBR/CO/1, 2017.

²²⁸ CDH, Observations finales : Kirghizistan, doc. ONU CCPR/CO/69/KGZ, 2000, § 13. Voir aussi Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), § 10 et 24.

²²⁹ Comité CEDAW, Observations finales : Argentine, doc. ONU CEDAW/C/ARG/CO/7, 2016, § 34-35 ; Nigeria, doc. ONU CEDAW/C/NGA/CO/8-9, 2017, § 37-38 ; Thaïlande, doc. ONU CEDAW/C/THA/CO/6-7, 2017, § 39 ; Congo, doc. ONU CEDAW/C/COG/CO/6, 2012, § 36(f). Voir également Comité CDE, Observations finales : République centrafricaine, doc. ONU CRC/C/CAF/CO/2, 2017, § 55. Voir également Comité DESC, Observation générale n° 16, Droit égal de l'homme et de la femme au bénéfice de tous les droits économiques, sociaux et culturels (art. 3), 34^e session, 2005, § 29, doc. ONU E/C.12/2005/4 (ci-après Comité DESC, Observation générale n° 16) ; Observations finales : Namibie, doc. ONU E/C.12/NAM/CO/1, 2016, § 65(a).

²³⁰ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 11.

²³¹ Comité DESC, Observation générale n° 16, op. cit. (voir note 229), § 29.

²³² Voir le rapport commandé par le Haut-Commissariat aux droits de l'homme : *Gender Stereotyping as a Human Rights Violation*, 2013, www.ohchr.org/EN/Issues/Women/WRGS/Pages/Documentation.aspx.

femmes a souligné l'importance cruciale de l'article 5 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dans la lutte contre ces stéréotypes préjudiciables²³³. Cet article impose aux États de prendre des mesures afin de « modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme [...] qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes²³⁴ ». Le Comité des droits de l'homme reconnaît pour sa part depuis longtemps que « l'inégalité dont les femmes sont victimes partout dans le monde dans l'exercice de leurs droits est profondément ancrée dans la tradition, l'histoire et la culture, y compris les attitudes religieuses²³⁵ ». Il a appelé les États à ne pas invoquer les attitudes traditionnelles, historiques, religieuses ou culturelles pour justifier les violations du droit des femmes à la jouissance de leurs droits sur un pied d'égalité²³⁶.

L'impact négatif des stéréotypes de genre préjudiciables et des idées préconçues en matière de genre sur la santé des femmes et des filles, en particulier concernant leur accès aux services de santé reproductive, est reconnu par de nombreux organes internationaux de protection des droits humains.²³⁷ Le rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible a ainsi relevé que « le lien de causalité entre les rôles stéréotypés des sexes, la discrimination et la marginalisation des femmes et des filles et l'exercice de leur droit à la santé sexuelle et génésique est largement démontré²³⁸ ». Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a également réaffirmé dans son Observation générale n° 22 (droit à la santé sexuelle et procréative) que les États avaient l'obligation d'abroger « ou de réformer les lois et les politiques qui retirent ou limitent à certains individus ou groupes la possibilité d'exercer leur droit à la santé sexuelle et procréative. Il existe un grand nombre de lois, de politiques et de pratiques qui compromettent l'autonomie et le droit à l'égalité et à la non-discrimination dans le plein exercice du droit à la santé sexuelle et procréative, à titre d'exemple la criminalisation de l'avortement ou bien des lois restrictives sur l'avortement²³⁹. »

Le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé a également souligné que les stéréotypes de genre limitaient souvent l'expression sexuelle et la liberté de reproduction des femmes, avaient des conséquences sur leur santé et se traduisaient par des atteintes à leur droit à la santé²⁴⁰. De même, le rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants a relevé que la discrimination à l'égard des femmes et des filles était souvent à l'origine des actes de torture et les mauvais traitements commis dans les établissements de santé²⁴¹. Il a souligné : « Cela est manifeste lorsque l'acte médical sollicité, par exemple un avortement, va à l'encontre de normes sociales qui assignent aux individus un rôle et un comportement donnés en fonction de leur sexe²⁴² ».

²³³ 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/29/40, 2015, § 15.

²³⁴ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 5(a).

²³⁵ CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 5.

²³⁶ CDH, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 5.

²³⁷ Voir par exemple Comité DESC, Observation générale n° 16, op. cit. (voir note 229), § 29 ; Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), § 9.

²³⁸ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 17.

²³⁹ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 34.

²⁴⁰ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 16.

²⁴¹ Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/31/57, 2016, § 42.

²⁴² Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/31/57, 2016, § 42.

Les lois restrictives sur l'avortement sont fondées sur une vision stéréotypée du rôle de la femme dans la société. Elles reflètent le sentiment selon lequel la femme, puisqu'elle est biologiquement à même d'avoir des enfants, est avant tout destinée à procréer et à s'occuper de sa famille. L'impact des stéréotypes de genre sur la capacité des femmes à accéder aux services d'avortement sécurisé a été mis en évidence dans un certain nombre de cas individuels. Dans l'affaire *L. C. c. Pérou*, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a estimé qu'il y avait violation de l'article 5 de la Convention « dans la mesure où la décision de retarder l'opération à cause de la grossesse était influencée par le préjugé qui veut que le fœtus est plus important que la santé de la mère²⁴³ ». De même, dans les affaires *L. M. R. c. Argentine*²⁴⁴ et *K. L. c. Pérou*²⁴⁵, les conséquences néfastes des stéréotypes de genre sur la capacité des victimes à avoir accès à l'avortement ont été reconnues.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a publié en 2015 son deuxième rapport spécial d'enquête au titre du Protocole facultatif à la Convention. L'enquête portait sur les obligations des États de garantir l'accès à des moyens de contraception modernes. Le Comité a reproché notamment au gouvernement philippin de ne pas faire passer les droits fondamentaux de la femme avant l'idéologie religieuse et les stéréotypes culturels, attitude qui s'est traduite par une discrimination généralisée à l'égard des femmes, entravant leur accès aux informations et aux services en matière de santé reproductive, et notamment à la contraception et à l'interruption de grossesse.²⁴⁶

4.2 DESTIGMATISER L'AVORTEMENT

Les recherches approfondies menées par Amnesty International au sujet de l'avortement²⁴⁷, ainsi que celles conduites par d'autres ONG internationales²⁴⁸, par l'OMS²⁴⁹, par des institutions publiques de santé²⁵⁰ et par la société civile²⁵¹, montrent que la grande majorité des cadres juridiques dans le monde cherchent à restreindre ou à supprimer l'avortement et se placent sous l'angle de la réduction des risques plutôt que du point de vue de la santé et des droits humains. Le plus souvent, la question de l'avortement est traitée dans le droit pénal des pays, qui prévoit quelques rares « dérogations » rendant l'avortement « légal » pour certains motifs et jusqu'à un certain stade de la grossesse (voir schéma ci-dessous). L'avortement est donc le plus souvent érigé en infraction pénale et rarement traité dans d'autres cadres réglementaires, tels que ceux qui concernent la santé ou l'égalité. Même dans les systèmes de santé, l'avortement est très souvent considéré comme un phénomène « en marge » des soins de santé ordinaires et comme une « exception ».

²⁴³ Comité CEDAW, *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12), § 8.15.

²⁴⁴ CDH, *L. M. R. c. Argentine*, op. cit. (voir note 13), § 3.6.

²⁴⁵ CDH, *K. L. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12), § 3.2(b).

²⁴⁶ Comité CEDAW, Résumé de l'enquête concernant les Philippines, op. cit. (voir note 31).

²⁴⁷ Voir par exemple Amnesty International, *Ce n'est pas une criminelle. La loi sur l'avortement en Irlande et ses conséquences* (EUR 29/1597/2015). Voir également Amnesty International, *On the Brink of Death: Violence against women and the abortion ban in El Salvador* (AMR 29/003/2014) ; Amnesty International, *Interdiction totale de l'avortement au Nicaragua. La santé et la vie des femmes en danger, les professionnels de la santé passibles de sanctions pénales* (AMR 43/001/2009) [seules l'introduction et les recommandations ont été traduites en français]

²⁴⁸ Centre pour les droits reproductifs, carte des lois sur l'avortement dans le monde, disponible (en anglais) sur www.reproductiverights.org/document/the-worlds-abortion-laws-map.

²⁴⁹ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54). Voir aussi la base de données mondiale de l'OMS sur les politiques relatives à l'avortement, disponible (en anglais) sur abortion-policies.srhr.org.

²⁵⁰ Guttmacher Institute, *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, 2018, www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017.

²⁵¹ Voir par exemple GIRE, *Violence without End*, 2016, aborto-por-violacion.gire.org.mx/en/assets/pdf/violence-without-end.pdf ; GIRE, *Niñas y Mujeres sin Justicia: Derechos Reproductivos en México*, 2015, gire.org.mx/wp-content/uploads/2016/07/INFORME-GIRE-2015.pdf.



Réglementation de l'avortement à travers le monde (OMS, Base de données mondiale sur les politiques relatives à l'avortement)²⁵²

Comme nous l'avons dit précédemment, ces cadres réglementaires reposent sur des stéréotypes préjudiciables concernant, entre autres, le genre, l'origine ethnique, la situation matrimoniale ou d'autres situations, ainsi que sur des discriminations liées au genre ou d'autres formes de discrimination croisées. Ils considèrent les services de santé reproductive en général, et les services d'avortement en particulier, comme une forme de réduction des risques plutôt que comme un moyen de permettre aux personnes d'exercer leur droit à la santé et d'autres droits fondamentaux. À l'inverse, un cadre fondé sur les droits humains cherche avant tout à permettre aux femmes, aux filles et à toutes les personnes qui peuvent être enceintes de jouir de leurs droits sexuels et reproductifs, qui sont une composante fondamentale de leurs droits humains.

Pour être conformes aux normes relatives aux droits humains, les cadres réglementaires **ne doivent pas considérer l'avortement comme une exception, mais comme un élément essentiel de la santé reproductive, qui n'a pas à être réglementé pénalement**. Dans un dispositif basé sur les droits humains, il est absolument infondé et injustifié de sanctionner les personnes qui cherchent à avorter, celles qui leur apportent une aide et les professionnel-le-s de santé, ou de limiter l'accès à l'avortement. Les préoccupations légitimes en matière de réglementation et déontologie médicale, liées notamment aux recommandations relatives à l'offre de services cliniques, à l'agrément des professionnel-le-s de la santé, à la protection contre les erreurs médicales et à l'obligation d'obtenir le consentement éclairé des patients, peuvent trouver une réponse dans la réglementation générale des services de santé (sexuelle et reproductive). Cette réglementation et la pratique clinique qui en découle – comme précisé dans les directives de l'OMS pour un avortement sécurisé²⁵³ – doivent avoir pour principal objectif les droits et le bien-être de toutes les femmes, les filles et les personnes susceptibles de vouloir avorter pour diverses raisons ou d'avoir besoin de recevoir des soins après un avortement. Une fois que l'avortement est considéré dans la globalité de la prise en charge médicale en matière de sexualité et de procréation, les obstacles à l'accès peuvent être identifiés plus clairement et éliminés.

Pour éviter que l'avortement soit traité comme une exception, il faut combattre les mythes et la stigmatisation qui y sont associés. Cela fait partie des obligations des États en matière de

²⁵² OMS, Base de données mondiale sur les politiques relatives à l'avortement, disponible (en anglais) sur abortion-policies.srhr.org ; voir aussi Centre pour les droits reproductifs, carte des lois sur l'avortement dans le monde, disponible (en anglais) sur www.reproductiverights.org/document/the-worlds-abortion-laws-map.

²⁵³ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54).

droits humains et implique qu'ils doivent s'engager à adopter la position suivante : l'avortement doit être légal, pratiqué en toute sécurité et rendu accessible à *toutes* les femmes, les filles et les autres personnes qui peuvent être enceintes afin de leur garantir le libre exercice de leurs droits humains.

La stigmatisation liée à l'avortement peut entraîner la prolifération de représentations déformées à son sujet, et donner lieu à des actes d'humiliation, d'intimidation et de harcèlement, ou à un préjudice physique et psychologique, infligés aux personnes qui avortent, aux proches et ami·e·s qui les soutiennent, et à celles et ceux qui prodiguent des services d'avortement. Les mythes relatifs à l'avortement sont des thèses ou des croyances orientées ou des informations erronées et fallacieuses sur l'avortement²⁵⁴, qui sont souvent diffusées pour décourager les personnes enceintes de demander des services liés à l'avortement et de rechercher des informations fondées sur des faits scientifiquement établis²⁵⁵. La stigmatisation liée à l'avortement et la désinformation à ce sujet sont des obstacles importants qui entravent l'accès des personnes enceintes à l'avortement pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité et dans des délais appropriés. Les organes de suivi des traités des Nations unies attirent de plus en plus l'attention sur l'obligation, pour les États, de mettre fin à la réprobation sociale dans le contexte de la réglementation de l'avortement et de la prestation de services en la matière. En 2013, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a appelé la Hongrie à « cesser d'interférer négativement avec l'exercice par les femmes de leurs droits dans le domaine de la sexualité et de la procréation, en particulier en mettant un terme aux campagnes qui stigmatisent l'avortement et visent à influencer négativement l'opinion publique sur la question de l'avortement et de la contraception²⁵⁶. » En 2019, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a demandé à la Slovaquie d'interdire l'exposition des personnes enceintes à des informations orientées ou scientifiquement inexacts sur les risques présumés de l'avortement, celles-ci risquant d'entraver leur accès aux services d'interruption de grossesse²⁵⁷.

L'OMS a affirmé que « l'intégration des services d'avortement dans le système de santé [...] leur permettra de faire reconnaître et de rendre légitime leur statut de services de santé, et de protéger les femmes et les agents de santé contre toute stigmatisation et discrimination²⁵⁸ ». Les positions qui s'écartent de celle de l'OMS, et qui persistent à traiter l'avortement différemment des autres soins de santé ou qui présentent cette intervention sous un jour négatif, ont une double conséquence : elles jettent le discrédit sur les femmes et les filles et cautionnent tacitement la réglementation pénale de l'avortement ou tout autre type d'encadrement de la question (bien souvent, de manière stigmatisante et dissuasive). Adopter une position favorable à la dépénalisation de l'avortement et à sa mise en œuvre dans un cadre global de soins de santé sexuelle et reproductive au sein du système médical ou en automédication contribue à déstigmatiser l'interruption volontaire de grossesse, permet de réaffirmer les droits des femmes, des filles et de toutes les personnes enceintes, et supprime le caractère exceptionnel de l'avortement.

Les professionnel·le·s de santé doivent pouvoir offrir des services d'avortement dans de bonnes conditions et des soins post-avortement, ainsi que des informations objectives et fondées sur des éléments scientifiquement établis en la matière, à toute personne qui en a besoin, dans le

²⁵⁴ Pour en savoir plus sur les mythes les plus courants liés à l'avortement, voir Fédération internationale pour la planification familiale (IPPF), *Comment parler de l'avortement. Un guide pour l'élaboration de messages fondés sur les droits*, 2018, Annexe 1 : Mythes courants au sujet de l'avortement, p. 22, www.ippf.org/sites/default/files/2019-02/How%20to%20talk%20about%20abortion%20%28French%29.pdf.

²⁵⁵ Voir www.opendemocracy.net/en/5050/how-opendemocracy-tracking-anti-abortion-misinformation-around-world/ (en anglais).

²⁵⁶ Comité CEDAW, Observations finales : Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013, § 31.

²⁵⁷ Comité DESC, Observations finales : Slovaquie, doc. ONU E/C.12/SVK/CO/3, 2019, § 42(b).

²⁵⁸ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 66.

respect des droits humains, de l'autonomie, de la vie privée et de la confidentialité, et sans discrimination ni contrainte²⁵⁹.

ENCADRE 3 : AVORTEMENT ET METHODES D'AVORTEMENT : DEFINITIONS DE L'OMS

Les définitions de l'avortement varient selon les sources et en fonction des contextes et des pays. Amnesty International ne souscrit à aucune définition en particulier de l'avortement, qui est un terme médical, mais considère de manière générale que ce terme s'applique à toute interruption de grossesse, spontanée ou provoquée.

Les avortements spontanés sont couramment appelés fausses couches. Lorsque les gens parlent d'avortement, ils font généralement référence aux avortements provoqués volontairement. L'OMS définit l'avortement provoqué comme étant « l'interruption volontaire d'une grossesse intra-utérine par des moyens médicamenteux ou chirurgicaux » (traduction non officielle ; voir OMS, Classification internationale des maladies [CIM-11], en anglais uniquement). Il existe différentes méthodes d'avortement, mais de manière générale Amnesty International utilise les définitions de l'OMS de l'« avortement médicamenteux » (l'utilisation de produits pharmaceutiques pour interrompre une grossesse) et de l'« avortement chirurgical » (l'utilisation de procédures transcervicales pour interrompre une grossesse, telles que l'aspiration ou la dilatation et évacuation).

L'OMS recommande de mettre à la disposition des personnes enceintes différentes méthodes d'avortement (chirurgicales et médicamenteuses). « S'il [...] est possible [à la femme] de choisir la méthode, le personnel de santé devra être capable de l'informer clairement sur les méthodes appropriées compte tenu de l'âge de sa grossesse et de son état de santé, et sur les facteurs de risque potentiels ainsi que les avantages et inconvénients de chaque méthode. Les femmes sont plus enclines à trouver une méthode d'avortement acceptable si elles l'ont choisie elles-mêmes. La plupart des femmes qui se font avorter considèrent qu'il est extrêmement important pour elles de pouvoir choisir entre plusieurs méthodes²⁶⁰. »

Les méthodes d'avortement médicamenteuses offrent une solution sûre, en particulier dans les situations où, bien que légal, l'avortement est pratiqué dans de mauvaises conditions, par exemple dans un environnement non stérile, sans équipements appropriés ni médicaments d'urgence, ou par du personnel non formé. La pratique de l'avortement médicamenteux nécessite moins de formation et une infrastructure plus simple que celle de l'avortement chirurgical, et facilite donc la décentralisation des services, qui peuvent être fournis au niveau du système de soins primaires, avec un dispositif d'orientation vers des soins plus spécialisés en cas de besoin²⁶¹. Par ailleurs, le misoprostol et la mifépristone figurent sur la liste de l'OMS des médicaments essentiels en matière de santé reproductive, dont l'accès universel doit être garanti²⁶².

L'autoadministration de misoprostol est déjà courante dans certains pays. L'avortement à domicile est aussi de plus en plus préconisé comme solution sûre et efficace en cas de crise sanitaire comme la pandémie de COVID-19, et a la préférence de certaines personnes qui préfèrent mettre un terme à leur grossesse chez elles, avec le soutien de leur famille²⁶³. Un soutien professionnel par téléconsultation peut garantir la sécurité de la

²⁵⁹ Déclaration et Programme d'action de Beijing, § 96, beijing20.unwomen.org/fr/about. Voir aussi le rapport du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, *Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables*, doc. ONU A/HRC/21/22, 2012.

²⁶⁰ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 38.

²⁶¹ Ipas, *WHO safe abortion guidance: Updates and recommendations*, synthèse.

²⁶² PATH, OMS et Fonds des nations unies pour la population (FNUAP), *Essential medicines for reproductive health: Guiding principles for their inclusion on national medicines lists*, 2006, annexe 4, www.who.int/medicines/publications/EssMeds_RHealth.pdf. Voir aussi Haut-Commissariat des Nations unies aux droits de l'homme, *Guide technique concernant l'application d'une approche fondée sur les droits de l'homme à la mise en œuvre des politiques et des programmes visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles évitables*, op. cit. (voir note 259), § 34.

²⁶³ J. Todd-Gher et P. Shah, "Abortion in the context of COVID-19: a human rights imperative", *Sexual and Reproductive Health Matters*, vol. 28, p. 1-4, 2020, DOI : 10.1080/26410397.2020.1758394.

procédure et la prise en charge appropriée et en temps voulu des femmes souffrant de complications pendant ou après un avortement. La criminalisation empêche les femmes et les filles de recevoir des conseils médicaux appropriés et des soins en cas de telles complications car elle a un effet dissuasif sur les professionnel-le-s de santé et sur les femmes elles-mêmes, par crainte des sanctions pénales.

4.3 OFFRIR UN ACCES A DES SERVICES, DES PRODUITS ET DES INFORMATIONS EXHAUSTIFS EN MATIERE DE SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Il est indispensable d'offrir un accès à des informations, des produits et des services exhaustifs et de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive, dont des soins pendant et après l'avortement, des contraceptifs modernes et des informations objectives, fondées sur des faits et non discriminatoires à propos de la santé sexuelle et reproductive (y compris en lien avec la grossesse et l'avortement), pour mettre en œuvre les droits des femmes, des filles et de toute personne pouvant tomber enceinte, notamment leurs droits à la vie, à la santé et à la non-discrimination, et pour parvenir à une véritable égalité.

Un tiers des problèmes de santé des femmes âgées de 15 à 44 ans sont liés à la santé sexuelle et reproductive²⁶⁴. En particulier, plus de 200 millions de femmes en âge de procréer qui ne souhaitent pas être enceintes n'ont pas accès aux méthodes de contraception modernes²⁶⁵. Les organes de suivi des traités de l'ONU appellent régulièrement les États à faire en sorte qu'un éventail complet de contraceptifs de bonne qualité, modernes et efficaces, dont des méthodes de contraception d'urgence, soit disponible et accessible à toutes et à tous²⁶⁶. Certains ont aussi demandé aux États de garantir une véritable égalité pour les femmes et les filles en répondant aux besoins non satisfaits en termes de contraceptifs et en veillant à ce que les adolescent-e-s aient accès à des informations sur la contraception et à des services en la matière afin de réduire le nombre de grossesses précoces²⁶⁷. Ils se sont tout particulièrement intéressés à la contraception d'urgence, soulignant qu'elle devait être disponible sans prescription²⁶⁸ et être gratuite pour les victimes de violence, notamment les adolescentes²⁶⁹, et que des mesures spéciales devaient être prises pour qu'elle soit disponible dans les zones de conflit et d'après-conflit²⁷⁰. Le fait pour les victimes de violences sexuelles de ne pas pouvoir

²⁶⁴ OMS, "Promoting health through the life-course", communiqué de presse, mars 2015, www.who.int/life-course/news/commentaries/2015-intl-womens-day/en/.

²⁶⁵ OMS, Principaux repères : « Planification familiale/Contraception », juin 2020, www.who.int/fr/news-room/factsheets/detail/family-planning-contraception.

²⁶⁶ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 13, 28, 45, 57 et 62 ; CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8 ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28) ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 34, op. cit. (voir note 81), § 38 et 39(a) ; Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), § 31 et 70 ; Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 59 et 63 ; Comité CDE, Observations finales : Argentine, doc. ONU CRC/C/ARG/CO/5-6, 2018, § 32 ; Comité CEDAW, Observations finales : Mozambique, doc. ONU CEDAW/C/MOZ/CO/3-5, 2019, § 36(c).

²⁶⁷ Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 17 ; Comité CDE, Observations finales : Kirghizistan, doc. ONU CRC/C/KGZ/CO/3-4, 2014, § 51-52 ; Comité CEDAW, Observations finales : Angola, doc. ONU CEDAW/C/AGO/CO/6, 2013, § 31(c) ; CDH, Observations finales : Malawi, doc. ONU CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1, 2014, § 9 ; Comité DESC, Observations finales : Salvador, doc. ONU E/C.12/SLV/CO/3-5, 2014, § 23.

²⁶⁸ Comité CEDAW, Observations finales : Hongrie, doc. ONU CEDAW/C/HUN/CO/7-8, 2013, § 31(b).

²⁶⁹ Comité CDE, Observation générale n° 15, op. cit. (voir note 81), § 70 ; Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 59 ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 40(c) ; Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 13, 15 et 57 ; Comité CEDAW, Observations finales : Pérou, doc. ONU CEDAW/C/PER/CO/7-8, 2014, § 35-36 ; Comité CDE, Observations finales : Costa Rica, doc. ONU CRC/C/CRI/CO/4, 2011, § 63-64.

²⁷⁰ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30, op. cit. (voir note 75), § 52(c) ; Comité CEDAW, Observations finales : République centrafricaine, doc. ONU CEDAW/C/CAF/CO/1-5, 2014, § 39-40.

bénéficiaire d'une contraception d'urgence accessible peut se traduire par des souffrances physiques et mentales susceptibles de s'apparenter à des mauvais traitements²⁷¹.

Le Comité des droits de l'homme des Nations unies a reconnu le caractère central de la santé sexuelle et reproductive dans la vie et la santé des femmes, et a appelé les États à offrir aux femmes et aux adolescentes des services exhaustifs en la matière²⁷². Il a constaté explicitement le lien entre la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et le fait que les femmes aient accès à des services de santé reproductive, dont la possibilité d'avorter dans de bonnes conditions de sécurité²⁷³. Les services de base en matière de santé sexuelle et reproductive visent à protéger les droits des femmes et des filles à la santé et à la vie. Or, le droit à la vie comprend le droit de vivre dans la dignité²⁷⁴ et repose sur les principes fondamentaux de l'autonomie de la personne et de la dignité humaine. Pour protéger les droits des femmes à la vie et à la santé, les États doivent donc fournir des soins prénatals et postnatals, du personnel qualifié pour les accouchements, des services obstétricaux d'urgence, ainsi que l'accès aux contraceptifs et à l'information²⁷⁵.

Les services de santé essentiels doivent être fournis dans le respect des droits humains de la personne concernée, de son autonomie, de son consentement éclairé, de sa vie privée et de la confidentialité, et sans discrimination ni contrainte²⁷⁶. Le droit international a reconnu que les traitements médicaux forcés étaient des violations des droits humains, et que certaines formes

²⁷¹ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 18 et 40(c) ; Comité contre la torture, Observations finales : Grèce, doc. ONU CAT/C/GRC/7, 2018, § 24 et 25.

²⁷² CDH, Observations finales : Cameroun, doc. ONU CCPR/C/CMR/CO/4, 2010, § 13 (appelant l'État à « intensifier ses efforts pour réduire la mortalité maternelle, notamment en veillant ce que les femmes aient accès à des services de santé de la procréation »). Voir aussi CDH, Observations finales : Chili, doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/6, 2014, § 15 ; Costa Rica, doc. ONU CCPR/C/CRI/CO/6, 2016, § 15 ; Malawi, doc. ONU CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1, 2014, § 9 ; Sierra Leone, doc. ONU CCPR/C/SLE/CO/1, 2014, § 14 ; Malte, doc. ONU CCPR/C/MLT/CO/2, 2014, § 13 ; Sri Lanka, doc. ONU CCPR/C/LKA/CO/5, 2014, § 10 ; Paraguay, doc. ONU CCPR/C/PRY/CO/3, 2013, § 13 ; Pérou, doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, 2013, § 14 ; Guatemala, doc. ONU CCPR/C/GTM/CO/3, 2012, § 20 ; Jamaïque, doc. ONU CCPR/C/JAM/CO/3, 2011, § 14 ; République dominicaine, doc. ONU CCPR/C/DOM/CO/5, 2012, § 15. Voir également CDH, Observations finales : Mali, doc. ONU CCPR/CO/77/MLI, 2003, § 14 (à propos des soins obstétricaux d'urgence) ; Pérou, doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, 2013, § 14 (à propos de la contraception d'urgence).

²⁷³ CDH, Observations finales : Cameroun, doc. ONU CCPR/C/CMR/CO/4, 2010, § 13 (appelant l'État à « intensifier ses efforts pour réduire la mortalité maternelle, notamment en veillant ce que les femmes aient accès à des services de santé de la procréation »). Voir aussi CDH, Observations finales : Chili, doc. ONU CCPR/C/CHL/CO/6, 2014, § 15 ; Costa Rica, doc. ONU CCPR/C/CRI/CO/6, 2016, § 17-18 ; Malawi, doc. ONU CCPR/C/MWI/CO/1/Add.1, 2014, § 9 ; Sierra Leone, doc. ONU CCPR/C/SLE/CO/1, 2014, § 14 ; Malte, doc. ONU CCPR/C/MLT/CO/2, 2014, § 13 ; Sri Lanka, doc. ONU CCPR/C/LKA/CO/5, 2014, § 10 ; Paraguay, doc. ONU CCPR/C/PRY/CO/3, 2013, § 13 ; Pérou, doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, 2013, § 14 ; Guatemala, doc. ONU CCPR/C/GTM/CO/3, 2012, § 20 ; Jamaïque, doc. ONU CCPR/C/JAM/CO/3, 2011, § 14 ; République dominicaine, doc. ONU CCPR/C/DOM/CO/5, 2012, § 15. Voir également CDH, Observations finales : Mali, doc. ONU CCPR/CO/77/MLI, 2003, § 14 (à propos des soins obstétricaux d'urgence) ; Pérou, doc. ONU CCPR/C/PER/CO/5, 2013, § 1 (à propos de la contraception d'urgence).

²⁷⁴ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 3, 8 et 26.

²⁷⁵ Voir OMS, *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé*, 2016, apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf?sequence=1&ua=1 (à propos des services de santé maternelle) ; OMS, *Priority Lifesaving Medicines for Women and Children*, 2012, apps.who.int/iris/bitstream/10665/75154/1/WHO_EMP_MAR_2012.1_eng.pdf?ua=1 (à propos des contraceptifs) ; FNUAP, « Santé sexuelle et reproductive », disponible sur www.unfpa.org/fr/santé-sexuelle-et-reproductive (à propos de l'accès aux informations sur la santé sexuelle et reproductive).

²⁷⁶ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15). Voir aussi ONUSIDA, CDH, UNICEF, Programme alimentaire mondial (PAM), Fonds des Nations unies pour le développement (PNUD), FNUAP, ONU Femmes, Organisation internationale du travail (OIT), UNESCO, OMS, Haut-Commissariat aux droits de l'homme et Organisation internationale pour les migrations (OIM), *Déclaration commune des Nations unies sur l'éradication de la discrimination dans les milieux de soins de santé*, juin 2017, www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/ending-discrimination-healthcare-settings_fr.pdf.

de contrainte constituaient une forme de violence à l'égard des femmes²⁷⁷. Si ces services sont rendus de manière discriminatoire, sans consentement éclairé et sans respect de la vie privée, les femmes, les filles et toutes les personnes pouvant tomber enceintes risquent d'accéder moins facilement aux soins dont elles ont besoin, ce qui fait obstacle et peut porter atteinte à leur droit à la santé.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a aussi souligné que les produits et les services devaient être de bonne qualité – c'est-à-dire fondés sur des faits, appropriés sur le plan scientifique et médical et actualisés –, ce qui implique que le personnel médical soit qualifié et que les médicaments et les équipements aient été scientifiquement approuvés et que leur date de péremption ne soit pas dépassée. Le fait de refuser ou d'omettre d'intégrer dans l'offre de services de santé sexuelle et reproductive les progrès et les innovations technologiques, notamment les médicaments pour l'interruption volontaire de grossesse, compromet la qualité des soins²⁷⁸. Par ailleurs, les services et les produits de santé sexuelle et reproductive doivent être abordables. Les organes de suivi des traités des Nations unies reconnaissent de plus en plus que ces services et produits doivent être subventionnés, couverts par les régimes publics d'assurance maladie ou fournis gratuitement aux personnes qui n'ont pas les moyens de les payer²⁷⁹.

Les services d'interruption volontaire de grossesse et les soins post-avortement doivent être intégrés à des services de santé sexuelle et reproductive exhaustifs à tous les niveaux du système de santé (y compris en milieu carcéral). Ces services doivent être disponibles, accessibles, adaptés et de bonne qualité, conformément aux normes définies par le droit international relatif aux droits humains²⁸⁰. Outre des services d'interruption de grossesse (dont l'avortement médicamenteux à domicile ou autoadministré), des informations objectives et fondées sur des faits scientifiquement établis à propos de l'avortement doivent être disponibles et accessibles, conformément au principe selon lequel l'avortement est une partie intégrante de l'éventail complet de services en matière de santé sexuelle et reproductive, et non une dérogation au droit pénal.

Les États sont aussi tenus de respecter, protéger et mettre en œuvre la santé et les droits sexuels et reproductifs dans les situations de conflit et d'urgence humanitaire. Le droit international relatif aux droits humains et le droit international humanitaire sont complémentaires et se renforcent mutuellement (voir annexe I : L'avortement dans les situations de conflit armé). Les organes de suivi des traités ont adressé aux États des conseils qui viennent renforcer et compléter leurs obligations aux termes du droit international humanitaire. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a appelé les États à garantir l'accès aux services de santé maternelle, notamment aux soins prénatals, à des services d'accouchement dotés de personnel qualifié et à des soins obstétriques d'urgence dans les zones touchées par des conflits²⁸¹. Il leur a également demandé d'accorder une place prioritaire à la prestation de services de santé sexuelle et reproductive, dont des services d'avortement sécurisé, afin d'atténuer les conséquences des conflits armés sur la santé sexuelle et reproductive et la mortalité maternelle²⁸². Le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise (IAWG) et le Fonds des Nations unies pour la population

²⁷⁷ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 18. Voir aussi Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 22 ; Comité CDE, Observation générale n° 13 sur le droit de l'enfant d'être protégé contre toutes les formes de violence, doc. ONU CRC/C/GC/13, 2011, § 23(a).

²⁷⁸ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 21.

²⁷⁹ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 17.

²⁸⁰ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 12.

²⁸¹ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30, op. cit. (voir note 75), 52(c).

²⁸² Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30, op. cit. (voir note 75) ; Comité CEDAW, Observations finales : République centrafricaine, doc. ONU CEDAW/C/CAF/CO/1-5, 2014, § 40(b) ; République démocratique du Congo, doc. ONU CEDAW/C/COD/CO/5, 2006, § 35-36.

(FNUAP) ont défini un Ensemble minimal de services initiaux (MISP), qui recense une série de mesures cruciales nécessaires pour répondre aux besoins en matière de santé reproductive lorsqu'une crise humanitaire apparaît²⁸³.

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ont par ailleurs appelé les États à prendre des mesures supplémentaires pour que les personnes réfugiées, apatrides, demandeuses d'asile ou sans papiers, rendues vulnérables par leur situation juridique, aient accès à des informations, des produits et des services abordables et de qualité en matière de santé sexuelle et reproductive²⁸⁴. La prestation de services de santé sexuelle et reproductive dans le contexte humanitaire nécessite que ces services soient disponibles, accessibles, appropriés et de bonne qualité, et offerts sans discrimination ; que les personnes concernées puissent prendre des décisions en toute autonomie et connaissance de cause, sans avoir besoin de l'autorisation d'un conjoint, d'un parent ou d'un tiers ; que la vie privée et la confidentialité soient protégées ; et que les victimes de violations de leurs droits aient accès à la justice et à des recours effectifs²⁸⁵.

L'accès à des informations correctes fournies au moment opportun, notamment par le biais d'une éducation complète à la sexualité, est indispensable pour permettre aux personnes d'exercer leur autonomie et de prendre en toute connaissance de cause la décision de suivre des soins ou des procédures en matière de santé sexuelle et reproductive. Les personnes enceintes doivent recevoir des informations exhaustives, objectives et fondées sur des faits scientifiquement établis tout au long de leur grossesse (dans le cadre plus général de leur santé sexuelle et reproductive et de leurs droits en la matière). Elles doivent notamment pouvoir de leur propre chef demander un diagnostic prénatal et, dans le respect de leur autonomie, prendre des décisions éclairées sur leur grossesse au vu des informations obtenues²⁸⁶. Les gouvernements ne doivent pas refuser ou limiter l'accès de toutes et tous aux mêmes informations sur la santé sexuelle et reproductive, et doivent veiller à ce que ces informations ne soient pas cachées ni déformées intentionnellement, conformément au droit et aux principes internationaux relatifs aux droits humains quant au droit à l'information du patient, qui fait partie intégrante du droit à l'information et du droit à la santé énoncés dans le droit international. Limiter l'accès des personnes à des informations sur leur grossesse constituerait une violation de leur droit à l'information, entre autres droits.

4.4 OFFRIR UNE EDUCATION COMPLETE A LA SEXUALITE

Il est prouvé qu'apporter aux jeunes une éducation complète à la sexualité²⁸⁷ (ECS), comprenant des informations sur la sexualité, les relations et la santé sexuelle et reproductive

²⁸³ Voir www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package (en anglais). Voir aussi www.unhcr.org/uk/4e8d6b3b14.pdf (en anglais).

²⁸⁴ Comité DESC, Observations finales : République tchèque, doc. ONU E/C.12/CZE/CO/2, 2014 ; Slovaquie, doc. ONU E/C.12/SVK/CO/3, 2019. Voir aussi Comité CEDAW, Observations finales : Lituanie, doc. ONU CEDAW/C/LTU/CO/4, 2008.

²⁸⁵ Voir Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30, op. cit. (voir note 75) ; Comité CEDAW, Recommandation générale n° 33, op. cit. (voir note 34). Voir également www.unfpa.org/resources/what-minimum-initial-service-package, et www.unhcr.org/uk/4e8d6b3b14.pdf (en anglais).

²⁸⁶ Principes de Nairobi sur l'avortement, le dépistage prénatal et le handicap, 2019, principe 3, nairobiprinciples.creaworld.org/wp-content/uploads/2019/05/The-Nairobi-Principles-fortranslation_French.pdf.

²⁸⁷ On entend par éducation complète à la sexualité la fourniture d'informations adaptées à l'âge et médicalement exactes à propos de la sexualité et de la santé reproductive. Elle implique, entre autres, de fournir aux adolescent-e-s et aux jeunes des informations et des conseils sur les relations et l'égalité entre les genres, la violence contre les adolescent-e-s, les comportements sexuels responsables, les méthodes de planification familiale responsables, la vie de famille, la santé reproductive, les infections sexuellement transmissibles, et la prévention du VIH/sida (Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, § 7.47). Une éducation

qui soient scientifiquement exactes, fondées sur les droits et adaptées à l'âge, est efficace pour améliorer leur santé et leur bien-être²⁸⁸. L'ECS doit aborder différents sujets relatifs à la santé sexuelle et reproductive, parmi lesquels l'anatomie et la physiologie sexuelles et reproductives, la puberté et les menstruations, la procréation, la contraception moderne, la grossesse et l'accouchement, et les infections sexuellement transmissibles (IST), dont le VIH/sida. L'ECS renforce l'autonomie des jeunes en améliorant leurs compétences essentielles, notamment en termes d'analyse et de communication, en ce qui concerne la santé et le bien-être dans les domaines suivants : la sexualité, les droits humains, une vie de famille et des relations interpersonnelles saines et respectueuses, les valeurs individuelles et collectives, les normes culturelles et sociales, l'égalité des genres, la non-discrimination, les comportements sexuels, la violence et les violences liées au genre, le consentement et l'intégrité corporelle, les atteintes sexuelles, et les pratiques préjudiciables telles que le mariage précoce et forcé des enfants et les mutilations génitales féminines²⁸⁹. L'ECS est aussi une éducation aux différentes manières dont les normes de genre peuvent influencer sur les inégalités, et à la façon dont ces inégalités peuvent porter atteinte à la santé et au bien-être globaux des enfants et des jeunes, tout en entravant les efforts de prévention du VIH et des autres IST, des grossesses précoces et non désirées, et des violences liées au genre. Elle contribue en outre à l'égalité entre les genres en sensibilisant au caractère central et à la diversité du genre dans la vie des gens – par l'examen des normes de genre modelées par les différences et les similitudes culturelles, sociales et biologiques – et en favorisant des relations respectueuses et équitables fondées sur l'empathie et la compréhension.

Les programmes d'ECS doivent promouvoir l'égalité des genres, le consentement et la non-violence, et ne pas perpétuer les stéréotypes discriminatoires, notamment en matière de genre, d'orientation sexuelle, d'identité de genre ou d'un quelconque autre état. Ils doivent être adaptés à l'âge, tenir compte de l'évolution des capacités des enfants et des adolescent-e-s et les doter des informations et des compétences leur permettant d'exercer leurs droits humains et de prendre des décisions éclairées, de manière autonome, à propos de leur vie et de leur santé²⁹⁰. Sans cette éducation, les jeunes sont vulnérables à la contrainte, aux abus, à l'exploitation, aux grossesses non désirées et au sida et autres IST²⁹¹. L'absence d'une telle éducation se répercute de manière disproportionnée sur les adolescentes, en particulier issues de groupes marginalisés, car elles risquent davantage de subir les conséquences à long terme d'un mariage précoce et forcé, d'une grossesse précoce et des violences liées au genre²⁹².

complète à la sexualité doit être fondée sur les droits, adaptée à l'âge et médicalement exacte. Pour plus de précisions, voir aussi Centre pour les droits reproductifs, *Breaking ground 2020: Treaty monitoring bodies on reproductive rights*, 2020, reproductiverights.org/document/breaking-ground-2020-treaty-monitoring-bodies-reproductive-rights.

²⁸⁸ UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle. Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé*, Paris, 2009 ; voir aussi FNUAP, *Comprehensive Sexuality Education: Advancing human rights, gender equality and improved sexual and reproductive health*, 2010.

²⁸⁹ UNESCO, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes, OMS, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle*, 2018, <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214>.

²⁹⁰ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113) ; Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15). Voir aussi Comité des droits de l'enfant, Observation générale n° 4 sur la santé et le développement de l'adolescent dans le contexte de la Convention relative aux droits de l'enfant, 2003, doc. ONU CRC/GC/2003/4, § 3, 7 et 16 (ci-après : Comité CDE, Observation générale n° 4) ; Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65).

²⁹¹ UNESCO, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle*, 2009, Avant-propos.

²⁹² Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 59. Voir aussi M. Campbell, "The Challenges of Girls' Right to Education: Let's talk about Human rights-based Sex education", *The International Journal of Human Rights*, vol. 20, n° 8, 2016, p. 1 219-1 243, www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13642987.2016.1207627?journalCode=fjhr20. Voir aussi Amnesty International, *Contraintes et privées de droits. Mariages forcés et barrières à la contraception au Burkina Faso* (AFR 60/3851/2016) ; *Shamed and blamed: Pregnant girls' rights at risk in Sierra Leone* (AFR 51/2695/2015) ; *Lost without knowledge: Barriers to sexual and reproductive health information in Zimbabwe* (AFR 46/7700/2018).



Des organes de suivi des traités des Nations unies ont reconnu cette réalité et appelé les gouvernements à garantir les droits de toutes les personnes, en particulier des adolescents et adolescentes, à la santé, à la vie, à l'éducation et à la non-discrimination en leur offrant une éducation complète à la sexualité qui soit scientifiquement exacte et objective, adaptée à l'âge et libre de tout préjugé et de toute discrimination²⁹³. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes recommande aux États d'« élaborer et déployer, à tous les niveaux d'enseignement, des programmes obligatoires adaptés à chaque âge, fondés sur des données factuelles et scientifiquement exacts, qui donnent des informations complètes sur la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation, les comportements sexuels responsables ainsi que la prévention des grossesses précoces et des maladies sexuellement transmissibles²⁹⁴ ». Le Comité des droits de l'enfant souligne que tous les adolescent-e-s ont le droit de bénéficier d'informations, d'une éducation et de services confidentiels et adaptés à leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive, quel que soit leur âge et sans le consentement d'un parent ou d'un tuteur²⁹⁵. Pour garantir l'accès à une éducation à la sexualité qui soit complète et de qualité, les États doivent :

- rendre obligatoires les programmes d'ECS dans le cursus scolaire classique, en tenant compte de l'âge du public tout au long de ce cursus et sans que l'autorisation d'un parent ou d'un tuteur ne soit nécessaire²⁹⁶. Les normes fixées par les États concernant cette éducation doivent être conformes aux lignes directrices élaborées par l'UNESCO, l'ONUSIDA, le Fonds des Nations unies pour la population, l'ONU Femmes et l'OMS²⁹⁷. Les adolescent-e-s doivent être impliqués dans l'élaboration de ce programme d'éducation²⁹⁸ et les États ne doivent pas censurer, cacher ou déformer intentionnellement des informations relatives à la santé sexuelle et reproductive²⁹⁹ ;
- veiller à ce que le programme s'appuie sur des faits scientifiquement établis et sur les normes relatives aux droits humains³⁰⁰. Outre des informations sur la biologie de la reproduction, la contraception, les comportements sexuels responsables, la prévention des grossesses précoces³⁰¹ et la prévention du VIH/sida et des autres IST³⁰², il doit intégrer pleinement la dimension de genre et traiter des rôles et stéréotypes de genre dans la

²⁹³ Comité CEDAW, Observations finales : Italie, doc. ONU CEDAW/C/ITA/CO/7, 2017, § 35 ; Nigeria, doc. ONU CEDAW/C/NGA/CO/7-8, 2017, § 34(e) ; Irlande, doc. ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7, 2017, § 39(c). Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Antigua-et-Barbuda, doc. ONU CRC/C/ATG/CO/2-4, 2017, § 45(a). Voir également Comité DESC, Observations finales : Bénin, doc. ONU E/C.12/1/Add.78, 2002, § 42.

²⁹⁴ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 36 sur le droit des filles et des femmes à l'éducation, doc. ONU CEDAW/C/GC/36, 2017, § 69(i).

²⁹⁵ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 39 et 59. La Cour européenne des droits de l'homme a aussi jugé dans deux affaires que l'éducation obligatoire à la sexualité dans les établissements scolaires publics ne constituait pas en tant que telle une violation de la liberté des parents d'éduquer leurs enfants selon leurs convictions religieuses et philosophiques. Cour européenne des droits de l'homme, *Kjeldsen, Busk Madsen et Pedersen c. Danemark* (Requêtes n° 5095/71 ; 5920/72 ; 5926/72) ; *Willi, Anna and David Dojan v. Germany and four other applications* (Requête n° 319/08).

²⁹⁶ Comité CDE, Observations finales : Saint-Vincent-et-les-Grenadines, doc. ONU CRC/C/NCT/CO/2-3, 2017, § 46(a). Voir aussi CDH, Observations finales : République de Moldova, doc. ONU CCPR/C/MDA/CO/3, 2016, § 18(b). Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Suisse, doc. ONU CEDAW/C/CHE/CO/4-5, 2016, § 39(b) ; Italie, doc. ONU CEDAW/C/ITA/CO/7, 2017, § 36. Voir par ailleurs Comité CDE, Observation générale n° 12 sur le droit de l'enfant d'être entendu, doc. ONU CRC/C/GC/12, 2009, § 101.

²⁹⁷ UNESCO, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes, OMS, *Principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. Une approche factuelle*, 2018, unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266214. Voir aussi Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 49. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Italie, doc. ONU CEDAW/C/ITA/CO/7, 2017, § 36.

²⁹⁸ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 61.

²⁹⁹ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 34.

³⁰⁰ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 61. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Suède, doc. ONU CEDAW/C/SWE/CO/8-9, 2016, § 33 ; Islande, doc. ONU CEDAW/C/ISL/CO/7-8, 2016, § 28.

³⁰¹ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 61. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Portugal, doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/8-9, 2015, § 33.

³⁰² Comité CEDAW, Observations finales : France, doc. ONU CEDAW/C/FRA/CO/7-8, 2016, § 32(d).

société, des attitudes patriarcales et des inégalités de pouvoir³⁰³. Les programmes d'ECS doivent aussi prêter attention à l'égalité entre les genres, à la diversité sexuelle, aux droits et à la santé sexuels et reproductifs et à la prévention de toutes les formes de violences liées au genre³⁰⁴ ;

- veiller à ce que tous les enfants et les adolescent-e-s bénéficient d'une éducation complète à la sexualité, dans le milieu scolaire comme en dehors de celui-ci³⁰⁵. Selon le Comité des droits de l'enfant, les inégalités d'accès à des informations, des produits et des services exhaustifs et tenant compte des spécificités de genre en matière de santé sexuelle et reproductive s'apparentent à de la discrimination³⁰⁶ ;
- exiger que les enseignant-e-s soient formés à dispenser une éducation à la santé et aux droits sexuels et reproductifs adaptée à l'âge des élèves³⁰⁷, et les aider notamment à dispenser une ECS dans le respect des droits des enfants et des adolescent-e-s, de leur vie privée et de la confidentialité³⁰⁸.

ENCADRE 4 : LA CRIMINALISATION DE LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS SUR LA SANTE SEXUELLE ET REPRODUCTIVE : QUELLES CONSEQUENCES ?

De nombreux États érigent en infraction le fait de fournir des informations sur la santé sexuelle et reproductive, alors que c'est une composante essentielle des droits à l'information et à l'éducation, à la santé, à l'égalité et à la non-discrimination. Par exemple, une application trop large des lois de lutte contre la pornographie ou l'« obscénité » ou d'autres lois ou politiques de santé publique et règlements administratifs peut entraver la jouissance des droits sexuels et reproductifs, museler la communication sur la santé sexuelle et reproductive, et alimenter la stigmatisation et la discrimination – souvent avec des conséquences disproportionnées sur les femmes, les jeunes et les personnes qui ne se conforment pas aux normes en matière d'orientation sexuelle et d'identité de genre.

Lorsque la diffusion d'informations est restreinte, il peut aussi s'avérer plus difficile pour les adolescent-e-s de se protéger des IST et des grossesses précoces et non désirées, ainsi que de prendre en toute autonomie des décisions éclairées sur leur santé sexuelle et reproductive, en fonction « du développement de leurs capacités³⁰⁹ ». En outre, les lois qui érigent en infraction la communication d'informations sur la santé sexuelle et reproductive ont de graves répercussions en matière de santé publique. Comme l'a souligné le rapporteur spécial des Nations unies sur le droit à la santé, les programmes et activités dans le domaine de la santé publique et de l'autonomisation, tels que les campagnes éducatives sur la prévention du VIH/sida et des IST, la planification familiale, la violence domestique, la discrimination liée au genre, les mutilations génitales féminines, la diversité sexuelle et la santé sexuelle et reproductive en général, peuvent être interdits ou censurés lorsque la législation est trop large³¹⁰.

³⁰³ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 48 ; Comité CEDAW, Observations finales : Monténégro, doc. ONU CEDAW/C/MNE/CO/2, 2017, § 30-31 ; Portugal, doc. ONU CEDAW/C/PRT/CO/8-9, 2015, § 33 ; Timor-Leste, doc. ONU CEDAW/C/TLS/CO/2-3, 2015, § 27 ; Mongolie, doc. ONU CEDAW/C/MNG/CO/8-9, 2016, § 25(a). Voir aussi Comité CDPH, Observations finales : République islamique d'Iran, doc. ONU CRPD/C/IRN/CO/1, 2017, § 49(b).

³⁰⁴ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 61.

³⁰⁵ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 61.

³⁰⁶ Comité CDE, Observations finales : Saint-Vincent-et-les-Grenadines, doc. ONU CRC/C/VCT/CO/2-3, 2017, § 46(a).

³⁰⁷ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 14 ; Comité CEDAW, Observations finales : Thaïlande, doc. ONU CEDAW/C/THA/CO/6-7, 2017, § 35(a) ; Salvador, doc. ONU CEDAW/C/SLV/CO/8-9, 2017, § 33(b) ; Bangladesh, doc. ONU CEDAW/C/BGD/CO/8, 2016, § 28-29. Voir aussi Comité DESC, Observations finales : République dominicaine, doc. ONU E/C.12/DOM/CO/4, 2016, § 65(b). Voir également CDH, Observations finales : République de Moldova, doc. ONU CCPR/C/MDA/CO/3, 2016, § 18(b).

³⁰⁸ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 24, op. cit. (voir note 28), § 14.

³⁰⁹ Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 5, 18 et 42. Voir aussi Comité CDE, Observation générale n° 4, op. cit. (voir note 290), § 3, 7 et 16.

³¹⁰ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 62.

Le rapporteur spécial a aussi fait remarquer que « les femmes et les filles risquent le plus d'être affectées par cette lacune dans les services et programmes disponibles, dans la mesure où elles sont plus exposées au risque de VIH/sida et aux maladies sexuellement transmissibles, à la mortalité maternelle, à l'IVG à risque et aux grossesses non désirées ou non prévues³¹¹. » Il a en outre confirmé que les lois pénales et autres qui restreignent l'accès à des informations exhaustives en matière de santé sexuelle et reproductive étaient incompatibles avec le plein exercice du droit à la santé³¹², et il a appelé les États à « dépenaliser la communication d'informations sur la santé sexuelle et génésique, y compris une éducation à cette santé fondée sur des preuves³¹³ ».

ENCADRE 5 : LA CRIMINALISATION DE LA SEXUALITE ENTRE ADOLESCENT-E-S CONSENTANTS

La plupart des États ont fixé un « âge du consentement sexuel », qui est l'âge auquel un-e adolescent-e est considéré-e comme capable, sur le plan juridique, de consentir à des relations sexuelles. Souvent intégrées au Code pénal, les dispositions en ce sens définissent généralement le consentement sexuel dans le contexte de la violence sexuelle, notamment du viol et des atteintes sexuelles sur mineur. Par conséquent, si les adolescent-e-s sont libres d'avoir des relations sexuelles entre eux, les dispositions relatives à l'âge du consentement s'appliquent le plus souvent dans un contexte de violence et de criminalité présumées. Dans de nombreux pays, l'âge du consentement est fixé entre 14 et 16 ans – le plus souvent à 16 ans³¹⁴. Toutefois, il peut aller de 12 à 18 ans³¹⁵. Souvent, il est moins élevé pour les femmes que pour les hommes, ce qui peut être source de discrimination à l'égard de celles-ci. Parmi les pays qui n'érigent pas en infraction les relations sexuelles entre personnes de même sexe, au moins 16 prévoient un âge de consentement plus élevé pour ce type de relations que pour les relations hétérosexuelles³¹⁶, ce qui est discriminatoire à l'encontre des adolescent-e-s LGBTI et peut les exposer à des peines plus lourdes, que les relations soient consenties ou non³¹⁷.

Les dispositions relatives à l'âge du consentement sont généralement destinées à protéger les enfants des atteintes sexuelles ou du mariage précoce, mais elles peuvent aussi être utilisées pour empêcher, réglementer ou poursuivre en justice, de manière injuste, les relations sexuelles entre adolescent-e-s consentants. La situation devient encore plus compliquée quand l'âge du consentement sexuel ou de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive est différent de l'âge du consentement au mariage, et notamment plus élevé. L'intérêt pour la sexualité fait partie inhérente du développement d'un-e adolescent-e. Pour pouvoir jouir du droit de disposer de son corps et des droits à la liberté d'expression, à la vie privée et à la santé, il est fondamental d'avoir accès à des informations sur le sexe et la sexualité et d'être libre d'explorer et de développer sa propre sexualité sans contrainte ni discrimination.

³¹¹ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 62.

³¹² Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 56 (citant Comité DESC, Observation générale n°14 sur le droit à la santé, doc. ONU E/C.12/2000/4, 2000, § 11).

³¹³ Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/66/254, 2011, § 65(e).

³¹⁴ UNICEF, "Twenty years of the convention on the rights of the child", www.unicef.org/rightsite/433_457.htm#to_have_sex.

³¹⁵ UNICEF, "Twenty years of the convention on the rights of the child", www.unicef.org/rightsite/433_457.htm#to_have_sex.

³¹⁶ A. Carroll, *Homophobie d'État. Une enquête mondiale sur le droit à l'orientation sexuelle : criminalisation, protection et reconnaissance*, 11^e édition, ILGA, 2016, ilga.org/downloads/State_Sponsored_Homophobia_October_2016_FRENCH.pdf. Selon Equaldex, 82 pays appliquent des âges de consentement différenciés. Voir Equaldex, "The Collaborative LGBT Knowledge Base", www.equaldex.com/.

³¹⁷ FNUAP, *Harmonizing the Legal Environment for Adolescent Sexual and Reproductive Health and Rights: A review of 23 countries in East and Southern Africa*, 2017, esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2017-08-Laws%20and%20Policies-Digital_0.pdf.

Lorsque les dispositions relatives à l'âge du consentement sont discriminatoires, vagues ou trop larges, elles peuvent être utilisées pour limiter ou sanctionner le développement sexuel des adolescent-e-s et leur imposer des sanctions pénales pour des actes sexuels consentis. Les jeunes femmes peuvent être visées de manière disproportionnée par ces sanctions car la société attend souvent d'elles qu'elles restreignent leur expression sexuelle et restent « chastes ». Ces notions sont ancrées dans des stéréotypes de genre néfastes concernant les rôles appropriés des femmes et des filles dans la société. Celles-ci en subissent d'autant plus les conséquences qu'elles doivent souvent assumer la charge de se prémunir contre les grossesses non désirées. Les dispositions relatives à l'âge du consentement peuvent donc constituer un obstacle qui empêche les filles et les jeunes femmes d'accéder aux informations et aux services en matière de santé sexuelle et reproductive, à la contraception et à des services d'avortement dans de bonnes conditions. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes s'est dit « préoccupé par le fait que la répression des relations sexuelles consensuelles entre jeunes âgés de 15 à 18 ans pourrait avoir des répercussions graves pour les jeunes femmes, en raison notamment de la persistance des attitudes patriarcales³¹⁸ ».

Bien que les États aient l'obligation, aux termes du droit international relatif aux droits humains, de protéger les enfants et les adolescent-e-s de la contrainte et de la violence sexuelles, ils doivent aussi respecter, protéger et mettre en œuvre leurs droits humains, notamment dans le domaine de leur sexualité naissante, en tenant compte du développement de leurs capacités³¹⁹. Dans cette optique, plusieurs organes des Nations unies chargés des droits humains ont appelé les États à reconnaître les adolescent-e-s comme des détenteurs de droits³²⁰ et, conformément au principe de développement des capacités, à ne pas instaurer de réglementation stricte concernant l'âge du consentement pour les adolescent-e-s³²¹. Le Comité des droits de l'enfant a appelé les États à « tenir compte de la nécessité d'adapter la protection au développement des capacités [pour déterminer l'âge de consentement sexuel, et de] s'abstenir de poursuivre les adolescents de même âge qui ont ensemble des relations sexuelles librement consenties et sans caractère d'exploitation³²². »

La Convention relative aux droits de l'enfant demande aux États de faire en sorte que les adolescent-e-s soient protégés de toute discrimination fondée sur le sexe, ce qui nécessite que les dispositions relatives à l'âge du consentement soient les mêmes pour les garçons que pour les filles (quel que soit le type de relations sexuelles)³²³. En 2011, le Haut-Commissariat aux droits de l'homme des Nations unies a demandé l'abrogation des lois discriminatoires permettant de poursuivre en justice des personnes en raison de leur sexualité et de leur genre, et plus particulièrement l'abrogation des lois qui érigent en infraction les relations sexuelles entre personnes de même sexe ou qui instaurent un âge du consentement sexuel plus élevé pour les couples de même sexe³²⁴.

Pour plus d'informations, voir Amnesty International, *Politique sur les problématiques liées au corps humain. Introduction à la criminalisation de la sexualité et de la procréation*, Annexe 4 : Criminalisation des relations sexuelles chez les adolescents (POL 40/7763/2018).

³¹⁸ Comité CEDAW, Observations finales : Turquie, doc. ONU A/60/38, 2005, § 363-64.

³¹⁹ Assemblée générale de l'ONU, Résolution 44/25, 1989, Convention relative aux droits de l'enfant, www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx.

³²⁰ Assemblée générale de l'ONU, Résolution 44/25, 1989, Convention relative aux droits de l'enfant, art. 9 et 12, www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx.

³²¹ Assemblée générale de l'ONU, Résolution 44/25, 1989, Convention relative aux droits de l'enfant, art. 9 et 12, www.ohchr.org/FR/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx.

³²² Comité CDE, Observation générale n° 20, op. cit. (voir note 65), § 40.

³²³ Convention relative aux droits de l'enfant, article 2.

³²⁴ Conseil des droits de l'homme, Rapport annuel du haut-commissaire des Nations unies aux droits de l'homme et rapports du Haut-Commissariat et du secrétaire général, Suivi et application de la Déclaration et du Programme d'action de Vienne. Lois et pratiques discriminatoires et actes de violence dont sont victimes des personnes en raison de leur orientation sexuelle ou de leur identité de genre. Rapport présenté au Conseil économique et social par le Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme, doc. ONU A/HRC/19/41, 2011, § 84(d). Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Chili, doc. ONU CRC/C/CHL/CO/3, 2007, § 29 ; Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, doc. ONU CRC/C/15/Add.134, 2008, § 22 ; Autriche, doc. ONU CCPR/C/79/Add.103, 1998, § 13. Amnesty International appelle également les États à harmoniser l'âge du consentement sexuel dans son rapport *Quand aimer devient un crime. La criminalisation des relations entre personnes de même sexe en Afrique subsaharienne* (AFR 01/001/2013).

4.5 PROMOUVOIR LA JUSTICE REPRODUCTIVE

La politique d'Amnesty International sur l'avortement s'appuie également sur les grands axes de la justice reproductive, composante essentielle de la justice sociale, économique et de genre, et entend favoriser sa mise en œuvre. Le terme « justice reproductive » trouve son origine dans les luttes pour la justice, l'égalité et les droits des femmes autochtones, des femmes issues de groupes victimes de discrimination raciale et des personnes transgenres, ainsi que dans la nécessité de mettre en avant les besoins des femmes les plus marginalisées.

Ancrée dans le système international de protection des droits humains³²⁵, la justice reproductive combine les droits reproductifs et la justice sociale. Elle offre un cadre de référence pour le militantisme et pour théoriser ce que vivent, en matière de procréation, les femmes issues de groupes marginalisés, qui sont confrontées à des formes de discrimination multiples et croisées.

La justice reproductive nécessite que l'autonomie sexuelle et l'égalité de genre soient garanties pour toutes et tous³²⁶. Elle doit être rapprochée de l'obligation des États de respecter, protéger et mettre en œuvre les droits sexuels et reproductifs de chacun-e. L'obligation de respecter ces droits implique d'éviter toute ingérence dans les décisions individuelles concernant la sexualité et la procréation (par exemple en adoptant des lois et des politiques qui réduisent l'autonomie sexuelle et les capacités de prise de décisions des gens, telles que des lois restrictives sur l'avortement, ou des politiques et pratiques qui se traduisent par l'oppression de certaines personnes ou groupes de personnes dans le domaine de la procréation, comme les politiques de contrôle de la population ou de stérilisation forcée des femmes issues de minorités ou autochtones, ou encore des personnes transgenres). L'obligation de protection comprend l'obligation de protéger les gens contre l'immixtion de tierces parties dans leurs choix en matière de procréation (par exemple en offrant une protection contre les grossesses forcées ou les interventions chirurgicales non médicalement indispensables sur les enfants intersexes). L'obligation de mise en œuvre implique de créer un environnement favorable à l'exercice de l'autonomie et de la prise de décisions en matière de procréation, ainsi que des autres droits sexuels et reproductifs (par exemple en veillant à ce que toute personne puisse bénéficier de soins médicaux, d'une information et d'une éducation exhaustifs en matière de sexualité et de procréation, ou en mettant en place des politiques économiques et sociales favorisant la pleine réalisation des droits civils, politiques, économiques, sociaux et culturels de chacun-e sans discrimination)³²⁷.

Au cœur de la justice reproductive figure le principe selon lequel toutes les personnes en capacité de procréer et de devenir parents doivent pouvoir vivre cette expérience humaine des plus fondamentales dans un contexte de sécurité et de dignité. À cette fin, elles doivent avoir accès à des ressources de proximité spécifiques, telles que des soins de santé de bonne qualité et ce que l'OMS qualifie de déterminants sociaux de la santé³²⁸, par exemple un logement convenable, de l'instruction, un salaire décent, un environnement sain et un filet de sécurité dans les cas où ces conditions ne seraient pas satisfaites. Ces conditions sont indispensables pour que la gestion de la fécondité, l'accouchement et la parentalité se déroulent en toute sécurité et dans la dignité. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels l'a reconnu

³²⁵ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 4 ; Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 8.

³²⁶ L. J. Ross et R. Solinger, *Reproductive Justice: An introduction*, op. cit. (voir note 3).

³²⁷ L. J. Ross et R. Solinger, *Reproductive Justice: An introduction*, op. cit. (voir note 3).

³²⁸ OMS, *Social determinants of sexual and reproductive health*, 2010, www.who.int/reproductivehealth/publications/social_science/9789241599528/en/.

dans son Observation générale n° 14 sur le droit à la santé, qui souligne que « le droit à la santé englobe une grande diversité de facteurs socioéconomiques de nature à promouvoir des conditions dans lesquelles les êtres humains peuvent mener une vie saine et s'étend aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'alimentation et la nutrition, le logement, l'accès à l'eau salubre et potable et à un système adéquat d'assainissement, des conditions de travail sûres et hygiéniques et un environnement sain³²⁹. »

Dans son Observation générale n° 22 sur le droit à la santé sexuelle et procréative, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels constate : « Dans tous les pays, la situation en matière de santé sexuelle et procréative reflète généralement les inégalités et le déséquilibre des rapports de force en fonction du sexe, de l'âge, du handicap et d'autres facteurs. La pauvreté, les inégalités de revenus, la discrimination systémique et la marginalisation reposant sur des motifs recensés par le Comité sont autant de déterminants sociaux de la santé sexuelle et procréative, qui ont une incidence sur l'exercice de toute une série d'autres droits. En tant que tels, ces déterminants sociaux, qui sont souvent exprimés dans la législation et les politiques, limitent les choix que les individus peuvent exercer en ce qui concerne leur santé sexuelle et procréative. En conséquence, pour mettre en œuvre le droit à la santé sexuelle et procréative, les États parties doivent remédier aux déterminants sociaux qui se manifestent dans des lois, des mécanismes institutionnels et des pratiques sociales qui empêchent les individus de bénéficier véritablement en pratique de la santé sexuelle et procréative³³⁰. »

La justice reproductive affirme un autre principe de base : l'accès à ces conditions matérielles se justifie au motif que le droit de vivre la gestion de la fécondité, l'accouchement et la parentalité en toute sécurité et dans la dignité est un droit humain. La justice reproductive s'appuie sur le système de protection des droits humains pour dénoncer et combattre les lois et les politiques publiques et privées qui sont fondées ou débouchent sur une discrimination liée à l'origine ethnique, au genre et à la classe sociale. Ces lois et politiques privent les individus du droit de contrôler leur propre corps, s'immiscent dans leurs décisions en matière de procréation et, au bout du compte, empêchent de nombreuses personnes de vivre dignement dans un environnement sûr et sain. Par ailleurs, les normes internationales relatives aux droits humains concernant l'avortement évoluent : elles ne se contentent plus de chercher à protéger les femmes des avortements pratiqués dans de mauvaises conditions de sécurité, mais reconnaissent les conséquences sociales plus larges de la criminalisation, qui les met en danger³³¹. En mettant l'accent sur le droit pénal comme déterminant social de la santé, ces normes ne s'attardent plus uniquement sur la simple interdiction pénale de la cause du préjudice, mais s'intéressent aux effets sociaux plus généraux de la criminalisation, qui menace la santé et le bien-être³³².

La manière dont sont vécues la gestion de la fécondité, la procréation et la parentalité ne peut être comprise sans tenir compte du contexte social et du contexte physique dans lesquels elles se déroulent. La vie procréative d'une personne est liée à l'accessibilité des services de santé reproductive et des déterminants sociaux de la santé pour le groupe auquel cette personne appartient. Par conséquent, un système de justice reproductive ne s'intéresse pas uniquement à l'accès à l'avortement en tant que droit individuel. Outre l'accès à l'avortement, qui est essentiel, les femmes et les personnes pouvant être enceintes qui sont marginalisées se heurtent aussi à des obstacles dans l'accès à la contraception, à une éducation complète à la sexualité, à la prévention et au traitement des IST, aux choix concernant l'accouchement, à des soins prénatals et un suivi de grossesse satisfaisants, à une protection contre la violence

³²⁹ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 4.

³³⁰ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 8.

³³¹ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

³³² J. N. Erdman et R. J. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.05.004.

domestique, à un revenu suffisant pour faire vivre leur famille et à un logement sûr. Par ailleurs, même quand l'avortement est légal, les femmes provenant de groupes marginalisés, par exemple les femmes victimes de discrimination raciale, autochtones ou issues de minorités, ou les femmes vivant dans la pauvreté, sont confrontées à de multiples obstacles qui les empêchent d'accéder aux services d'interruption de grossesse. Ainsi, certaines n'ont pas les moyens de payer un avortement ou de parcourir des centaines de kilomètres jusqu'au centre de santé le plus proche. Sous l'angle de la justice reproductive, le « choix » et la prise de décision autonome doivent être rendus possibles par la garantie d'un accès équitable et de services abordables à toutes les personnes enceintes.

De plus, la justice reproductive analyse et cherche à éradiquer les systèmes de pouvoir existants, qui déterminent la manière dont les personnes et les groupes dont elles font partie vivent la procréation. Elle implique également une analyse des formes de discrimination croisées et des inégalités structurelles et généralisées dont sont souvent victimes les femmes, les filles et les personnes enceintes issues de milieux marginalisés, et nécessite d'en tenir compte et de les combattre. La justice reproductive cherche aussi à donner la priorité aux groupes les plus marginalisés car elle considère que la société dans son ensemble ne peut parvenir à la justice sociale et à l'égalité de fait tant que les personnes les plus marginalisées n'ont pas accès aux ressources et à l'intégralité de leurs droits fondamentaux afin de pouvoir maîtriser pleinement leur vie sans peur, contrainte ni discrimination.

Outre l'accès aux services de santé, à l'information et à l'éducation en matière de sexualité et de procréation, les personnes enceintes doivent aussi être informées des autres services et aides disponibles, notamment en termes de soins médicaux et de sécurité sociale, et avoir accès à ces services et à ces aides, de sorte de pouvoir réellement choisir de mener ou non leur grossesse à terme et de ne pas être contraintes d'avorter en raison du non-respect de leurs droits économiques et sociaux. Pour avoir les moyens de faire les meilleurs choix possible dans leur vie, les personnes enceintes doivent disposer d'une vaste gamme de choix et de toutes les informations nécessaires pour en bénéficier.

À cette fin, les États doivent veiller à la mise en place de services fondés sur les droits humains, à l'allocation de ressources suffisantes pour les financer et à la diffusion d'informations pertinentes sur ces services auprès des personnes enceintes, avec tact et en tenant compte de leur appartenance culturelle. Ils doivent par ailleurs combattre les normes culturelles discriminatoires et les idées préconçues au sein de la société qui perpétuent la stigmatisation associée à l'avortement, à la sexualité des adolescent·e·s, à la monoparentalité et à tous les autres choix s'éloignant des normes sociales en matière de sexualité et de procréation, afin de parvenir à la justice reproductive pour toutes et tous.

4.6 NE PAS INTERDIRE OU LIMITER L'AVORTEMENT AU NOM DE LA LUTTE CONTRE LA DISCRIMINATION

Les États ont l'obligation globale, aux termes du droit international, de combattre et d'éradiquer toutes les formes de discrimination, mais interdire ou limiter l'avortement pour soi-disant atteindre ces objectifs bafoue le droit international relatif aux droits humains et les principes de longue date en la matière, et s'est révélé inefficace.

La question de savoir si l'avortement après un diagnostic fœtal ou la détermination du sexe du fœtus s'apparente à de la discrimination liée au handicap ou au genre a été soulevée – auquel cas les initiatives prises par les États pour interdire ou incriminer l'avortement dans ces

situations seraient justifiées par leur obligation plus générale de combattre la discrimination. Cependant, ce type d'arguments soulève un certain nombre de problèmes théoriques, pratiques et de principe. Sur le plan théorique, le fœtus n'est pas une entité distincte de la personne enceinte qui le porte et ne peut donc pas être l'objet de discrimination (une personne ne peut pas faire preuve de discrimination à l'égard de gamètes, de zygotes, d'embryons ou de fœtus). Par ailleurs, l'interdiction de la discrimination aux termes du droit international relatif aux droits humains ne s'applique pas car ce droit énonce clairement que la protection des droits fondamentaux commence à la naissance (pour une réflexion plus approfondie sur ce sujet, voir le chapitre 5.2). Aucun organe de défense des droits humains n'a jamais considéré l'avortement comme une forme de discrimination, quel qu'en soit le motif.

En revanche, des discriminations structurelles sous-jacentes peuvent conduire des personnes enceintes à se sentir obligées d'interrompre leur grossesse. Par exemple, dans des contextes où la préférence pour les garçons est courante, des femmes enceintes se trouvant dans des situations de violence peuvent être soumises de force à des procédures de détermination du sexe puis contraintes de mettre fin à leur grossesse si le fœtus est de sexe féminin. Des femmes peuvent aussi choisir de sélectionner le fœtus en fonction de son sexe pour éviter d'être confrontées aux conséquences négatives imposées par la société si elles ont une fille³³³.

Dans ce type de contextes, l'avortement pratiqué parce que le fœtus est de sexe féminin est souvent le résultat d'une discrimination structurelle. Cependant, considérer un tel avortement comme un acte de discrimination aurait aussi des implications pour l'avortement en cas de diagnostic fœtal défavorable. Certains affirmeront peut-être que décider d'avorter en raison d'une anomalie fœtale ou d'un possible futur handicap est aussi une forme d'avortement sélectif et de discrimination à l'égard des personnes handicapées (en tant que classe sociale). Cependant, comme l'ont confirmé les Principes de Nairobi sur l'avortement, le dépistage prénatal et le handicap³³⁴, qui ont été élaborés conjointement par des défenseur-e-s des droits sexuels et reproductifs et des défenseur-e-s des droits des personnes handicapées, et auxquels Amnesty International souscrit, la décision d'une femme concernant son propre corps ne peut pas être considérée comme de la discrimination. Le principe 3 dispose ainsi :

« Nous affirmons que les femmes et toutes les personnes qui peuvent devenir enceintes ont le droit de décider si elles veulent devenir enceintes ou non et si elles souhaitent poursuivre leur grossesse, et qu'elles doivent avoir le droit de disposer de toutes les informations scientifiques fondées sur des preuves et impartiales qui sont disponibles afin de prendre leurs décisions, indépendamment de quelle pourrait être cette décision. Les choix individuels relatifs à sa propre grossesse ne sont pas eugéniques et aucune personne ne fait preuve de discrimination lorsqu'elle fait des choix concernant sa propre grossesse³³⁵. »

En ce qui concerne le diagnostic fœtal, une personne enceinte peut se sentir obligée d'interrompre sa grossesse en cas de diagnostic d'anomalie fœtale incompatible avec la vie, ou si on lui a donné des informations inexactes ou orientées à propos de cette anomalie potentielle, ou encore si elle n'a pas les moyens (financiers, sociaux ou médicaux) ni le soutien de sa famille, de son entourage ou de l'État pour s'occuper d'un enfant ayant un problème de santé grave ou chronique. La stigmatisation et la discrimination de longue date à l'encontre des

³³³ R. Bhatia et coll., "Sex selection: New technologies, new forms of gender discrimination", Center for Genetic and Society, octobre 2003, www.geneticsandsociety.org/article/sex-selection-new-technologies-new-forms-gender-discrimination.

³³⁴ Principes de Nairobi sur l'avortement, le dépistage prénatal et le handicap, 2019, nairobiprinciples.creaworld.org/wp-content/uploads/2019/05/The-Nairobi-Principles-fortranslation_French.pdf.

³³⁵ Principes de Nairobi sur l'avortement, le dépistage prénatal et le handicap, 2019, principe 3, nairobiprinciples.creaworld.org/wp-content/uploads/2019/05/The-Nairobi-Principles-fortranslation_French.pdf.

personnes handicapées peuvent aussi conduire certaines personnes à ne pas mener leur grossesse à terme par crainte qu'un enfant porteur de handicap ne soit confronté à un tel traitement.

Comme évoqué dans le chapitre 4.1 ci-dessus, les États ont l'obligation positive de combattre et d'éliminer la discrimination structurelles et les stéréotypes préjudiciables dont elle découle, et de garantir une véritable égalité pour les femmes et les filles³³⁶. La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes reconnaît que la situation des femmes et des filles ne s'améliorera pas tant qu'on ne s'attaquera pas pour de bon aux causes profondes de la discrimination à leur égard et des inégalités structurelles auxquelles elles sont confrontées. Les États doivent donc prendre toutes les mesures nécessaires, y compris des mesures spéciales temporaires, pour faire progresser les droits et la place des femmes dans la société³³⁷. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a par ailleurs reconnu que l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et reproductive était indispensable pour parvenir à une égalité de fait, et que « le refus ou le report d'un avortement sans risque et des soins après avortement, la continuation forcée d'une grossesse, les sévices et mauvais traitements subis par les femmes et les filles qui cherchent des informations, des biens et des services en matière de santé sexuelle et procréative, sont des formes de violence sexiste qui, suivant les circonstances, peuvent être assimilées à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant³³⁸. » Par conséquent, restreindre ou interdire l'avortement pour combattre la discrimination structurelle en surveillant et réglementant les décisions des femmes en termes de procréation n'est pas une politique conforme aux droits humains.

Un cadre législatif conforme aux droits humains, qui respecte les droits sexuels et reproductifs et les décisions en la matière des femmes et des filles, y compris celles qui sont porteuses de handicap, doit permettre à toutes les personnes enceintes de prendre la meilleure décision en fonction de leurs conditions de vie, et faire en sorte qu'elles puissent bénéficier de services et d'informations essentiels en termes de santé. Le meilleur moyen pour les gouvernements de combattre la discrimination liée au genre et au handicap consiste à mettre en place des lois et des politiques en faveur de l'autonomie et des droits des femmes et des personnes en situation de handicap, comme l'ont souligné le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits des personnes handicapées.

Sur le plan pratique et du point de vue des principes, les recherches et les faits en matière de santé publique montrent que la restriction de l'accès à l'avortement ne réduit pas le nombre d'interruptions volontaires de grossesse mais incite plutôt les gens à se faire avorter clandestinement et dans de mauvaises conditions de sécurité (voir encadré 6). La criminalisation ou la restriction de l'avortement après détermination du sexe ou diagnostic fœtal ne permet donc pas de réduire ou d'éliminer les avortements dans ce type de cas, et ne résout pas non plus efficacement la stigmatisation et la discrimination structurelles fondées sur le genre et le handicap.

ENCADRÉ 6 : LES CONSEQUENCES DES LOIS RESTRICTIVES SUR LE NOMBRE ET LA SECURITE DES AVORTEMENTS

L'OMS et d'autres spécialistes de la santé publique ont confirmé que « les restrictions législatives de l'interruption de grossesse n'entraînent pas une baisse significative du nombre d'avortements ni une hausse

³³⁶ La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes dispose dans son article 5 : « Les États parties prennent toutes les mesures appropriées pour : a) Modifier les schémas et modèles de comportement socioculturel de l'homme et de la femme en vue de parvenir à l'élimination des préjugés et des pratiques coutumières, ou de tout autre type, qui sont fondés sur l'idée de l'infériorité ou de la supériorité de l'un ou l'autre sexe ou d'un rôle stéréotypé des hommes et des femmes ».

³³⁷ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, article 4.

³³⁸ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 35, op. cit. (voir note 23), § 18.

importante du taux de natalité³³⁹. » En revanche, les lois limitant le recours aux interruptions de grossesse ont tendance à mener à une augmentation du nombre d'avortements illégaux et dangereux, et donc à une augmentation de la morbidité et de la mortalité maternelles³⁴⁰.

À l'inverse, les éléments recueillis sur plusieurs décennies montrent que la suppression des restrictions à l'avortement ne se traduit pas par une augmentation du nombre d'interruptions de grossesse mais fait baisser le nombre d'avortements dangereux et donc les taux de mortalité maternelle³⁴¹. Comme l'a souligné l'OMS, « les lois et les politiques qui facilitent l'accès à l'avortement ne font pas augmenter le taux ou le nombre d'avortements. Leur principal effet est un transfert de pratiques : auparavant clandestins et non sécurisés, les avortements deviennent légaux et sécurisés³⁴². »

Les principes juridiques fondamentaux relatifs aux droits humains peuvent être des outils analytiques utiles pour examiner les lois érigeant l'avortement en infraction dans le contexte de la détermination du sexe et du diagnostic fœtal. Par exemple, la criminalisation ou toute autre forme de restriction de l'avortement après détermination du sexe ou diagnostic fœtal est contraire aux principes de nécessité, de proportionnalité et de non-discrimination. En vertu du principe de nécessité, la restriction des droits humains d'une personne n'est justifiée que dans les situations où il n'existe pas d'autres moyens moins restrictifs satisfaisants à même d'atteindre le but légitime poursuivi par la loi ou la politique concernée³⁴³. Le droit pénal ne doit donc pas être utilisé dès lors que d'autres mesures non punitives permettraient tout aussi bien, voire mieux, d'atteindre le but visé. Par ailleurs, les lois et les politiques doivent être

³³⁹ OMS, *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – Legal and policy considerations*, WHO/RHR/15.04, 2015, p. 2 (citant G. Sedgh, S. Singh, I. H. Shah, E. Ahman, S. K. Henshaw, A. Bankole, "Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, 2012, vol. 379, p. 625-632, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8 ; P. B. Levine, D. Staiger, "Abortion policy and fertility outcomes: The Eastern European experience", *Journal of Law and Economics*, 2004, vol. XLVII, p. 223).

³⁴⁰ OMS, *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – Legal and policy considerations*, WHO/RHR/15.04, 2015, p. 2 (citant H. P. David, "Soviet Union", H. P. David (sous la direction de), *Abortion research: International experience*, Lexington (MA) : Lexington Books, 1974, p. 209-216 ; F. Serbanescu, L. Morris, P. Stupp, A. Stanescu, "The impact of recent policy changes on fertility, abortion, and contraceptive use in Romania", *Studies in Family Planning*, 1995, vol. 26, p. 76-87 ; I. A. Zhirova, O. G. Frolova, T. M. Astakhova, E. Ketting, "Abortion-related maternal mortality in the Russian Federation", *Studies in Family Planning*, 2004, vol. 35, n° 3, p. 78-88 ; PNUD, "Millennium development goals in Russia: Looking into the future", 2010).

³⁴¹ OMS, *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – legal and policy considerations*, WHO/RHR/15.04, 2015, p. 2 (citant H. P. David, "Abortion in Europe, 1920-91: A public health perspective", *Studies in Family Planning* 1992, vol. 23, p. 1 ; R. Jewke, H. Brown, K. Dickson-Tetteh, J. Levin, H. Rees, "Prevalence of morbidity associated with abortion before and after legalisation in South Africa", *British Medical Journal*, 2002, vol. 324, p. 1 252, dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7348.1252 ; R. Jewkes, H. Rees, "Dramatic decline in abortion mortality due to the Choice on Termination of Pregnancy Act", *South Africa Medical Journal*, 2005, vol. 95, n° 4, p. 250 ; B. K. Suvedi, A. Pradhan, S. Barnett, M. Puri, S. R. Chitrakar, P. Poudel et coll., *Nepal maternal mortality and morbidity study 2008/2009: Summary of preliminary findings*, Family Health Division, Department of Health Services, Ministère de la Santé, 2009, www.dpiap.org/resources/pdf/nepal_maternal_mortality_2011_04_22.pdf).

³⁴² OMS, *Safe abortion: Technical & policy guidance for health systems – Legal and policy considerations*, WHO/RHR/15.04, 2015, p. 2 (citant G. Sedgh, S. Singh, I. H. Shah, E. Ahman, S. K. Henshaw, A. Bankole, "Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008", *The Lancet*, 2012, vol. 379, p. 625-632, dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8 ; D. Grimes, J. Benson, S. Singh, M. Romero, B. Ganatra, F. E. Okonofua et coll., "Unsafe abortion: The preventable pandemic", *The Lancet*, 2006, vol. 368, p. 1 908, www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(06)69481-6/fulltext).

³⁴³ Les Principes de Syracuse comme ceux de Limburg exigent d'une restriction des droits humains imposée par un État qu'elle soit proportionnelle et pas plus restrictive que nécessaire. Si l'on ajoute à ces critères le principe de dernier recours (*ultima ratio*), les États devraient recourir au droit pénal seulement si aucune autre mesure moins punitive n'est suffisante. Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, 1984, § 10-14 ; Commission des droits de l'homme, 43^e session, Principes de Limburg concernant l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/CN.4/1987/17, 1987, § 60-61.

proportionnelles et adaptées au but légitime poursuivi³⁴⁴. Les lois qui ne parviennent pas à atteindre le but recherché sont par nature disproportionnées. Enfin, les lois et politiques pénales ne doivent pas avoir d'effet discriminatoire sur certains groupes de personnes, ce qui est précisément le cas des lois relatives à l'avortement³⁴⁵.

Le Comité des droits des personnes handicapées a exprimé sa crainte que le fait d'inclure les diagnostics sur le fœtus dans les motifs juridiques ouvrant droit à l'avortement ne favorise l'instauration d'un climat de réprobation sociale pouvant donner lieu à des discriminations contre les personnes en situation de handicap, en particulier lorsque certains cadres juridiques prévoient une disposition distincte (souvent accompagnée d'un délai gestationnel spécifique pour bénéficier d'un avortement) pour les personnes enceintes ayant reçu un diagnostic d'anomalie fœtale³⁴⁶. Néanmoins, il maintient le principe selon lequel l'autonomie reproductive des personnes enceintes doit être respectée et protégée, et la décision concernant la poursuite ou non d'une grossesse après un diagnostic de malformation fœtale doit revenir à la personne enceinte³⁴⁷. De plus, le Comité s'est toujours gardé de traiter cette question comme une violation de l'article 10 (droit à la vie) et de l'article 5 (égalité et non-discrimination) de la Convention relative aux droits des personnes handicapées.

Dans une déclaration commune de 2018, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes et le Comité des droits des personnes handicapées ont confirmé que les États devaient « s'attaquer aux causes profondes de la discrimination contre les femmes et les personnes en situation de handicap, notamment en s'opposant aux comportements discriminatoires et en encourageant le respect des droits et de la dignité des personnes handicapées, en particulier les femmes, et apporter leur aide aux parents d'enfants atteints de handicaps³⁴⁸ ». Ces comités ont confirmé que, afin de respecter l'égalité des genres et les droits des personnes en situation de handicap conformément à la Convention relative aux droits des personnes handicapées et à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, « les États parties devraient dépénaliser l'avortement en toutes circonstances et le légaliser en veillant à respecter pleinement l'autonomie des femmes, y compris celles en situation de handicap³⁴⁹. »

³⁴⁴ Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, § 10(d) et 51 ; CDH, Observation générale n° 31, op. cit. (voir note 101), § 6 ; Comité DESC, Observation générale n° 20 sur la non-discrimination dans l'exercice des droits économiques, sociaux et culturels (art. 2, par. 2 du PIDESC), doc. ONU E/C.12/GC/20, 2009, § 13.

³⁴⁵ Commission des droits de l'homme, 41^e session, Principes de Syracuse concernant les dispositions du Pacte international relatif aux droits civils et politiques qui autorisent des restrictions ou des dérogations, doc. ONU E/CN.4/1985/4, 1984, § 9 et 28 ; Commission des droits de l'homme, 43^e session, Principes de Limbourg concernant l'application du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, doc. ONU E/CN.4/1987/17, 1987, § 35-41 et 49.

³⁴⁶ Comité CDPH, Observations finales : Espagne, doc. ONU CRPD/C/ESP/CO/1, 2011, § 17 ; Autriche, doc. ONU CRPD/C/AUT/CO/1, 2013, § 15.

³⁴⁷ Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx. Voir aussi Comité CDE, Observations finales : Pologne, doc. ONU CRPD/C/POL/CO/1, 2018, § 44(e) ; Inde, doc. ONU CRPD/C/IND/CO/1, 2019, § 37(a) ; Norvège, doc. ONU CRPD/C/NOR/CO/1, 2019, § 30 ; Salvador, doc. ONU CRPD/C/SLV/CO/2-3, 2019, § 34 ; Turquie, doc. ONU CRPD/C/TUR/CO/1, 2019, § 37(b) ; Australie, doc. ONU CRPD/C/AUS/CO/2-3, 2019, § 34(a).

³⁴⁸ Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx.

³⁴⁹ Comité CEDAW et Comité CDPH, "Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities", Déclaration commune, 29 août 2018, www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDStatements.aspx.

Comme l'a souligné le groupe Women Enabled International³⁵⁰ :

« Élargir l'accès à l'avortement sécurisé sans énumérer de motifs spécifiques ouvrant droit à un avortement légal aiderait supprimer la réprobation sociale liée à l'avortement que subissent les personnes enceintes quand l'interruption volontaire de grossesse est érigée en infraction. La dépénalisation totale de l'avortement contribuerait aussi à éliminer la stigmatisation liée au handicap qui est alimentée par les cadres juridiques qui considèrent comme « justifié » l'avortement en cas d'anomalie fœtale. Une telle approche répondrait aux préoccupations des personnes handicapées, tout en renforçant l'autonomie reproductive au lieu de l'affaiblir.

« Restreindre davantage l'autonomie reproductive dans le cadre du droit relatif à l'avortement – que ce soit en supprimant l'anomalie fœtale des motifs ouvrant droit à l'avortement légal ou en interdisant l'interruption de grossesse fondée sur un diagnostic prénatal – risque de favoriser plus généralement un climat de restrictions entravant l'autonomie en matière de procréation. Comme l'a expliqué un universitaire spécialiste du handicap :

“Nous demandons que la médecine revoie sa pathologisation des [...] formes de différence, mais nous devons aussi faire attention de ne pas développer une position sur le handicap qui revienne à stigmatiser toutes les femmes qui, au titre de leur autonomie reproductive, choisissent l'avortement. C'est [...] important car, selon toute logique, on ne peut pas accorder à une personne la liberté d'exercer son droit à l'autonomie tout en soutenant qu'il n'y a qu'un seul bon choix. Au bout du compte, les droits reconnus à une personne ont des répercussions sur les droits de toutes les autres personnes³⁵¹.”

« Par conséquent, il est impératif que les États ne suppriment pas pour l'instant les motifs existants ouvrant droit à l'avortement légal – y compris l'anomalie fœtale –, sauf si c'est pour extraire totalement l'avortement du champ pénal ou si cela se traduit par un élargissement du droit à l'autonomie reproductive. Supprimer ces motifs légitimerait le fait de restreindre l'autonomie d'un groupe de personnes, ce qui se répercuterait sur les droits fondamentaux des autres personnes. Les États doivent au contraire dépénaliser l'avortement de façon générale et adopter un cadre juridique qui respecte le droit à l'avortement sécurisé sans aucune restriction de motif. S'ils maintiennent un délai maximum pour l'interruption de grossesse, les États doivent veiller à ce que ce délai permette d'accéder à un avortement légal pendant toute la période durant laquelle les personnes enceintes peuvent recevoir des informations essentielles sur leur santé et celle du fœtus. »

Certains pays ont interdit la détermination prénatale du sexe et érigé en infraction le fait de révéler le sexe du fœtus pour empêcher la pratique de l'avortement sélectif³⁵². Comparant l'avortement après détermination du sexe et l'avortement à la suite d'un diagnostic fœtal,

³⁵⁰ Women Enabled International, *Abortion and disability: Towards an intersectional human rights-based approach*, 2020, p. 22, womenenabled.org/blog/wei-publication-abortion-and-disability-towards-an-intersectional-human-rights-based-approach/.

³⁵¹ M. Holmes, “Mind the gaps: Intersex and (re-productive) spaces in disability studies and bioethics”, *Journal of Bioethical Inquiry*, 2008, vol. 5, p. 169, cité dans Women Enabled International, *Abortion and disability: Towards an intersectional human rights-based approach*, 2020,

³⁵² B. Ganatra, “Maintaining access to safe abortion and reducing sex ratio imbalances in Asia”, *Reproductive Health Matters*, vol. 16, n° 31 (supplément), 2008, p. 90-98. Voir aussi G. Sen, *Gender-biased sex selection: Key issues for action*, 2009, www.dawnnet.org/uploads/documents/Sex%20Selection%20GS%20draft%2008062009_2011-Mar-8.pdf. Voir également FNUAP, *Sex imbalances at birth: Current trends, consequences and policy implications*, Bangkok, Thaïlande, 2012.

certain·s défenseur·e·s des droits des personnes handicapées ont préconisé d'interdire de la même façon les tests génétiques prénatals et l'avortement après un diagnostic d'anomalie fœtale. Cependant, comme nous l'avons dit plus haut, il est prouvé que les lois et politiques restrictives sont inefficaces pour empêcher les avortements et, en outre, ont des conséquences préjudiciables sur la vie et la santé des femmes, limitent leur autonomie reproductive et violent leurs droits humains³⁵³.

La politique d'Amnesty International sur les droits sexuels et reproductifs prévoit que les gouvernements doivent s'abstenir de refuser ou de limiter l'accès égalitaire de toutes et tous à des informations sur la santé sexuelle et reproductive, conformément au droit et aux principes internationaux relatifs aux droits humains quant au droit à l'information du patient, qui fait partie intégrante du droit à l'information et du droit à la santé énoncés dans le droit international. Plusieurs organes de suivi des traités relatifs aux droits humains ont affirmé que l'accès à l'information était essentiel à la réalisation de tous les droits humains et, concernant l'information du grand public et des individus en matière de soins de santé, en particulier au sujet des services de santé sexuelle et procréative, les États doivent s'abstenir de toute censure, dissimulation, représentation erronée ou criminalisation³⁵⁴. Par conséquent, les informations sur la santé qui sont orientées pour ou contre l'avortement sont contraires au droit de recevoir des informations exhaustives en matière de santé sexuelle et reproductive, ainsi qu'à d'autres principes relatifs aux droits humains, par exemple le principe du respect de la diversité humaine et de la différence inscrit dans l'article 3 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées. L'OMS insiste également sur le fait que les informations données aux femmes qui souhaitent avorter doivent être objectives, non directives et délivrées uniquement sur la base d'un consentement éclairé³⁵⁵.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels souligne en outre que « les États au niveau national, et les États donateurs doivent s'abstenir, concernant l'information relative à la santé sexuelle et procréative et la diffusion de celle-ci au public et aux individus, de toute censure, dissimulation, représentation erronée ou criminalisation. De telles restrictions entravent l'accès à l'information et aux services, et peuvent alimenter la stigmatisation et la discrimination³⁵⁶. » Il précise que « le fait de ne pas intégrer dans l'offre de services de santé sexuelle et procréative, par refus ou omission, le progrès et l'innovation technologiques, notamment les médicaments pour l'interruption volontaire de grossesse, les technologies d'aide à la procréation, et les avancées dans le traitement du VIH et du sida, compromet la qualité des soins³⁵⁷. » Le rapporteur spécial des Nations unies sur la torture a quant à lui affirmé que « l'accès à l'information en matière de santé de la procréation est indispensable pour qu'une femme puisse exercer son autonomie en la matière ainsi que ses droits à la santé et à l'intégrité physique³⁵⁸ ».

En conclusion, les États doivent en priorité s'attaquer aux conditions sociales, économiques, politiques et structurelles sous-jacentes qui sont source de discrimination, au lieu de limiter

³⁵³ Haut-Commissariat aux droits de l'homme, FNUAP, UNICEF, ONU Femmes et OMS, *Preventing gender-biased sex selection*, 2011.

³⁵⁴ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 21 et 41. Voir aussi Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 34. Voir également Comité CDPH, Observation générale n° 3, op. cit. (voir note 168), § 40. Voir par ailleurs Cour européenne des droits de l'homme, *R. R. c. Pologne*, Requête n° 27617/04, 2011, § 159-160, 197-198 ; Cour européenne des droits de l'homme, *P. and S. v. Poland*, Requête n° 5735/08, 2012, § 108, 167-169. Voir aussi CDH, Observations finales : Irlande, doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/4, 2014, § 9. Voir également Comité CEDAW, Observations finales : Irlande, doc. ONU CEDAW/C/IRL/CO/6-7, 2017, § 43(c) ; Comité DESC, Observations finales : Irlande, doc. ONU E/C.12/IRL/CO/3, 2015, § 30.

³⁵⁵ OMS, *Avortement sécurité : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 36 et 105.

³⁵⁶ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), §. 41.

³⁵⁷ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 21.

³⁵⁸ Rapport du rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, doc. ONU A/HRC/22/53, 2013, § 47.

l'accès à l'avortement, aux tests prénatals ou aux informations relatives à la grossesse, ce qui risquerait de sanctionner les personnes enceintes pour des faits qui relèvent de situations sociétales plus larges ou de leur faire porter la charge de trouver des solutions à la discrimination structurelle. La politique d'Amnesty International relative à l'avortement demande la dépénalisation totale et s'oppose aux interdictions de toutes sortes concernant l'interruption de grossesse et la fourniture d'informations relatives à la grossesse et l'avortement, qui sont nécessaires pour protéger la santé et les droits des personnes enceintes. Comme indiqué tout au long de cette note explicative, les États ont l'obligation positive de veiller à ce que toute personne pouvant être enceinte ait accès à des services d'avortement sécurisés et à des informations à ce sujet. Cette obligation ne saurait en aucun cas être remise en cause par l'obligation juridique de l'État de combattre et de prévenir la discrimination sous toutes ses formes. Ces deux obligations coexistent et peuvent être honorées par différents moyens. Par ailleurs, il n'y a pas d'opposition entre les droits sexuels et reproductifs, dont le droit à un avortement sécurisé, et le droit à l'égalité et à la non-discrimination. Au contraire, ces deux notions se renforcent mutuellement.

4.7 GARANTIR LA PARTICIPATION ET L'OBLIGATION DE RENDRE DES COMPTES

En vertu des normes internationales relatives aux droits humains, les gouvernements ont l'obligation de garantir le droit de toute personne à une participation active, éclairée et effective aux prises de décisions qui la concerne, y compris en ce qui concerne sa santé et ses droits sexuels et reproductifs³⁵⁹.

Comme l'a souligné le Haut-Commissariat aux droits de l'homme, « la responsabilité de la prise de décisions incombe *in fine* aux autorités, mais la participation de différents secteurs de la société permet à ces autorités de mieux comprendre certaines questions, aide à repérer les lacunes et à recenser les options politiques et législatives disponibles tout en déterminant leurs incidences sur certaines personnes ou certains groupes, et permet de trouver un équilibre entre des intérêts contradictoires. Grâce à la participation, la prise de décisions est plus éclairée et durable, et les institutions publiques sont plus efficaces et plus transparentes et rendent mieux compte de leur action. De ce fait, les décisions des États gagnent en légitimité et tous les membres de la société se les approprient davantage³⁶⁰. »

La participation des femmes et des personnes pouvant être enceintes à l'élaboration des politiques permet de veiller à l'intégration de la dimension de genre dans les cadres juridiques et politiques. Il est de plus en plus manifeste que, quand cette participation est garantie, les systèmes de santé sont plus adaptés aux besoins spécifiques des femmes et des filles, ainsi que de toute les personnes pouvant être enceintes, notamment en ce qui concerne leurs besoins en matière de santé reproductive³⁶¹.

³⁵⁹ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 17. Voir également Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 49. Voir aussi l'article 7(b) de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, qui impose aux États de garantir aux femmes le droit de prendre part à la formulation des politiques publiques et d'être représentées dans tous les secteurs et à tous les échelons.

³⁶⁰ Haut-Commissariat aux droits de l'homme, Directives à l'intention des États sur la mise en œuvre effective du droit de participer aux affaires publiques, www.ohchr.org/Documents/Issues/PublicAffairs/GuidelinesRightParticipatePublicAffairs_web_FR.pdf.

³⁶¹ Voir par exemple Commission interaméricaine des droits de l'homme, *Access to maternal health services from a human rights perspective*, Organisation des États américains, 7 juin 2010. Voir aussi le Rapport du rapporteur spécial sur le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible, doc. ONU A/HRC/17/25, 2011. Voir également Comité CEDAW, *Alyne da Silva Pimentel Teixeira c. Brésil*, op. cit. (voir note 30) ; *L. C. c. Pérou*, op. cit. (voir note 12).

En termes d'obligation de rendre des comptes, les États sont tenus de veiller à ce que toutes les victimes de violations des droits humains aient accès à un recours effectif et à des réparations³⁶². Ces droits sont essentiels pour la promotion et la protection des droits humains, et leur mise en œuvre constitue une composant essentielle de l'obligation des États de garantir les droits humains³⁶³. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a déclaré que toute victime d'une violation du droit à la santé, y compris à la santé sexuelle et reproductive, devait avoir accès à des recours effectifs, judiciaires ou autres, à l'échelle nationale et internationale³⁶⁴. Il a aussi confirmé que les médiateurs nationaux, les commissions des droits humains, les associations de consommateurs, les associations de défense des droits des malades ou d'autres institutions de cette nature devaient s'attaquer à ce type de violations³⁶⁵.

Un recours peut être offert par un tribunal ou toute autre institution habilitée à se prononcer sur les plaintes déposées. Pour être effectives, les voies de recours doivent toutes être accessibles, y compris financièrement, et rapides. Les réparations doivent, dans la mesure du possible, corriger les conséquences de la violation, et doivent notamment prendre la forme d'une restitution, d'une indemnisation, d'une réadaptation, d'une réhabilitation et de garanties de non-répétition³⁶⁶. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels a par ailleurs souligné que « l'exercice effectif d'un droit de recours nécessite de financer l'accès à la justice et l'information concernant l'existence de moyens de recours³⁶⁷. »

La surveillance et l'obligation de rendre des comptes dans le domaine de la santé et des droits en matière de sexualité et de procréation sont sérieusement compromises par un manque flagrant de données, tant au niveau national qu'international. Les informations sont particulièrement insuffisantes sur des sujets considérés comme sensibles, ou faisant l'objet d'une réprobation sociale, ou encore considérés comme des infractions pénales, tels que l'accès à l'information et aux services en matière d'avortement dans les pays où celui-ci est érigé en infraction. Il est urgent de recueillir des statistiques et des données non seulement sur les interventions médicales, mais aussi sur les autres questions liées aux droits sexuels et reproductifs, comme les violences sexuelles et liées au genre, les mutilations génitales

³⁶² Voir aussi : article 2(3) du Pacte international relatif aux droits civils et politiques (PIDCP) ; article 13 de la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ; article 6 de la Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale ; article 8 de la Déclaration universelle des droits de l'homme ; principes 4 à 7 de la Déclaration des principes fondamentaux de justice relatifs aux victimes de la criminalité et aux victimes d'abus de pouvoir ; article 27 des Déclaration et Programme d'action de Vienne ; articles 13, 160, 161, 162 et 165 du Programme d'action de la Conférence mondiale contre le racisme, la discrimination raciale, la xénophobie et l'intolérance qui y est associée ; article 9 de la Déclaration sur le droit et la responsabilité des individus, groupes et organes de la société de promouvoir et protéger les droits de l'homme et les libertés fondamentales universellement reconnus (Déclaration sur les défenseurs des droits de l'homme) ; article 13 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (Convention européenne des droits de l'homme – CEDH) ; articles 7(1)(a) et 25 de la Convention américaine relative aux droits de l'homme ; article XVIII de la Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme ; article 7(1)(a) de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; et article 9 de la Charte arabe des droits de l'homme.

³⁶³ Article 2 du PIDCP ; article 2 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale ; article 2 de la CEDAW ; article 2 de la CDE ; article 1 de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples ; article 1 de la CEDH. CDH, Observation générale n° 31 sur la nature de l'obligation juridique générale imposée aux États parties au Pacte, 26 mai 2004, doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, § 16. Cour interaméricaine des droits de l'homme, *affaire Loayza Tamayo* (réparations), arrêt du 27 novembre 1998, série C n° 42, § 164 ; *affaire Suárez Rosero* (réparations), arrêt du 20 janvier 1999, série C n° 44, § 97-99 ; Cour européenne des droits de l'homme, *X et Y c. Pays-Bas*, arrêt du 26 mars 1985 ; Commission africaine des droits de l'homme et des peuples, *The Social and Economic Rights Action Center and the Center for Economic and Social Rights c. Nigeria*, communication n° 155/96, 30^e session ordinaire, octobre 2001, § 44-48.

³⁶⁴ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 59. Voir aussi Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 65.

³⁶⁵ Comité DESC, Observation générale n° 14, op. cit. (voir note 113), § 59.

³⁶⁶ Principes fondamentaux et directives concernant le droit à un recours et à réparation des victimes de violations flagrantes du droit international relatif aux droits de l'homme et de violations graves du droit international humanitaire, Résolution 60/147 de l'Assemblée générale des Nations unies, 16 décembre 2005, § 18.

³⁶⁷ Comité DESC, Observation générale n° 22, op. cit. (voir note 15), § 64.

féminines et le mariage précoce et forcé des enfants. Ces informations sont indispensables pour évaluer exactement dans quelle mesure les droits sont bafoués et pour élaborer des interventions ciblées.

La ventilation des données permet par ailleurs de faire en sorte que la discrimination et l'exclusion ne soient pas dissimulées dans les statistiques nationales. Elle peut aussi permettre :

- de révéler les besoins et les droits spécifiques de certains groupes – par exemple, les adolescents et les jeunes – et d'évaluer si ces droits et besoins sont satisfaits et quelles autres mesures juridiques ou autres sont nécessaires pour respecter, protéger et mettre en œuvre les droits humains ;
- d'établir la nécessité de mesures temporaires spéciales en faveur de certains groupes³⁶⁸, par exemple ceux que leur expérience de la violence et de la contrainte de l'État en matière de santé reproductive empêche historiquement d'accéder aux informations et aux services dans le domaine de la santé³⁶⁹ ;
- de renforcer l'obligation de rendre des comptes à l'échelle nationale pour l'offre de services.

La collecte de données doit aussi respecter la confidentialité afin de ne pas renforcer la discrimination, par exemple contre les lesbiennes, les gays et les personnes bisexuelles, transgenres ou intersexes.

³⁶⁸ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 25, doc. ONU A/59/38, partie I ; CEDAW/C/2004/I/WP.1/Rev.1.

³⁶⁹ Amnesty International, *Fatal flaws: Barriers to maternal health in Peru* (AMR 46/008/2009).

5. TOUTE RÉGLEMENTATION DE L'AVORTEMENT DOIT ÊTRE CONFORME AUX DROITS HUMAINS

La réglementation de l'avortement par les États est analysée sous l'angle des droits humains depuis des décennies compte tenu des multiples répercussions que ce type de lois, de politiques et de pratiques peut avoir sur les droits fondamentaux. Tandis que le droit international relatif aux droits humains et les normes en la matière continuent d'évoluer, les organes de suivi des traités relatifs aux droits humains demandent de plus en plus aux États de dépénaliser totalement l'avortement. Cependant, dans de nombreux contextes, les femmes, les filles et toutes les personnes pouvant être enceintes continuent d'être soumises à un système instaurant une criminalisation partielle, dans le cadre duquel l'avortement n'est légal que pour certains motifs – par exemple en cas de violences sexuelles, d'anomalie fœtale et/ou de risque pour la santé ou vie de la personne enceinte. En outre, si dans certains pays l'avortement est apparenté à un acte médical comme un autre et ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique, dans la plupart des cas les autorités le réglementent d'une manière qui limite, retarde ou empêche de toute autre façon l'accès aux services en la matière. Bien que ne relevant pas du droit pénal, ces réglementations peuvent être punitives et violer différents droits fondamentaux des personnes enceintes au même titre que les lois pénales. Il est donc important que, même dans ces contextes, nous réclamions que les réglementations de l'avortement soient conformes au droit international relatif aux droits humains et aux normes connexes concernant l'interruption de grossesse.

À cet effet, nous détaillons ci-dessous quelques positions de principe qui doivent être prises en compte par les États dans leur réglementation de l'avortement et que nous pouvons utiliser dans notre travail de plaidoyer, même dans des contextes de dépénalisation partielle.

5.1 DES PROTECTIONS PROCEDURALES DOIVENT GARANTIR L'ACCÈS À L'AVORTEMENT LÉGAL

Alors que les États à travers le monde assouplissent progressivement les lois relatives à l'interruption volontaire de grossesse, des personnes enceintes continuent de se voir privées arbitrairement de leur droit à un avortement légal. Les lois et politiques trop vagues, les conflits de droit et une mauvaise application, connaissance ou compréhension de la législation relative à l'avortement, ainsi que les idées préconçues, la stigmatisation et la discrimination, peuvent retarder ou empêcher l'accès à des services légaux³⁷⁰. Les normes relatives aux droits humains exigent donc l'adoption de mesures juridiques et politiques fermes afin de protéger les personnes contre la privation arbitraire de soins légaux et de garantir l'accès aux services pour des motifs reconnus par la loi. Il convient notamment de mettre en place des cadres juridiques énonçant clairement le droit aux soins pour des motifs légaux, autrement dit garantissant le respect de ce que l'on appelle la « transparence » dans les lois relatives à l'avortement³⁷¹.

³⁷⁰ J. Erdman et R. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019, p. 5 ; voir aussi J. Erdman, "The procedural turn: Abortion at the European Court of Human Rights", J. Erdman, R. Cook et B. Dickens (sous la direction de), *Abortion Law In Transnational perspective: Cases and Controversies*, 2014.

³⁷¹ J. Erdman et R. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019, p. 6 ; voir aussi C. Ngwenya, "Reforming African abortion laws and practice: The place of transparency", J. Erdman, R. Cook et B. Dickens (sous la direction de), *Abortion law in transnational perspective: Cases and Controversies*, 2014.

Voici quelques autres autres moyens procéduraux de protéger l'accès et le droit à des soins légaux :

- garantir un accès rapide à l'information sur l'état de la grossesse et les motifs légaux d'interruption de celle-ci ;
- exiger que tout refus de soins soit motivé par écrit ;
- établir des mécanismes de recours et de réexamen en cas de refus, afin que les personnes qui souhaitent avorter puissent être entendues et faire valoir leur point de vue³⁷².

C'est la Cour européenne des droits de l'homme qui a le plus développé la question des protections procédurales concernant l'accès à l'avortement légal. Dans une affaire décisive, *Tysi c c. Pologne*, la Cour a conclu que l'application arbitraire de la loi relative à l'avortement en Pologne était contraire aux droits des femmes reconnus par la Convention européenne des droits de l'homme³⁷³. Selon elle, « une fois que le législateur a décidé d'autoriser l'avortement, il ne doit pas concevoir le cadre légal correspondant d'une manière qui limite dans la réalité la possibilité d'obtenir une telle intervention³⁷⁴. » La jurisprudence européenne affirme non seulement le droit de fond des femmes et des filles à l'avortement, mais aussi leur droit procédural d'avoir accès à des services l gaux³⁷⁵. Les  tats doivent donc d'une part reconnaître le droit à l'avortement légal, et d'autre part en garantir l'accès afin que le droit de fond sous-jacent ne soit pas illusoire ni soumis à une application arbitraire de la loi.³⁷⁶

5.2 LA PROTECTION JURIDIQUE DES DROITS HUMAINS COMMENCE A LA NAISSANCE

Amnesty International ne prend pas position sur la question de savoir à quel moment débute la vie d'un être humain ; il s'agit là d'une question morale et éthique et il appartient à chaque personne d'y répondre elle-m me³⁷⁷. Cependant, notre politique affirme que la protection juridique des droits fondamentaux, y compris du droit à la vie, commence à la naissance.

Certains  tats ont adopté et mis en œuvre des lois et des politiques qui tentent d'appliquer la protection des droits humains aux fœtus, aux embryons, aux zygotas et aux gamètes, au

³⁷² J. Erdman et R. Cook, "Decriminalization of abortion: A human rights imperative", *Best Practice & Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 2019, p. 6 ; voir aussi Rapport de la Rapporteuse spéciale sur les exécutions extrajudiciaires, sommaires ou arbitraires concernant une perspective de genre des meurtres arbitraires, doc. ONU A/HRC/35/23, 2017,   103.

³⁷³ Cour européenne des droits de l'homme, *Tysi c c. Pologne*, op. cit. (voir note 51) [violation du droit au respect de la vie privée] ; voir aussi Cour européenne des droits de l'homme, *R. R. c. Pologne*, op. cit. (voir note 125) [violation du droit de ne pas subir de traitements inhumains et dégradants et du droit au respect de la vie privée] ; *P. and S. v. Poland*, op. cit. (voir note 24) [violation du droit de ne pas subir de traitements inhumains et dégradants, du droit à la liberté et à la sécurité et du droit au respect de la vie privée].

³⁷⁴ Cour européenne des droits de l'homme, *Tysi c c. Pologne*, op. cit. (voir note 51), à 116.

³⁷⁵ Cour européenne des droits de l'homme, *Tysi c c. Pologne*, op. cit. (voir note 51), à 116 (« Une fois que le législateur a décidé d'autoriser l'avortement, il ne doit pas concevoir le cadre légal correspondant d'une manière qui limite dans la réalité la possibilité d'obtenir une telle intervention. »)

³⁷⁶ Cour européenne des droits de l'homme, *Tysi c c. Pologne*, op. cit. (voir note 51), à 76 ; Cour européenne des droits de l'homme, *R. R. c. Pologne*, op. cit. (voir note 125) [violation du droit de ne pas subir de traitements inhumains et dégradants et du droit au respect de la vie privée] ; Cour européenne des droits de l'homme, *P. and S. v. Poland*, op. cit. (voir note 24) [qui reconnaît que l'état manque systématiquement à son obligation d'appliquer sa propre loi sur l'avortement et de réglementer les décisions arbitraires des médecins qui refusent l'accès à l'avortement] ; voir aussi J. N. Erdman, "The Procedural Turn: Abortion at the European Court of Human Rights", J. Erdman, R. Cook, B. Dickens (sous la direction de), *Abortion Law In Transnational perspective: Cases and Controversies*, 2014, p. 121-142.

³⁷⁷ Voir Amnesty International, *Décisions de l'Assemblée mondiale 2018* (ORG 50/8766/2018), p. 5, Mise à jour de la politique d'Amnesty International sur l'avortement.

détriment des droits humains des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes. Or, le droit international relatif aux droits humains et les normes connexes établissent clairement que les droits humains s'appliquent à partir de la naissance, pas avant³⁷⁸. L'interruption d'une grossesse est compatible avec les droits humains au sens où on l'entend dans cette note explicative. Aucun organisme chargé des droits humains n'a jamais estimé que l'interruption de grossesse était incompatible avec les droits humains, y compris avec le droit à la vie. Par ailleurs, aucun organisme international de défense des droits humains n'a jamais considéré que le fœtus était protégé par le droit à la vie ou par d'autres dispositions de traités internationaux relatifs aux droits humains, dont la Convention relative aux droits de l'enfant³⁷⁹.

De même, le Comité des droits de l'homme a rejeté la proposition selon laquelle la protection du droit à la vie définie à l'article 6(1) du PIDCP devait s'appliquer avant la naissance³⁸⁰. Il a, à plusieurs reprises, attiré l'attention sur les risques que font peser sur la vie des femmes et des filles les interdictions et les restrictions de l'avortement qui les conduisent à recourir à des méthodes dangereuses pour mettre fin à une grossesse, et a appelé les États à assouplir les lois relatives à l'avortement³⁸¹ – une position qui poserait problème si la protection du droit à la vie s'appliquait avant la naissance³⁸². Par ailleurs, dans son Observation générale n° 28 – qui est l'interprétation faisant autorité du principe d'égalité protégé par le PIDCP –, le Comité des droits de l'homme a souligné la responsabilité des États de réduire la mortalité maternelle due aux avortements clandestins et a reconnu que les lois restrictives concernant l'avortement pouvaient violer le droit des femmes et des filles à la vie³⁸³. Il a notamment critiqué, en 2014, la Constitution irlandaise de l'époque, qui protégeait le droit à la vie du fœtus au même titre que celui de la femme enceinte. Il a dénoncé les répercussions négatives que cela avait sur l'accès à l'avortement et demandé une modification de cette disposition constitutionnelle ainsi que l'assouplissement de la législation relative à l'avortement³⁸⁴.

Selon les organes de suivi des traités des Nations unies, si les États veulent promouvoir la santé ou le bien-être du fœtus, le meilleur moyen d'y parvenir est de promouvoir la santé et le bien-

³⁷⁸ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18).

³⁷⁹ R. Copeland et coll., "Human Rights Being at Birth: International Law and the Claim of Fetal Rights", *Reproductive Health Matters*, 2005, vol. 13, n° 26, p. 120-129. Un argument contraire a été développé à partir d'une interprétation erronée du neuvième paragraphe du préambule de la Convention relative aux droits de l'enfant, qui dispose : « Ayant à l'esprit que, comme indiqué dans la Déclaration des droits de l'enfant, "l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance" ». L'historique des négociations entre les États sur le traité précise que cette protection « avant la naissance » ne doit pas affecter le choix de la femme d'interrompre une grossesse non désirée. Dans sa première version, le préambule ne comprenait pas de référence à la protection « avant comme après la naissance », même si cette formulation avait été utilisée dans la Déclaration des droits de l'enfant, adoptée longtemps avant la Convention. C'est le Saint-Siège qui a été à l'initiative de la proposition d'ajouter cette expression, tout en déclarant « que l'objectif de cet amendement n'était pas d'empêcher la possibilité d'avorter » (Commission des droits de l'homme de l'ONU, Question d'une Convention sur les droits de l'enfant : Rapport du Groupe de travail, 36^e session, doc. ONU E/CN.4/L/1542, 1980). Même si les termes « avant comme après la naissance » ont été acceptés, leur objet a encore été limité par la déclaration selon laquelle « le Groupe de travail n'entend pas préjuger de l'interprétation de l'article premier ou de toute autre disposition de la Convention par les États parties » (Commission des droits de l'homme de l'ONU, Rapport du groupe de travail sur un projet de Convention relative aux droits de l'enfant, 45^e session, doc. ONU E/CN.4/1989/48, p. 9).

³⁸⁰ L'historique des négociations sur le Pacte indique que l'amendement suivant a été proposé et rejeté : « Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine dès le moment de la conception. Ce droit doit être protégé par la loi. » Documents officiels de l'Assemblée générale des Nations unies, Annexe, 12^e session, point 33 de l'ordre du jour, § 96, A/C.3/L.654 ; Documents officiels de l'Assemblée générale des Nations unies, 12^e session, point 33 de l'ordre du jour, § 113, A/3764, 1957. La Commission a finalement voté l'adoption de l'article 6, qui ne contient aucune référence à la conception, par 55 voix pour, zéro contre et 17 abstentions.

³⁸¹ CDH, Observations finales : Pologne, doc. ONU CCPR/CO/82/POL, 2004, § 8. Voir par ailleurs CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

³⁸² CDH, Observations finales : Pologne, doc. ONU CCPR/C/79/Add.110, 1999, § 11.

³⁸³ Comité des droits de l'homme, Observation générale n° 28, op. cit. (voir note 19), § 10 et 20.

³⁸⁴ CDH, Observations finales : Irlande, doc. ONU CCPR/C/IRL/CO/4, 2014, § 9.

être des personnes enceintes, notamment grâce à l'accès à des programmes sûrs et complets autour de la grossesse comprenant, entre autres, des programmes nutritionnels pendant la grossesse, en veillant à ce que les accouchements se déroulent dans de bonnes conditions, en réduisant le nombre d'enfants mort-nés, en favorisant la bonne santé à la naissance, et en agissant pour la prévention des grossesses de crise.³⁸⁵

5.3 LA REGLEMENTATION DE L'AVORTEMENT PAR L'IMPOSITION DE DELAIS D'INTERRUPTION DE GROSSESSE (RESTRICTIONS RELATIVES A L'AVANCEMENT DE LA GESTATION)

L'avortement est aussi souvent réglementé par les États en fonction de l'avancement de la gestation : l'interruption de grossesse sûre et légale n'est alors possible que dans un certain délai.

L'élaboration de politiques prescrivant des pratiques médicales précises, telles que des délais d'interruption de grossesse, ne relève pas de la mission ni du mandat d'Amnesty International, qui est une organisation de défense des droits humains, et non une organisation médicale ou de santé publique.

Amnesty International reconnaît que les États peuvent réglementer l'accès à l'avortement, y compris en imposant une limite de temps pour recourir à ces services. Néanmoins, conformément à sa position de principe, elle considère que les délais d'interruption de grossesse doivent, comme toutes les restrictions à l'avortement, être examinés sous l'angle des droits humains.

Les restrictions à l'avortement, y compris les délais dans lesquels une interruption de grossesse est possible, ne doivent pas être considérées comme raisonnables par défaut. Au contraire, toute mesure juridique, politique ou autre disposition réglementaire sur l'avortement dans tel ou tel pays ou contexte doit, le cas échéant, faire l'objet d'une analyse fondée sur les principes relatifs aux droits humains et sur les conséquences des restrictions pour les droits fondamentaux des personnes enceintes.

Pour être conformes aux droits humains, les délais d'interruption de grossesse doivent respecter et protéger les droits des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant être enceintes, notamment leurs droits à la vie, à la santé, à l'intégrité corporelle et à l'autonomie en matière de procréation. Par exemple, si un État n'autorise pas un avortement au-delà d'un certain stade de la grossesse même si la vie de la personne enceinte est en danger, cela va à l'encontre des droits humains.

Une analyse des restrictions à l'avortement, y compris des délais d'interruption de grossesse, doit être menée sous l'angle des droits humains dès lors que ce sujet est considéré comme prioritaire pour le travail de plaidoyer dans un pays. Comme toutes les lignes de conduite institutionnelles de l'organisation, la politique d'Amnesty International relative à l'avortement n'impose pas à toutes les sections et entités de travailler sur ce sujet ou de contester les délais d'interruption de grossesse dans tel ou tel pays ou de telle ou telle manière.

Cette position est conforme à l'approche fondée sur des principes suivie par Amnesty International à l'égard de l'avortement. Elle prend aussi en compte le fait que, au fil des ans, les recherches en santé publique et en sciences sociales ont révélé que ces délais pouvaient constituer un obstacle arbitraire et discriminatoire à l'accès aux services en la matière,

³⁸⁵ Voir par exemple Comité contre la torture, Observations finales : Pérou, doc. ONU CAT/C/PER/CO/5-6, 2013, § 15.

affectant de manière disproportionnée les droits des femmes et des filles. Les conséquences négatives des délais d'interruption de grossesse sur l'accès à des soins de qualité sont reconnues par l'OMS³⁸⁶. Les délais d'interruption de grossesse peuvent priver des personnes ayant besoin d'un avortement de l'accès aux services en la matière et touchent de manière disproportionnée les personnes issues de milieux pauvres et/ou marginalisés. Par ailleurs, les professionnel-le-s de la santé peuvent aussi être arbitrairement mis dans l'impossibilité d'envisager toutes les options médicales et cliniques dans l'intérêt supérieur de leurs patient-e-s, et ont tendance à rester bien en deçà des délais fixés par la loi en raison de l'effet dissuasif que ceux-ci peuvent avoir.

Dans le cadre du débat sur les délais d'interruption de grossesse, il est important de garder à l'esprit que les avortements à un stade avancé de la grossesse sont assez rares. Aux États-Unis, par exemple, la plupart des avortements ont lieu en début de grossesse et seules 9 % des femmes qui obtiennent un avortement le font après le premier trimestre (soit à 14 semaines ou au-delà), et environ 1 % des avortements sont pratiqués à 21 semaines ou plus tard³⁸⁷. Au Canada, où il n'existe aucune restriction à l'avortement, 29 % des interruptions volontaires de grossesse ont lieu avant huit semaines ; 41 % entre 13 et 16 semaines, et 2 % après 21 semaines³⁸⁸. En Angleterre et au Pays de Galles, seuls 8 % des avortements sont pratiqués après 12 semaines, et 0,1 % à 24 semaines ou au-delà³⁸⁹.

Si les avortements à un stade avancé de la grossesse sont rares, ils peuvent être nécessaires pour de multiples raisons. De nombreux États n'imposent aucune limite de temps lorsqu'il existe un risque pour la santé ou la vie de la personne enceinte (c'est par exemple le cas en Allemagne, en Autriche, au Danemark, en France, en Grèce, en Islande, en Macédoine, en Nouvelle-Zélande, au Portugal, en Serbie, en Slovaquie, en Slovénie, en Suède et en Suisse). Certains pays imposent un délai maximum en cas de risque pour la santé, mais pas en cas de risque pour la vie (par exemple la Bosnie-Herzégovine, la Finlande, la Hongrie, la République tchèque et le Royaume-Uni). Pour conclure, notons que le droit international relatif aux droits humains et les normes internationales en la matière exigent des États qu'ils garantissent l'accès à un avortement sûr et légal afin de protéger la vie et la santé des femmes à tous les stades de la grossesse, sans discrimination. Par exemple, dans son Observation générale n° 36 sur le droit à la vie, le Comité des droits de l'homme a interdit aux États de réglementer l'avortement d'une manière qui soit contraire à leur devoir de veiller à ce que les femmes et les filles n'aient pas besoin de pratiquer des avortements dans de mauvaises conditions de sécurité. Il a affirmé : « Bien que les États parties puissent adopter des mesures destinées à réglementer l'interruption volontaire de grossesse, ces mesures ne doivent pas aboutir à une violation du droit à la vie de la femme ou de la fille enceinte ni de leurs autres droits consacrés par le Pacte. Ainsi, les restrictions de l'accès des femmes ou des filles à l'avortement ne doivent pas, notamment, mettre leur vie en danger ni les soumettre à une douleur ou une souffrance physique ou mentale qui constituerait une violation de l'article 7 du Pacte ou constituer une discrimination à leur égard ou une immixtion arbitraire dans leur vie privée³⁹⁰. »

³⁸⁶ OMS, *Avortement sécurisé : Directives techniques et stratégiques*, op. cit. (voir note 54), p. 100-101.

³⁸⁷ Voir par exemple Guttmacher Institute, "Induced abortion in the United States. Fact Sheet", 2019, www.guttmacher.org/fact-sheet/induced-abortion-united-states.

³⁸⁸ "Percentage distribution of induced abortions by gestation period", *The Globe and Mail*, 2012.

³⁸⁹ Ministère de la santé, Service des statistiques du gouvernement, 17 mai 2016. Ministère de la Santé, Abortion statistics, England and Wales: 2018, assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/808556/Abortion_Statistics__England_and_Wales_2018__1_.pdf.

³⁹⁰ CDH, Observation générale n° 36, op. cit. (voir note 18), § 8.

ANNEXE I : L'AVORTEMENT DANS DES SITUATIONS DE CONFLIT ARMÉ

Dans les zones touchées par des conflits, les facteurs qui peuvent pousser les personnes enceintes à avoir besoin d'un avortement sécurisé sont multiples. Elles peuvent entre autres être confrontées à des grossesses non désirées résultant de violences sexuelles ou de l'incapacité de se procurer des contraceptifs, ou aux dangers de la grossesse dans des environnements particulièrement précaires, qui ne permettent pas d'accéder à des soins médicaux adéquats.

Le droit international relatif aux droits humains et le droit international humanitaire s'appliquent tous deux aux situations de conflit armé et apportent des protections complémentaires, qui se renforcent mutuellement³⁹¹. Certaines dispositions relatives aux droits humains peuvent faire l'objet de dérogations en période de danger public exceptionnel, conformément à l'article 4 du PIDCP. Toutefois, comme l'énonce la politique d'Amnesty International relative à l'avortement, l'obligation juridique internationale qu'ont les États de permettre l'accès à un avortement sécurisé se fonde sur un certain nombre de droits humains qui ne sont pas susceptibles de dérogation, en particulier le droit à la vie, le droit de ne pas être soumis à la torture ni à d'autres formes de mauvais traitements et les obligations fondamentales minimales du droit à la santé. Elle est donc vouée à rester contraignante.

De manière générale, tant qu'il n'existe aucune contradiction entre ces deux domaines du droit, les dispositions du droit international relatif aux droits humains et celles du droit international humanitaire s'appliquent de manière concomitante dans le cadre des conflits armés³⁹². Étant donné qu'aucune disposition du droit international humanitaire ne contredit les obligations internationales qu'ont les États, au regard des droits humains, de garantir l'accès à l'avortement sécurisé, ces obligations juridiques (comme le prévoit la politique relative à l'avortement) s'appliquent de la même manière dans les situations de conflit armé. De même, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a confirmé le droit des femmes d'accéder à des services d'avortement dans des zones touchées par des conflits en appelant spécifiquement les États parties à « veill[e] à ce que les soins de santé en matière de sexualité et de procréation comprennent [...] des services d'avortement sans risques ; des soins après avortement... » dans ces contextes³⁹³.

Outre les obligations juridiques qu'ont les États de garantir l'accès à l'avortement sécurisé et légal au titre du droit relatif aux droits humains, le droit international humanitaire reconnaît de plus en plus que les parties à un conflit sont tenues de permettre l'accès à un avortement sécurisé. C'est dans le domaine de l'accès à l'avortement pour les victimes de viol que ce point a été énoncé le plus clairement.

³⁹¹ Voir par exemple les affaires de la Cour internationale de justice (CIJ) : *Licéité de la menace ou de l'emploi d'armes nucléaires*, § 25, et *Conséquences juridiques de l'édification d'un mur dans le territoire palestinien occupé*, § 106.

³⁹² Voir par exemple CDH, Observation générale n° 31, doc. ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.13, 2004, § 11. S'ils produisaient des résultats divergents, le principe de droit international *lex specialis derogat legi generali* s'appliquerait alors, c'est-à-dire qu'en cas de conflit entre les normes, c'est la règle la plus spécifique, et non la plus générale, qui s'applique.

³⁹³ Comité CEDAW, Recommandation générale n° 30, op. cit. (voir note 75), § 52(c).

Aux termes du droit international humanitaire, les blessés et les malades doivent bénéficier de tous les soins médicaux qu'exige leur état de santé³⁹⁴, sans aucune « distinction défavorable », en particulier fondée sur leur sexe³⁹⁵. Les « blessés » et les « malades » désignent ici les « personnes, militaires ou civiles, qui, en raison d'un traumatisme, d'une maladie ou d'autres incapacités ou troubles physiques ou mentaux, ont besoin de soins médicaux et qui s'abstiennent de tout acte d'hostilité³⁹⁶ ».

Des experts ont souligné que, au moins en cas de viol, les personnes enceintes relevaient de la catégorie des « blessés et malades » en raison du grave traumatisme mental, et souvent physique, qu'elles ont subi³⁹⁷. Ils avancent également que le fait d'exclure les services d'avortement des soins médicaux prodigués à une personne souhaitant mettre à un terme à sa grossesse constitue une violation de l'obligation qu'a la partie de fournir des soins médicaux aux blessés et aux malades³⁹⁸. De plus, comme les services d'avortement ne sont généralement requis que par des femmes (mais peuvent aussi être sollicités par toutes les personnes pouvant être enceintes), le fait de ne pas prodiguer ces soins peut être contraire à l'interdiction d'établir une « distinction défavorable » lors de la délivrance de soins médicaux³⁹⁹. Dans certaines circonstances, y compris en cas de viol, le refus de pratiquer un avortement peut aussi bafouer le droit de ne pas subir de torture et d'autres mauvais traitements, en application du droit international relatif aux droits humains. Cela peut également être contraire à l'interdiction de la torture et des autres traitements cruels, en application du droit international humanitaire⁴⁰⁰.

Cette interprétation du droit international humanitaire est de plus en plus admise par les États et les organes intergouvernementaux⁴⁰¹. Un certain nombre d'États ont fait des déclarations constructives – en particulier dans leurs politiques d'aide humanitaire – qui reconnaissent

³⁹⁴ Pour les conflits armés internationaux, voir : article 12 de la première Convention de Genève, article 12 de la deuxième Convention de Genève, article 30 de la troisième Convention de Genève, article 16 de la quatrième Convention de Genève, article 10 du premier Protocole additionnel aux Conventions de Genève. Pour les conflits armés non internationaux, voir : article 3 commun aux quatre Conventions de Genève, article 7 du deuxième Protocole additionnel. Il s'agit d'un principe du droit international humanitaire coutumier, qui s'applique dans les conflits armés tant internationaux que non internationaux. Comité international de la Croix-Rouge, *Droit international humanitaire coutumier, Volume I : Règles (Étude du CICR sur le DIH coutumier)*, règle 109.

³⁹⁵ Voir par exemple l'article 9 du premier Protocole additionnel. Il s'agit d'un principe du droit international humanitaire coutumier, qui s'applique dans les conflits armés tant internationaux que non internationaux. Étude du CICR sur le DIH coutumier, règle 88.

³⁹⁶ Article 8 du premier Protocole additionnel. Cet article précise aussi expressément que le terme englobe les « femmes en couches » et les « femmes enceintes ».

³⁹⁷ Voir par exemple A. Radhakrishnan, E. Sarver et G. Shubin, "Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers", *Reproductive Health Matters*, vol. 25, n° 51, p. 40-47, 2017, doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361 ; L. Doswald-Beck, *Open letter to President Barack Obama*, 10 avril 2013, globaljusticecenter.net/documents/FinalLetter.LDBeck.4.10.2013.pdf ; Centre pour les droits reproductifs, *Ensuring sexual and reproductive rights of women and girls affected by conflict*, 2017, www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/ga_bp_conflictncrisis_2017_07_25.pdf.

³⁹⁸ Voir par exemple A. Radhakrishnan, E. Sarver et G. Shubin, "Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers", *Reproductive Health Matters*, vol. 25, n° 51, p. 40-47, 2017, doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361 ; L. Doswald-Beck, *Open letter to President Barack Obama*, 10 avril 2013, globaljusticecenter.net/documents/FinalLetter.LDBeck.4.10.2013.pdf ; Centre pour les droits reproductifs, *Ensuring sexual and reproductive rights of women and girls affected by conflict*, 2017, www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/ga_bp_conflictncrisis_2017_07_25.pdf.

³⁹⁹ Voir par exemple A. Radhakrishnan, E. Sarver et G. Shubin, "Protecting safe abortion in humanitarian settings: overcoming legal and policy barriers", *Reproductive Health Matters*, vol. 25, n° 51, p. 40-47, 2017, doi.org/10.1080/09688080.2017.1400361 ; L. Doswald-Beck, *Open letter to President Barack Obama*, 10 avril 2013, globaljusticecenter.net/documents/FinalLetter.LDBeck.4.10.2013.pdf ; Centre pour les droits reproductifs, *Ensuring sexual and reproductive rights of women and girls affected by conflict*, 2017, www.reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/ga_bp_conflictncrisis_2017_07_25.pdf.

⁴⁰⁰ Voir par exemple, article 3 commun aux quatre Conventions de Genève ; article 75(2) du premier Protocole additionnel ; article 4(2) du deuxième Protocole additionnel ; Étude du CICR sur le DIH coutumier, règle 90.

⁴⁰¹ Pour une vue d'ensemble, voir Global Justice Center, *International humanitarian law and access to abortions: compilation of citations*, 2017, globaljusticecenter.net/blog/30-publications/legal-tools/770-international-humanitarian-law-and-access-to-abortions-compilation-of-citations.

l'obligation, au titre du droit international humanitaire, de garantir l'accès à l'avortement, au moins dans certaines circonstances⁴⁰². De même, la Commission européenne⁴⁰³ et le Parlement européen⁴⁰⁴ ont tous deux reconnu cette obligation du droit international humanitaire dans des documents stratégiques et des résolutions, tout comme le Secrétaire général des Nations unies dans plusieurs de ses rapports au Conseil de sécurité des Nations unies⁴⁰⁵. De plus, même si elles ne reconnaissent pas explicitement d'obligation particulière du droit international humanitaire en matière de services d'avortement, certaines résolutions du Conseil de sécurité des Nations unies font référence à la nécessité de fournir « tout l'éventail » de services de soins sexuels et reproductifs aux victimes de violences sexuelles liées au conflit⁴⁰⁶. Les principes humanitaires comprennent aussi de plus en plus souvent des recommandations relatives à la prestation de services d'avortement⁴⁰⁷.

Il est particulièrement important de reconnaître une obligation du droit international humanitaire à garantir l'accès à l'avortement sécurisé, car ce domaine du droit régit les actions de toutes les parties à un conflit, qu'il s'agisse des États parties ou de groupes armés non étatiques (le droit relatif aux droits humains, en revanche, s'adresse principalement aux États). Il est généralement admis que lorsqu'ils prennent part à un conflit, les groupes armés ont l'interdiction, aux termes du droit international humanitaire, d'entreprendre toute action ou d'avoir tout comportement susceptible de faire obstacle à la fourniture des soins à la population civile, et qu'ils sont tenus de prendre les mesures nécessaires pour garantir l'accès aux soins et rendre leur fourniture plus sûre⁴⁰⁸. Dès lors, dans le cadre de leurs obligations, les groupes armés doivent aussi s'abstenir de faire obstacle à la fourniture de services d'avortement et doivent prendre des mesures effectives pour garantir l'accès à ces services et leur fourniture en toute sécurité, au moins dans certaines circonstances.

Le droit pénal international s'applique à la fois aux États et aux acteurs non étatiques. Certaines violations graves commises dans le cadre d'un conflit armé sont des crimes de guerre. Leurs auteurs, qu'ils soient militaires ou civils, peuvent alors être tenus pénalement responsables de leurs actes⁴⁰⁹. De plus, des personnes peuvent être pénalement responsables de crimes contre l'humanité, à savoir de certains actes commis dans le cadre d'une attaque généralisée ou

⁴⁰² Voir par exemple Ministère du développement international du Royaume-Uni, "Government response: Abortion Services in Conflict Situations", 11 février 2013, www.gov.uk/government/news/abortion-services-in-conflict-situations ; Intervention de M. Gérard Araud, représentant permanent de la France auprès des Nations unies, au Conseil de sécurité des Nations unies, 25 avril 2014. Voir aussi Agence norvégienne pour la coopération au développement, *Sexual violence in conflict and the role of the health sector*, 2011, p. 12, norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/vedlegg-til-publikasjoner/sexual-violence-in-conflict-and-the-role-of-the-health-sector.pdf ; Global Justice Center, communiqué de presse, "Netherlands affirms right of women raped in armed conflict to abortions as part of necessary medical care under international law", 9 avril 2013, globaljusticecenter.net/press-center/press-releases/223-netherlands-affirms-right-of-women-raped-in-armed-conflict-to-abortions-as-part-of-necessary-medical-care-under-international-law-223.

⁴⁰³ Position politique de la Commission européenne, septembre 2015. Selon cette position, « lorsque la grossesse menace la vie d'une femme ou d'une jeune fille ou cause des souffrances insoutenables, le droit international humanitaire et/ou le droit international des droits de l'homme peuvent justifier de proposer un avortement sans risques plutôt que de perpétuer ce qui équivaut à un traitement inhumain ».

⁴⁰⁴ Voir par exemple Résolution du Parlement européen du 9 juillet 2015, 2014/2229(INI).

⁴⁰⁵ Voir par exemple les rapports du secrétaire général sur les femmes et la paix et la sécurité, doc. ONU S/2017/861, 16 octobre 2017, et S/2013/525, 4 septembre 2013.

⁴⁰⁶ Conseil de sécurité des Nations unies, Résolution 2122, doc. ONU S/RES/2122, 18 octobre 2013, préambule ; Résolution 2106, doc. ONU S/RES/2106, 24 juin 2013, § 19.

⁴⁰⁷ Voir par exemple les révisions apportées en 2018 au *manuel Sphère*, ainsi que le *Manuel de terrain interorganisations sur la santé reproductive en situations de crise humanitaire*, qui reconnaît spécifiquement le droit international humanitaire p. 60, iawg.net/wp-content/uploads/2019/01/IAFM-French.pdf.

⁴⁰⁸ CICR, *Les groupes armés et la protection des soins de santé. Pratiques opérationnelles et droit international humanitaire applicable*, 2015, shop.icrc.org/les-groupes-armes-et-la-protection-des-soins-de-sante-2144.html.

⁴⁰⁹ Pour consulter la liste des crimes de guerre, voir le Statut de Rome de la Cour pénale internationale, article 8 ; voir également l'Étude du CICR sur le DIH coutumier, règle 156.

systematique contre la population civile, pendant un conflit arme ou en temps de paix⁴¹⁰. Enfermer illegalement une personne mise enceinte de force, dans le but de l'empêcher d'avorter, peut constituer un crime de grossesse forcee, qui s'apparente à un crime de guerre ou à un crime contre l'humanite⁴¹¹. Dans certaines circonstances, le refus de pratiquer un avortement peut aussi constituer un crime contre l'humanite (torture, persécution ou autres actes inhumains) ou un crime de guerre (torture ou traitement inhumain).

Par consequent, Amnesty International :

- souligne que les obligations qu'ont les États aux termes du droit international relatif aux droits humains de depenaliser l'avortement et de garantir l'accès à des services d'avortement securise restent pleinement applicables dans des contextes de conflit arme ;
- constate avec satisfaction qu'il est de plus en plus largement admis que le droit international humanitaire impose à toutes les parties à un conflit arme l'obligation supplementaire de garantir l'accès à des services d'avortement securise, au moins dans certaines circonstances ;
- insiste sur le fait que, dans certaines circonstances, le refus de pratiquer un avortement peut egalement constituer un crime au regard du droit international, pour lequel des personnes peuvent être tenues penalement responsables.

⁴¹⁰ Statut de Rome, article 7.

⁴¹¹ Voir le commentaire juridique d'Amnesty International sur le crime de grossesse forcee dans le document intitule *Forced pregnancy: A commentary on the crime in International Criminal Law* (IOR 53/2711/2020).

ANNEXE II : Principes clés – Mise à jour de la politique d'Amnesty International sur l'avortement (Décision 2 de l'Assemblée mondiale)

L'Assemblée mondiale :

Demande au BEI d'adopter une politique visant à garantir les droits fondamentaux des femmes, des filles et de toutes les personnes pouvant tomber enceintes⁴¹², en se fondant sur les principes suivants :

1. **Placer les détenteur-riche-s de droits au centre de l'action.** Amnesty International affirmera que les personnes enceintes ont droit à l'autonomie reproductive et que les lois, politiques et pratiques ne doivent pas restreindre leur capacité à prendre des décisions concernant leurs grossesses. Toute mesure juridique, réglementaire ou s'inscrivant dans une politique relative à l'avortement doit respecter et protéger les droits humains des personnes enceintes, leur permettre d'exercer ces droits, ne pas les forcer à subir des avortements dangereux et ne pas les empêcher d'avoir accès à des services sûrs d'avortement.
2. **La non-discrimination et l'égalité.** Amnesty International se concentrera sur la discrimination que provoquent les lois et politiques relatives à l'avortement et plaidera pour que personne ne puisse voir son statut de détenteur-riche de droits et de sujet de droit égal aux autres suspendu, déprécié ou obligatoirement annulé en raison d'une grossesse ou pour avoir avorté.
3. **Adopter une approche exhaustive sur l'avortement plutôt que se concentrer uniquement sur certains de ses aspects.** La politique d'Amnesty International abordera la question de l'avortement de manière exhaustive, car cela lui donnera la capacité de réagir pleinement face au vécu de toutes celles et tous ceux dont les droits sont bafoués par les lois, politiques et pratiques en matière d'avortement, ainsi que par la stigmatisation, la discrimination et les préjugés qui en découlent dans différents contextes.
4. **La protection juridique des droits humains.** Parallèlement, la politique d'Amnesty International se référera au droit international relatif aux droits humains et aux principes connexes, et affirmera que la protection juridique des droits humains, y compris du droit à la vie, commence à la naissance.
5. **Reconnaissance des différentes convictions liées à l'avortement.** Amnesty International n'incitera ni n'encouragera personne à porter un jugement ou à manquer de respect envers des croyances morales, éthiques ou religieuses personnelles concernant l'avortement, conformément aux principes d'impartialité et d'indépendance de l'organisation à l'égard de toute tendance politique ou de tout groupement religieux. Amnesty International ne prend pas position sur la question

⁴¹² Dans cette motion, nous employons parfois sous le terme « femmes et filles », parfois le terme « personnes pouvant tomber enceintes ». La politique mise à jour doit reconnaître que, bien que la majorité des avortements soient pratiqués sur des femmes et des filles cisgenres – c'est-à-dire des femmes et des filles qui se sont vues attribuer le sexe féminin à leur naissance –, des personnes intersexes, des hommes et des garçons transgenres et des personnes ayant d'autres identités de genre peuvent être physiologiquement aptes à être enceintes et avoir besoin d'avorter.

de savoir à quel moment débute la vie d'un être humain – il s'agit là d'une question morale et éthique et il appartient à chaque personne d'y répondre elle-même selon sa conscience.

6. **Les États ont l'obligation de fournir des informations et des services de santé complets.** Des services de santé complets incluent la communication d'informations et la prestation de services en matière d'avortement, lesquels supposent des systèmes de santé opérants. En outre, le droit relatif aux droits humains exige que : les personnes bénéficient des avantages que procure le progrès scientifique, qu'elles aient accès à des informations, des établissements, des produits et des services de qualité en matière de santé, y compris des services complets de santé sexuelle et reproductive, des méthodes modernes de contraception, des informations sur la sexualité et une éducation complète en ce domaine et que tous les obstacles à l'avortement soient levés.
7. **Le plein exercice des droits économiques, sociaux et culturels de toute personne.** Les États doivent veiller à ce que les personnes enceintes soient informées des services et du soutien disponibles et qu'elles y aient accès – notamment soins de santé, sécurité sociale et moyens d'accéder à un niveau de vie suffisant – de sorte qu'elles puissent réellement choisir de mener ou non leur grossesse à terme et qu'elles ne soient pas contraintes d'avorter en raison d'un déni de leurs droits économiques et sociaux.
8. **Dénoncer les causes profondes de la discrimination.** Amnesty International dénoncera les systèmes sociaux qui sont discriminatoires, nient l'autonomie individuelle et physique et imposent une répartition inégale des charges fondée sur la fonction procréatrice des personnes et leur grossesse. Nous insisterons sur le fait qu'il est important de remettre en cause ces systèmes et que pour cela il faut absolument dénoncer la criminalisation de l'avortement et les violations des droits humains qui en découlent.
9. **S'opposer aux pratiques fondées sur des préjugés et discriminatoires et demander une égalité transformatrice.** Au lieu de les renforcer, nous remettrons en cause les préjugés et les discriminations liés au genre, la réprobation sociale associée à l'avortement et les attaques contre les preuves scientifiques. Nous ferons la promotion de l'égalité transformatrice et remettrons en cause les normes et attitudes sociales à l'origine de lois, politiques et pratiques relatives à l'avortement qui sont discriminatoires et préjudiciables.
10. **Lutter contre les discriminations croisées.** Parmi les personnes confrontées à des violations de leurs droits humains en raison de leur grossesse et à des obstacles aux services d'avortement, il y a les femmes et les filles cisgenres, les personnes intersexes, les hommes et les garçons transgenres, et les personnes ayant d'autres identités de genre, physiologiquement aptes à être enceintes. La politique d'Amnesty International tiendra compte des conséquences des discriminations croisées que subissent certains groupes et certaines personnes⁴¹³.
11. **Contribuer aux progrès du droit international relatif aux droits humains.** Nous nous efforcerons de contribuer au développement progressif du droit international relatif aux droits humains et des normes connexes et de combattre l'instauration de normes rétrogrades. Notre travail s'inspirera des principes clés sur lesquels repose le droit international relatif aux droits humains, comme l'intégrité physique, l'autonomie, le droit à la vie privée, l'égalité, la dignité, la justice sociale, la justice entre les genres, la participation et l'obligation de rendre des comptes.

⁴¹³ Entre autres personnes, les enfants, les personnes handicapées, les lesbiennes, les personnes bisexuelles, transgenres ou intersexes, les personnes ne se conformant pas aux normes en matière de genre, celles qui vivent dans les régions rurales, les personnes pauvres, les peuples indigènes et les membres de minorités ethniques et raciales subissent souvent à divers égards les effets des lois, politiques et pratiques en matière d'avortement.