



Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes

Distr. générale
12 décembre 2024
Français
Original : anglais
Anglais, espagnol et français
seulement

Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes

Enquête concernant la Pologne menée en vertu de l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention

Rapport du Comité^{*,**}

I. Introduction

1. Le 28 mars 2019, le Comité a reçu des informations provenant de la Koalicja Karat (KARAT Coalition), de la Federacja na Rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (Foundation for Women and Family Planning) et du Center for Reproductive Rights, conformément à l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention. Des renseignements complémentaires ont été reçus le 17 décembre 2019 et le 23 décembre 2020. Ces sources affirment que la Pologne a porté gravement et systématiquement atteinte aux droits énoncés dans la Convention en restreignant l'accès des femmes et des filles à l'avortement.

2. La Pologne a ratifié la Convention le 30 juillet 1980 et adhéré au Protocole facultatif le 22 décembre 2003.

II. Renseignements fournis par les sources d'information

3. Les sources rapportent que l'aide à l'avortement est devenue une infraction pénale passible d'une sanction maximale de trois ans d'emprisonnement, et que l'accès à l'avortement est gravement restreint. Elles affirment que la législation et la pratique de la Pologne en matière d'avortement sont discriminatoires envers les femmes et violent leurs droits en réduisant à néant leur autonomie procréative et en leur refusant l'accès aux services essentiels de santé procréative, ce qui constitue des atteintes graves et systématiques aux droits énoncés dans la Convention, en particulier aux articles 2, 5, 10, 12 et 14.

* Adopté par le Comité à sa quatre-vingt-septième session (29 janvier-16 février 2024).

** Le présent rapport a été rendu public après l'expiration du délai de six mois prévu au paragraphe 4 de l'article 8 du Protocole facultatif à la Convention.



III. Rappel de la procédure

4. Le 8 février 2021, la Pologne a soumis ses observations, faisant valoir qu'il relevait de la compétence souveraine et du pouvoir des États de protéger le droit à la vie dès la conception de l'enfant à naître, que le droit au respect de la vie privée de la femme ne saurait être interprété de sorte que la grossesse et son interruption relèvent uniquement de la vie privée de la femme, et que le droit de la femme au respect de sa vie privée devait être contrebalancé par d'autres droits et libertés le concurrençant, notamment ceux de l'enfant à naître. Le pays a précisé que l'avortement était légal lorsque la grossesse mettait la vie ou la santé de la femme en danger ou était la conséquence d'une infraction. La Pologne a nié avoir enfreint les obligations découlant de la Convention et a déclaré ne pas envisager de révision de sa législation.

5. À sa soixante-dix-septième session, le Comité a examiné toutes les informations reçues et a estimé que les accusations étaient crédibles et témoignaient de violations graves et systématiques des droits énoncés dans la Convention. Il a chargé Lia Nadaraia et Genoveva Tisheva de mener une enquête.

6. Le 22 février 2022, la Pologne a donné son accord de principe pour que les membres désignées effectuent une visite, sous réserve que les dates fixées conviennent et que la situation épidémiologique du pays le permette. Elle a accepté la visite le 1^{er} septembre 2022. Celle-ci s'est tenue du 20 novembre au 2 décembre 2022. À cette occasion, les membres citées et deux membres du secrétariat ont rencontré des responsables du Ministère de la santé et des services de défense des droits des patients, le mandataire du Ministère de la famille, du travail et de la politique sociale chargé de l'égalité de traitement et des responsables du Ministère des affaires étrangères et du parquet national. Elles se sont entretenues avec des professionnels médicaux, avec des membres du Parlement, de la société civile et du monde universitaire ainsi qu'avec des femmes qui avaient voulu ou pu avorter. Elles ont également rencontré des représentantes et représentants d'organisations internationales.

IV. Législation polonaise relative à l'interruption de grossesse

7. La loi de 1993 sur la planification familiale, la protection du fœtus humain et les conditions d'accès à l'avortement encadrent la pratique de l'interruption volontaire de grossesse. Elle a remplacé la loi de 1965 sur les conditions légales de l'interruption de grossesse, qui autorisait l'avortement pour des motifs sociaux en plus des motifs légaux.

8. La loi de 1993 interdit l'avortement. Toutefois, deux exceptions sont prévues : a) si la grossesse met la vie ou la santé de la femme en danger, alors l'avortement est légal tout au long de la grossesse ; b) si la grossesse est la conséquence d'une infraction, alors l'avortement est légal durant les 12 premières semaines sur autorisation formelle du parquet. Quand il existe un danger pour la vie ou la santé de la femme, l'interruption de grossesse doit être réalisée à l'hôpital. Une femme souhaitant avorter doit exprimer son consentement par écrit ou, le cas échéant, fournir une autorisation de son représentant légal ou du juge des tutelles. Dans un arrêt de 2020, la Cour constitutionnelle a considéré qu'une troisième exception prévue à l'alinéa 2 du paragraphe 1 de l'article 4 a) de la loi de 1993, qui autorisait l'interruption de grossesse pour cause de malformation grave et irréversible du fœtus ou de maladie incurable et mortelle – et ce tant que le fœtus n'était pas viable –, était incompatible avec l'article 38 pris avec l'article 30 et le paragraphe 3 de l'article 31 de la Constitution. Cette décision a pris effet le 27 janvier 2021.

9. Le fait d'aider des femmes à accéder à l'avortement hors du cadre prévu par la loi de 1993 constitue une infraction pénale et est passible de trois ans de prison maximum en vertu de l'article 152 du Code pénal. Les statistiques du parquet font état de 426 affaires instruites au titre de cet article entre 2018 et 2022 ; 207 ont été classées sans suite et 40 ont donné lieu à une condamnation. Dans une affaire de 2021 qui a eu un certain retentissement, un homme a été condamné à six mois de prison pour avoir acheté un médicament abortif pour sa petite amie. En mars 2023, une défenseuse des droits humains travaillant pour l'organisation Abortion Dream Team a été condamnée à huit mois de travail d'intérêt général, au titre de l'article 152 du Code pénal, pour avoir envoyé des pilules abortives à une femme en proie à la violence de son partenaire. Une gynécologue est actuellement poursuivie pour distribution de médicaments abortifs.

10. Le droit des médecins à invoquer l'objection de conscience pour refuser un soin est prévu par la loi du 5 décembre 1996 relative aux professionnels médicaux et dentaires, qui exclut toutefois les cas où le report de traitement pourrait entraîner la mort du (de la) patient(e), un dommage corporel grave ou une dégradation de sa santé. Ce droit s'applique à l'avortement. Dans les faits, cette clause de conscience a été invoquée par des hôpitaux entiers ainsi que par des pharmaciens afin de refuser de vendre des médicaments abortifs. De tels refus sont restés impunis alors qu'ils constituaient des infractions. Par le passé, les médecins qui refusaient un soin heurtant leur conscience personnelle avaient l'obligation légale d'orienter leur patient(e) vers un confrère ou une consœur. La Cour constitutionnelle a invalidé cette obligation dans un arrêt du 5 décembre 2015, l'estimant contraire à la protection constitutionnelle de la liberté de pensée, de conscience et de religion. Elle a également affirmé que, dans d'autres cas urgents nécessitant un traitement immédiat, l'impératif de soigner était anticonstitutionnel.

V. Constatations factuelles

A. Accès à l'avortement légal

1. Grossesses présentant un risque pour la vie ou la santé de la femme

a) Absence de protocole médical officiel

11. L'exception faite à l'interdiction de l'avortement en cas de danger pour la vie ou la santé de la femme enceinte ne s'accompagne d'aucun protocole officiel à l'intention du personnel médical. La notion de « danger pour la vie ou la santé » est ainsi sujette à interprétation et, par crainte de mal évaluer une situation et de violer la loi, des médecins se montrent réticents à l'idée de pratiquer un avortement médicamenteux. D'autres interprètent la loi d'une manière arbitrairement restrictive qui les mène à ne pas tenir compte de certains risques. Les membres du Comité chargés de l'enquête ont été informés de cas où des docteurs prescrivaient un certain nombre de tests afin d'évaluer les risques, obligeant les femmes à attendre les résultats au-delà du délai légal d'interruption de grossesse. Ces pratiques expliquent que les femmes perdent confiance dans le personnel médical. L'absence de protocole officiel a été exploitée par les activistes opposés à l'avortement, qui ont établi leurs propres directives restrictives et les ont présentées aux hôpitaux. Certains établissements se sont mis à les appliquer bien qu'elles n'aient aucun caractère officiel.

b) Interprétation erronée de l'exception

12. Les membres du Comité chargés de l'enquête ont découvert que l'exception faite à l'interdiction de l'avortement en cas de danger pour la vie ou la santé de la

femme était souvent interprétée de manière erronée par le personnel médical, qui considérait notamment qu'un risque pour la santé devait être suffisamment grave pour menacer la vie de la patiente. Ainsi, il est arrivé que le personnel médical attende l'apparition d'un sepsis ou d'un autre danger mortel pour procéder à un avortement. De même, le personnel médical croit souvent à tort que le cœur du fœtus doit avoir cessé de battre pour que l'exception s'applique. Ainsi, des femmes ont été invitées à patienter, à l'hôpital, dans un état de santé qui se dégradait gravement, jusqu'à ce que le cœur du fœtus cesse de battre ou que leur propre état devienne critique. L'interprétation du risque pour la vie dépend aussi de chaque médecin. Certains craignent souvent de pratiquer un avortement « trop tôt » et de se retrouver hors-la-loi.

c) Morts liées à une grossesse

13. Les membres du Comité chargés de l'enquête ont été informées de six cas où la mort de la femme enceinte aurait pu être évitée par un avortement. Ces femmes s'appelaient Agnieszka T., Izabela, Agata, Marta, Anna et Justyna. Une autre femme, Dorota L., est morte dans des circonstances similaires, après la visite d'enquête. Ces femmes n'avaient pas bénéficié de l'accompagnement médical nécessaire, notamment en matière d'accès à l'avortement, alors que cela leur aurait probablement sauvé la vie. Les circonstances de leur mort donnent de bonnes raisons de penser que le personnel médical responsable de leurs soins a refusé de les avorter. Le Comité note que, à la suite de la mort de Dorota L., la Ministre de la santé a déclaré que de nouvelles directives encadrant le recours à l'avortement seraient élaborées.

d) Difficultés d'accès à l'avortement pour mise en danger de la santé mentale de la femme

14. Le diagnostic de grave malformation du fœtus peut avoir des conséquences importantes sur la santé mentale de la femme enceinte, en particulier s'il y a un risque de mortinaissance ou de décès néonatal. Les femmes demandant un soutien médical après un diagnostic de ce type présentaient souvent un trouble de l'adaptation. Beaucoup de patientes reçues en psychiatrie se trouvaient dans un état de résignation ou avaient des pensées suicidaires. Dans ces cas-là, le fait de mener les grossesses à leur terme présentait un risque concret pour la santé mentale, voire la vie des femmes. Si les certificats signés par les psychiatres finissaient par être acceptés, ils étaient parfois d'abord rejetés par le personnel médical, qui minimisait la situation des patientes ou tentait de leur instiller un sentiment de culpabilité. L'absence de protocole officiel permet aux hôpitaux de déterminer eux-mêmes les conditions de recours à l'avortement en cas de danger pour la santé mentale, avec parfois des exigences excessives, comme l'obligation de fournir deux attestations, le passage d'examens complémentaires ou encore la présentation d'un certificat signé par un psychologue catholique. La rigidité du personnel médical cause un stress et des souffrances supplémentaires aux patientes. Par ailleurs, les activistes opposés à l'avortement s'attaquent à la possibilité de motiver un avortement par les risques courus pour la santé mentale, affirmant dans leurs « directives » l'illégalité de telles interruptions de grossesse. Le 13 mars 2023, une femme a obtenu gain de cause auprès des services de défense des droits des patients contre l'hôpital public qui avait refusé de l'avorter en 2021 malgré un danger certain pour sa santé mentale. La décision a confirmé qu'il était illégal de refuser d'avorter une femme possédant un certificat dans lequel il était établi que la poursuite de la grossesse menaçait sa santé mentale.

e) Effet dissuasif de l'interdiction de l'avortement sur le personnel médical

15. L'interdiction de l'avortement – hormis dans quelques cas de figure strictement encadrés – a instauré un climat de peur où les médecins craignent même de discuter

de ce type d'intervention avec les patientes. Outre les cas où l'on fait attendre les patientes jusqu'à ce qu'un risque pour leur santé se transforme en danger mortel, le personnel médical hésite à recourir à l'avortement par manque de sécurité, par crainte ou parce qu'il interprète mal la législation. Les médecins sont peu enclins à prendre eux-mêmes la décision et s'en remettent à leur hiérarchie. Une victime a raconté qu'un médecin attendait que son supérieur réalise l'acte. L'effet dissuasif a été exacerbé par le dispositif de contrôle, les hôpitaux devant envoyer chaque année au Ministère de la santé un rapport sur le nombre d'avortements pratiqués.

2. Grossesses consécutives à une infraction

16. Pour avorter sous le motif exceptionnel que la grossesse est la conséquence d'une infraction (viol, inceste ou relations sexuelles avec un enfant mineur, etc.), la victime doit d'abord porter plainte pénalement pour obtenir du parquet un document attestant l'ouverture d'une enquête ; l'hôpital peut alors réaliser l'interruption volontaire de grossesse. La délivrance de l'attestation n'est soumise à aucun délai, alors que l'avortement doit avoir lieu dans les 12 premières semaines de grossesse. La société civile a présenté en vain des pétitions en faveur de l'instauration d'un délai. En outre, la demande d'attestation se déroule dans un climat peu favorable aux victimes, que les autorités considèrent avec une suspicion injustifiée. Avant toute procédure judiciaire, la crédibilité de la victime doit d'abord être évaluée et confirmée par un psychologue. Ensuite seulement, l'enquête peut être ouverte et l'attestation est délivrée. Au cours des investigations, les victimes sont parfois stigmatisées et interrogées sur leur éventuelle coresponsabilité. Compte tenu du coût élevé de la procédure et des souffrances qu'elle provoque, les victimes y recourent rarement, et, à la place, beaucoup préfèrent commander des pilules abortives sur Internet. La procédure détourne également les femmes des services de santé sexuelle et reproductive (y compris des services de prévention des maladies sexuellement transmissibles), certaines choisissant de dissimuler leurs éventuelles grossesses afin de pouvoir avorter dans la clandestinité. S'il convient de saluer l'État partie pour le nombre élevé de réfugiés ukrainiens accueillis sur son sol, il est presque impossible pour les femmes et les filles réfugiées victimes de la violence sexuelle liée au conflit d'avorter légalement, l'ouverture d'enquêtes étant particulièrement compliquée et longue pour les infractions commises hors des frontières de l'État partie.

3. Limitations *de facto* de l'accès à l'avortement légal en Pologne

a) Obligation de signalement et enquêtes

17. Les membres du personnel médical qui suspectent qu'un avortement illégal a été effectué doivent en référer aux autorités. Il arrive que des docteurs appellent la police après avoir remarqué la disparition d'une grossesse préalablement constatée. Ensuite, dans certains cas, les autorités interrogent les femmes afin d'identifier les personnes qui les ont aidées. En octobre 2022, un « registre des grossesses » a été instauré dans le but de noter et de suivre chaque grossesse. D'après les informations reçues, si une grossesse enregistrée dans le système est ensuite notée comme manquante, un signalement est automatiquement envoyé au parquet, et la femme concernée est interrogée. L'État partie a justifié la mise en place de ce registre en invoquant une directive de l'Union européenne qui impose la collecte des données de santé importantes afin de permettre aux patients d'être soignés lorsqu'ils se déplacent d'un pays européen à un autre. Néanmoins, le Comité note que l'État partie est le seul pays à recueillir des données relatives aux grossesses. Les membres chargés de l'enquête ont également pris connaissance de deux cas où le signalement d'une fausse couche à la police avait entraîné la perquisition du domicile des femmes concernées, avec vidange de la fosse septique de l'une d'elles et interrogation du voisinage, l'objectif étant de vérifier qu'il n'y avait pas eu avortement. Une femme qui avait

avorté par la méthode médicamenteuse et contacté son psychiatre pour un état d'anxiété a été admise à l'hôpital, où la police a saisi son ordinateur portable et son téléphone et l'a interrogée sur son avortement. Une policière lui a aussi demandé de se déshabiller entièrement, de s'accroupir et de tousser. Ces procédés sont disproportionnés et illégaux, et le Comité estime que le climat instauré par la criminalisation de l'avortement favorise ces violations, les personnes qui connaissent mal le droit étant peu enclines à se défendre. Il ressort également des informations reçues que les autorités font preuve de zèle afin d'identifier les femmes ayant eu recours à l'avortement. Ainsi, lorsqu'un fœtus est découvert dans des toilettes, elles s'efforcent de retrouver la femme concernée afin d'établir s'il s'agit d'une fausse couche ou d'une interruption illégale de grossesse.

b) Refus de soin motivé par la clause de conscience

18. La possibilité offerte aux médecins de refuser d'avorter des femmes en invoquant la clause de conscience constitue dans les faits un autre obstacle majeur à l'avortement. Cet obstacle a encore été renforcé par une décision rendue en 2015 par la Cour constitutionnelle (voir par. 10 ci-dessus), qui a invalidé l'obligation faite aux docteurs invoquant l'objection de conscience d'orienter les patientes vers des confrères ou des consœurs pratiquant l'acte. En outre, il est apparu que des hôpitaux entiers appliquaient la clause de conscience de manière illégale en l'imposant unilatéralement ou en obligeant l'ensemble du personnel à signer une déclaration d'opposition principielle à l'avortement. L'application de la clause de conscience n'est pas encadrée par la loi et il n'existe aucune liste de médecins y recourant ; les femmes doivent donc s'informer à l'avance ou demander directement aux docteurs leur position sur la question, ce qui leur fait perdre du temps. Les membres chargées de l'enquête ont appris qu'un médecin n'avait pas informé une femme de la malformation de son fœtus. Le Comité considère que l'absence de réglementation concernant la clause de conscience peut encourager certains docteurs à induire les patientes en erreur de cette manière. Après leur visite, les membres chargées de l'enquête ont appris que deux hôpitaux avaient invoqué la clause de conscience pour refuser d'avorter une femme ayant un handicap intellectuel, dont la grossesse était consécutive à un viol et qui avait présenté une attestation du parquet.

c) Insuffisance des formations et inadaptation des méthodes

19. Les étudiants en médecine et les docteurs ne sont pas formés – ou le sont insuffisamment – à la prise en charge des avortements et méconnaissent les *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement* de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il n'existe pas de protocole officiel, et les hôpitaux appliquent souvent des méthodes dépassées, comme l'avortement par curetage, susceptible de causer de graves dommages au corps de la femme et que l'OMS déconseille. Quand les hôpitaux optent pour la méthode médicamenteuse, les patientes ne reçoivent généralement que deux pilules abortives, s'exposant à des contractions et des douleurs que la prise d'un plus grand nombre de comprimés permettrait d'éviter. Même en cas de sepsis, il est plus courant de déclencher l'accouchement que de réaliser un avortement. Les médecins désirant effectuer des avortements selon les méthodes modernes en sont réduits à se former auprès de confrères et consœurs étrangers, à consulter des ressources documentaires externes (par exemple des webinaires) et à appliquer les protocoles en vigueur dans d'autres pays. Les outils modernes, comme les instruments d'aspiration, sont quasi introuvables et doivent être commandés à l'étranger. Les médecins sont formés et pratiquent dans un contexte où l'avortement est tabou et n'est pas considéré comme une procédure médicale normale. Nombre d'entre eux n'ont pas connu l'époque où l'interruption de grossesse était légale. Une nouvelle génération de docteurs est apparue, désireuse d'apprendre à pratiquer l'avortement et à y recourir, mais elle en a été dissuadée par l'administration hospitalière, par les

confrères et consœurs plus anciens – auxquels il est d’usage que les plus jeunes obéissent – ou par la politique générale des hôpitaux imposant la clause de conscience.

d) Inadaptation de la procédure de plainte

20. Les femmes dont le médecin refuse de pratiquer certains actes, comme un avortement ou un diagnostic prénatal, et de les informer à ce propos, peuvent déposer plainte dans les conditions définies à l’article 31 de la loi de 2008 sur les droits des patients et les services de défense des droits des patients. La procédure peut durer jusqu’à 30 jours. Le délai légal d’interruption de grossesse étant de 12 semaines, cela réduit encore la marge de manœuvre des patientes, notamment dans les cas où le refus concerne le diagnostic prénatal, comme cela est arrivé dans plusieurs cas. En outre, les démarches sont très contraignantes, les patientes ayant l’obligation de citer les articles de la loi de 2008 enfreints – ce qui suppose de bien connaître le droit –, et la majorité des plaintes sont ainsi rejetées pour des questions de procédure. Par ailleurs, les décisions de la commission médicale ne sont soumises à aucun contrôle judiciaire. En conséquence, la plupart des patientes estiment que la procédure de plainte ne peut servir efficacement de recours d’urgence mais constitue plutôt un moyen d’obtenir réparation *a posteriori*.

e) Obstacles géographiques

21. Dans les faits, il existe de fortes disparités d’accès à l’avortement en fonction des zones géographiques. Il est particulièrement difficile d’avorter dans les collectivités (voïvodies) de l’est et du sud, où certains hôpitaux déclarent dans leurs statuts ne pas pratiquer cet acte. Il s’agit d’une violation de la loi qui reste pourtant généralement impunie. Il est aussi impossible d’avorter dans les hôpitaux des régions du sud-est, qui invoquent la clause de conscience. Les inégalités d’accès à l’avortement et à la contraception sont également importantes entre les grandes villes et les petits villages. À la campagne, où tout le monde se connaît, le contrôle social a un fort effet dissuasif sur les médecins. Par ailleurs, ceux-ci y sont moins nombreux (voire beaucoup moins nombreux) et consultent en horaires réduits, ce qui limite l’accès aux soins, notamment à la contraception d’urgence (délivrée uniquement sur ordonnance).

f) Manque d’information

22. Les femmes ne savent pas toujours qu’elles ne seront pas sanctionnées si elles avortent ou cherchent à le faire. Le grand public n’ayant pas non plus accès à l’information relative aux procédures à suivre et à la liste des hôpitaux pratiquant les interruptions de grossesse, de nombreuses femmes sont plongées dans l’angoisse. Elles ne peuvent se renseigner qu’auprès des réseaux de la société civile, qui diffusent également des informations sur les moyens d’avorter sans passer par les lourdes procédures d’exception.

B. Effets de l’interdiction de l’avortement pour les femmes et la société

1. Grossesses avec malformation fœtale grave et irréversible ou maladie incurable menaçant la viabilité du fœtus

23. Les membres chargées de l’enquête ont interrogé des femmes dont le fœtus présentait une malformation grave et irréversible ou une maladie incurable menaçant sa viabilité. Ces femmes ne pouvaient plus avorter légalement depuis un arrêt rendu en 2021 par la Cour constitutionnelle, alors que ce type de situations représentait la majorité des motifs d’avortement jusqu’à l’adoption de la loi en 1993. Elles ont fait

part de la détresse ressentie à l'annonce du diagnostic et en apprenant qu'elles étaient obligées de poursuivre leur grossesse jusqu'au terme.

24. Z était à sa vingtième semaine de grossesse quand elle a appris que son fœtus présentait des anomalies critiques. Compte tenu de son état, elle n'a pas attendu la troisième série d'examen et est partie d'urgence en Espagne pour avorter. Elle a dû payer les frais de voyage de 2 000 à 3 000 zlotys et 3 ou 4 nuits d'hôtel, pour un total d'environ 8 000 zlotys ; elle a aussi dû prendre des congés. Elle n'a pas pu enterrer le fœtus comme d'autres parents l'ont fait. Aujourd'hui encore, elle ne sait pas quoi dire à son gynécologue et a le sentiment d'avoir commis un crime. Pendant un an, elle s'est sentie « comme un légume » et a dû consulter un psychologue, qu'elle a payé de sa poche : 170 zlotys par séance, une fois par mois pendant six mois, puis une fois tous les trois mois. Elle a même pris des médicaments psychotropes pendant quelque temps. Elle ne sait pas si elle voudra retomber enceinte un jour.

25. L'obligation faite aux femmes de mener à terme les grossesses problématiques met en péril leur santé, en particulier leur santé mentale. Des témoins interrogés pendant l'enquête ont indiqué que les autorités avaient promis d'aider les femmes qui se trouvaient dans ce genre de situation, y compris en organisant un accompagnement psychologique, mais que rien n'avait été fait. L'État offre 4 000 zlotys aux femmes qui donnent naissance à un enfant ayant une malformation congénitale grave et irréversible ou une maladie incurable. Les parents qui s'occupent d'enfants handicapés perçoivent une allocation mensuelle de 500 zlotys qu'ils perdent s'ils trouvent un travail (à temps plein ou partiel).

26. Selon le Ministère de la santé, 1 076 avortements légaux ont été réalisés en 2020, mais 107 seulement en 2021. En 2020, 21 interruptions de grossesse étaient motivées par l'existence d'un danger pour la santé ou la vie de la femme, contre 32 en 2021. En 2020, deux avortements ont été effectués sur la base d'une suspicion de viol à l'origine de la grossesse ; il n'y en a eu aucun pour ce motif en 2021 et 2022. En 2020, 1 053 interruptions de grossesse étaient motivées par une malformation grave ou mortelle du fœtus, contre 75 seulement en 2021 (jusqu'au 27 janvier 2021, date d'entrée en vigueur de l'interdiction de l'avortement pour ce motif). Les statistiques les plus récentes indiquent que 161 avortements au total ont été réalisés à l'hôpital en 2022. Cette même année, aucune interruption légale de grossesse n'a été pratiquée dans 9 collectivités sur 16. Ce dernier chiffre témoigne du fait que la plupart des femmes n'ont pas accès à l'avortement en raison de la législation et des pratiques en vigueur dans l'État partie.

2. Absence d'obligation légale d'information concernant les résultats des examens prénataux

27. De nombreux témoins ont indiqué que le personnel médical entravait l'accès aux examens prénataux et à l'information connexe par peur d'être accusé d'aide à l'avortement. Selon eux, la possibilité d'obtenir des renseignements sur ces examens par téléphone auprès de la Caisse nationale de santé ou des services de défense des droits des patients reste théorique : les patientes font confiance aux médecins et aux hôpitaux, elles mettent leur santé entre leurs mains et ne se risqueraient pas à outrepasser leurs recommandations.

28. Des témoins ont également signalé que les médecins n'avaient pas d'obligation légale de communiquer les résultats des examens prénataux aux patientes. Si le Ministère de la santé a rappelé que la rétention de résultats et d'informations relatives à ces examens constituait une violation du protocole en vigueur, les membres chargés de l'enquête n'ont pas pu confirmer l'ouverture de poursuites ni l'adoption de sanctions en la matière.

3. Effet sur la qualité des soins

29. Les personnes interrogées constatent une baisse générale de l'accès aux soins et de la qualité des services de santé depuis que l'avortement est interdit. On recense davantage de décès néonataux, et les soins périnataux ont régressé. Alors que les cliniques périnatales de Pologne étaient montrées en exemples, la loi a perturbé l'activité des professionnels de santé, qui craignent d'être accusés d'infanticide en cas de drame. Les jeunes médecins quittent le pays, et le système de santé manque de fonds.

4. Femmes en situation de pauvreté et autres formes de discrimination croisée

30. La limitation de l'accès à l'avortement a des conséquences différentes selon la situation géographique et la position sociale des femmes. Les plus éduquées, celles qui ont des ressources et qui vivent dans les grandes villes, ont une meilleure connaissance des options existantes et peuvent passer la frontière pour avorter là où l'avortement est légal. Elles se rendent en Allemagne, en Autriche, en Espagne, en France, en République tchèque ou en Slovaquie. Les autorités en ont d'ailleurs conscience : en mai 2021, les médias ont rapporté les propos de l'ancien Premier Ministre et président du parti conservateur Droit et justice, Jarosław Kaczyński, qui faisait remarquer l'existence, dans la presse, d'annonces proposant explicitement l'organisation d'avortements à l'étranger à des prix plus ou moins élevés¹. Toutefois, cette solution est à la portée des seules personnes qui peuvent payer l'acte et assumer les dépenses connexes (voyage, congés, garde des enfants, etc.). Le simple coût de l'avortement est prohibitif pour de nombreuses femmes. Par ailleurs, le fait de chercher à avorter à l'étranger constitue une épreuve difficile qui coupe les femmes de leur famille et des dispositifs d'accompagnement et les oblige à se plonger dans un système de santé inconnu et en langue étrangère.

31. Les femmes marginalisées, telles que les femmes défavorisées économiquement et socialement, les femmes rurales, celles qui ont survécu à des violences, les femmes handicapées, les adolescentes et les femmes migrantes, sont davantage exposées au risque de grossesse non souhaitée, faute d'accès à des contraceptifs modernes bon marché. En outre, lorsqu'elles se rendent à l'étranger pour avorter en sécurité et légalement, elles se heurtent à de nombreux obstacles cumulatifs, d'ordre géographique, économique et social. Les femmes marginalisées qui doivent avorter ont tendance à recourir à des options dangereuses et sont nombreuses à avorter dans la clandestinité et dans des conditions non sécurisées. Elles courent aussi plus de risques : des témoins ont indiqué que le parquet national suivait de près toute affaire laissant suspecter de près ou de loin un avortement et ouvrait une enquête au moindre soupçon, notamment en cas de fausse couche.

32. Bien que peu de renseignements spécifiques sur les droits des personnes handicapées en matière de santé sexuelle et procréative aient été obtenus au cours de la visite, le Comité note que ces personnes connaissent des difficultés d'accès à l'avortement, faute d'information et d'accès aux services compétents. Il constate aussi qu'elles ne sont pas protégées contre les avortements forcés et qu'elles sont victimes de stérilisation forcée, comme l'indiquait le Comité des droits des personnes handicapées dans un rapport [CRPD/C/POL/CO/1, par. 30, 43 e) et 44 e)].

33. Des personnes interrogées ont rapporté que les réfugiées d'Ukraine étaient particulièrement à risque faute d'information sur la loi et les pratiques en vigueur en Pologne en matière d'avortement, leurs concitoyens étant leur principale source de renseignements – renseignements qui ne se révèlent pas toujours fiables. Beaucoup

¹ Voir : <https://notesfrompoland.com/2021/05/25/there-is-no-abortion-ban-in-poland-says-kaczynski-women-can-arrange-abortions-abroad/>.

d'Ukrainiennes et d'Ukrainiens restent proches de groupes particuliers, comme les églises, qui peuvent exercer des pressions et perturber la liberté de choix. Les victimes de la violence sexuelle liée au conflit sont souvent orientées vers les urgences hospitalières, où leurs besoins ne sont généralement pas compris.

5. Réalité des avortements clandestins en Pologne

34. Les membres des Organisations non gouvernementales (ONG) interrogés ont constaté que la loi avait un effet dissuasif sur les réseaux de soutien aux femmes. Les ONG spécialisées dans l'accès à l'avortement ont indiqué avoir aidé 78 000 femmes à obtenir de l'information, à voyager et à trouver de l'argent depuis 2020. Elles citent le chiffre de 700 appels à l'aide par mois. Quelque 90 % des femmes demandant à être aidées sont dans les 12 premières semaines de grossesse, et la plupart cherchent un moyen fiable de se procurer des pilules abortives sur Internet. Bien que considérés comme bénins, les médicaments abortifs peuvent encore mettre en péril la vie et la santé des femmes lorsqu'ils sont utilisés de manière autonome. Par ailleurs, 1 % des femmes qui doivent avorter sont au deuxième ou au troisième trimestre de grossesse. Elles se retrouvent dans l'obligation de se rendre à l'étranger pour subir une procédure médicale.

6. Suivi des femmes ayant avorté illégalement ou hors de Pologne

35. Les témoins et les membres d'organisations de la société civile interrogés relèvent qu'il n'existe officiellement aucun dispositif d'accompagnement après avortement. Les femmes qui ont avorté illégalement ou à l'étranger n'en parlent pas. Des organisations de la société civile ont même rencontré de nombreuses femmes qui craignaient de se rendre à l'hôpital et de devoir répondre aux questions des médecins. Cette peur s'explique : il est de notoriété publique que des docteurs ont effectivement appelé la police après avoir découvert de possibles cas d'avortement.

7. Intimidation de manifestants, de défenseurs des droits humains et de membres de la société civile

a) Défenseuses des droits humains et société civile

36. Les activistes interrogés ont expliqué que les défenseurs et défenseuses des droits des femmes s'exposaient clairement à des poursuites, et que les craintes à ce sujet étaient fondées. Des membres d'ONG ont reçu des menaces de mort les ciblant, eux (elles) ou leurs familles, sur leurs boîtes aux lettres électroniques privées. Comme la police n'intervient pas sur ce type de plaintes, nombre de militantes et de militants ont cessé de s'adresser aux forces de l'ordre. Beaucoup souffrent d'épuisement professionnel ou de stress post-traumatique.

37. Les témoins évoquent une intensification des attaques contre les défenseurs et défenseuses des droits humains et les ONG depuis 2017, avec des enquêtes pour aide à l'avortement et des convocations incessantes par les services de police. Une militante d'Abortion Dream Team, une ONG de promotion des droits des femmes en matière de santé sexuelle et procréative, a été condamnée à du travail d'intérêt général pour avoir distribué des pilules abortives (voir par. 9 *supra*). Des enquêtes sont également ouvertes contre les ONG qui organisent des manifestations. Ces procédés semblent relever d'une stratégie de harcèlement de tous les défenseurs des droits humains, qui consiste à multiplier les enquêtes afin de les pousser à bout et d'assécher leurs ressources.

38. Il est apparu pendant l'enquête que les subventions publiques n'étaient plus octroyées aux organisations de défense des droits des femmes qui ne partageaient pas les positions du Gouvernement. Ainsi, en 2016, les autorités ont coupé les aides du Women's Rights Center, qui lutte contre la violence à l'égard des femmes, au motif

que ses activités seraient discriminatoires envers les hommes. Les acteurs interrogés ont parlé d'une tentative visant à banaliser les prises de position défavorables aux femmes, d'un recul des droits des femmes allant de pair avec un rétrécissement de l'espace civique.

b) Manifestantes et manifestants

39. L'arrêt de la Cour constitutionnelle affirmant que l'avortement pour malformation du fœtus était anticonstitutionnel a été annoncé en octobre 2020 et a été suivi de manifestations. La décision définitive et les motifs n'ont été publiés qu'en janvier 2021, afin de couper court à la protestation qui durait depuis plus d'un mois déjà. Des témoins ont souligné que la pandémie avait été invoquée comme prétexte pour empêcher les rassemblements. Prise à partie par des groupes d'extrême droite, la police a répondu sans ménagement. Mais elle a également ciblé des manifestantes et des manifestants pacifiques, y compris des jeunes et leurs professeurs. Selon certaines sources, les forces de l'ordre avaient pour instruction de traiter ces personnes comme si elles étaient violentes, les maintenant parfois en garde à vue pendant 48 heures.

40. Dans les grandes villes, des militants se sont organisés pour soutenir les manifestants, mais la mobilisation s'est révélée plus difficile dans les petites villes. Ainsi, à Oleśnica, une activiste de 17 ans a été convoquée et interrogée à plusieurs reprises par la police en raison de sa participation aux rassemblements.

41. Les manifestations massives ont repris en novembre 2021 après la mort d'Izabela (voir par. 13 ci-dessus). Des milliers de personnes se sont rassemblées à Varsovie et dans d'autres villes pour dénoncer le caractère répressif de la loi sur l'avortement.

c) Influence des groupes de pression et des activistes antiavortement

42. Au cours de l'enquête, il est apparu que les groupes de pression opposés à l'avortement jouissaient d'une grande influence, au point de réussir à faire nommer leurs membres dans l'administration, notamment dans l'éducation, la santé ou encore la justice.

43. Des témoins ont affirmé que ces organisations recueillaient des preuves pour les transmettre à la police et au parquet national, qu'elles encourageaient la délation et qu'elles portaient plainte contre les défenseurs et défenseuses des droits humains. Elles ont rédigé un guide à l'intention des procureurs et conseillent le parquet national. En novembre 2022, elles avaient déposé plainte entre 130 et 150 fois contre l'ONG Abortion Dream Team. Elles ont également réussi à se constituer partie civile dans certains procès (dont celui de la militante d'Abortion Dream Team déjà évoquée, voir par. 9). Elles ont élaboré des manuels sur le traitement des demandes d'avortement à l'intention des hôpitaux. Selon les personnes interrogées, elles seraient soutenues par le Gouvernement. Riches et puissantes, elles seraient craintes par les médecins et par les défenseurs et défenseuses des droits humains.

8. Conséquences psychologiques pour les femmes

44. Selon un sondage mené en 2022 par CBOS, 68 % des Polonaises de 18 à 45 ans ne veulent pas d'enfant ou ne sont pas fixées sur la question ; parmi les facteurs négatifs motivant leur position figurent de possibles problèmes de santé et le climat de haine envers les femmes. Des témoins ont raconté que certaines femmes craignaient de tomber enceintes, en particulier si elles avaient déjà des problèmes de santé. Elles savaient qu'elles ne recevraient aucun soutien en cas de grossesse problématique et qu'il était compliqué d'obtenir un accompagnement spécialisé ou une place à l'école pour les enfants handicapés. Les femmes enceintes avaient des

réticences à aller à l'hôpital par peur d'y mourir à petit feu, comme cela était arrivé dans des affaires bien connues. En cas de problème de santé, elles préféraient donc partir immédiatement à l'étranger – un voyage que des témoins ont comparé à une « torture ». Des ONG ont rapporté que de nombreuses femmes hospitalisées pour une grossesse problématique les appelaient et confiaient craindre pour leur vie. L'aide à l'avortement pouvant être poursuivie et condamnée pénalement, les médecins invoquaient le risque d'emprisonnement comme raison de ne pas aider ces femmes, qui se sentaient livrées à elles-mêmes. De nombreuses femmes ayant dû avorter pour une grossesse à risque ne cherchaient plus à tomber enceintes, par crainte de ne pas en réchapper.

45. Les membres chargées de l'enquête ont interrogé des femmes qui se connaissaient et qui avaient toutes avorté pour des motifs non exceptionnels. Elles n'osaient pas évoquer le sujet entre elles en public, par crainte qu'on les écoute et qu'on les dénonce à leur employeur.

C. Lacunes du dispositif de planification familiale

1. Accès aux services de santé sexuelle et procréative et à la contraception

a) Accès à la contraception hormonale, y compris à la contraception d'urgence et à la stérilisation

46. Les contraceptifs hormonaux sont délivrés uniquement sur ordonnance, et tous ne sont pas remboursés (que ce soit entièrement ou partiellement) par l'assurance maladie. Les nouvelles générations de pilules, qui provoquent moins d'effets secondaires, sont souvent moins bien prises en charge que les médicaments plus anciens. Les femmes doivent d'abord acheter leurs comprimés, puis faire une demande de remboursement – qui est acceptée ou non.

47. Les contraceptifs d'urgence sont non remboursables et délivrés uniquement sur ordonnance d'un médecin. On les obtient donc difficilement le soir, la nuit et le week-end – quand les besoins sont les plus importants. Dans les petits villages, les femmes se heurtent en outre au manque d'infrastructure médicale et de transports. Or ce médicament doit être pris dans les 72 heures suivant le rapport sexuel. Dans ces conditions, les femmes n'ont souvent d'autre choix que de s'en remettre aux prescriptions médicales en ligne, qui coûtent 90 zlotys. Par ailleurs, toutes les pharmacies n'ont pas de contraceptifs d'urgence en stock.

48. Les femmes qui ne savent pas se servir des outils numériques, qui n'ont pas accès aux pharmacies, qui n'ont pas d'argent ou qui n'ont pas la possibilité de le dépenser de manière autonome se retrouvent dans une impasse. Les patientes de moins de 18 ans doivent en outre avoir l'accord de leurs parents ou de leur représentant légal.

49. Les médecins peuvent invoquer la clause de conscience pour ne pas prescrire certains médicaments, comme les contraceptifs d'urgence ; les pharmaciens le font parfois, en toute illégalité.

50. L'alinéa 1 du paragraphe 1 de l'article 156 du Code pénal dispose que le fait de causer un grave dommage corporel à autrui, y compris le fait de priver autrui de la capacité à procréer, est passible d'une peine de 3 ans de prison minimum – ce qui interdit de fait la stérilisation des femmes. Pour les hommes, la vasectomie demeure possible, car elle est considérée comme réversible. Selon certaines informations, les femmes et les filles handicapées demeurent sujettes à la stérilisation forcée.

b) Accès aux services de santé sexuelle et procréative

51. Les femmes doivent attendre deux ou trois mois pour avoir un rendez-vous gynécologique dans un établissement public, ce qui est trop long pour permettre de détecter une grossesse et de possibles complications et envisager un avortement avant la douzième semaine de grossesse. La situation affecte particulièrement les femmes qui n'ont pas les moyens de se tourner vers le privé. Les femmes migrantes en situation irrégulière n'ont pas accès aux services de santé. Depuis 2016, la Caisse nationale de santé ne couvre plus la fécondation *in vitro*, et les aides financières ne sont accessibles qu'aux couples hétérosexuels. Un programme de nanotechnologie a été instauré en remplacement de cette procédure ; il repose sur un dispositif de conseil visant à aider les personnes à prier pour une grossesse.

52. En matière de soins obstétricaux, les procédures légales ne sont pas toujours respectées, selon un rapport de la Chambre suprême de contrôle. L'obligation d'établir un plan de naissance est rarement suivie, ce qui aboutit à la réalisation de soins qui n'ont pas été préalablement convenus avec les patientes. Les membres chargées de l'enquête ont appris qu'un médecin avait refusé de pratiquer une hystérectomie sur une femme dont l'état (forme grave d'endométriose) nécessitait une intervention. Selon les personnes interrogées, les professionnels médicaux considèrent devoir préserver la capacité des femmes à enfanter.

53. Bien que l'avortement demeure possible dans certaines circonstances, il n'existe aucun protocole officiel de soins avant et après intervention. Le personnel médical se limite aux soins courants.

2. Éducation à la santé sexuelle et information

54. Les programmes scolaires ne prévoient pas de cours consacrés aux droits en matière de santé sexuelle et procréative. Les élèves assistent uniquement à des séances d'éducation à la vie de famille, animées le week-end par des bénévoles non formés – par exemple des personnes liées à l'Église –, qui expliquent aux jeunes qu'il ne faut ni boire, ni fumer, ni avoir de rapports sexuels et qui projettent parfois des films antiavortement. Une seule étude, menée en 2011, a étudié les effets de l'absence d'éducation à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes ; elle a conclu à une augmentation des comportements à risque. Les membres chargées de l'enquête se sont rendu compte de l'influence de l'Église et des activistes antiavortement sur les programmes scolaires. Ainsi, des parents ont porté plainte contre des écoles qui proposaient des cours sur ce sujet, et des activistes ont poursuivi des professeurs et des collectivités locales en justice pour avoir diffusé de l'information sur la contraception et l'avortement auprès des enfants.

55. L'absence d'éducation sexuelle officielle crée un besoin d'information auquel beaucoup de jeunes remédient par la pornographie. Outre le manque de pertinence de ce que ceux-ci y trouvent, ils s'exposent ainsi à une vision souvent très orientée sur les questions de genre, qui associe la sexualité à la violence contre les femmes et à leur oppression.

D. Contexte social de l'avortement en Pologne

56. En Pologne, de la fin des années 1960 à l'adoption de la loi de 1993, l'avortement était réalisé sur demande et gratuitement dans les hôpitaux publics. La contraception, y compris la contraception d'urgence, était pleinement accessible. Après l'effondrement de l'Union soviétique, les pressions exercées par l'Église et les activistes antiavortement ont abouti à des changements dans la législation.

57. Les personnes interrogées ont constaté une augmentation des postures réactionnaires visant à contrôler les femmes et à leur imposer un rôle défini, par exemple en niant leurs droits en matière de procréation, ainsi qu'un recul de leurs droits en général. Un comité permanent gouvernemental a l'obligation légale de consulter l'Église catholique sur chaque projet de loi, si celle-ci en fait la demande.

58. Un sondage de novembre 2022 a montré que 70 % de la population était favorable à une légalisation intégrale de l'avortement jusqu'à la douzième semaine de grossesse. Une autre étude récente a indiqué que les jeunes femmes étaient plutôt favorables à ce qu'on laisse le choix aux femmes enceintes, alors que les jeunes hommes s'y opposaient. En revanche, les personnes interrogées par les membres du Comité ont observé que les jeunes générations s'engageaient de plus en plus depuis les manifestations de 2020, où les adolescents des deux sexes étaient très présents. Ces témoins ont souligné par ailleurs que, dans les médias, les débats autour de l'avortement étaient généralement animés par des hommes.

VI. Conclusions juridiques

A. Obligations relatives à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes imposées à l'État partie par la Convention

59. L'article 12 de la Convention, complété par l'alinéa e) du paragraphe 1 de l'article 16, garantit le droit des femmes à la santé, y compris la santé sexuelle et reproductive. Ces dispositions visent à éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé et à leur assurer l'accès aux services, y compris ceux qui concernent la planification de la famille, et le droit de décider librement et en toute connaissance de cause du nombre et de l'espacement des naissances. L'article 12 de la Convention, lu conjointement avec les articles 1, 2, 5, 14 et 16 [par. 1, al. e)] constitue la base de la jurisprudence du Comité en la matière.

60. L'article 2 prévoit en ses alinéas c), d), f) et g) que les États parties instaurent une protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et s'abstiennent de tout acte ou pratique discriminatoire à l'égard des femmes, et qu'ils prennent toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi, y compris pénale, qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. L'article 2, lu conjointement avec l'article premier, dispose que les États parties s'engagent à prendre des mesures appropriées pour éliminer toute restriction ayant pour effet ou pour but de compromettre ou de détruire la jouissance ou l'exercice par les femmes des droits humains dans tous les domaines. Aux termes de l'alinéa g) de l'article 2, les États parties s'engagent à abroger toutes les dispositions pénales qui constituent une discrimination à l'égard des femmes. L'article 5 concerne les stéréotypes de genre et les modèles de comportement socioculturel. Lu conjointement avec les articles 12 et 16, il vise l'élimination des stéréotypes de genre qui entravent l'égalité dans le secteur de la santé et influent négativement sur la capacité des femmes à faire des choix librement et en toute connaissance de cause pour ce qui a trait à la santé, à la sexualité et à la reproduction.

61. Aux paragraphes 14 et 31 c) de sa recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé, le Comité déclare que les lois qui criminalisent certaines procédures médicales dont seules les femmes ont besoin font obstacle à l'accès de celles-ci aux soins de santé. L'avortement étant un acte auquel seules les femmes peuvent avoir besoin de recourir, le Comité a conclu qu'une loi indûment restrictive en la matière constituait une violation. Au paragraphe 11 de la même recommandation générale, le Comité déclare que les mesures prises pour éliminer la discrimination à

l'égard des femmes sont jugées inappropriées si un système de soins de santé ne dispose pas des services voulus pour prévenir, détecter et traiter les maladies spécifiquement féminines. Cela s'applique également aux cas où les services existent en théorie, mais où leur disponibilité est extrêmement contrainte dans la pratique. Au même paragraphe, le Comité considère qu'il est discriminatoire de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction. Par exemple, si les professionnels de la santé n'acceptent pas de pratiquer de tels actes parce qu'ils vont à l'encontre de leurs convictions, des mesures doivent être prises pour faire en sorte que les femmes soient renvoyées à des professionnels de santé n'ayant pas les mêmes objections.

62. Au sujet du litige *Da Silva Pimentel c. Brésil* (CEDAW/C/49/D/17/2008) et au paragraphe 27 de sa recommandation générale n° 24, le Comité a souligné que les États parties devaient garantir le droit des femmes à une maternité sans risques et à des services obstétricaux. La notion de maternité sans risques recouvre un ensemble de pratiques et de protocoles conçus pour préserver la santé de la femme enceinte et du fœtus par le moyen de services de qualité. Cela suppose que les femmes soient informées, bénéficient des actes médicaux dont elles ont besoin et ne soient pas obligées de mener à terme leur grossesse lorsque leur santé mentale est en jeu. On ne peut préserver la santé des femmes enceintes en leur refusant l'avortement lorsqu'il s'agit du moyen le plus sûr d'écarter les risques pour leur intégrité physique et mentale.

63. Au paragraphe 18 de sa recommandation générale n° 35 (2017) sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, le Comité déclare que la criminalisation de l'avortement, 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 fondée sur le genre qui, suivant les circonstances, peuvent être assimilées à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant.

64. Sur la base de son interprétation des articles 12 (par. 1) et 16 [par. 1, al. e)], de la recommandation générale n° 24 lue conjointement avec l'article 2 [al. b), d), e) et f)], tel que clarifié par la recommandation générale n° 28, et de l'article 5, tel que clarifié par la recommandation générale n° 19 (1992) sur la violence à l'égard des femmes et la recommandation générale n° 35 (2017) sur la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre, portant actualisation de la recommandation générale n° 19, le Comité recommande systématiquement la dépénalisation de l'avortement dans tous les cas de figure. Les États parties ont l'obligation de ne pas sanctionner pénalement les femmes qui recourent à cet acte ni les personnes qui le réalisent (voir les documents publiés sous les cotes [A/54/38/Rev.1](#), par. 185 et 309, et [A/55/38](#), par. 180).

65. Tout laisse penser que la réglementation pénale de l'avortement ne détourne en rien de cette pratique. Lorsque les moyens légaux s'amenuisent, les femmes se tournent généralement vers des méthodes clandestines, par exemple en prenant elles-mêmes des agents abortifs, au mépris du danger que cela fait peser sur leur vie et leur santé. À de rares exceptions près, l'interdiction a pour effet de stigmatiser les femmes et de les priver de leur intimité, de leur capacité d'autodétermination et de leur autonomie de décision. Il s'agit d'une violation de l'égalité de statut des femmes, donc d'une discrimination. Cela a, par ailleurs, un effet dissuasif sur les docteurs, qui se retrouvent à craindre pour leur propre sûreté dans l'exercice de leur métier.

66. Toutes les femmes et les filles devraient toujours avoir accès à des contraceptifs de qualité. Il faut lever tous les obstacles l'empêchant, y compris ceux relevant de la situation socio-économique et géographique. Dans l'enquête concernant les

Philippines, le Comité a fait remarquer que ce qui distinguait les femmes des hommes du point de vue de la santé comprenait des facteurs biologiques, comme les fonctions génésiques de la femme. Comme ces facteurs ont des incidences sur les besoins de santé génésique des femmes, le Comité a considéré que la réalisation d'une égalité véritable exigeait des États parties qu'ils prennent en compte les facteurs de risque qui touchaient principalement les femmes. Comme la grossesse ne concerne que les femmes, l'absence d'accès à des produits contraceptifs ne peut que toucher leur santé hors de toute proportion (voir [CEDAW/C/OP.8/PHL/1](#), par. 32).

67. Que l'interruption volontaire de grossesse soit légale ou non, les soins de santé après avortement devraient toujours être accessibles. Dans l'enquête concernant les Philippines, le Comité a insisté sur la nécessité d'assurer aux femmes un accès à des soins de santé après avortement de qualité dans tous les établissements publics de santé, notamment en cas de complications consécutives à des interruptions de grossesse clandestines [ibid., par. 52 e)]. Dans l'enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, il a souligné qu'il fallait offrir aux femmes un accès à des soins de qualité pendant et après l'avortement dans tous les établissements de santé publics et adopter des directives quant au secret médical dans ce domaine [voir [CEDAW/C/OP.8/GBR/1](#), par. 86 c)].

68. Des obstacles supplémentaires empêchent les femmes rurales, les migrantes, les demandeuses d'asile, les réfugiées et les femmes en situation de conflit ou de pauvreté d'accéder aux soins de santé. Au paragraphe 52 c) de sa recommandation générale n° 30 (2013) sur les femmes dans la prévention des conflits, les conflits et les situations d'après conflit, le Comité a recommandé que les États parties veillent à ce que les soins de santé en matière de sexualité et de procréation comprennent des services d'avortement sans risques et des soins après l'avortement. Au paragraphe 37 de sa recommandation générale n° 34 (2016) sur les droits des femmes rurales, il a observé que l'accès aux soins de santé, y compris les soins en matière de santé sexuelle et procréative, était souvent extrêmement limité pour les femmes rurales. Au paragraphe 39 b), il a recommandé que les États parties assurent le financement adéquat des systèmes de santé dans les zones rurales, en particulier en ce qui concerne les droits et la santé en matière de sexualité et de procréation.

69. Dans la déclaration faite conjointement avec le Comité des droits des personnes handicapées sur les moyens de garantir la santé et les droits en matière de sexualité et de procréation pour toutes les femmes, en particulier les femmes handicapées, le Comité souligne qu'une approche basée sur les droits humains de la santé sexuelle et reproductive et des droits connexes doit partir du principe que les décisions des femmes concernant leur propre corps sont d'ordre personnel et privé et placer la question de l'autonomie des femmes au centre de l'élaboration des politiques et des lois relatives aux services de santé sexuelle et reproductive, y compris les soins liés à l'avortement.

70. Dans sa déclaration intitulée « Accès à des services d'avortement sûrs et légaux : appel urgent du Comité de l'ONU en faveur de l'adhésion des États-Unis d'Amérique à la convention sur les droits des femmes », le Comité indique que la possibilité d'avorter en toute sécurité et légalement et de recevoir des soins de qualité après l'avortement contribue à garantir le droit des femmes à disposer librement de leur corps. Il indique également que l'accès aux droits en matière de procréation est central pour l'autonomie des femmes et des filles ainsi que pour leur capacité à disposer de leur corps et à choisir leur vie sans subir de discrimination, de violence, ni de contrainte. Dans la même déclaration, le Comité rappelle qu'il a souligné à maintes reprises, dans ses dialogues avec les États parties, ses observations finales et sa jurisprudence établie au titre du Protocole facultatif, que le fait de refuser l'accès à l'avortement sécurisé et légal constituait une grave restriction de la capacité des femmes à exercer leur liberté de procréer, et que le fait de forcer les femmes à mener

à terme une grossesse entraînait une souffrance psychique et physique assimilable à de la violence fondée sur le genre, voire, dans certaines circonstances, à de la torture ou à un traitement cruel, inhumain ou dégradant, et constituait une violation de la Convention.

71. Dans sa déclaration sur la Journée internationale de la fille, en octobre 2023, le Comité a déclaré que le fait d'empêcher les filles – et, par extension, les femmes – de mettre en toute sécurité un terme à une grossesse non désirée était en contradiction avec l'obligation des États parties de garantir les droits des filles à l'égalité, à l'autonomie, à la vie privée et à la liberté de procréer, le droit fondamental à la protection contre les dangers en matière de santé et le droit de vivre sans subir de violence fondée sur le genre ni de traitement cruel, inhumain ou dégradant. Le Comité s'est également prononcé en faveur de la diffusion d'une grande variété de méthodes contraceptives, de la dépénalisation totale de l'avortement et de la légalisation de cet acte.

B. Violations des droits reconnus par la Convention

1. Interdiction de l'avortement

72. L'interdiction de l'interruption volontaire de grossesse, la limitation des motifs autorisant cette pratique et le mauvais accès à l'avortement dans les conditions prévues par la loi contraignent les femmes à mener à terme leurs grossesses, à fréquenter des établissements médicaux sans avoir la certitude de recevoir les soins et les renseignements adéquats ou à s'engager dans des procédures judiciaires qui les exposent à une réactivation de leur traumatisme, à un accueil sexiste et à une certaine hostilité envers leur qualité de victime. Seul le travail des organisations de la société civile qui diffusent des informations et aident les femmes à faire des choix sans risque peut les dissuader de recourir à la pratique dangereuse de l'auto-avortement. La plupart des femmes qui doivent avorter commandent des pilules abortives sur Internet ou se rendent à l'étranger.

73. L'interdiction de l'avortement met également les femmes en contact avec le système judiciaire : même quand la loi ne les poursuit pas pour avoir demandé ou réalisé un avortement, elles peuvent être interrogées et subissent ainsi une certaine pression, en particulier si elles cherchent à protéger les personnes qui ont pu les aider. Il arrive aussi qu'elles soient victimes d'infractions de la part des services de police et du pouvoir judiciaire.

74. Rappelant ses recommandations générales n^{os} 19 et 35, le Comité souligne que la discrimination à l'égard des femmes inclut la violence fondée sur le sexe, définie comme la violence exercée contre une femme parce qu'elle est une femme ou qui touche spécialement la femme. La restriction de l'accès à l'avortement, qui touche uniquement les femmes, empêche celles-ci de faire leurs propres choix en matière de procréation, les force à mener les grossesses à terme et implique une souffrance mentale ou physique qui constitue un acte de violence à l'encontre des femmes et peut parfois être considérée comme de la torture ou un traitement cruel, inhumain et dégradant², en violation des articles 2 et 5 de la Convention, lus conjointement avec son article premier. Elle constitue une attaque contre la liberté de choix, l'autonomie et le droit des femmes à l'autodétermination. La souffrance morale ressentie est

² Le Comité des droits de l'homme et le Comité contre la torture ont conclu que refuser l'accès aux services d'avortement pouvait être comparé à un traitement cruel, inhumain et dégradant. Voir : *Whelan c. Irlande* (CCPR/C/119/D/2425/2014) ; *Mellet c. Irlande* (CCPR/C/116/D/2324/2013) ; *Llantoy Huamán c. Pérou* (CCPR/C/85/D/1153/2003) ; *L. M. R. c. Argentine* (CCPR/C/101/D/1608/2007) ; CAT/C/PER/CO/5-6, par. 15 ; CAT/C/IRL/CO/1, par. 26. Voir également la recommandation générale n^o 35 du Comité.

exacerbée lorsque les femmes sont forcées de mener à terme un fœtus non viable ou quand la grossesse est le fruit d'un viol ou d'un inceste. Être forcée de poursuivre une grossesse dans ce type de situation représente une contrainte injustifiable et cautionnée par l'État. Dans sa définition de la discrimination, la Convention adopte délibérément une double approche en traitant des « effets » et des « buts » afin de capturer les actes susceptibles d'avoir un effet discriminatoire, même lorsque ceux-ci ne sont pas intentionnels. Dans les faits, ériger en infraction la pratique de l'avortement par les professionnels de santé entrave l'accès des femmes aux services de santé sexuelle et procréative.

2. Restriction de l'accès aux services de santé sexuelle et procréative

a) Interprétation étroite de la législation entraînant un accès très limité à l'avortement pour les motifs exceptionnels liés à la santé physique ou mentale de la femme ou à un danger mortel

75. Le Comité considère que l'absence de directives officielles accompagnant l'exception relative à l'existence d'un risque pour la vie ou la santé de la femme, le fait que l'avortement constitue seulement un recours exceptionnel dans un cadre d'interdiction générale, l'effet dissuasif que cela exerce sur les médecins en les empêchant de considérer en priorité le bien-être des patientes, les cas d'interprétation arbitraire des termes de la loi de la part du personnel médical, la possibilité offerte aux médecins d'invoquer la clause de conscience et le manque criant de contrôle légal sur les décisions médicales sont autant de facteurs qui entravent gravement l'accès des femmes à l'avortement en cas de danger pour leur vie ou leur santé physique ou mentale. Il constate que des avortements ont lieu au titre de cette exception, mais que leur nombre est bas et que les femmes se retrouvent dans la laborieuse et pénible obligation de trouver un docteur et de le convaincre de les avorter pour le motif qu'elles invoquent, et que l'intervention est souvent réalisée d'une manière inutilement douloureuse. Le Comité est sérieusement préoccupé par le fait que, dans des cas extrêmes, il semble y avoir eu un lien direct de causalité entre la mort de sept femmes et le refus des docteurs, leurs atermoiements ou leur respect peu scrupuleux des procédures médicales.

b) Inaccessibilité *de facto* de l'avortement au titre d'une exception prévue par la loi pénale, en raison de la longueur, de l'incertitude ou de la complexité des procédures connexes

76. Le Comité estime que l'obligation faite aux victimes de porter plainte pour pouvoir avorter, l'absence de délai imposé au parquet pour certifier l'ouverture d'une enquête, le fait que le dispositif d'enquête semble soumettre les victimes de violence sexuelle à des stéréotypes de genre et questionne sans raison leur sincérité et, enfin, l'absence de garantie concernant l'obtention en temps voulu de l'attestation demandée ne permettent pas de considérer que cette procédure offre aux victimes un réel moyen d'accéder à l'avortement. Il ajoute que cette conclusion est corroborée par le nombre particulièrement bas de femmes avortant au motif qu'elles ont été sexuellement agressées (voir le paragraphe 26 ci-dessus). En outre, ce nombre ne saurait refléter la situation réelle, en matière de violence sexuelle, d'un pays comptant 20 millions de femmes, mais témoigne plutôt du fait que les victimes ne se font aucune illusion sur la possibilité d'avorter au titre de l'exception invoquée. Le Comité note enfin que, même avec une attestation du parquet, les victimes n'ont, en pratique, aucune assurance légale de pouvoir avorter.

c) Accès limité à la contraception, y compris la contraception d'urgence

77. Le Comité considère que l'obligation de payer à l'avance pour les contraceptifs hormonaux et leur remboursement seulement partiel (et limité aux anciennes

générations de pilules) constituent des obstacles réels pour les femmes qui ont peu d'argent ou qui ne peuvent le dépenser à leur gré. Il estime également que le fait d'étendre à la contraception d'urgence la nécessité de présenter une ordonnance médicale retarde de manière incohérente l'accès à la pilule et annihile l'intérêt de ce médicament. Enfin, il juge que le fait d'interdire la stérilisation aux femmes, mais non aux hommes, constitue une discrimination fondée sur le genre.

d) Difficultés disproportionnées pour les femmes rurales et les femmes en situation de pauvreté ou d'autre forme de vulnérabilité

78. Le Comité considère que les femmes marginalisées, telles que les femmes handicapées, les femmes économiquement et socialement défavorisées, les femmes rurales, les femmes ayant échappé à des violences ou encore les adolescentes, se heurtent à des difficultés propres et disproportionnées en matière d'accès à l'avortement légal, notamment faute de services disponibles et pour des raisons financières et géographiques. Elles sont davantage exposées au risque de grossesse non désirée, faute d'accès à des contraceptifs modernes et abordables, y compris à la contraception d'urgence. En outre, lorsqu'elles se rendent à l'étranger pour avorter de manière sécurisée et légale, elles se heurtent à de nombreux obstacles cumulatifs, d'ordre géographique, économique et social. En conséquence, elles sont plus enclines à avorter dans la clandestinité et de manière non sécurisée, augmentant ainsi les risques pour leur santé et leur vie. Certaines femmes marginalisées n'ont pas la possibilité de recourir à l'avortement médicamenteux, qui n'est préconisé que dans les premières semaines de grossesse, car elles ne sont pas en mesure de trouver de l'aide en temps voulu. Les femmes qui ne peuvent se permettre d'avorter dans la clandestinité en Pologne ni de se rendre à l'étranger en sont réduites à mener à terme leurs grossesses non désirées, au détriment de leur santé, de leur bien-être et de leur capacité à gagner leur vie. La maternité imposée peut aussi être un obstacle à la poursuite de leurs études, à leur carrière ou à leur indépendance financière.

e) Absence de soins après avortement

79. Le Comité estime que l'absence de protocole officiel de soins après avortement, associée à la peur instillée chez les femmes par l'interdiction de l'interruption volontaire de grossesse et aux réticences à s'adresser au corps médical qui en découlent, crée un risque élevé pour la santé et la vie des femmes. Les soins après avortement contribuent à pallier les conséquences des interruptions volontaires de grossesse non sécurisées, à réduire la morbidité et la mortalité maternelles et à améliorer la santé reproductive des femmes. En Pologne, celles-ci n'ont pas accès à des soins de qualité en cas de complications consécutives à un avortement, ni à des services d'accompagnement psychologique, d'éducation et de planification familiale, ce qui a une incidence sur leur droit à la santé et à la vie.

3. Stéréotypes discriminatoires fondés sur le genre

80. Les lois et politiques particulièrement intrusives qui restreignent l'autonomie des femmes renvoient à un ensemble de stéréotypes de genre et de préjugés relatifs à la santé sexuelle et reproductive. Selon un apriori courant, les femmes sont avant tout et selon l'ordre naturel des choses des mères et des personnes soucieuses d'autrui. Ainsi, une femme qui décide d'avorter est souvent vue comme contrevenant à cette vocation et à l'idée selon laquelle elle devrait privilégier la procréation. En outre, on suppose généralement que les femmes sont émotives et incapables de prendre des décisions : il conviendrait donc de remettre en question et de contester toute volonté de ne pas mener une grossesse à terme. Enfin, les lois restreignant l'accès à l'avortement partent communément du principe qu'il est légitime que la protection du fœtus prime le respect des droits humains de la femme enceinte. Le Comité

soutient sans ambiguïté que les lois et pratiques restrictives en matière d'avortement véhiculent des stéréotypes de genre.

81. Le Comité estime que la législation polonaise relative à l'avortement repose sur des stéréotypes de genre et des présupposés discriminatoires en ce qu'elle empêche les femmes de décider elles-mêmes si elles veulent mener leurs grossesses à terme ou non. Elle les empêche de disposer de leur corps et de choisir la meilleure façon de préserver leur santé. Au lieu de cela, elle les place sous l'autorité du corps médical et du parquet, auxquels elle donne le pouvoir de statuer en leur nom sur leur droit d'avorter.

4. Manque d'accès à l'éducation à la santé sexuelle

82. Le Comité estime que l'État partie n'a pas donné la priorité voulue à la prévention des grossesses non désirées : au lieu de proposer une éducation sexuelle de qualité, elle a mis en place des leçons optionnelles animées par des personnes n'ayant pas les compétences requises et engagées contre l'avortement. L'absence de mesures visant à instaurer des cours d'éducation à la sexualité adaptés aux différents âges, tenant compte du contexte culturel, exhaustifs et scientifiquement fondés, traitant des relations, de l'utilisation des contraceptifs, de l'avortement sécurisé et des soins après avortement, enfreint l'article 10 h) de la Convention.

5. Constatations

83. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie créent une discrimination envers les femmes et une inégalité devant la loi. Elles discriminent les femmes sur la base du sexe en interdisant un type de soins qui les concerne uniquement. Les droits à l'égalité et à la non-discrimination imposent aux États parties de faire en sorte que les soins de santé correspondent aux différences biologiques fondamentales qui existent entre les hommes et les femmes en matière de procréation³. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie sont discriminatoires en ce qu'elles dénie aux femmes la capacité morale d'exercer leur autonomie reproductive. Il n'existe aucune restriction similaire concernant les services de santé destinés exclusivement aux hommes. Il y a donc une différence de traitement entre les hommes et les femmes, basée sur le sexe, au regard de l'article 2 c), d), f) et g) de la Convention.

84. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie entravent de façon intrusive la capacité des femmes à décider ce qui convient le mieux concernant leurs grossesses et violent l'alinéa e) du paragraphe 1 de l'article 16 de la Convention. La décision d'avorter relève du droit à la vie privée de la femme, et l'interdiction ou la criminalisation de l'avortement affectent son choix. Les autorités n'ont pas à encadrer la volonté d'avoir des enfants ou non. En Pologne, les femmes qui souhaitent avorter doivent choisir entre mener une grossesse non désirée à terme, recourir à des moyens clandestins et potentiellement dangereux d'interruption de grossesse ou se rendre à l'étranger pour bénéficier de soins abortifs sécurisés et légaux. Aucune de ces possibilités n'est de nature à préserver leur autonomie reproductive et leur bien-être mental. En déniaut aux femmes la seule solution qui respecterait leur intégrité physique et psychologique et leur anatomie reproductive – avorter légalement en Pologne –, l'État partie perturbe arbitrairement leur prise de décision.

85. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie soumettent les femmes à un stéréotype de genre selon lequel leur rôle principal est d'assurer la reproduction et d'être mères, ce qui constitue une discrimination et bafoue à la fois leur liberté d'autodétermination et leur droit à l'égalité des genres, en

³ Voir : *Whelan c. Irlande* (CCPR/C/119/D/2425/2014).

violation de l'article 5 de la Convention. L'interdiction de l'avortement réduit les femmes à leur capacité procréative en faisant passer la protection de l'enfant « à naître » avant leur santé et leur volonté de mettre fin à leur grossesse. Les femmes sont soumises à un stéréotype de genre en ce que l'on considère qu'elles devraient poursuivre leurs grossesses indépendamment des circonstances, de leurs besoins et de leurs aspirations, et que – toujours selon le préjugé – leur rôle est avant tout d'être des mères et de prendre soin des autres. Présenter les femmes comme des instruments procréatifs relève de la discrimination et viole leur droit à l'égalité des genres.

86. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie ne permettent pas aux femmes de bénéficier des soins dont elles ont besoin et bafouent leurs droits à la non-discrimination et à l'égalité d'accès à la santé, en violation de l'articles 2 c), d), f) et g) et 12 de la Convention. Elles dénie aux femmes, en raison de leur sexe, l'accès aux services de santé nécessaires à la préservation de leur autonomie, de leur dignité et de leur intégrité physique et psychologique. À titre de comparaison, nul n'exige des patients hommes qu'ils ignorent leurs besoins de santé génésique et renoncent à leur capacité morale en matière de reproduction.

87. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie causent de graves préjudices aux femmes en rompant le continuum de soins de santé procréative et violent l'article 12 de la Convention. Au titre de cet article, l'obligation de respecter les droits des femmes à l'accès aux soins de santé implique que les États parties s'abstiennent de faire obstacle aux actions que les femmes engagent dans le but d'atteindre leurs objectifs en matière de santé. La loi ne permet pas aux femmes qui souhaitent avorter de continuer d'être soignées et d'être couvertes par l'assurance maladie pour les soins dispensés par le système médical. Il serait possible d'éviter leur calvaire en ne leur interdisant pas de s'adresser aux médecins en qui elles ont confiance et de rester dans l'environnement familial de leur pays pour avorter. La législation a aussi un effet dissuasif sur les docteurs qui empêche les femmes de bénéficier des actes et des conseils médicaux dont elles ont besoin.

88. En forçant les femmes à choisir entre poursuivre leur grossesse, recourir à des services clandestins ou avorter légalement à l'étranger, la législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie soumettent les femmes à d'intenses souffrances physiques et mentales et donnent lieu à une forme de traitement cruel, inhumain ou dégradant⁴. Les femmes qui décident d'avorter doivent se tourner vers des moyens clandestins ou se rendre à l'étranger en assumant la charge psychologique, physique et financière que cela implique. Elles s'exposent ainsi à un haut degré de douleur morale assimilable à un traitement cruel, inhumain ou dégradant, du fait de la législation et de la pratique en vigueur dans l'État partie.

89. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie font obstacle à la tenue de cours d'éducation à la sexualité adaptés aux différents âges, tenant compte du contexte culturel, exhaustifs et scientifiquement fondés et à la diffusion d'informations essentielles à la réalisation du droit des femmes à la santé. Il s'agit d'une violation du droit des femmes et des filles de s'informer et de demander conseil en matière de planification familiale.

90. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie causent des préjudices disproportionnés aux femmes marginalisées et vulnérables qui ne peuvent, pour un ensemble de raisons particulières, accéder à l'avortement légal ni quitter le pays pour avorter en sécurité à l'étranger. En conséquence, ces femmes sont forcées de poursuivre leurs grossesses non désirées ou d'y mettre un terme de

⁴ Voir : *Mellet c. Irlande* (CCPR/C/116/D/2324/2013).

façon clandestine et non sécurisée, avec les risques que cela comporte pour leur santé et leur vie.

91. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie entravent également l'exercice d'un ensemble d'autres droits humains des femmes. La décision de garder ou non un enfant a de vastes conséquences sur la capacité des femmes à satisfaire leurs aspirations, à s'épanouir personnellement et à atteindre la sécurité économique. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie empêchent les femmes de jouir de leurs droits à l'éducation et à l'emploi, compte tenu du fait que l'éducation des enfants repose souvent essentiellement sur elles.

92. La législation sur l'avortement et la pratique en vigueur dans l'État partie violent les droits des femmes à la non-discrimination et à l'égalité devant la loi, à la vie privée, à l'autonomie procréative et au pouvoir d'en disposer, leur droit de ne pas être réduites à des stéréotypes de genre, leurs droits à l'intégrité personnelle, à la dignité, à la santé physique et mentale et au bien-être⁵, leurs droits de bénéficier des services de santé, de s'informer et d'obtenir des conseils en matière de planification familiale, tels que les garantissent les articles 2 c), d), f) et g), 5, 10 h), 12, 14.2 b), 15 et 16.1 e) de la Convention.

C. Principales violations constatées au titre de la Convention

93. À la lumière de ce qui précède, le Comité estime que l'État partie a violé les articles suivants de la Convention : l'article 12 lu seul, l'article 12 lu conjointement avec les articles 2 c), d), f) et g), 5 et 10 h), l'article 10 h) lu conjointement avec l'article 16.1 e), l'article 14.2 b) lu seul, l'article 15 lu seul et l'article 16.1 e) lu seul. Ces articles doivent être lus conjointement avec la recommandation générale n° 19 du Comité, la recommandation générale n° 35, la recommandation générale n° 21 (1994) sur l'égalité dans le mariage et les rapports familiaux, la recommandation générale n° 24, la recommandation générale n° 26 (2008) sur les travailleuses migrantes, la recommandation générale n° 28 (2010) sur les obligations fondamentales des États parties découlant de l'article 2 de la Convention, la recommandation générale n° 32 (2014) relative aux aspects liés au genre des questions touchant les réfugiées, les demandeuses d'asile et la nationalité et l'apatridie des femmes, la recommandation générale n° 33 (2015) sur l'accès des femmes à la justice et la recommandation générale n° 34.

D. Gravité et systématicité des violations

Gravité

94. La définition d'une grave violation découle de la jurisprudence du Comité. Dans l'enquête concernant les Philippines, le Comité a indiqué prendre en considération, notamment, « l'étendue, la fréquence, la nature et l'impact des violations constatées » (CEDAW/C/OP.8/PHL/1, par. 47). Dans l'enquête concernant le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, il a évalué « la gravité des violations en Irlande du Nord à la lumière de la souffrance ressentie par les femmes et les filles qui [menaient] des grossesses à terme contre leur volonté en raison du régime juridique restrictif actuel en matière d'avortement » (CEDAW/C/OP.8/GBR/1, par. 81).

95. L'interdiction de l'avortement et le très petit nombre de cas dans lequel il est autorisé et accessible en pratique font que, en Pologne, la plupart des femmes ne peuvent pas avorter de manière sécurisée et légale. Les femmes dont la situation ne

⁵ Ibid.

remplit pas les critères exceptionnels prévus par la loi n'ont aucun moyen légal de mettre un terme à leur grossesse de manière sécurisée et licite dans l'État partie. À la place, elles en sont réduites à choisir l'une des trois options suivantes : a) vivre l'expérience atroce et contrainte de mener à terme une grossesse non désirée ; b) rechercher des moyens clandestins et potentiellement dangereux d'avorter ; c) se rendre à l'étranger pour avorter de manière sécurisée et légale et s'exposer au traumatisme induit par une telle épreuve. En outre, les femmes que la loi autorise à avorter ne peuvent souvent pas le faire en pratique, à savoir que les femmes dont la santé ou la vie sont en jeu sont souvent dans l'incapacité d'accéder aux services d'avortement auxquels elles ont droit, ce qui les expose à des séquelles à vie et peut causer leur mort.

96. Le Comité constate que les femmes sont tiraillées entre des lois discriminatoires qui limitent indûment le droit à l'avortement et les risques auxquels leur santé et leur vie sont exposées. Il note que la douleur physique et morale de mener à terme une grossesse non désirée cause de graves préjudices et de grandes souffrances. Il en conclut que la Pologne a commis de graves violations des droits énoncés dans la Convention, considérant que la législation pénale de l'État partie oblige les femmes à mener leurs grossesses à terme et leur inflige en cela de graves souffrances physiques et morales qui relèvent de la violence à l'égard des femmes fondée sur le genre.

Systematicité

97. Le Comité a conclu à la systématicité des violations compte tenu de l'existence de pratiques persistantes qui ne sont pas le fruit du hasard et ne relèvent pas d'actes isolés. Suivant la jurisprudence établie à cet égard au sujet du Mexique, dans l'enquête concernant les Philippines, le Comité a affirmé ce qui suit : « Le déni systématique d'égalité de droits pour les femmes peut se faire soit délibérément, l'État partie manifestant la volonté de commettre ces actes, soit comme résultat de lois ou politiques discriminatoires, avec ou sans cette intention. La nature systématique des violations peut aussi s'apprécier par l'existence d'un ensemble significatif et persistant d'actes qui ne sont pas le fruit du hasard. »

98. La législation de l'État partie sur l'avortement relève d'une politique délibérée menée par les autorités pour dénier aux femmes l'accès à l'avortement. La Pologne a instauré un cadre réglementaire de contrôle strict de la santé reproductive des femmes et de leur autonomie en la matière de la part de la puissance publique. Même les femmes qui remplissent les strictes conditions légales autorisant l'avortement ne sont souvent pas en mesure d'exercer ce droit en pratique ; en outre, ce n'est pas seulement dans des cas individuels et isolés que l'État manque à son obligation de garantir l'accès réel aux services d'avortement légal. Au contraire, le fait que les médecins polonais, agents publics, refusent ces services relève « d'un ensemble significatif et persistant d'actes » qui ne sont pas le fruit du hasard. Le Comité conclut à la systématicité des violations des droits énoncés dans la Convention, considérant que la Pologne interdit délibérément l'avortement, mène une politique et promeut des pratiques hautement restrictives concernant l'accès à cet acte, ce qui force les femmes à mener leurs grossesses à terme, à se rendre à l'étranger ou à opter pour des méthodes d'avortement clandestines et potentiellement dangereuses.

VII. Recommandations

99. **À la lumière de ce qui précède et dans le droit-fil des recommandations pertinentes adressées à l'État partie par d'autres organismes des Nations Unies,**

le Comité rappelle ses précédentes observations finales ([CEDAW/C/POL/CO/78](#)) et formule les recommandations suivantes.

A. Cadre légal et institutionnel

100. Le Comité recommande à l'État partie de s'efforcer de toute urgence :

a) De faire en sorte que l'avortement soit accessible conformément aux principes de non-discrimination envers les femmes et d'égalité réelle garantis par la Convention ; d'adopter une législation suivant une approche basée sur les droits humains en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, qui reconnaît que les décisions des femmes relatives à leur corps sont personnelles et privées et qui place l'autonomie des femmes au centre de l'élaboration des politiques et des lois relatives aux services de santé sexuelle et reproductive ; en conséquence, d'apporter à la législation en vigueur les modifications nécessaires en vue de dépénaliser et de légaliser entièrement l'avortement ;

b) De reconnaître le droit à l'avortement comme un droit fondamental ;

c) De prendre les mesures nécessaires pour que l'autonomie et le choix des femmes handicapées soient respectés en ce qui concerne la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes, que ces femmes reçoivent une éducation sexuelle couvrant la question de la procréation, qu'elles puissent avorter de façon sécurisée et qu'elles soient protégées contre les stérilisations et les avortements forcés ;

d) De suspendre, à titre provisoire en vue d'une dépénalisation et d'une légalisation complètes de l'avortement, l'application de la législation pénale sur l'avortement et de mettre un terme à toutes les arrestations, enquêtes et poursuites pénales en la matière, concernant les professionnels de santé et les particuliers ayant apporté une forme quelconque d'aide à des femmes qui avaient besoin d'avorter ;

e) D'adopter à l'intention du corps médical des protocoles solides et conformes aux Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement de l'OMS, de faire en sorte que les étudiantes et étudiants en médecine ainsi que les professionnels de santé y soient formés et d'interdire la diffusion et l'utilisation des manuels émanant de groupes de pression opposés à l'avortement ;

f) De prendre des mesures efficaces permettant aux femmes de prendre elles-mêmes des décisions sur tous les aspects de leur santé sexuelle et procréative et d'accéder à une information étayée et non orientée sur ce sujet ;

g) D'obliger à nouveau les médecins qui invoquent la clause de conscience en matière de santé sexuelle et procréative à orienter les femmes vers un confrère ou une consœur ; de garantir que les invocations abusives de cette clause donnent lieu à des poursuites ;

h) D'instaurer un mécanisme de promotion des droits des femmes qui contrôle notamment que les autorités respectent les normes internationales en matière d'accès à la santé sexuelle et reproductive et aux droits connexes, y compris l'accès à l'avortement sécurisé ;

i) D'élaborer et d'appliquer une stratégie globale à l'intention des chefs communautaires et des chefs religieux, des enseignantes et des enseignants, des filles et des garçons, des femmes et des hommes, pour éliminer les stéréotypes concernant les rôles et les obligations des femmes et des hommes dans la famille et dans la société, et de concevoir et d'instaurer un ensemble d'objectifs et

d'indicateurs permettant d'évaluer de manière systématique les effets des mesures stratégiques ;

j) De dispenser aux membres de la fonction publique, des médias et du secteur privé des formations axées sur la lutte contre les stéréotypes de genre, y compris l'emploi d'une langue inclusive, et sur la promotion médiatique des représentations valorisantes des femmes en tant qu'actrices de la vie publique ;

k) De garantir l'existence de procédures d'interruption de grossesse efficaces, rapides et accessibles ;

l) De prendre des mesures pour que les prestataires de soins de santé soient en mesure de fournir des informations complètes sur les services d'avortement médicalisé sans crainte d'être sanctionnés pénalement.

B. Droits et services relatifs à la santé sexuelle et procréative

101. Le Comité recommande à l'État partie :

a) De diffuser de l'information et des conseils impartiaux, scientifiquement fondés et axés sur les droits, concernant les services de santé sexuelle et procréative et les droits connexes, y compris sur toutes les méthodes de contraception et l'accès à l'avortement ;

b) De faire en sorte que les services et produits de santé sexuelle et procréative soient accessibles et abordables pour toutes les femmes, notamment les moyens de contraception sûrs et modernes, y compris les méthodes orales, de longue durée ou permanentes, et que la contraception d'urgence soit délivrée sans ordonnance ; d'adopter un protocole visant à faciliter l'accès aux pharmacies, aux cliniques et aux hôpitaux ;

c) De veiller à ce que les femmes et les filles handicapées aient le droit d'avorter et de prendre librement leurs décisions sur tous les autres sujets liés à leur sexualité, y compris la santé sexuelle et reproductive, sans subir ni contrainte, ni discrimination, ni violence, et de faire en sorte qu'aucun acte médical ne puisse être pratiqué sur elles sans leur consentement préalable, libre et éclairé ;

d) D'offrir aux femmes un accès à des soins de qualité pendant et après l'avortement dans tous les établissements de santé publics et privés et d'adopter des directives relatives au secret médical dans ce domaine ;

e) De donner à toutes les femmes, y compris aux femmes et aux filles handicapées, un accès plein et légal à la stérilisation volontaire sous réserve que leur consentement soit donné préalablement, librement et en toute connaissance de cause.

f) D'inscrire au programme scolaire des adolescentes et des adolescents un cours obligatoire sur la santé sexuelle et reproductive et les droits connexes qui soit dispensé par des spécialistes, adapté à chaque âge, complet et scientifiquement exact et qui couvre la prévention des grossesses précoces et l'accès à l'avortement, et d'en surveiller la mise en œuvre ;

g) D'intensifier les campagnes de sensibilisation concernant les droits et les services de santé sexuelle et procréative, y compris l'accès aux moyens de contraception modernes ;

h) De garantir l'accès aux examens prénataux ainsi que la communication obligatoire des résultats aux femmes enceintes dans tous les hôpitaux publics et les cliniques ;

- i) De cesser de recueillir des données sur les grossesses et de supprimer le « registre des grossesses » ;**
 - j) De protéger les femmes contre le harcèlement des activistes opposés à l'avortement en ouvrant des enquêtes lorsque des plaintes sont déposées et en poursuivant et en punissant les auteurs d'actes répréhensibles.**
-