



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

Distr. générale  
28 février 2020  
Français  
Original : espagnol

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

**Constatations adoptées par le Comité au titre  
du paragraphe 2 c) de l'article 4 du Protocole  
facultatif, concernant la communication  
n° 138/2018\*,\*\***

<i>Communication présentée par :</i>	S. F. M. (représentée par le conseil Francisca Fernández Guillén)
<i>Au nom de :</i>	S. F. M.
<i>État partie :</i>	Espagne
<i>Date de la communication :</i>	30 octobre 2018
<i>Références :</i>	Décision prise conformément à l'article 69 du Règlement intérieur du Comité, communiquée à l'État partie le 6 décembre 2018 (non publiée sous forme de document)
<i>Date d'adoption des constatations :</i>	28 février 2020
<i>Objet :</i>	Violences obstétricales
<i>Questions de procédure :</i>	Épuisement des recours internes ; abus de droit
<i>Article(s) de la Convention :</i>	2, 3, 5 et 12
<i>Article(s) du Protocole facultatif :</i>	4 [par. 1 et 2 c) d)]

\* Adoptées par le Comité à sa soixante-quinzième session (10-28 février 2020).

\*\* Les membres du Comité dont le nom suit ont participé à l'examen de la communication : Gladys Acosta Vargas, Hiroko Akizuki, Tamader Al-Rammah, Nicole Ameline, Gunnar Bergby, Marion Bethel, Esther Eghobamien-Mshelia, Naéla Gabr, Hilary Gbedemah, Nahla Haidar, Dalia Leinarte, Rosario G. Manalo, Lia Nadaraia, Aruna Devi Narain, Bandana Rana, Rhoda Reddock, Elgun Safarov, Wenyan Song, Genoveva Tisheva, Franceline Toé Bouda et Aicha Vall Verges. Conformément à l'article 60 c) du Règlement intérieur du Comité, Ana Peláez Narváez n'a pas participé à l'examen de la présente communication.



## Contexte

1. L'auteure de la communication est S. M. F., de nationalité espagnole, née le 25 juin 1976. Elle fait grief à l'Espagne d'avoir violé les droits qu'elle tire des articles 2, 3, 5 et 12 de la Convention, des violences obstétricales lui ayant été infligées à l'hôpital pendant son accouchement. La Convention et son protocole facultatif sont entrés en vigueur dans l'État partie le 4 février 1984 et le 6 octobre 2001, respectivement. L'auteure est représentée par le conseil Francisca Fernández Guillén.

## Rappel des faits présentés par l'auteure

### *Grossesse, accouchement et post-partum de l'auteure*

2.1 En décembre 2008, l'auteure est tombée enceinte. Sa grossesse était normale et bien surveillée et s'est déroulée sans problèmes jusqu'au terme. Le 26 septembre 2009, alors qu'elle était à 39 semaines plus 6 jours de grossesse et qu'elle avait des contractions prodromiques<sup>1</sup>, l'auteure s'est rendue à l'hôpital public à 13 h 45 pour une simple demande de conseils, étant donné qu'elle n'était pas dans la phase active du travail. Cependant, à son arrivée à l'hôpital, elle a subi une avalanche d'interventions, toutes inutiles et effectuées sans qu'elle soit informée ou donne son consentement. Ces interventions ont eu des conséquences très néfastes sur sa santé physique et mentale, son intégrité morale et la santé de son bébé. Hospitalisée sur le champ, elle a immédiatement reçu un premier toucher vaginal<sup>2</sup>. Elle a été déplacée dans une pièce où se trouvaient six autres femmes, dans laquelle son partenaire n'a pas pu entrer. Une heure plus tard, elle a subi un deuxième examen vaginal, puis un troisième à 17 h 20, sans son consentement.

2.2 Le 27 septembre 2009, au petit matin, un quatrième toucher vaginal a été effectué. Le même jour, à 22 h 15, l'auteure a subi un cinquième examen et, moins d'une heure plus tard, un sixième.

2.3 Le 28 septembre 2009, à 1 h 40 du matin, elle a subi un septième toucher vaginal, qui a indiqué qu'elle entraînait dans la phase active de travail. D'après l'auteure, c'est à ce moment qu'elle aurait dû être admise à l'hôpital. Pourtant, elle y était déjà depuis trente-six heures et avait déjà subi sept examens vaginaux, ce qui l'exposait à un risque d'infection<sup>3</sup>.

2.4 Environ une heure plus tard, l'auteure a reçu un huitième toucher vaginal et vingt-cinq minutes plus tard, on lui a administré de l'ocytocine par voie intraveineuse pour provoquer, stimuler ou accélérer le travail, sans son consentement et donc sans l'informer des effets indésirables. L'ocytocine a causé chez l'auteure une douleur accrue, des convulsions, des vomissements fréquents de couleur foncée, des frissons et de la fièvre, et les signes vitaux du fœtus sont devenus préoccupants. À 5 h 15 du matin, un neuvième toucher vaginal a été effectué alors que l'auteure continuait de souffrir de vomissements et de fièvre. Enfin, juste avant 6 heures du matin, elle a été transférée en salle d'accouchement où elle a subi un dixième toucher vaginal.

2.5 L'auteure a demandé à se redresser pour mettre son enfant au monde, mais n'a pas été autorisée à le faire. Sans lui donner d'explication ni d'informations, le

<sup>1</sup> Avant le début de l'accouchement à proprement parler, la femme peut avoir des contractions légères et irrégulières qui préparent son corps au travail mais n'en font pas partie. Certaines femmes ne les perçoivent même pas.

<sup>2</sup> Le toucher vaginal consiste à insérer un ou plusieurs doigts dans le vagin de la femme enceinte pour mesurer la dilatation.

<sup>3</sup> Ministère de la santé et des politiques sociales, *Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal*, p. 63.

personnel médical lui a coupé le vagin avec des ciseaux et a extrait sa fille à l'aide d'une ventouse.

2.6 Quelques secondes après la naissance, la fille de l'auteure a été emportée et on a dit à cette dernière qu'elle ne pourrait pas la voir avant le lendemain à midi. La petite fille a été envoyée à l'unité de soins néonataux avec une fièvre de 38,8 degrés, causée par la bactérie E. coli. L'auteure soutient que, comme le soulignent les études scientifiques qui mettent en garde contre les touchers vaginaux excessifs, cette contamination résulte probablement des 10 examens qui lui ont été imposés et qui ont entraîné les bactéries du vagin dans la poche des eaux. L'auteure était en état de choc pendant que le personnel médical recousait son épisiotomie et que le placenta était retiré. Elle affirme que l'extraction manuelle du placenta peut être nocive pour le plancher pelvien et les organes internes de la mère, et qu'elle ne devrait être pratiquée que plus de trente minutes après la naissance, seulement si le placenta n'est pas expulsé naturellement et après avoir essayé d'autres méthodes pour faciliter l'expulsion. Dans le cas de l'auteure, le délai de trente minutes n'a pas été observé et les manœuvres préalables n'ont pas été effectuées.

2.7 La fille de l'auteure est restée sept jours dans l'unité de soins néonataux pour recevoir un traitement antibiotique qui aurait pu lui être administré sans la séparer de sa mère. Pendant ces sept jours, la mère n'a pu voir son enfant que pendant quinze minutes toutes les trois heures, et le père seulement trente minutes deux fois par jour. De plus, le bébé a été nourri au biberon sans la permission de la mère, qui voulait allaiter sa fille, ce qu'elle n'a pas pu faire parce que « les mères abusaient de la sonnette ».

2.8 Ces événements ont causé chez l'auteure un syndrome de stress post-traumatique qui l'a obligée à suivre un traitement psychologique. La séparation juste après la naissance a été désastreuse pour la relation entre le bébé et ses parents. À cet égard, le père a déclaré pendant le procès qu'au bout de huit jours, ils étaient rentrés chez eux avec leur fille, mais qu'ils se sentaient comme des inconnus, faute d'avoir pu se lier. Dans sa déposition, l'auteure a comparé son hospitalisation à un passage dans un tunnel de lavage, une chaîne de montage : tout le monde la touchait mécaniquement. La femme, parfaitement passive, ressort du tunnel avec un bébé. Dans tout autre type de soins, comme une chirurgie cardiaque, le patient n'a rien à faire, il est préparé à la passivité, mais lors de l'accouchement une femme est physiquement et psychologiquement prête à donner naissance, pas à ce que d'autres le fassent pour elle. L'auteure s'est sentie impuissante, dévalorisée. Elle a dû s'efforcer de créer un lien avec sa fille de façon rationnelle, sans l'aide des mécanismes neurologiques et hormonaux naturels complexes qui produisent l'amour d'une mère pour son nouveau-né. L'expertise psychologique indique qu'il a fallu à l'auteure et à son partenaire un an pour surmonter l'impression de ne pas s'être liés à leur fille dès la naissance. Ainsi, l'épisode gêne l'auteure et l'empêche d'être efficace dans tous les aspects de sa vie, car elle souffre d'anxiété et d'insomnie et revit constamment des scènes vécues pendant son accouchement.

2.9 L'auteure a également eu besoin de rééducation spécialisée du plancher pelvien pour se remettre des dommages causés par l'épisiotomie, qui l'ont empêchée d'avoir des rapports sexuels pendant deux ans.

2.10 L'auteure qualifie les événements décrits ci-dessus de violences obstétricales. Elle explique qu'on appelle ainsi les graves violations des droits de la personne dont les femmes sont victimes dans les services de santé procréative, ainsi que la

négligence, les mauvais traitements ou les violences physiques et verbales qu'elles subissent pendant et après l'accouchement<sup>4</sup>.

*Épuisement des recours internes*

2.11 L'auteure affirme qu'elle a épuisé tous les recours internes qui lui étaient ouverts étant donné les mauvais soins obstétricaux qu'elle a reçus pendant son accouchement.

2.12 Le 24 juin 2010, l'auteure a déposé des plaintes auprès de l'hôpital Xeral-Calde (Lugo) et du service chargé de la qualité et des soins aux patients du Service galicien de santé, plaintes qui sont toutes deux restées sans réponse. Le 10 octobre 2010, elle a déposé une plainte auprès du comité de déontologie de l'hôpital, qui est également restée sans réponse.

2.13 Le 21 décembre 2011, l'auteure a déposé une requête en responsabilité patrimoniale de l'administration publique pour le fonctionnement des services de santé, dans laquelle elle décrit tous les faits survenus depuis son admission à l'hôpital, ainsi que les diverses lacunes des soins obstétricaux qu'elle a reçus : administration d'ocytocine synthétique par intraveineuse sans nécessité, sans information et sans consentement ; touchers vaginaux fréquents ; exclusion de son partenaire, alors que le soutien affectif constant pendant l'accouchement est considéré comme un droit fondamental de la femme ; immobilisation, alors que l'Organisation mondiale de la Santé recommande d'encourager la mobilité pendant le travail et l'adoption des positions d'accouchement choisies individuellement par la femme ; position de lithotomie alors que l'auteure demandait à adopter une position verticale ; extraction instrumentale par ventouse et épisiotomie effectuée sans explication ni information ; extraction manuelle du placenta sans les soins préalables voulus ; hospitalisation de sa fille en néonatalogie pendant sept jours ; interférence avec l'allaitement naturel.

2.14 Le 18 septembre 2013, le Service de la santé du gouvernement régional de Galice a rejeté la requête en responsabilité patrimoniale de l'administration publique.

2.15 Le 8 janvier 2014, l'auteure a introduit un recours devant les tribunaux du contentieux administratif.

2.16 Le 5 novembre 2015, le Tribunal du contentieux administratif n° 1 de Saint-Jacques-de-Compostelle a rejeté le recours. Il a observé que les rapports techniques

<sup>4</sup> L'auteure indique que, d'après l'organisation non gouvernementale Médecins du monde, la violence obstétricale consiste en des actes et comportements (maltraitance physique et verbale, humiliation, absence d'information et de consentement, médicalisation abusive et pathologisation des processus naturels) qui déshumanisent et rabaissent les femmes tout au long de la grossesse, de l'accouchement et de la période qui suit, les privant de liberté, de leur autonomie et de leur aptitude à prendre librement des décisions concernant leur corps et leur sexualité. L'auteur indique également que l'Observatoire sur la violence obstétricale en Espagne a conclu que la violence obstétricale était une forme de torture psychologique. L'auteure cite également le rapport du Rapporteur spécial sur la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (A/HRC/31/57, par. 47), ainsi que les travaux de l'Organisation mondiale de la Santé (WHO/RHR/14.23) et du Conseil des droits de l'homme (A/HRC/32/44, par. 106 h), qui utilisent cette terminologie. Enfin, l'auteure fait référence aux travaux universitaires suivants : Eugenia Álvarez Matteazzi et Pilar Russo, *Violencia Obstétrica: Naturalización del modelo de atención médico hegemónico durante el proceso de parto* ; Universidad Nacional de Córdoba, 2016 ; Laura Belli, « La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos », *Revista Redbioética/UNESCO*, 4<sup>e</sup> année, 1 (7), 2013, p. 25 à 32 ; Marbella Camaraco, « Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico. Improntas de la praxis obstétrica », *Revista Venezolana de estudios de la mujer*, vol. 14, n° 32, 2009 ; Cristina Medina Pradas et Paz Ferrer Ispizua, « Prevalence of obstetric violence in Spain », infographie, 2017, disponible à l'adresse <https://mamacapaz.com/wp-content/uploads/VO.pdf> [annexe 18] ; Adela Recio Alcaide, « La atención al parto en España: cifras para reflexionar sobre un problema » *Dilemata*, 7<sup>e</sup> année, n° 18, (2015) p. 13 à 26.

fournis par les parties<sup>5</sup> étaient contradictoires et que, faute d'unanimité entre les spécialistes, les doutes et difficultés rejaillissaient sur le juge. Il a également souligné que l'expertise psychologique s'appuyait sur les dires de la patiente, alors que l'expertise médicale s'appuyait sur le dossier médical ; que c'est le médecin qui a décidé d'effectuer l'épisiotomie, après avoir examiné le périnée et vu la tête de l'enfant et qu'il n'avait pas commis de faute professionnelle, étant établi que toutes les mesures nécessaires au vu de la situation ont été prises, indépendamment du fait que le résultat pour la parturiente (mais pas pour sa fille) ne soit pas à l'entière satisfaction de celle-ci, ce qui dépend, en partie, de sa perception ou de ses critères personnels.

2.17 Le 27 novembre 2015, l'auteure a fait appel de la décision précédente pour défaut de motivation et d'examen des pièces et des expertises en matière obstétrique et néonatale, le tribunal ayant accepté sans contradictoire ni remise en question les déclarations de l'experte de l'assurance codéfenderesse et du chef de service de l'hôpital de Lugo et fait fi des preuves scientifiques et du dossier médical de l'auteure.

2.18 Le 23 mars 2016, l'appel a été rejeté par la première section du Tribunal supérieur de justice de Galice. Celui-ci a admis que le juge s'était peu appuyé sur les rapports fournis par la requérante et ne les avait pas suffisamment évalués au regard des autres éléments du dossier et pièces de procédure et qu'une appréciation moins globale ou générale aurait été préférable. Le tribunal note également que l'absence d'expertise judiciaire complique l'analyse et l'évaluation, car les rapports versés par les parties mettent chacun l'accent sur les éléments qui favorisent leurs thèses respectives, alors qu'une déduction technique doit être évidente, incontestable, indiscutable, indéniable et irréfutable pour que la faute professionnelle sanitaire soit établie. Toutefois, le tribunal a conclu que l'épisiotomie était justifiée et qu'il n'aurait pas été faisable de demander le consentement de la patiente dans les conditions en question et en plein travail et, par conséquent, il considère que les règles relatives au consentement éclairé n'ont pas été violées. Il a également jugé – sans expliquer pourquoi – qu'il était « parfaitement compréhensible » que le père ne puisse pas assister à l'accouchement instrumental.

2.19 Enfin, le 25 avril 2016, l'auteure a introduit un recours en *amparo* devant la Cour constitutionnelle, qui l'a déclaré irrecevable le 21 février 2017, au motif que l'affaire ne présentait pas une portée constitutionnelle particulière.

### **Teneur de la plainte**

3.1 L'auteure affirme que la pathologisation de son accouchement par l'excès de médicaments et l'interventionnisme médical (admission précoce, nombreux touchers vaginaux inutiles, administration d'ocytocine sans information et sans consentement, immobilisation, obligation de donner naissance dans une position de lithotomie, extraction instrumentale, épisiotomie sans information et sans consentement, séparation d'avec sa fille) viole ses droits consacrés aux articles 2, 3, 5 et 12 de la Convention, car elle n'a pas pu bénéficier de soins de santé de qualité, sans violence ni discrimination, ni exercer son autonomie personnelle, et a subi un traumatisme physique et moral.

3.2 L'auteure souligne particulièrement que, selon le rapport gynéco-obstétrical qu'elle a fourni dans le cadre des procédures administratives et judiciaires internes, les touchers vaginaux devraient être les moins fréquents possibles : « la raison pour laquelle on évite les touchers vaginaux excessifs pendant l'accouchement est qu'ils

<sup>5</sup> Ces rapports techniques comprennent le dossier médical de l'auteure, les rapports complémentaires du chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital et les rapports d'experts demandés par la requérante et la compagnie d'assurance codéfenderesse.

sont intrusifs et douloureux pour les femmes et peuvent transporter les germes du milieu extérieur au col de l'utérus, où ils peuvent causer des dommages plus importants, surtout quand ils sont résistants comme dans les hôpitaux ». À cet égard, l'auteure cite l'Organisation mondiale de la Santé, qui considère que l'excès de touchers vaginaux est une cause directe d'infections potentielles<sup>6</sup>. D'autre part, la documentation clinique ne montre aucune justification médicale pour l'utilisation d'ocytocine, qui fait partie des « médicaments à haut risque » et présente un risque élevé pour la mère et le fœtus<sup>7</sup>. En ce qui concerne l'épisiotomie, la communication rappelle qu'il s'agit d'une intervention chirurgicale invasive qui comporte des risques et des inconvénients, pour laquelle l'auteure aurait dû donner son consentement par écrit, conformément à la loi sur l'autonomie des patients<sup>8</sup>, ce qui n'a pas été le cas. En bref, comme l'indique le rapport gynéco-obstétrical, « le personnel de santé n'a pas suivi les pratiques recommandées, puisqu'il est passé outre les recommandations et les protocoles en matière de soins obstétricaux établis par les institutions de santé publique et les organisations et sociétés scientifiques les plus réputées ». En effet, il n'y a eu recours « ni aux analgésiques disponibles ni aux positions de travail qui auraient permis de mener à bien, sans épisiotomie ni ventouse, un accouchement qui se déroulait tout à fait normalement ». Par conséquent, selon ce même rapport d'expert, « alors que la grossesse et l'accouchement se déroulaient normalement, sans problème, et présentaient peu de risques, l'auteure s'est retrouvée dans une salle d'opération et a subi une intervention chirurgicale, et sa fille a été admise au service de néonatalogie »<sup>9</sup>. En outre, l'auteure soutient que le fait que l'hôpital ait interdit à son mari d'être présent pendant l'accouchement a porté atteinte à sa propre dignité, à l'intimité familiale et au droit à la vie privée et à l'autonomie, et elle rappelle que le soutien émotionnel d'une personne choisie par la mère réduit la nécessité de recourir à des analgésiques et favorise le bon déroulement de la naissance, raison pour laquelle l'Organisation mondiale de la Santé a indiqué que pour le bien-être de la mère, un membre de sa famille choisi par elle doit pouvoir être présent pendant l'accouchement et pendant toute la période postnatale<sup>10</sup>. Enfin, la mère et la fille ont été indûment séparées immédiatement après la naissance, en violation du droit à la vie privée et familiale et à l'accès à des services de santé adéquats. L'auteure soutient que les moments qui suivent la naissance sont cruciaux pour l'attachement mère-enfant, car le cerveau du bébé et celui de la mère sont alors submergés d'hormones qui favorisent profondément ce lien. Ainsi, selon la Charte européenne des enfants hospitalisés, « la mise en observation du nouveau-né à l'hôpital ne justifie pas qu'il soit séparé de ses parents »<sup>11</sup>.

3.3 L'auteure soutient que la violence obstétricale est un type de violence qui ne touche que les femmes et constitue l'une des formes de discrimination les plus graves. Elle souligne que cette discrimination est fondée sur des stéréotypes liés au genre, qui

<sup>6</sup> Organisation mondiale de la Santé, Recommandations relatives à l'accélération du travail, document [WHO\\_RHR\\_15.05](#).

<sup>7</sup> Voir Instituto para el Uso Seguro de los Medicamentos (branche espagnole de l'Institute for Safe Medication Practices), Liste des médicaments à haut risque, infographie, septembre 2012.

<sup>8</sup> Loi 41/2002 du 14 novembre, Règlement de base sur l'autonomie du patient et les droits et obligations en matière d'information et de documentation clinique.

<sup>9</sup> Voir le rapport d'expert joint à la communication [annexe 12].

<sup>10</sup> Voir Organisation mondiale de la Santé, Recommandations sur la naissance (Déclaration de Fortaleza), 1985, disponible (en anglais) à l'adresse [www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457?report=abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2863457?report=abstract). Organisation mondiale de la Santé. *Les soins liés à un accouchement normal* – Guide pratique, 1996, disponible à l'adresse : [http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO\\_FRH\\_MSM\\_96.24\\_fre.pdf?ua=19271979](http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_fre.pdf?ua=19271979).

<sup>11</sup> Charte européenne des enfants hospitalisés, 13 mai 1986 (résolution du Parlement européen, document A 2-25/86, Journal officiel des Communautés européennes n° C148/37, 16 juin 1986).

ont pour effet de perpétuer la stigmatisation du corps des femmes et leurs rôles traditionnels dans la société en matière de sexualité et de reproduction.

3.4 En ce qui concerne le consentement, l'auteure cite la recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé, selon laquelle un service est acceptable lorsque l'on s'assure que la femme donne son consentement en connaissance de cause, que l'on respecte sa dignité, que l'on garantit la confidentialité et que l'on tient compte de ses besoins et de ses perspectives, l'accès à l'information revêtant une importance particulière pour que les femmes puissent pleinement jouir de leur droit aux services de santé sexuelle et procréative. Elle précise que, de l'avis de la Cour européenne des droits de l'homme, le fait de ne pas communiquer l'information de manière adéquate et efficace compromet le droit des femmes à la santé physique et psychologique et peut entraîner des conséquences néfastes dans des situations aussi délicates que la grossesse<sup>12</sup> ; par ailleurs, le droit des personnes d'obtenir des informations sur leur état de santé doit être appliqué et protégé dans le cas où l'évolution rapide de l'état de santé d'une personne réduit sa capacité de prendre des décisions pertinentes<sup>13</sup>, comme ce peut être le cas pendant une grossesse ou un accouchement difficiles. Enfin, l'auteure fait valoir la pertinence de la contribution du Comité des droits économiques, sociaux et culturels dans la recommandation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint et la recommandation générale n° 22 (2016) sur le droit à la santé sexuelle et procréative, dans lesquelles le Comité affirme que le manque d'informations sur les questions liées à la santé sexuelle et procréative des femmes entrave le plein exercice de leurs droits fondamentaux.

3.5 L'auteure affirme que l'État partie a violé les alinéas b), c), d) et f) de l'article 2 et l'article 12 de la Convention, compte tenu du traitement inapproprié qu'elle a subi pendant et après son accouchement et du fait que les recours judiciaires ultérieurs ont été inefficaces. En effet, quand elle a décidé de saisir la justice, s'est engagé un long processus empreint de stéréotypes quant au comportement attendu d'elle en tant que femme soumise et obéissante, incapable de déterminer ce qui est bon pour elle et de prendre des décisions éclairées. Face à l'ensemble des preuves et des rapports fournis par l'auteure et démontrant la relation de cause à effet entre l'action sanitaire et le préjudice subi, les autorités administratives et judiciaires n'ont accordé foi qu'aux rapports soumis par l'hôpital et ont estimé que les dommages psychologiques subis par l'auteure étaient une question de simple « perception ». L'auteure soutient que l'opinion du juge était influencée par les stéréotypes et, partant, que sa décision était fondée sur des idées reçues et des préjugés plutôt que sur des faits. Elle affirme également que le manquement à la mise en œuvre des politiques de santé par l'État partie perpétue les stéréotypes liés au genre et la discrimination à l'égard des femmes<sup>14</sup>, et souligne en outre que l'État partie n'a toujours pas érigé en infraction la violence obstétricale, contrairement à d'autres pays. Sur la base de la recommandation générale n° 24 et de la recommandation générale n° 28 (2010) concernant les obligations fondamentales des États parties découlant de l'article 2 de la Convention, l'auteure mentionne les obligations de respecter, de protéger et de garantir l'exercice des droits et de prendre les mesures législatives, judiciaires, administratives, budgétaires, économiques et autres qui s'imposent pour que les femmes puissent exercer leurs droits en matière de soins de santé.

<sup>12</sup> Voir Cour européenne des droits de l'homme, *Open Door et Dublin Well Woman c. Irlande* (requêtes n°s 14234/88 et 14235/88), arrêt du 29 octobre 1992, par. 77.

<sup>13</sup> Voir Cour européenne des droits de l'homme, *R. R. c. Pologne* (requête n° 27617/04), arrêt du 26 mai 2011, par. 197.

<sup>14</sup> Voir [A/55/38](#), par. 60.

3.6 L'auteure invoque également une violation de l'article 3 de la Convention car elle n'a pas pu accoucher d'une manière compatible avec le respect de ses droits fondamentaux. Elle rappelle que, depuis 1985, l'Organisation mondiale de la Santé demande aux gouvernements de promouvoir des soins obstétricaux de qualité, y compris une aide technique à l'accouchement, prenant en considération les aspects émotionnels, psychologiques et sociaux de l'accouchement<sup>15</sup>.

3.7 Enfin, l'auteure invoque une violation de l'article 5 de la Convention. Elle se réfère aux observations finales du Comité selon lesquelles la persistance des attitudes stéréotypées concernant les rôles, les compétences et les responsabilités des femmes les empêche de jouir pleinement de tous leurs droits, ce qui constitue un traitement discriminatoire et donc une violation des droits à l'égalité et à la non-discrimination<sup>16</sup>. L'auteure affirme que les mauvais soins qu'elle a reçus découlent justement de la persistance des stéréotypes liés au genre concernant la maternité et l'accouchement. De fait, le personnel de santé puis les juges ont présumé qu'une femme doit se comporter selon les indications des médecins, parce qu'elle est incapable de prendre des décisions par elle-même. Dans le cas présent, les dossiers médicaux concernant l'accouchement et la période puerpérale, la physiothérapie et la rééducation du plancher pelvien, l'expertise psychologique et les deux expertises obstétricales fournis montrent que les interventions réalisées n'étaient pas nécessaires, que les informations voulues n'ont pas été communiquées et que l'auteure n'a pas donné son consentement. Pourtant, le juge s'est contenté de se référer au rapport du chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital et a pris pour argent comptant les déclarations de ceux qui avaient un intérêt direct dans l'issue donnée au litige, sans tenir compte de l'absence de documents montrant le consentement éclairé, et remis en cause le récit des faits par l'auteure en attribuant les blessures qu'elle a subies et leurs conséquences à une simple question de perception, ajoutant ainsi foi à un stéréotype de genre dépeignant les femmes comme folles, hystériques, déraisonnables et pleurnicheuses. L'auteure souligne également que sa demande de récusation du chef du service de gynécologie et d'obstétrique de l'hôpital, au motif que, faute d'objectivité, il ne pouvait pas être entendu comme témoin expert, a été ignorée par le tribunal, qui a fondé ses conclusions sur les déclarations du chef de service.

3.8 Ce qui précède contraste avec l'empathie dont le juge a fait preuve à l'égard de l'époux de l'auteure quand celui-ci a déclaré pendant le procès qu'il n'avait pas pu avoir de relations sexuelles avec sa femme pendant deux ans. Il s'agit d'une conception stéréotypée du rôle des hommes et des femmes en matière de sexualité, selon laquelle ces dernières sont des sujets passifs dont le rôle est uniquement reproductif.

3.9 L'auteure rappelle que le Comité a tenu certains États responsables de l'usage de stéréotypes liés au genre, qui violent les droits fondamentaux des femmes et entravent leur accès à la justice sur un pied d'égalité<sup>17</sup>. Se fondant sur ce qui précède, l'auteure soutient qu'elle a été victime de stéréotypes de la part tant du personnel médical que des acteurs de l'appareil judiciaire, en violation de l'article 5 de la Convention.

3.10 L'auteure demande une réparation individuelle pour les violations qu'elle a subies. En outre, les attitudes et les pratiques qui perpétuent la violence obstétricale

<sup>15</sup> Organisation mondiale de la Santé, « Appropriate technology for birth », *The Lancet*, vol. 326, n° 8452 (24 août 1985).

<sup>16</sup> Voir [A/55/38](#) et [CEDAW/C/PRK/CO/1](#), par. 35.

<sup>17</sup> Voir *A. T. c. Hongrie (A/60/38 (Part I), annexe III)*, *V. K. c. Bulgarie (CEDAW/C/49/D/20/2008)*, *González Carreño c. Espagne (CEDAW/C/58/D/47/2012)*, *Tayag Vertido c. Philippines (CEDAW/C/46/D/18/2008)*, *Abramova c. Bélarus (CEDAW/C/49/D/23/2009)*, *R. K. B. c. Turquie (CEDAW/C/51/D/28/2010)*.

sont un problème structurel caractérisé par le fait que les obstétriciens négligent les principes, les obligations et les devoirs qui régissent les relations médecin-patient dans tout autre domaine de la médecine ; c'est pourquoi l'auteure demande également, à titre de garantie de non-répétition, que l'État partie soit tenu de produire des études et des statistiques et de sensibiliser les professionnels de la santé et les juristes à cette question afin de réduire les préjugés sexistes et la violence à l'égard des femmes dans le domaine obstétrical. Elle demande en outre au Comité d'élaborer une recommandation générale sur la question, qui recouvre une réalité dont les femmes du monde entier souffrent systématiquement.

### **Observations de l'État partie sur la recevabilité et sur le fond**

4.1 Le 6 juin 2019, l'État partie a présenté ses observations, dans lesquelles il contestait la recevabilité de la communication et la violation de la Convention.

4.2 L'État partie soutient que la communication est irrecevable pour défaut de fondement et pour abus de droit, en ce qu'elle demande le contrôle de l'appréciation de la preuve faite par les juridictions internes, malgré l'évaluation exhaustive à laquelle celles-ci ont procédé.

4.3 L'État partie excipe également du non-épuisement des recours internes, l'auteure n'ayant pas formé d'action en violation de ses droits fondamentaux, mais seulement un recours en responsabilité patrimoniale, suivi d'un recours de contentieux.

4.4 L'État partie conteste également la violation de la Convention, étant donné l'absence d'arbitraire ou d'erreur manifeste dans l'appréciation de la preuve, et l'absence de déni de justice.

### **Commentaires de l'auteure sur les observations de l'État partie concernant la recevabilité et le fond**

5.1 Le 14 août 2019, l'auteure a présenté ses commentaires sur les observations de l'État partie. Elle fait grief à l'État partie de tolérer la perpétuation des stéréotypes sexistes et de la discrimination à l'égard des femmes, tant dans le processus clinique de l'accouchement que pendant les procédures judiciaires, ce qui constitue une violation de son droit de ne pas être victime de discrimination fondée sur le genre. L'auteure s'appuie dans ses conclusions sur l'affaire *Ángela González Carreño c. Espagne*, dans laquelle le Comité a conclu que les décisions judiciaires avaient appliqué des notions stéréotypées et donc discriminatoires<sup>18</sup>.

5.2 Sur le moyen tiré de l'inadéquation de la procédure choisie pour faire valoir ses droits, l'auteure rappelle que la condition d'épuisement des recours internes a pour finalité de ménager aux États parties la possibilité de réparer la violation de l'un quelconque des droits reconnus par la Convention dans leur système juridique avant saisine du Comité, mais que, comme l'a précisé la Commission interaméricaine des droits de l'homme, la condition d'épuisement des recours internes n'impose pas à la requérante d'épuiser l'ensemble des voies de droit disponibles ; il suffit, pour satisfaire aux fins de la norme internationale, qu'elle ait saisi la juridiction interne et fait valoir sa demande par une procédure valide et adéquate en droit interne et que l'État ait pu par ce moyen remédier aux faits au plan interne<sup>19</sup>. L'auteure se prévaut encore de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, selon laquelle, lorsqu'il existe plusieurs voies de recours effectives possibles, la requérante n'est tenue d'en avoir exercé qu'une seule et de former le recours de son choix en

<sup>18</sup> *González Carreño c. Espagne* (CEDAW/C/58/D/47/2012), par. 9.7.

<sup>19</sup> Commission interaméricaine des droits de l'homme, pétition 12.353, Rapport n° 18/06, *Arley José Escher et al. c. Brésil* (2 mars 2006), par. 28.

fonction des circonstances de l'espèce<sup>20</sup>. Par conséquent, l'auteure soutient que la voie qu'elle a empruntée, à savoir le recours en responsabilité patrimoniale, suivi d'un recours de contentieux administratif et d'une procédure d'*amparo* – est un moyen légal et légitime d'épuiser les voies internes.

5.3 Sur le moyen d'irrecevabilité tiré par l'État partie du défaut d'invocation, dans la procédure interne, des violations communiquées au Comité, l'auteure rappelle que l'action en responsabilité de l'administration publique suppose seulement la communication des faits engageant ladite responsabilité et non l'invocation d'un droit spécifique rapporté à tel ou tel article d'une loi ou d'une convention internationale<sup>21</sup>. Toutefois, l'auteure insiste sur le fait que dans le recours administratif comme dans le reste de la procédure, elle avait expressément invoqué une atteinte aux droits à l'intégrité physique et morale, à la vie privée et familiale, à l'information et à la liberté de décision. Par conséquent, l'auteure soutient que les autorités auraient pu et dû se prononcer à cet égard et qu'elles avaient eu l'occasion de réparer le préjudice.

5.4 L'auteure note que l'État partie, sans soulever aucun moyen de fond, s'oppose aux réparations demandées. Elle insiste sur le fait qu'il est décisif d'imposer des réparations porteuses de changement pour apporter les garanties de non-répétition prévues dans les Principes et directives composant le *corpus juris* international en matière de réparations. L'auteure s'appuie également sur l'affaire *Campo Algodonero c. México*, portée devant la Cour interaméricaine des droits de l'homme, dans laquelle la cour a ordonné, à titre de « réparations à vocation transformatrice sur le fondement du genre », des mesures concernant l'accès à la justice, la généralisation des protocoles destinés à combattre la violence contre les femmes, la mise en place de programmes de recherche des disparues, la formation des fonctionnaires aux questions de genre et la réhabilitation médicale et psychologique des familles des victimes. L'auteure insiste sur le fait que la législation régissant actuellement les soins aux patients est insuffisante au regard des obligations de l'État partie, qui doit exercer la diligence voulue pour protéger le droit des femmes à ne pas être victimes de discrimination ni de violences.

## Délibérations du Comité

### *Examen de la recevabilité*

6.1 Le Comité doit, en application de l'article 64 de son règlement intérieur, déterminer si la communication est recevable au regard du Protocole facultatif.

6.2 Le Comité s'est assuré, comme il est tenu de le faire conformément au paragraphe 2 a) de l'article 4 du Protocole facultatif, que la même question n'avait pas déjà été examinée ou n'était pas déjà en cours d'examen devant une autre instance internationale d'enquête ou de règlement.

6.3 Le Comité prend note du moyen soulevé par l'État partie et tiré du non-épuisement des voies de recours internes, l'auteure n'ayant pas formé d'action en violation de ses droits fondamentaux, mais seulement un recours en responsabilité

<sup>20</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Moreira Barbosa c. Portugal*, requête n° 65681/01, arrêt du 29 avril 2004 ; *Jelicic c. Bosnie-Herzégovine*, requête n° 41183/02, arrêt du 15 novembre 2005 ; *Karakó c. Hongrie*, requête n° 39311/05, arrêt du 28 juillet 2009, par. 14 ; *Aquilina c. Malte*, requête n° 25642/94, arrêt du 29 avril 1999, par. 40 et suiv. ; *Micallef c. Malte*, requête n° 17056/06, arrêt du 15 octobre 2009, par. 58.

<sup>21</sup> À cet égard, l'auteure renvoie aux articles 9.3 et 106.2 de la Constitution espagnole, à la loi 30/1992 du 26 novembre relative au régime juridique des administrations publiques et à la procédure administrative commune, ainsi qu'au règlement relatif à l'action en responsabilité de l'administration publique, approuvé par décret royal 429/1993 du 26 mars, en vigueur au moment de la formation du recours en responsabilité patrimoniale de l'administration.

patrimoniales, suivi d'un recours de contentieux administratif et d'un recours en *amparo*. Le Comité prend également en considération l'affirmation de l'auteure faisant valoir que la voie empruntée est un moyen légal et légitime d'épuiser la voie interne et que la condition d'épuisement des recours internes n'impose pas l'épuisement de tous les recours disponibles mais seulement de ménager à l'État partie la possibilité de connaître de la violation des droits reconnus par la Convention et le cas échéant d'y remédier avant que le Comité examine la communication. À cet égard, le Comité rappelle la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, selon laquelle les auteurs d'une communication individuelle ne sont pas tenus d'épuiser *tous* les recours possibles, mais simplement de donner à l'État partie la possibilité, au moyen du mécanisme opportun, de remédier à la situation dans sa juridiction<sup>22</sup>. Le Comité note également que l'auteure avait saisi la Cour constitutionnelle de toutes les questions qui lui sont soumises, à savoir les allégations de violences obstétricales, notamment la haute fréquence des touchers vaginaux, l'administration d'ocytocine sans information ni consentement, l'exécution d'une épisiotomie sans information ni consentement, et les atteintes invoquées au droit à l'intégrité physique, à la vie privée et familiale, à l'information et à décider librement. Le Comité considère donc que les questions soulevées dans la communication ont épuisé leurs cours devant les juridictions nationales et n'estime donc pas que les dispositions du paragraphe 1 de l'article 4 du Protocole facultatif fassent obstacle à l'examen du fond.

6.4 Le Comité prend également note de l'argument soulevé par l'État partie, selon lequel la communication serait irrecevable au motif qu'elle demande le contrôle de l'appréciation des faits et des éléments de preuve faite par les juridictions nationales, malgré l'évaluation exhaustive à laquelle celles-ci ont procédé. À cet égard, le Comité prend note également de l'affirmation de l'auteure selon laquelle la procédure judiciaire était en l'espèce entachée de stéréotypes de genre concernant la maternité et l'accouchement, qui auraient influencé le juge et l'auraient amené à se prononcer sur la base de préjugés et de mythes plutôt que de faits, alors qu'il avait au contraire fait preuve d'empathie envers le père. Le Comité prend également note de l'affirmation de l'auteure selon laquelle les autorités judiciaires n'ont pas tenu compte des diverses expertises qu'elle a présentées tout au long de la procédure. Il rappelle qu'il appartient généralement aux autorités de l'État partie à la Convention d'évaluer les faits et les éléments de preuve ainsi que l'application de la législation interne dans un cas particulier, sauf s'il peut être établi que l'évaluation a été conduite partialement ou est fondée sur des stéréotypes sexistes qui constituent une discrimination à l'égard des femmes, est manifestement arbitraire ou représente un déni de justice<sup>23</sup>. En l'espèce, sachant que l'auteure ne se contente pas de contester les conclusions des autorités nationales, mais demande un contrôle de la procédure nationale en invoquant un déni de justice et une discrimination sexuelle fondée sur des stéréotypes ayant cours dans la société de l'État partie, le Comité s'estime compétent pour examiner la présente communication afin de déterminer si la procédure judiciaire devant les juridictions nationales a été entachée de violations de la Convention en ce qui concerne les violences obstétricales alléguées.

6.5 Le Comité ne considère pas que les moyens tirés de l'article 3 soient suffisamment étayés car l'auteure n'a pas suffisamment précisé en quoi les faits de l'espèce porteraient atteinte aux droits que lui confère ledit article. Toutefois, le Comité considère que les moyens tirés des articles 2, 5 et 12 de la Convention sont

<sup>22</sup> Cour européenne des droits de l'homme, *Airey c. Irlande*, requête n° 6289/73, arrêt du 9 octobre 1979 ; *Granger c. Royaume-Uni*, requête n° 11932/86, arrêt du 28 mars 1990 ; *Hilal c. Royaume-Uni*, requête n° 45276/99, arrêt du 6 mars 2001.

<sup>23</sup> *H. D. c. Danemark* (CEDAW/C/70/D/76/2014), 9 juillet 2018, par. 7.7.

suffisamment étayés aux fins de la recevabilité, déclare donc la communication recevable sur ce fondement et procède à son examen au fond.

### *Examen au fond*

7.1 Conformément aux dispositions du paragraphe 1 de l'article 7 du Protocole facultatif, le Comité a examiné la présente communication en tenant compte de toutes les informations qui lui ont été communiquées par l'auteure et l'État partie.

7.2 L'auteure soutient que la pathologisation de son accouchement, du fait de l'admission précoce, des touchers vaginaux superflus, de l'administration d'ocytocine sans information ni consentement, de l'obligation d'accoucher en position de lithotomie, de la délivrance instrumentale et de l'épisiotomie pratiquées sans information ni consentement, et finalement de la séparation d'avec sa fille en raison d'une infection probablement causée par l'intervention médicale, à savoir les 10 touchers vaginaux pratiqués, était le produit d'une discrimination structurelle fondée sur des stéréotypes de genre en matière de sexualité, de maternité et d'accouchement. L'auteure soutient également que de tels stéréotypes se sont à nouveau manifestés dans les instances administratives et judiciaires. Le Comité note que, selon l'auteure, cette situation porte atteinte à son droit à des services de santé de qualité, exempts de violence et de discrimination, à l'autonomie personnelle et à l'intégrité physique et morale, consacrés aux articles 2, 5 et 12 de la Convention.

7.3 En la matière, le Comité prend note non seulement des travaux universitaires et rapports consacrés au thème des violences obstétricales qui ont été cités par l'auteure (voir note de bas de page n° 4 ci-dessus), mais aussi du rapport récemment présenté à l'Assemblée générale par la Rapporteuse spéciale sur la violence contre les femmes, ses causes et ses conséquences, qui s'intitule « Adoption d'une démarche fondée sur les droits de la personne dans la lutte contre les mauvais traitements et les violences infligés aux femmes dans les services de santé procréative, en particulier les violences commises pendant l'accouchement et les violences »<sup>24</sup>. Dans ce document, la Rapporteuse spéciale emploie le terme de « violences obstétricales » pour décrire les violences subies par les femmes pendant l'accouchement dans des établissements de soins et affirme que ce phénomène est répandu et systémique<sup>25</sup>. Elle explique en outre que parmi les causes profondes des violences obstétricales figurent les conditions de travail et l'insuffisance des ressources, de même que les rapports de force présents dans la relation entre l'établissement de soins et les patientes, qui sont aggravés par les stéréotypes sexistes concernant le rôle des femmes<sup>26</sup>. D'une pertinence particulière pour l'examen de la présente communication est l'affirmation de la Rapporteuse spéciale selon laquelle l'épisiotomie « peut avoir des conséquences physiques et psychologiques néfastes sur [la parturiente] et entraîner la mort [, auquel] cas elle pourrait être assimilée à un acte de violence fondée sur le genre et à un acte de torture ou à un traitement inhumain et dégradant »<sup>27</sup>.

7.4 Le Comité note que, lorsqu'il est saisi d'une communication individuelle invoquant la violation judiciaire d'un droit, il lui appartient d'examiner la décision en cause à la lumière de la Convention et de déterminer si les autorités de l'État partie ont respecté leurs obligations conventionnelles. Ainsi, dans la présente communication, il revient au Comité d'évaluer dans quelle mesure l'État partie s'est acquitté de son obligation de diligence voulue dans la procédure administrative et judiciaire relative aux faits reprochés par l'auteure et d'éliminer les stéréotypes de genre. À cet égard, le Comité note que, selon l'État partie, les juridictions nationales

<sup>24</sup> A/74/137.

<sup>25</sup> A/74/137, par. 4 et 12.

<sup>26</sup> A/74/137, par. 40 et 49.

<sup>27</sup> A/74/137, par. 25.

ont procédé à une évaluation approfondie de la preuve. Le Comité note également que, selon l'auteure, malgré la présentation de divers éléments de preuve et rapports démontrant le lien de causalité entre l'intervention médicale et le préjudice, les autorités administratives et judiciaires, animées par des stéréotypes, n'ont ajouté foi qu'aux rapports de l'hôpital. À cet égard, le Comité note que le Tribunal du contentieux administratif a fait observer que « faute d'unanimité entre les spécialistes, les doutes et difficultés rejaillissent sur le juge » et que le Tribunal supérieur de justice avait admis non seulement que le juge s'était peu appuyé sur les rapports fournis par l'auteure et ne les avait pas suffisamment évalués, mais aussi que l'absence d'expertise judiciaire avait fait obstacle à l'analyse. Le Comité note également que, d'après le rapport clinique gynéco-obstétrical fourni par l'auteure, les interventions du personnel de santé n'étaient pas conformes aux pratiques médicales recommandées, que le nombre de touchers vaginaux était excessif, que la documentation clinique ne justifiait pas l'administration d'ocytocine et que le consentement de l'auteure à l'épisiotomie n'avait pas été recueilli, comme le prévoit la loi sur l'autonomie des patients. Le Comité note qu'il ressort des différentes pièces versées au dossier par les parties que les autorités judiciaires nationales n'ont pas procédé à une analyse exhaustive des éléments de preuve présentés par l'auteure.

7.5 Le Comité rappelle qu'en application du paragraphe a) de l'article 2 de la Convention, les États parties sont tenus d'assurer l'application effective du principe de l'égalité des hommes et des femmes, et que, conformément aux paragraphes f) de l'article 2 et a) de l'article 5, les États parties ont l'obligation de prendre les mesures appropriées pour modifier ou abroger toute loi ou disposition réglementaire, mais également toute coutume ou pratique, qui constitue une discrimination à l'égard des femmes<sup>28</sup>. À cet égard, le Comité considère que l'utilisation de stéréotypes porte atteinte au droit des femmes d'être protégées contre la violence sexiste, en l'espèce la violence obstétricale, et que les autorités chargées d'apprécier la responsabilité née de ces actes devraient faire particulièrement attention à ne pas reproduire les stéréotypes. En l'espèce, le Comité note qu'il n'était pas indispensable de soumettre l'auteure à un tel traitement, sachant qu'elle avait eu une grossesse normale et sans complications, qu'il n'y avait pas d'urgence lors de son arrivée à l'hôpital et que pourtant, à partir de son hospitalisation, elle avait subi de nombreuses interventions sans aucune explication et sans avoir l'occasion de se prononcer. En outre, le Comité note que les autorités administratives et judiciaires de l'État partie ont appliqué des notions stéréotypées et donc discriminatoires, puisqu'elles sont parties du principe que la décision de procéder ou non à l'épisiotomie revenait au médecin, qu'elles ont considéré, sans autre explication, qu'il était « parfaitement compréhensible » que le père ne puisse assister à l'accouchement instrumental, et qu'elles ont estimé que les lésions psychologiques dont l'auteur avait été victime relevaient d'une « simple perception », tout en faisant au contraire preuve d'empathie à l'égard du père lorsque celui-ci avait dit avoir été privé de rapports sexuels pendant deux ans.

7.6 Par ces motifs, en application des dispositions du paragraphe 3 de l'article 7 du Protocole facultatif à la Convention, le Comité considère que les faits qui lui ont été communiqués font apparaître clairement une violation des droits que confèrent à l'auteure les alinéas b), c), d) et f) de l'article 2, et des articles 5 et 12 de la Convention.

<sup>28</sup> *González Carreño c. Espagne* (CEDAW/C/58/D/47/2012), par. 9.7.

8. À la lumière de ce qui précède, le Comité adresse à l'État partie les recommandations suivantes :

a) Concernant l'auteure :

i) Octroyer une réparation appropriée, y compris une indemnisation financière à la hauteur du préjudice de santé physique et psychique subi par l'auteure ;

b) En général :

i) Garantir le droit des femmes à une maternité sans risques et l'accès de toutes les femmes à des soins obstétricaux adéquats, conformément à la recommandation générale n° 24 (1999) sur les femmes et la santé ; en particulier, fournir aux femmes une information adéquate à chaque étape de l'accouchement et exiger leur consentement préalable, libre et éclairé à tous les traitements invasifs pendant les soins liés à l'accouchement, sauf dans les situations où la vie de la mère ou du bébé est en danger, en respectant l'autonomie des femmes et leur capacité à prendre des décisions en connaissance de cause concernant leur santé procréative ;

ii) Mener des études sur la violence obstétricale dans l'État partie afin de faire prendre conscience de la situation et d'orienter ainsi les politiques publiques visant à lutter contre cette violence ;

iii) Dispenser au personnel sanitaire, notamment des services d'obstétrique, une formation professionnelle adéquate sur les droits des femmes en matière de santé procréative ;

iv) Garantir l'accès à des recours efficaces en cas d'atteinte aux droits des femmes en matière de santé procréative, y compris dans des cas de violence obstétricale, et assurer la formation du personnel judiciaire et du personnel chargé de faire appliquer la loi.

9. Conformément au paragraphe 4 de l'article 7 du Protocole facultatif, l'État partie examinera dûment les constatations et les recommandations du Comité, auquel il soumettra, dans un délai de six mois, une réponse écrite, l'informant de toute action menée au regard de ses constatations et recommandations. L'État partie est également prié de publier les constatations et recommandations du Comité et de les diffuser largement afin qu'elles parviennent à tous les secteurs concernés de la société.