



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

Distr. générale
25 novembre 2011
Français
Original: anglais

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

Communication n° 22/2009

**Constatations adoptées par le Comité à sa cinquantième session,
3-21 octobre 2011**

<i>Présentée par:</i>	T. P. F. (représentée par le Centre pour les droits reproductifs et le Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos)
<i>Au nom de:</i>	L. C.
<i>État partie:</i>	Pérou
<i>Date de la communication:</i>	18 juin 2009 (date de la lettre initiale)
<i>Références:</i>	Communiquée à l'État partie le 20 juillet 2009 (non publiée sous forme de document)
<i>Date de l'adoption des constatations:</i>	17 octobre 2011

Annexe

Constatations du Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes au titre du paragraphe 3 de l'article 7 du Protocole facultatif se rapportant à la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (cinquantième session)

concernant la

Communication n° 22/2009*

<i>Présentée par:</i>	T. P. F. (représentée par le Centre pour les droits reproductifs et le Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos)
<i>Au nom de:</i>	L. C.
<i>État partie:</i>	Pérou
<i>Date de la communication:</i>	18 juin 2009 (date de la lettre initiale)
<i>Références:</i>	Communiquée à l'État partie le 20 juillet 2009 (non publiée sous forme de document)

Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes, institué en vertu de l'article 17 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes,

Réuni le 17 octobre 2011,

Adopte ce qui suit:

Constatations au titre du paragraphe 3 de l'article 7 du Protocole facultatif

1. L'auteur de la communication, datée du 18 juin 2009, est T. P. F. Elle présente la communication au nom de sa fille L. C., péruvienne, née le 2 avril 1993. L'auteur affirme que sa fille a été victime de violation par le Pérou des articles 1^{er}, 2 c) et f), 3, 5, 12 et 16, paragraphe 1 e), de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes. L'auteur et sa fille sont représentées par le Centre pour les droits reproductifs et le Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y

* Les membres du Comité dont le nom suit ont participé à l'adoption de la communication: M^{me} Ayse Feride Acar, M^{me} Magalys Arocha Domínguez, M^{me} Violet Tsisiga Awori, M^{me} Barbara Evelyn Bailey, M^{me} Olinda Bareiro Bobadilla, M^{me} Meriem Belmihoub Zerdani, M. Niklas Bruun, M^{me} Naela Mohamed Gabr, M^{me} Ruth Halperin-Kaddari, M^{me} Yoko Hayashi, M^{me} Ismat Jahan, M^{me} Soledad Murillo de la Vega, M^{me} Violeta Neubauer, M^{me} Silvia Pimentel, M^{me} Maria Helena Lopes de Jesus Pires, M^{me} Victoria Popescu, M^{me} Zohra Rasekh, M^{me} Patricia Schulz, M^{me} Dubravka Šimonović et M^{me} Zou Xiaoqiao.

Reproductivos¹. La Convention est entrée en vigueur pour le Pérou le 13 octobre 1982 et le Protocole facultatif le 10 juillet 2001.

Rappel des faits présentés par l'auteur

2.1 L. C. réside dans le district de Ventanilla, province de Callao. Alors qu'elle avait 11 ans, elle a commencé à être victime d'abus sexuels de la part de J. C. R., un homme d'environ 34 ans. Elle est tombée enceinte à 13 ans et, en proie à la dépression, a tenté de se suicider le 31 mars 2007 en se jetant dans le vide. Elle a été admise à l'hôpital public Daniel Alcides Carrión, où l'on a diagnostiqué «un traumatisme vertébro-médullaire du rachis cervical, une luxation cervicale et une section médullaire complète» avec «risque d'invalidité permanente» et de «détérioration de l'intégrité cutanée due à l'immobilité physique».

2.2 Les dommages causés à la colonne vertébrale se sont traduits, entre autres problèmes médicaux, par une paraplégie des membres inférieurs et supérieurs qui nécessitait une intervention chirurgicale d'urgence. Le chef du département de neurochirurgie a recommandé de procéder à une intervention pour éviter que les dommages causés ne deviennent permanents et que L. C. ne reste invalide. L'intervention a été programmée pour le 12 avril 2007.

2.3 Le 4 avril, l'hôpital a procédé à une évaluation psychologique de L. C. au cours de laquelle cette dernière a révélé que les abus sexuels dont elle avait été victime et la peur d'être enceinte avaient été à l'origine de sa tentative de suicide. Le jour suivant, L. C. a subi un examen gynécologique et la grossesse a été constatée. Les rapports sur son état de santé établis quotidiennement du 2 au 12 avril 2007 montrent qu'elle courait le risque à la fois de développer des infections et de voir l'état de sa peau se détériorer à cause de sa paralysie complète et de la détérioration de sa mobilité physique.

2.4 Le jour prévu pour l'intervention chirurgicale, l'auteur a été informée que celle-ci avait été ajournée et que le médecin souhaitait la rencontrer le jour suivant, le 13 avril 2007. Lors de cette rencontre, l'auteur a été informée que la chirurgie avait été reportée du fait de la grossesse de L. C. L'auteur indique également qu'un diagnostic de trouble anxieux dépressif de gravité modérée avait été posé, mais qu'aucun traitement n'avait été prescrit à L. C. car cela était contre-indiqué pendant la grossesse.

2.5 Le 18 avril 2007, l'auteur, après consultation avec sa fille, a demandé aux autorités de l'hôpital de procéder à une interruption légale de grossesse, conformément à l'article 119 du Code pénal². Dans sa demande, l'auteur a mentionné l'entretien qu'elle avait eu le 13 avril 2007 avec le chef du département de neurochirurgie, au cours duquel ce dernier l'avait informée qu'il ne pouvait opérer L. C. en raison de sa grossesse. Elle a fait valoir que cette grossesse mettait en danger de manière grave et permanente la vie, la santé physique et mentale et l'intégrité personnelle de L. C., et que l'intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale ne pouvait avoir lieu si la grossesse se poursuivait³.

2.6 Devant le retard excessif pris par les autorités hospitalières pour répondre à sa demande, l'auteur a demandé l'aide de l'organisation non gouvernementale Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMOSEX, Centre de

¹ Le Comité a reçu un mémoire d'amicus curiae de la Commission internationale de juristes sur l'accès à un recours utile, ainsi que des observations de la Health Equity and Law Clinic de la faculté de droit de l'Université de Toronto, sur la notion de discrimination multiple.

² Conformément à cette disposition, «l'avortement pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme enceinte ou de son représentant légal, si elle en a un, n'est pas punissable quand il constitue le seul moyen de sauver la vie de la femme ou d'éviter des atteintes graves ou permanentes à sa santé».

³ Une copie de la demande figure dans le dossier.

promotion et de défense des droits sexuels et reproductifs), qui a porté l'affaire à la connaissance de la Défenseure adjointe des droits de la femme du Bureau de la défense du peuple le 15 mai 2007. Le 30 mai 2007, quarante-deux jours après la demande d'avortement thérapeutique, la commission médicale de l'hôpital a rejeté la requête, estimant que la vie de la patiente n'était pas en danger.

2.7 La Défenseure adjointe a demandé un rapport médical à la Commission de haut niveau sur la santé de la procréation du Conseil de l'ordre des médecins péruvien. Dans un rapport du 7 mai 2007, la Commission a fait une description des lésions que la mineure présentait et a indiqué qu'en raison de l'âge de L. C. et des lésions neurologiques qu'elle présentait, il y avait un risque de complications pendant l'accouchement. Elle a conclu qu'il «existait des arguments suffisants pour affirmer que, si la grossesse se poursuivait, la santé physique et mentale de la jeune fille serait en grave danger et qu'il était par conséquent justifié de procéder à un avortement thérapeutique si celui-ci était demandé par la partie intéressée».

2.8 Le 7 juin 2007, alors que L. C. était enceinte de 16 semaines, l'auteur a présenté une demande de réexamen de la décision prise par la commission médicale de l'hôpital concernant l'interruption de grossesse. Elle a joint le rapport du Conseil de l'ordre des médecins et souligné le risque grave et imminent pour la santé, tant physique que mentale, de la mineure, seules conditions requises selon le Code pénal pour permettre l'interruption légale de grossesse.

2.9 Le 16 juin 2007, L. C. a fait une fausse couche spontanée. Le 27 juin 2007, le Directeur de l'hôpital a répondu à la demande de réexamen de la décision de ne pas interrompre la grossesse présentée par l'auteur, en faisant valoir que cette décision «n'était pas susceptible de réexamen, car elle avait été prise par les divers spécialistes ayant évalué le cas de la mineure».

2.10 Le 11 juillet 2007, L. C. a été opérée de ses lésions à la colonne vertébrale quelque trois mois et demi après qu'il eut été décidé que cette intervention était nécessaire. Le 31 juillet 2007, elle a été autorisée à quitter l'hôpital. Le rapport médical indiquait que L. C. avait besoin de physiothérapie et d'une rééducation intensive à l'Institut national de médecine physique et de réadaptation. Le traitement n'a toutefois pas commencé avant le 10 décembre 2007. Quatre mois se sont écoulés entre l'opération et le début du processus de rééducation physique et d'aide psychologique ou psychiatrique nécessaire.

2.11 L.C. est restée à l'Institut national de réadaptation pendant deux mois, mais a dû interrompre le traitement faute de moyens. Elle est actuellement paralysée du cou jusqu'aux pieds et n'a retrouvé que partiellement l'usage de ses mains: elle doit se déplacer en chaise roulante et dépend d'autrui pour tous ses besoins. Elle est reliée à un cathéter qui doit être changé cinq fois par jour dans des conditions de parfaite stérilité, ce qui l'empêche de fréquenter un établissement d'enseignement. L'auteur affirme que la situation de la famille est catastrophique. Elle ne peut pas travailler car L. C. a besoin de soins constants, et le coût des médicaments et des appareils dont elle a besoin constitue une lourde charge financière pour la famille. Les frères de L. C. ont dû abandonner leurs études et se mettre à travailler.

2.12 Selon l'auteur, il n'existe pas dans l'État partie de recours administratif pour demander une interruption légale de grossesse, ni de protocole de prise en charge indiquant la procédure à suivre pour demander un avortement légal ou garantissant ce service médical, moyens qui permettraient de revendiquer le droit à un service essentiel uniquement destiné aux femmes, et d'en garantir l'accès.

2.13 Selon le précédent Code de la santé péruvien, il fallait que les avortements thérapeutiques soient réalisés par un médecin et bénéficient de l'agrément de deux autres médecins. La loi générale sur la santé actuellement en vigueur (loi n° 26842 du 9 juillet 1997) a toutefois abrogé cette norme, créant ainsi un vide juridique puisqu'aucune

procédure régissant l'accès à l'avortement thérapeutique médical n'a été prévue. Sa pratique est donc à la discrétion des autorités concernées.

2.14 Selon l'auteur, il n'existe pas de mécanisme judiciaire adéquat permettant de se présenter devant un tribunal pour demander une interruption de grossesse pour motif thérapeutique, ou offrant véritablement réparation pour violation du droit correspondant. Il n'existe pas de recours suffisamment rapide et efficace permettant à une femme d'exiger des autorités qu'elle puisse exercer son droit à un avortement légal dans les délais limités imposés par les circonstances.

2.15 Le recours en *amparo* devant la Cour constitutionnelle est trop long pour qu'il soit possible d'agir avec efficacité. Conformément aux normes régissant cette procédure, pour obtenir une décision définitive, il faut entre soixante-deux et cent deux jours après épuisement de tous les recours antérieurs. L'autorisation de former ce recours dépend donc de l'épuisement desdits recours; en l'espèce, le refus de l'hôpital de procéder à l'avortement. Dans le cas de L. C., ce délai était trop long pour qu'elle puisse effectivement exercer son droit sans mettre sa vie ou sa santé plus gravement en danger. Quand le premier refus d'avortement a été énoncé, elle était déjà enceinte de seize semaines, et quand la procédure d'appel a été terminée, de vingt semaines. Le recours en *amparo* à ce stade aurait été inutile car lorsqu'une décision définitive et exécutoire aurait, en toute probabilité, été prise, L. C. aurait été enceinte de plus de vingt-huit semaines. De surcroît si, selon les normes établies, la procédure doit théoriquement durer de soixante-deux à cent deux jours, en réalité les recours en *amparo* prennent généralement des années. À ce sujet, l'auteur rappelle les constatations du Comité des droits de l'homme dans l'affaire *K. N. L. H. c. Pérou* concernant également le rejet d'une demande d'avortement thérapeutique d'une femme enceinte d'un fœtus présentant une anencéphalie, dans lesquelles le Comité n'avait pas considéré le recours en *amparo* comme un recours utile devant être épuisé⁴.

Teneur de la plainte

3.1 L'auteur affirme que le refus d'avortement thérapeutique opposé par les médecins de l'hôpital a violé les droits de L. C. à la santé, à une vie digne et à ne pas faire l'objet de discrimination dans l'accès à cet acte thérapeutique. L. C. a été privée de la possibilité de marcher de nouveau, l'intervention chirurgicale ayant été retardée de manière injustifiée alors qu'elle était absolument nécessaire. Les carences du système de santé de l'État partie, qui n'assure pas l'accès à des services aussi essentiels à la femme que l'avortement, l'empêchent de s'acquitter des obligations qui lui incombent au titre de la Convention. L'État partie, en ne fournissant pas un service médical légal et uniquement destiné aux femmes, dont dépendait la santé physique et mentale de la victime, n'a pas respecté ses obligations. Cette violation a encore été aggravée par le fait que L. C. était mineure et que l'État avait ainsi un double devoir de protection à son égard. L'État partie n'a pas non plus envisagé de recours adéquat et effectif dans sa législation qui garantisse la protection desdits droits.

3.2 L'auteur soutient que les faits décrits constituent une violation des articles 1^{er}, 2, 3, 5, 12 et 16, paragraphe 1 e), de la Convention et vont également à l'encontre de la Recommandation générale n° 24 du Comité sur les femmes et la santé⁵.

3.3 En ce qui concerne l'article 5, l'auteur déclare que faire dépendre l'accès à un traitement médical opportun permettant l'exercice du droit à la santé, à la vie et à une

⁴ Voir la communication n° 1153/2003, *K. N. L. H. c. Pérou*, constatations adoptées le 24 octobre 2005, par. 5.2.

⁵ *Documents officiels de l'Assemblée générale, quarante-quatrième session, Supplément n° 38 (A/54/38/Rev.1), chap. 1, sect. A.*

existence digne du fait de mener à terme une grossesse involontaire a constitué un traitement discriminatoire fondé sur un stéréotype consistant à faire passer la fonction procréative de L. C. avant son bien-être. Au sujet de l'article 12, l'auteur prétend que la grossesse de L. C. constituant une menace pour sa santé physique et mentale, l'avortement thérapeutique devenait pertinent et nécessaire. Les besoins médicaux de L. C. et la protection de son droit à la santé, tant physique que mentale, qui lui était due sans discrimination ont été totalement ignorés par ceux qui devaient garantir ces droits. L'auteur affirme également que le rejet de la demande d'interruption légale de grossesse est une violation du droit à décider du nombre d'enfants souhaités et à espacer les naissances prévu au paragraphe 1 e) de l'article 16 de la Convention. En outre, l'absence de mécanismes administratifs et judiciaires protégeant les femmes de la discrimination pour ce qui est de l'interruption légale de grossesse viole les articles 2 c), 5 et 12 de la Convention et la Recommandation générale n° 24 du Comité. L'auteur affirme également que le fait que l'État partie n'ait pas adopté de mesures législatives, administratives et judiciaires protégeant et garantissant le droit à l'accès à la santé dans des conditions d'égalité en cas d'avortement thérapeutique viole les articles 2 f), 3, 5, 12 et 16, paragraphe 1 e), de la Convention. Du fait de cette carence, les professionnels de la santé ont eu toute latitude pour refuser de manière illégitime l'accès à des soins médicaux adéquats à L. C.

3.4 D'après l'auteur, les faits décrits constituent également une violation d'autres droits fondamentaux comme le droit à la vie et à une existence digne et le droit de ne pas être soumis à des traitements cruels, inhumains ou dégradants dans le cadre de l'accès sans discrimination à des services médicaux. Elle affirme que l'ingérence des médecins dans la décision de L. C. de mettre un terme à sa grossesse a bouleversé son projet de vie. La procédure de demande d'avortement a constitué un obstacle de caractère arbitraire à l'accès à un service légal, avec des conséquences irréparables pour la vie et la santé de L.C. et une souffrance équivalente à la torture. L'obligation qui lui a été faite de poursuivre sa grossesse a également constitué un traitement cruel et inhumain et par conséquent une violation de son droit à l'intégrité physique, psychique et morale. En outre, les dommages sont permanents car le handicap, la dépendance et la paralysie constituent désormais le quotidien de la jeune femme.

3.5 Selon l'auteur, les violations mentionnées sont aggravées par la qualité de mineure de L. C. Celle-ci n'a pas reçu de la part des professionnels de la santé les soins spéciaux qu'exigeait sa condition d'adolescente n'ayant, qui plus est, que de maigres ressources financières.

3.6 L'auteur demande au Comité de déclarer qu'il y a eu violation des droits reconnus à l'intéressée par la Convention et de demander à l'État partie de prendre des mesures pour assurer réparation et satisfaction, avec des garanties que ce genre de cas ne se reproduira pas. Le Comité devrait également exhorter l'État partie à adopter et appliquer les mesures législatives, administratives et judiciaires nécessaires pour protéger le droit des femmes à la santé en matière de sexualité et de procréation sans discrimination.

Observations de l'État partie sur la recevabilité

4.1 Dans une note du 18 septembre 2009, l'État partie a soutenu que la communication devait être jugée irrecevable, conformément au paragraphe 1 de l'article 4 du Protocole facultatif, tous les recours internes n'ayant pas été épuisés.

4.2 L'État partie indique que la victime présumée aurait pu faire un recours en *amparo* devant la Cour constitutionnelle. Les questions que se pose l'auteur sur l'utilité de ce recours se fondent sur une présomption de décision favorable future; l'auteur estime en effet que les délais s'écoulant avant d'obtenir une décision définitive varient entre soixante-deux et cent deux jours (conformément au calcul qu'elle réalise d'elle-même en se basant sur le règlement de procédure du Code de procédure constitutionnelle). L'auteur ne tient

toutefois pas compte du fait que s'il est vrai qu'il faut porter l'affaire devant une première puis une deuxième instance avant que la Cour constitutionnelle ne puisse en être saisie, si ces instances se prononcent en faveur de l'appelant la décision est définitive. En conséquence, si un recours en *amparo* avait été introduit, un juge de première instance aurait pu se prononcer de manière définitive. En outre, aux termes de l'article 53 du Code de procédure constitutionnelle, l'arrêt doit être rendu au cours de l'audience même ou, exceptionnellement, dans les cinq jours au plus tard après l'audience. En cas d'appel, l'arrêt doit être rendu dans les cinq jours suivant l'examen de l'affaire.

4.3 L'État partie invoque également l'article 46 du Code de procédure constitutionnelle qui prévoit des dérogations au principe de l'épuisement des recours lors de l'introduction d'un recours en *amparo*. Ces dérogations sont accordées quand l'épuisement des recours pourrait entraîner des dommages irréparables, si les recours ne font pas l'objet d'une réglementation ou s'ils ont été introduits inutilement par la personne concernée. En outre, l'article 45 dispose qu'en cas de doute sur l'épuisement des recours antérieurs, le recours en *amparo* sera de préférence autorisé.

4.4 Enfin, l'État relève, concernant l'application de l'article 1969 du Code civil, que l'auteur aurait pu entamer une procédure judiciaire pour demander des dommages et intérêts, la victime présumée n'ayant pas reçu le traitement médical requis quand elle en avait besoin.

Commentaires de l'auteur sur les observations de l'État partie concernant la recevabilité

5.1 Dans ses commentaires du 1^{er} février 2010, l'auteur fait référence à la jurisprudence internationale en matière d'épuisement des recours internes et soutient que, conformément à cette jurisprudence, l'efficacité d'un recours dépend de son adaptation à la vulnérabilité de la victime, des circonstances de l'affaire et du but à atteindre en fonction du droit violé.

5.2 Conformément à l'article 53 du Code de procédure constitutionnelle, l'examen du recours en *amparo* ne devrait pas excéder dix jours ouvrables à compter du moment où la demande est jugée recevable. Il existe toutefois divers problèmes de procédure qui nuisent à la rapidité de cette procédure. En premier lieu, rien dans le Code n'indique de combien de temps le juge dispose pour juger la demande recevable. Il s'ensuit que ce délai dépend de l'importance que le juge accorde de façon subjective à l'affaire, et des dossiers dont il est déjà saisi. En deuxième lieu, au moment des faits, le système de notification existant consistait à désigner un individu ou une entité privée ayant pour tâche de remettre en personne toute notification judiciaire. Ce système posait de nombreux problèmes et l'État a par conséquent adopté, dès 2008, un programme de réforme visant à accélérer le processus de notification. Certains progrès ont ainsi pu être réalisés mais, de manière générale, le problème persiste. En troisième lieu, l'article 53 prévoit la possibilité d'une audience mais n'établit pas de délai pour la demande d'audience et ne comprend aucune disposition sur le temps dont le juge dispose pour donner son accord ou pour la programmer de sa propre initiative.

5.3 Selon l'auteur, entre mai 2003 et août 2008, seulement six recours en *amparo* en matière de protection du droit à la santé ont été examinés par la Cour constitutionnelle. L'affaire qui a été réglée le plus vite en première instance l'a été en deux mois et seize jours, et celle qui a mis le plus de temps a pris une année. En se fondant sur ces précédents, il fallait s'attendre à deux mois au minimum pour obtenir une décision de première instance. Quand L. C. a finalement obtenu une réponse de la part de l'hôpital rejetant sa demande d'interruption de grossesse, cinquante-six jours s'étaient déjà écoulés depuis sa tentative de suicide. Un délai de soixante à quatre-vingt-dix jours supplémentaires pour obtenir une décision judiciaire obligeant l'hôpital à procéder à l'interruption de grossesse puis à l'intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale aurait seulement aggravé sa

situation clinique et n'aurait pas permis de prévenir ou de réparer les dommages déjà occasionnés. Après l'avortement spontané de L. C. (le 16 juin 2007), l'hôpital n'a programmé l'intervention que pour un mois plus tard (le 11 juillet 2007). La violation du droit à l'intervention a dès lors cessé mais les dommages étaient déjà irréparables. Il était donc encore moins utile d'introduire un recours en *amparo*; la demande aurait été, à juste titre, jugée sans fondement. L'auteur conclut que le recours en *amparo* n'est pas, par conséquent, un recours utile dans ce type d'affaire.

5.4 L'auteur indique également que les recours précédemment introduits dans la présente affaire, à savoir les démarches administratives internes auprès de l'hôpital et la plainte déposée auprès de la Défenseure des droits de la femme, ne constituent pas non plus un mécanisme approprié car ils ne représentent pas une procédure administrative permettant de traiter, dans les formes, les demandes d'interruption légale de grossesse.

5.5 Dans l'affaire *K. N. L. H. c. Pérou*⁶, le Comité des droits de l'homme a demandé à l'État partie de prendre des mesures pour que les faits en cause ne se reproduisent pas. Selon l'auteur, ces mesures doivent notamment porter aussi bien sur la publication de directives concernant l'interruption légale de grossesse dans les cas définis par la loi que sur la mise en place d'un recours judiciaire utile lorsque ces directives ne sont pas appliquées de façon satisfaisante. Le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes a déclaré dans ses observations finales de 2007 destinées au Pérou que l'absence de mesures d'application des recommandations formulées par le Comité des droits de l'homme dans l'affaire susmentionnée le préoccupait (CEDAW/C/PER/CO/6, par. 24). Ces mesures font toujours défaut.

5.6 L'auteur cite également l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme en date du 20 mars 2007 dans l'affaire *Tysiac c. Pologne*⁷. La Cour a estimé qu'il y avait eu violation de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales lors de la décision relative à un avortement thérapeutique et indiqué que, dès lors que le législateur avait décidé d'autoriser l'avortement, il ne devait pas concevoir le cadre légal correspondant d'une manière limitative. La Cour a ajouté que les différends devaient être réglés par un organe indépendant, que la garantie pour l'intéressée d'être entendue devait exister et qu'il fallait pouvoir compter sur une décision dûment motivée par écrit dans les meilleurs délais, le facteur temps revêtant une importance cruciale.

5.7 Il n'existe pas au Pérou de procédure administrative ou judiciaire qui aurait garanti à L. C. le droit d'être entendue, lui permettant ainsi de manifester sa volonté et de décider si elle souhaitait ou non interrompre sa grossesse, le droit d'obtenir une réponse rapide et objective et la possibilité d'introduire un recours judiciaire garantissant qu'elle bénéficierait des soins médicaux auxquels elle avait droit et dont elle avait besoin.

5.8 Quant à l'action au civil en vue de réclamer des dommages et intérêts évoquée par l'État, celle-ci ne peut être considérée comme un recours adéquat car elle ne peut remédier aux atteintes à la santé de L. C. Cette action a en outre un caractère rétroactif et n'aurait pas permis à L. C. d'obtenir ce qu'elle souhaitait, à savoir l'interruption de grossesse et l'intervention sur sa colonne vertébrale.

Observations de l'État partie sur le fond

6.1 Le 20 janvier 2010, l'État partie a présenté des observations sur le fond de la communication dans lesquelles il a affirmé que, dans le cas d'espèce, aucune des dispositions de la Convention mentionnées dans les allégations n'avait été violée.

⁶ Voir la note 4 plus haut.

⁷ *Tysiac c. Pologne* (requête n° 5410/03), arrêt du 20 mars 2007.

6.2 L'État partie rappelle que la législation péruvienne criminalise l'avortement. Le seul cas où il n'est pas punissable est lorsque les conditions prévues à l'article 119 du Code pénal concernant l'avortement thérapeutique sont remplies.

6.3 L'État partie considère que l'article premier de la Convention contient seulement une définition de la discrimination mais n'énonce pas un droit en soi. Et selon ce qui était allégué, les articles 2, 3, 5, 12 et 16 auraient été violés parce que l'État n'aurait pas garanti un accès sans discrimination et en temps opportun aux soins de santé nécessaires, c'est-à-dire à une interruption légale de grossesse et à une intervention chirurgicale à la colonne vertébrale qui aurait permis le rétablissement de L. C.

6.4 Il ressort des documents mis à disposition par le Ministère de la santé qu'immédiatement après son admission à l'hôpital le 31 mars 2007, L. C. a reçu des soins médicaux et que divers examens, notamment de psychiatrie et de neuropsychologie, ont été réalisés. La gravité de son état de santé avait un lien direct avec l'acte qu'elle avait elle-même commis (sa tentative de suicide) et ne tenait pas aux effets physiologiques de sa grossesse.

6.5 L. C. était paraplégique quand elle a été admise à l'hôpital du fait de la chute qu'elle avait faite, et il n'était par conséquent pas exact de dire que son état de santé s'était forcément aggravé parce que l'avortement n'avait pas eu lieu. En outre, conformément à ce qu'ont indiqué les autorités médicales, aucune intervention chirurgicale ne pouvait être pratiquée sur la colonne vertébrale de L. C. tant que l'état de la blessure proche de la région de l'incision chirurgicale à effectuer ne s'était pas amélioré.

6.6 La situation de L. C. a fait l'objet de trois évaluations de la part de la commission médicale de l'hôpital (les 24 avril, 7 mai et 19 mai 2007), ce qui montre qu'il n'y a pas eu de manque d'intérêt ou faute d'attention⁸. Chaque fois, il a été recommandé de procéder à des évaluations psychiatriques et neuropsychologiques et le neurochirurgien a estimé que l'intervention chirurgicale devrait avoir lieu dès que s'améliorerait l'état de la blessure occipito-cervicale, située dans la région où il était prévu d'effectuer l'incision chirurgicale.

6.7 Lors de la troisième réunion de la commission médicale, le 19 mai 2007, il a été affirmé ce qui suit: «L'opération requise pour la patiente n'est pas urgente, il s'agit d'une intervention chirurgicale élective [...]. La fracture-luxation des vertèbres cervicales C6 et C7 ne peut bénéficier de la stabilisation chirurgicale prévue tant que perdure le processus infectieux dans la région proche de l'endroit où sera effectuée l'incision chirurgicale. [...] Le Département de gynécologie-obstétrique estime que bien qu'il s'agisse d'une grossesse à haut risque, l'état actuel de la patiente est stationnaire sur le plan neurologique et favorable sur le plan psychologique. [...] Nous conformant aux normes légales en vigueur, nous estimons en majorité que l'interruption de grossesse ne doit pas être pratiquée.» Cette décision a été communiquée à la mère de L. C., qui avait demandé l'interruption de grossesse. Celle-ci a présenté une demande de réexamen et a reçu la même réponse. Elle a par conséquent eu la possibilité d'introduire un recours auprès des autorités compétentes pour faire valoir le bien-fondé de sa demande, même si elle n'a pas obtenu le résultat qu'elle espérait.

⁸ L'État partie a fait tenir copie des rapports de la commission médicale. Selon le premier, en date du 24 avril 2007, les médecins ont estimé à propos de la grossesse que «au vu du diagnostic, de l'âge de la patiente, de son état de prostration dans son lit et des soins infirmiers invasifs, il s'agit d'une grossesse difficile susceptible d'aggraver les risques de morbidité maternelle auxquels pourrait toutefois remédier en partie un traitement médical multidisciplinaire adéquat». Le rapport indique également que l'on ne pouvait garantir que le bébé ne présenterait pas de séquelles du fait de l'intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale.

6.8 Pour ce qui est du droit de décider du nombre d'enfants souhaité et de leur espacement, celui-ci doit être évalué en se fondant sur les programmes et méthodes de planification familiale existants offerts par l'État. Toutefois, dans le cas d'espèce, l'auteur prétend lier ce droit à la réalisation de l'avortement thérapeutique, ce que l'État partie n'accepte pas. L'avortement est, de manière générale, illégal et n'est autorisé qu'exceptionnellement à des fins thérapeutiques, et il importe par conséquent de tenir compte de la législation interne. Les conditions à remplir pour un avortement thérapeutique ne sont pas déterminées unilatéralement par la femme enceinte mais par les médecins. Tel a effectivement été le cas, car il a été considéré que la grossesse ne représentait pas un risque pour L. C. et par conséquent que son état de santé ne s'améliorerait ni ne s'aggraverait si un avortement était pratiqué. Pour ce qui est de l'avortement légal auquel il est fait référence, la décision ne dépendant pas exclusivement de la femme enceinte, on ne pouvait parler strictement d'une violation du «droit» concerné, ni d'un lien avec la liberté en matière de procréation. Par ailleurs, il n'était pas possible de lier le fait de ne pas accéder à l'avortement thérapeutique à l'existence supposée d'un certain stéréotype contre les femmes.

6.9 D'après l'équipe technique de la Direction générale de la promotion de la santé du Ministère de la santé, il est important dans le cas d'espèce de considérer le milieu familial, les risques encourus par L. C. depuis l'âge de 11 ans (âge auquel les abus sexuels ont commencé) et la manière dont ces abus ont gravement nui à sa santé physique et mentale. Ces éléments constituent un point de départ pour de nouvelles mesures d'intervention auprès des groupes de population à risque.

6.10 Le Ministère de la santé a mis en place à l'échelon national des structures pour surveiller la maltraitance des enfants et y remédier, qui permettent d'aider les mineurs victimes de violence, notamment d'ordre sexuel, et leur famille. Si la famille de L. C. avait demandé un appui en temps voulu, il aurait été possible de prendre des dispositions qui auraient contribué, dans une certaine mesure, à munir L. C. des compétences sociales et psychiques qui l'auraient protégée des sévices sexuels et autres formes de violence et à atténuer les effets négatifs des violences subies, et qui auraient aussi permis de lutter sur le plan thérapeutique contre ses idées suicidaires.

6.11 L'État partie cite divers programmes mis en place par le Ministère de la santé pour lutter contre la violence sexiste. Enfin, s'agissant de la violation présumée de la Recommandation générale n° 24, l'État partie indique qu'il n'est pas possible de se prononcer, dans le cadre des communications individuelles, sur la violation ou le non-respect direct des recommandations générales du Comité.

Commentaires de l'auteur concernant les observations de l'État partie sur le fond

7.1 Dans ses commentaires en date du 15 avril 2010, l'auteur rejette les observations de l'État partie qui tente de faire endosser à L. C. et à sa famille la responsabilité de ne pas avoir demandé l'aide qui aurait permis d'agir face aux violences sexuelles dont la jeune fille faisait l'objet. L'auteur n'a pas rendu l'État responsable des violences sexuelles subies par L. C. ni des blessures résultant de sa tentative de suicide. Ces observations comportent par ailleurs un risque de discrimination sexiste.

7.2 Selon l'auteur, attendre d'une jeune fille qu'elle puisse à la fois surmonter son traumatisme psychique et chercher de l'aide revient à la persécuter doublement. Culpabiliser une mineure pour des faits qui échappent totalement à son contrôle, tels que les abus sexuels qu'elle a subis et la déstabilisation mentale qui en a résulté et a encore été aggravée par la découverte de la grossesse, est cruel. Cela révèle en outre une attitude discriminatoire reflétant un stéréotype sexiste tendant à obliger les femmes victimes de violences à en assumer les conséquences.

Causes du refus de procéder à l'intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale

7.3 L'auteur rappelle que L. C. a été admise à l'hôpital le 31 mars 2007. Le jour suivant, il a été établi qu'il existait un «risque d'invalidité permanente» ainsi qu'un «risque de détérioration de l'état de la peau du fait de l'immobilité physique». Une intervention chirurgicale a donc été prévue pour le 12 avril 2007. Le 5 avril 2007, la grossesse a été constatée ainsi que l'existence d'un risque d'avortement. Il ressort des rapports établis quotidiennement sur l'évolution de l'état de santé de L. C. entre le 2 et le 11 avril 2007 que celle-ci risquait aussi bien de développer des infections que de voir son intégrité cutanée menacée du fait de sa paralysie complète ainsi que de la détérioration de sa mobilité physique⁹. Jusqu'au 12 avril, date à laquelle l'intervention aurait dû avoir lieu, l'hôpital n'a aucunement mentionné que L. C. souffrait de quelque type d'infection que ce soit ni d'aucun problème qui empêcherait cette intervention. C'est le 12 avril qu'il a été indiqué à l'auteur que l'intervention était ajournée, et le jour suivant qu'elle a été informée que le motif de ce report était la grossesse. Dans le rapport sur l'évolution de l'état de santé de L. C. en date du 12 avril, il est indiqué clairement que le seul motif du report était la prévention de dommages au fœtus. Les cinq jours suivants, les rapports sur l'état de santé de L. C. ne mentionnent plus ce risque mais la détérioration de son intégrité cutanée et de sa mobilité ainsi que son état d'anxiété. Les jours suivants, et jusqu'au 18 avril 2007, date à laquelle l'auteur a demandé l'interruption de grossesse, les rapports médicaux ont continué de faire état des mêmes symptômes. Enfin, le 23 avril, l'évaluation médicale a fait état d'un ulcère de la peau infecté dans la région occipitale.

7.4 Compte tenu des faits susmentionnés, l'auteur rejette l'affirmation de l'État selon laquelle c'est l'infection cutanée qui a motivé le report de l'intervention chirurgicale. Elle rejette également l'assertion d'après laquelle l'intervention n'avait pas de caractère urgent mais était élective. La capacité de récupération d'un patient subissant ce type d'opération dépend de la rapidité d'intervention. Les médecins étaient conscients de ce fait, mais ils ne l'ont réellement pris en compte que le 23 mai, lorsque l'hôpital a établi un rapport reconnaissant que l'intervention était «indispensable pour que la rééducation puisse commencer, que l'état de santé de L. C. s'améliore et qu'aucune infection due à une hospitalisation prolongée ne se développe»¹⁰. Les infections ne se seraient pas développées si l'intervention et la rééducation avaient eu lieu à temps. Il est par conséquent démontré que L. C. n'a pas bénéficié des soins médicaux dont elle avait besoin de toute urgence.

Refus de procéder à un avortement thérapeutique en tant qu'acte médical nécessaire pour éviter des dommages graves et permanents

7.5 L'éventualité qu'une intervention médicale cause des dommages au fœtus a été jugée plus prioritaire que les perspectives de rétablissement de L. C. Ce fait est confirmé tant par le motif exprès avancé dans le rapport médical décidant d'annuler l'intervention que par les rapports de la commission médicale où la question dont il fallait débattre était de savoir si la poursuite forcée de la grossesse pouvait se traduire par des dommages graves et permanents pour la santé de L. C. Dans le premier rapport, il a été recommandé d'ajourner l'intervention jusqu'au deuxième trimestre de grossesse, quand le fœtus courrait moins de risques, même s'il avait été reconnu qu'il s'agissait d'une grossesse à haut risque.

7.6 Il n'a aucunement été tenu compte de la santé mentale de L. C. dans l'évaluation du bien-fondé de l'avortement thérapeutique. Aucune des évaluations médicales de son état de santé mentale n'a pris en compte les conséquences que le fait de forcer L. C. à mener à

⁹ Des copies de ces rapports figurent dans le dossier: Le rapport du 11 avril 2007 fait état d'une «détérioration de l'intégrité cutanée» tandis que celui du 12 avril 2007 signale une «altération de l'intégrité cutanée».

¹⁰ Un exemplaire du rapport figure dans le dossier.

terme sa grossesse et à devenir mère pourrait avoir. Le 16 mai 2007, il a été procédé à une évaluation psychologique. Seul un bref paragraphe du rapport établi à l'issue de cette évaluation fait état de la souffrance mentale que la grossesse occasionnait chez L. C. et indique que «quand le thème de la grossesse est abordé, [la patiente] est déstabilisée et refuse sa grossesse en arguant qu'elle ne pourra pas élever un enfant car elle est consciente de son invalidité, et que sa mère est trop âgée pour s'occuper de l'enfant». Le rapport, au lieu de tenter de déterminer si une poursuite forcée de la grossesse aurait des conséquences graves et permanentes sur la santé mentale de L. C., se limite à prescrire des techniques de relaxation et de «reprogrammation de pensées et de convictions plus positives». Des conclusions similaires peuvent être tirées du troisième rapport de la commission médicale. L'auteur rappelle que la santé mentale est un élément essentiel du droit à la santé, comme l'a reconnu la Cour constitutionnelle péruvienne elle-même. Elle insiste sur le fait que compte tenu des dommages graves et permanents à sa santé mentale qu'aurait causés l'obligation de mener à bien une grossesse résultant d'un viol qui la déstabilisait au point de tenter de se suicider, L. C. avait le droit d'obtenir un avortement thérapeutique.

Conséquences juridiques du refus de prestation de services de santé essentiels

7.7 L. C. a été victime d'exclusions et de restrictions dans l'accès aux services de santé se fondant sur le stéréotype sexiste selon lequel l'exercice de la capacité de procréer pour la femme est un devoir et non pas un droit. En ne respectant pas son obligation légale de fournir des services de santé à L. C., notamment en matière de procréation, et ce pour des motifs discriminatoires tenant à sa condition de femme, et en considérant sa capacité de procréer plus importante que ses droits fondamentaux, l'État partie a violé les articles 1^{er} et 12 de la Convention.

7.8 L'auteur rappelle les constatations du Comité des droits de l'homme dans l'affaire *K. N. L. H. c. Pérou* dans lesquelles ce dernier concluait à l'existence d'une violation de l'article 7 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

Absence de recours utiles permettant d'exiger l'interruption de grossesse conformément à la loi

7.9 Le Directeur de l'hôpital, dans sa convocation de la première réunion de la commission médicale, n'a pas demandé à celle-ci si la poursuite de la grossesse allait causer des dommages graves et permanents à la santé de L. C., mais: a) s'il était possible de procéder à l'intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale sans compromettre la vie du fœtus; b) si la grossesse d'une patiente ayant reçu ce diagnostic médical mettait la vie de la mère en danger; et c) si le fœtus risquait, dans ces conditions, de naître avec des dommages graves et permanents. Il ressort toutefois de la requête faite par l'auteur conformément à l'article 119 du Code pénal, que la demande d'avortement était liée aux dommages graves et permanents que la poursuite de la grossesse impliquait. Or les questions posées étant centrées sur les dommages au fœtus, les réponses étaient pratiquement connues d'avance et ne tenaient pas compte de la nécessité de pratiquer un avortement thérapeutique. Personne n'a indiqué quelles seraient les conséquences sur les possibilités de rétablissement de L. C. du report de l'intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale ou les dommages pour sa santé mentale. Seule la troisième réunion de la commission médicale, le 19 mai 2007, a été convoquée afin de déterminer si, compte tenu de l'état de santé de L. C., il convenait d'interrompre la grossesse. Il n'a cependant pas été expliqué que la demande faite devait être évaluée à la lumière des conséquences néfastes sur la santé physique et mentale que le report indéfini de l'intervention chirurgicale et une maternité forcée pourraient avoir sur L. C. Enfin, bien qu'elle n'ait pas examiné les raisons sur lesquelles se fondait la demande d'avortement thérapeutique, la commission a décidé qu'il ne fallait pas procéder à l'interruption de grossesse. Cette décision n'a été communiquée à l'auteur que onze jours plus tard, c'est-à-dire quarante-deux jours après la présentation de sa demande.

7.10 L'auteur réitère ses arguments concernant le manque de recours judiciaires et administratifs efficaces s'agissant des demandes d'interruption de grossesse dans l'État partie. Cette absence de recours est pertinente non seulement comme motif de recevabilité dans le cas d'espèce, mais également comme source de violations des articles 2 c) et f), 3 et 5 de la Convention.

7.11 Il n'existe pas au Pérou de loi ni de règlement concernant l'accès à l'avortement thérapeutique et chaque hôpital détermine par conséquent de façon arbitraire quelles sont les conditions à réunir pour qu'il puisse être procédé à une intervention de ce type, les procédures permettant se prononcer sur les demandes d'avortement, les délais à respecter pour prendre la décision, et l'importance qu'il convient d'accorder à l'opinion de la femme enceinte s'agissant des risques pour sa santé qu'elle est disposée à assumer. L'auteur rappelle la Recommandation générale n° 24 du Comité, disposant qu'il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes médicaux ayant trait à la procréation (par. 11), et faisant obligation à l'État concerné de mettre en place un système garantissant des mesures judiciaires efficaces pour éviter cette discrimination (par. 13).

7.12 L'absence de mesures législatives et administratives réglementant l'accès à l'avortement thérapeutique condamne les femmes à une insécurité juridique puisque le respect et la protection de leurs droits dépendent totalement de préjugés et de stéréotypes sexistes, comme montré dans le cas d'espèce. Le modèle socioculturel fondé sur des stéréotypes concernant la fonction de la femme et sa capacité de procréer a influencé la décision médicale dont dépendait l'intégrité physique et mentale de L. C. qui, en la mettant en situation d'inégalité par rapport aux hommes s'agissant de l'exercice de ses droits fondamentaux, a été discriminatoire. La conduite négligente de l'État pour ce qui est de la réglementation de l'accès à l'avortement thérapeutique a créé les conditions permettant aux agents de l'État de traiter L. C. de manière discriminatoire et de l'empêcher d'accéder aux soins médicaux dont elle avait besoin, ce qui constitue également une violation des articles 1^{er} et 12 de la Convention.

Méconnaissance du droit à décider et à contrôler la capacité de procréer dans le cadre de l'avortement thérapeutique

7.13 L'opinion et la volonté de la femme pour ce qui est de la poursuite de la grossesse sont fondamentales car, même si les diagnostics médicaux sont ceux qui fournissent les éléments techniques permettant de savoir si la grossesse est incompatible de quelque manière que ce soit avec sa santé, la détermination de la gravité des dommages que la poursuite de la grossesse peut causer comporte un élément subjectif qui ne saurait être ignoré et qui représente le degré de risque personnel que la femme est disposée à assumer. En outre, comme dans tout autre cas où l'État intervient dans une décision personnelle, cette intervention doit être légale et réglementée de façon que, dans le respect de la procédure régulière, la personne concernée ait la possibilité d'être entendue. L'absence de telles sauvegardes constitue une violation du droit à la non-ingérence arbitraire dans des décisions qui, de manière générale, relèvent de la vie privée et de l'autonomie de chaque être humain.

7.14 Dans le cas d'espèce, il y a eu ingérence illégitime et irrationnelle dans la décision de L. C. de mettre un terme à sa grossesse. L'absence de réglementation concernant l'accès à l'avortement thérapeutique a soumis L. C. à l'arbitraire des agents de l'État, ce qui a constitué une violation de son droit à décider librement et de manière responsable du nombre d'enfants qu'elle voulait avoir. Cette ingérence constitue par conséquent une violation par l'État partie de ses obligations au titre de l'alinéa e du paragraphe 1 de l'article 16 de la Convention.

Importance des recommandations générales émanant du Comité

7.15 Les recommandations générales émanant du Comité constituent l'interprétation autorisée de la Convention et des obligations qui en découlent pour les États et sont ainsi le meilleur outil dont ils disposent pour respecter la Convention. Il est par conséquent naturel que quand une communication concernant la violation par un État partie de ses obligations au titre de la Convention est présentée, le cadre d'évaluation de la conduite de l'État concerné comprenne non seulement le texte de la Convention mais également les interprétations qui sont faites de ses dispositions par le Comité chargé de sa supervision. C'est pour cette raison que l'auteur se réfère aux recommandations générales car elles constituent un critère d'évaluation de la façon dont les États, en l'occurrence le Pérou, respectent la Convention.

7.16 Se fondant sur ce qui précède, l'auteur demande au Comité de déclarer que les articles de la Convention susmentionnés ont été violés; de demander que soient prises des mesures pour assurer réparation et satisfaction, avec des garanties que ce genre de cas ne se reproduira pas; et d'exhorter l'État à adopter et mettre en œuvre les dispositions législatives, administratives et judiciaires nécessaires pour que le droit à la santé en matière de sexualité et de procréation des femmes soit respecté sans discrimination aucune et à faire en sorte que la responsabilité à cet égard des agents de l'État puisse être engagée le cas échéant.

7.17 Le 31 mars 2011, l'auteur a transmis au Comité un avis juridique établi par la Commission internationale de juristes, une organisation non gouvernementale. Dans cet avis sont abordées des questions relatives à l'obligation qu'ont les États parties, au titre de la Convention et du droit international des droits de l'homme en général, d'offrir des voies de recours effectives et une réparation, en particulier pour ce qui est de l'exercice par les femmes, dans des conditions d'égalité, du droit à la vie et à la santé et du droit à ne pas être soumises à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. L'avis rappelle la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme dans les affaires *Tysiacc. Pologne et A., B. et C. c. Irlande*, où la Cour a conclu que les États devaient établir une procédure efficace et accessible permettant aux femmes d'obtenir un avortement légal. La Commission estimait dans son avis qu'en l'absence de telle procédure il n'était pas possible de reprocher à l'auteur, dans le cas d'espèce, de ne pas avoir épuisé les recours internes.

Délibérations du Comité*Examen de la recevabilité*

8.1 Le Comité a examiné la recevabilité de la communication, conformément aux articles 64 et 66 de son règlement intérieur. S'agissant de l'alinéa *a* du paragraphe 2 de l'article 4 du Protocole facultatif, le Comité s'est assuré qu'une affaire semblable n'était pas déjà, ou n'avait pas été examinée dans le cadre d'une autre procédure d'enquête ou de règlement au niveau international.

8.2 L'État partie soutient que les voies de recours internes n'ayant pas été épuisées, la communication doit être jugée irrecevable, conformément au paragraphe 1 de l'article 4 du Protocole facultatif. Il note en particulier que l'auteur n'a pas introduit de recours en *amparo* et dit qu'il n'est pas d'accord avec l'opinion de cette dernière selon laquelle les délais permettant de mener à bien cette procédure n'étaient pas adaptés à la nécessité d'agir avec la rapidité extrême qu'exigeait la situation de L. C. Il affirme que l'affaire aurait pu être réglée en première instance; que, dans ce type d'affaire, l'arrêt devait être rendu au cours de l'audience pendant laquelle est examinée ou, exceptionnellement, dans les cinq jours suivants; et qu'il existe des dérogations au principe de l'épuisement des recours antérieurs, par exemple dans l'éventualité de dommages irréparables. L'État partie note

également que l'auteur aurait pu entamer une procédure judiciaire afin de demander des dommages et intérêts.

8.3 Face à ces arguments, l'auteur affirme qu'il n'existe pas dans l'État partie de procédure administrative ou judiciaire qui aurait permis à L. C. d'exercer son droit de recevoir les soins médicaux urgents que son état requérait. S'agissant du recours en *amparo*, il existe divers problèmes de procédure qui font obstacle à un règlement rapide: il n'y a pas de délais légaux pour que le juge accepte la demande ou tienne une audience; le système de notification judiciaire est défectueux dans l'État partie; et il n'existe pas de précédents d'affaires similaires qui auraient été réglées rapidement de cette manière. Elle affirme également que quand L. C. a obtenu une réponse de l'hôpital la notifiant qu'il refusait de procéder à l'interruption de grossesse, cinquante-six jours s'étaient déjà écoulés depuis la tentative de suicide, et que l'attente supplémentaire pour obtenir une décision judiciaire obligeant l'hôpital à pratiquer l'interruption de grossesse aurait eu pour conséquence une aggravation de son état clinique. L'auteur réfute également l'assertion selon laquelle une action au civil peut être considérée comme un recours adéquat.

8.4 Le Comité estime que, compte tenu de la gravité de l'état de santé de L. C., les recours introduits par l'auteur, à savoir l'ensemble des démarches auprès des autorités hospitalières, étaient ceux qu'il convenait d'introduire conformément à la législation interne. Le Comité souligne les faits suivants qui ne sont pas contestés: L. C. a été hospitalisée le 31 mars 2007; une opération chirurgicale a été recommandée par le chef du département de neurochirurgie et programmée pour le 12 avril 2007: à la date prévue, l'opération a été annulée; le 13 avril 2007, l'auteur a été informée par le chef du département de neurochirurgie que L. C. ne pouvait être opérée en raison de sa grossesse; le 18 avril 2007, l'auteur a adressé une demande écrite aux autorités médicales pour demander l'interruption de la grossesse. La commission médicale de l'hôpital a rendu sa décision sur la demande le 30 mai 2007 seulement. Le 7 juin 2007, se fondant sur un rapport du Conseil de l'ordre des médecins péruvien daté du 7 mai 2007 selon lequel la poursuite de la grossesse mettait gravement en danger la santé de L. C., l'auteur a adressé aux autorités de l'hôpital une demande de réexamen de leur décision. Ces dernières n'ont statué sur la demande que le 27 juin 2007, après la fausse couche de L. C., survenue le 16 juin 2007. Il était indiqué dans la décision que celle-ci n'était pas susceptible d'appel. Le Comité considère que cette procédure a été trop longue et insatisfaisante. En outre, le Comité estime qu'il n'est pas raisonnable d'exiger de l'auteur qu'elle saisisse les autorités judiciaires, après la longue procédure engagée devant les autorités médicales, pour entamer une procédure dont la durée était imprévisible. Ce caractère imprévisible tient non seulement à l'imprécision de la loi s'agissant des délais établis en matière de recours en *amparo*, mais également au fait que la rapidité de ce recours ne peut être démontrée par la jurisprudence, comme l'indiquent les informations fournies par les parties¹¹. Le Comité considère que la victime ne disposait d'aucune procédure juridique appropriée qui lui aurait permis d'accéder à une décision préventive, indépendante et exécutoire. Le Comité estime donc que la dérogation à la règle de l'épuisement des voies de recours internes prévue au paragraphe 1 de l'article 4 du Protocole facultatif, en relation avec l'improbabilité que le recours en *amparo* puisse se traduire par une réparation effective pour la victime, est applicable en l'espèce. Le Comité estime également qu'une action civile en dommages et intérêts ne constitue pas non plus un recours permettant à l'auteur d'obtenir réparation, car elle n'aurait pu en aucun cas prévenir les atteintes irréparables à la santé de L. C. ni y remédier.

¹¹ Voir le paragraphe 5.3 plus haut.

8.5 Étant donné qu'il n'existe pas d'autre obstacle à la recevabilité, le Comité considère la communication recevable et l'examine au fond.

Examen au fond

8.6 Le Comité a examiné la présente communication en tenant compte de toutes les informations fournies par les parties, conformément au paragraphe 1 de l'article 7 du Protocole facultatif.

8.7 Le Comité rappelle que L. C. est tombée enceinte à l'âge de 13 ans à la suite d'abus sexuels répétés et a ensuite tenté de se suicider; dans l'État partie, l'avortement n'est pas autorisé par la loi en cas de viol ou d'abus sexuels. Le Comité doit décider si le refus de l'hôpital de pratiquer l'avortement thérapeutique de L. C. prévu à l'article 119 du Code pénal et l'ajournement de son opération à la colonne vertébrale se sont traduits par une violation de ses droits au titre de la Convention. L'auteur invoque en particulier les articles 1^{er}, 2 c) et f), 3, 5, 12 et 16, paragraphe 1 e), de la Convention.

8.8 Le Comité prend note de l'observation de l'État partie selon laquelle la raison du report de l'opération à la colonne vertébrale n'a pas été la grossesse, mais l'existence d'une infection dans la région où devait s'effectuer l'incision chirurgicale, ainsi qu'il ressort des rapports d'évaluation établis par la commission médicale, dont la première réunion a eu lieu le 24 avril 2007. Le Comité prend toutefois également note des assertions de l'auteur selon lesquelles l'opération avait été initialement prévue le 12 avril 2007; elle a été informée le jour suivant que la raison de son report était le souci de prévenir des dommages au fœtus, et la présence d'une infection avait été constatée pour la première fois le 23 avril 2007 seulement. Le Comité estime que l'État partie n'a pas démenti les assertions de l'auteur et donc qu'il existe une relation directe entre le report de l'intervention chirurgicale, dont la nécessité ne peut être mise en doute, et la grossesse de L. C.

8.9 Le Comité déterminera si les faits, tels qu'établis, constituent une violation des droits de L. C. en vertu des articles 1^{er}, 2 c) et f), 3, 5, 12 et 16, paragraphe 1 e), de la Convention.

8.10 L'auteur allègue que ces faits constituent une violation de l'article 12, la poursuite de la grossesse ayant constitué un risque pour la santé physique et mentale de L. C. Elle allègue également qu'il y a eu violation de l'article 5 car l'accès opportun à un traitement médical nécessaire a dépendu de la poursuite d'une grossesse non désirée, ce qui répond au stéréotype consistant à placer la fonction de procréation de L. C. avant son droit à la santé, à la vie et à une existence digne. Il y aurait eu également violation de l'article 16, paragraphe 1 e), car elle a été privée de son droit à décider du nombre de ses enfants.

8.11 Le Comité rappelle les obligations contractées par l'État partie au titre de l'article 12, à savoir, prendre toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille. Il rappelle également sa Recommandation générale n° 24, qui fait autorité en matière d'interprétation de l'article 12 de la Convention, selon laquelle «il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction» (par. 11). La Recommandation dispose également ceci: «L'obligation qu'ont les États parties d'assurer aux femmes, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux et aux services d'information et d'éducation en matière de santé implique celles de respecter, de protéger et de garantir la réalisation des droits des femmes en matière de soins de santé. Il incombe aux États parties de veiller à ce que leur législation, leurs politiques et les décisions de leurs tribunaux n'aillent à l'encontre d'aucune de ces trois obligations. Ils

doivent également mettre en place un système qui assure que les décisions des tribunaux soient suivies d'effet. Dans le cas contraire, il y aurait violation de l'article 12.» (par. 13).

8.12 Le Comité fait observer que le jour suivant son hospitalisation et avant que la grossesse de L. C. ait pu être constatée, un diagnostic de risque d'invalidité permanente a été posé et que les médecins ont programmé une intervention chirurgicale à la colonne vertébrale pour le 12 avril 2007. Cette intervention n'a pas eu lieu et l'auteur a été informée le 13 avril 2007 que la raison en était le danger éventuel pour le fœtus. Dans les jours qui ont suivi, l'état de santé de L. C. s'est aggravé, son intégrité cutanée et sa mobilité se sont détériorées et son anxiété s'est accrue, et la présence d'un ulcère cutané infecté a été constatée le 23 avril 2007. Il ressort clairement des informations figurant dans le dossier que l'intervention chirurgicale était nécessaire, que celle-ci devait être réalisée dès que possible, comme le prouve le fait qu'elle avait été programmée à l'origine pour les jours qui suivaient son hospitalisation, qu'après le 12 avril 2007 des complications sont survenues qui ont motivé le report de l'opération qui n'a pu s'effectuer que le 11 juillet 2007, et que les médecins ont jugé la grossesse «à haut risque et susceptible d'aggraver le risque de morbidité maternelle».

8.13 Le Comité note que la loi n° 26842 sur la santé, du 9 juillet 1997, a abrogé la procédure de l'avortement thérapeutique, créant un vide juridique du fait qu'elle ne prévoit aucune procédure permettant de solliciter l'avortement thérapeutique autorisé par l'article 119 du Code pénal.

8.14 Le Comité note de surcroît que selon les rapports fournis par l'État partie, la commission médicale ne s'est pas prononcée sur les éventuelles conséquences que la poursuite de la grossesse aurait sur la santé physique et mentale de la patiente, bien qu'aux dates auxquelles ces rapports ont été publiés il n'avait pas encore été donné suite à la demande d'avortement thérapeutique formulée par l'auteur conformément à l'article 119 du Code pénal. En vertu de cette disposition, l'avortement thérapeutique est autorisé afin d'éviter des atteintes graves et permanentes à la santé de la mère. En outre, le refus de la part des médecins de l'hôpital de procéder à une interruption de grossesse va à l'encontre de l'opinion du Conseil de l'ordre des médecins qui, le 7 mai 2007, a estimé qu'il existait des arguments suffisants pour affirmer que si la grossesse se poursuivait, la santé physique et mentale de la jeune fille serait gravement menacée et que l'avortement thérapeutique se justifiait donc. Le Comité note aussi que la commission médicale de l'hôpital a refusé l'interruption de grossesse parce qu'elle estimait que la vie de L. C. n'était pas en danger, mais elle n'a pas examiné la question du dommage causé à sa santé, notamment mentale, droit qui est protégé par la Constitution péruvienne.

8.15 Compte tenu de ce qui précède, le Comité estime que vu sa condition de femme enceinte, L. C. n'a pas bénéficié d'une procédure efficace et accessible lui permettant de faire valoir son droit aux soins médicaux que son état de santé physique et mentale demandait. Ces soins comprenaient aussi bien l'opération de la colonne vertébrale que l'avortement thérapeutique. Cela était d'autant plus grave qu'il s'agissait d'une mineure victime de violences sexuelles. La tentative de suicide montre bien le degré de souffrance mentale qui était le sien à cause de ces abus. Le Comité en conséquence estime que les faits décrits constituent une violation des droits de L. C. reconnus à l'article 12 de la Convention. Le Comité considère aussi que les faits font apparaître une violation de l'article 5 de la Convention, dans la mesure où la décision de retarder l'opération à cause de la grossesse était influencée par le préjugé qui veut que le fœtus est plus important que la santé de la mère. Parvenu à cette conclusion, le Comité ne juge pas nécessaire de se prononcer sur la violation possible de l'article 16, paragraphe 1 e), de la Convention.

8.16 Pour ce qui est des allégations relatives à l'éventuelle violation de l'article 2 c) et f), le Comité rappelle sa jurisprudence selon laquelle même s'il reconnaît que le texte de la Convention ne fait pas expressément référence au droit de recours, il estime que ce droit est

implicite, en particulier dans l'article 2 c), qui dispose que les États parties s'engagent à «instaurer une protection juridictionnelle des droits des femmes sur un pied d'égalité avec les hommes et garantir, par le truchement des tribunaux nationaux compétents et d'autres institutions publiques, la protection effective des femmes contre tout acte discriminatoire»¹². De plus, en vertu de l'article 2 f), lu conjointement aussi avec l'article 3, l'État partie est tenu de prendre toutes les mesures appropriées, y compris des dispositions législatives, pour modifier ou abroger toute loi qui constitue une discrimination à l'égard des femmes. Le Comité fait observer que la commission médicale de l'hôpital a mis quarante-deux jours pour prendre une décision concernant la demande d'avortement présentée par l'auteur, et le directeur de l'hôpital vingt jours supplémentaires pour faire suite à la demande de réexamen. En outre, comme il a déjà été indiqué, le recours en *amparo* ne constituait pas un recours judiciaire efficace pour protéger les droits de l'auteur aux soins médicaux nécessaires. Le Comité prend également note des allégations de l'auteur sur l'absence dans l'État partie de textes législatifs et réglementaires régissant l'accès à l'avortement thérapeutique, qui a pour conséquence que chaque hôpital détermine de façon arbitraire, notamment, le type de conditions à réunir, la procédure à suivre, les délais pour prendre une décision et l'importance qu'il convient d'accorder à l'opinion de la mère. Ces allégations n'ont pas été réfutées par l'État partie.

8.17 Le Comité estime que puisque l'État partie a légalisé l'avortement thérapeutique, il lui incombe d'établir un cadre juridique approprié permettant aux femmes d'exercer leur droit à ce type d'avortement dans des conditions optimales et avec la sécurité juridique nécessaire, tant pour celles qui ont recours à l'avortement que pour les professionnels de la santé qui doivent le pratiquer. Il est essentiel que ce cadre juridique prévoie un mécanisme de prise de décisions rapide visant à limiter autant que possible les risques éventuels pour la santé de la femme enceinte, que l'opinion de cette dernière soit prise en compte, et que la décision soit dûment motivée et susceptible d'appel¹³. Dans le cas à l'examen, le Comité estime que L. C. n'a pu bénéficier d'une procédure de demande d'avortement thérapeutique répondant à ces caractéristiques. À la lumière des informations figurant dans le dossier, le Comité estime notamment que la lenteur des autorités hospitalières pour donner suite à la demande a eu des conséquences néfastes sur sa santé physique et mentale. Il estime par conséquent que L. C. n'a pas disposé d'un recours efficace et que les faits exposés ont donné lieu à une violation des alinéas *c* et *f* de l'article 2 de la Convention.

8.18 Le Comité note que le fait que l'État partie n'ait pas protégé les droits de procréation de la femme et n'ait pas mis en place une législation reconnaissant l'avortement en cas d'abus sexuels et de viol a contribué à la situation dans laquelle se trouve L. C. Le Comité note aussi que l'État partie porte la responsabilité du fait que l'on n'ait pas reconnu le risque d'invalidité permanente encouru par L. C., lequel, conjugué avec sa grossesse, mettait gravement en danger sa santé physique et mentale, et aussi du fait qu'elle n'ait pas reçu les soins médicaux appropriés, à savoir une opération chirurgicale à la colonne vertébrale en temps voulu et un avortement thérapeutique, autorisé dans des cas semblables par le Code pénal. L. C. a connu des souffrances physiques et mentales considérables. Sa famille a également subi des préjudices moraux et matériels. Après la fausse couche du 16 juin 2007, L. C. a subi une opération chirurgicale à la colonne vertébrale le 11 juillet 2007, près de trois mois et demi après que le chef du département de neurochirurgie eût recommandé une intervention d'urgence. Alors que les rapports médicaux notaient qu'elle nécessitait une physiothérapie et une rééducation post-traumatique intensives après l'intervention chirurgicale, L. C. n'a reçu le traitement de rééducation physique ainsi que le soutien psychologique/psychiatrique nécessaires que plusieurs mois après l'intervention

¹² Voir la communication n° 18/2008, *Vertido c. Philippines*, constatations adoptées le 16 juillet 2010, par. 8.3.

¹³ Voir à cet égard l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme dans l'affaire *Tysiack c. Pologne*, par. 116 à 118.

chirurgicale, c'est-à-dire à partir du 10 décembre 2007. Après avoir passé deux mois à l'Institut national de réadaptation, L. C. a dû renoncer au traitement faute de moyens financiers. Le Comité note que L. C., une jeune fille de 16 ans au moment où la communication a été présentée, est entièrement paralysée à partir du cou et qu'elle peut seulement faire quelques mouvements limités avec les mains. Elle est dans un fauteuil roulant et nécessite des soins constants. Elle ne peut pas poursuivre ses études et sa famille est également dans une situation précaire. Sa mère (l'auteur), qui doit s'occuper en permanence de L. C., ne peut pas travailler. Le coût des médicaments et des appareils dont a besoin L. C. fait aussi peser une charge financière excessive sur la famille.

9. Le Comité, agissant en vertu des dispositions du paragraphe 3 de l'article 7 du Protocole facultatif, estime que l'État partie ne s'est pas acquitté de ses obligations et a par conséquent violé les droits reconnus à L. C. dans les articles 2 c) et f), 3, 5 et 12, conjugués à l'article premier de la Convention. En conséquence, le Comité adresse à l'État partie les recommandations suivantes:

En ce qui concerne L. C.:

9.1 L'État partie devrait assurer une réparation et notamment une indemnisation adéquate pour les préjudices matériels et moraux ainsi que les mesures de réadaptation/rééducation que justifient la gravité de la violation des droits de l'intéressée et son état de santé, afin qu'elle puisse bénéficier de la meilleure qualité de vie possible.

De manière générale:

9.2 L'État partie devrait:

a) Réviser ses normes en vue de mettre en place un mécanisme permettant un accès effectif à l'avortement thérapeutique dans des conditions qui protègent la santé physique et mentale des femmes, et faire en sorte que des violations analogues ne se reproduisent pas à l'avenir;

b) Prendre des mesures pour s'assurer que les dispositions pertinentes de la Convention et de la Recommandation générale n° 24 du Comité concernant les droits en matière de procréation sont connues et respectées dans tous les établissements de santé. Ces mesures devraient comporter des programmes d'éducation et de formation visant à encourager les personnels de santé à changer d'attitude et de comportement à l'égard des adolescentes en quête de services de santé en relation avec la procréation et à répondre aux besoins spécifiques de santé liés à la violence sexuelle. Ces mesures devraient aussi inclure des directives ou protocoles visant à ce que des services de santé soient disponibles et accessibles dans les établissements publics; et

c) Revoir sa législation afin de décriminaliser l'avortement lorsque la grossesse résulte d'un viol ou de violences sexuelles.

9.3 Le Comité réitère la recommandation qu'il a formulée à l'intention de l'État partie à l'occasion de l'examen de son sixième rapport périodique (CEDAW/C/PER/CO/6, par. 25) dans laquelle il a invité le pays à revoir son interprétation restrictive de l'avortement thérapeutique, conformément à la Recommandation générale n° 24 du Comité et à la Déclaration et au Programme d'action de Beijing.

10. Conformément au paragraphe 4 de l'article 7 du Protocole facultatif, l'État partie tiendra dûment compte des constatations et recommandations du Comité et lui soumettra dans un délai de six mois une réponse écrite l'informant notamment de toute mesure prise à la lumière desdites constatations et recommandations. L'État partie doit également publier les constatations et recommandations du Comité, en préservant l'anonymat de l'auteur et de la victime, et les distribuer largement afin de toucher tous les secteurs pertinents de la population.