

**EUROPEAN COMMITTEE OF SOCIAL RIGHTS  
COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX**

**DECISION SUR LE BIEN-FONDE**

**Date de l'adoption : 10 septembre  
2013**

**Date du prononcé : 10 mars 2014**

**Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen  
(IPPF EN)  
c. Italie**

Réclamation n° 87/2012

Le Comité européen des Droits sociaux, comité d'experts indépendants institué en vertu de l'article 25 de la Charte sociale européenne (« le Comité »), au cours de sa 266<sup>e</sup> session où siégeaient :

Luis JIMENA QUESADA, Président  
Monika SCHLACHTER, Vice-Présidente  
Petros STANGOS, Vice-Président  
Lauri LEPPIK  
Birgitta NYSTRÖM  
Rüçhan IŞIK  
Alexandru ATHANASIU  
Jarna PETMAN  
Elena MACHULSKAYA  
Giuseppe PALMISANO  
Karin LUKAS  
Jozsef HAJDU  
Marcin WUJCZYK

Assisté de Régis BRILLAT, Secrétaire exécutif

Après avoir délibéré les 19 mars, 14 mai, 2 juillet et 10 septembre 2013,

Sur la base du rapport présenté par Karin LUKAS,

Rend la décision suivante adoptée à cette dernière date:

## **PROCEDURE**

1. La réclamation présentée par l'IPPF EN a été enregistrée le 9 août 2012.
2. L'IPPF EN allègue que le libellé du paragraphe 4 de l'article 9 de la loi n° 194 de 1978, qui régit l'objection de conscience des praticiens hospitaliers et d'autres personnels de santé en matière d'interruption de grossesse, est contraire à l'article 11 (droit à la protection de la santé) de la Charte sociale européenne révisée (« la Charte »), lu seul ou en combinaison avec la clause de non-discrimination de l'article E, en ce qu'il ne protège pas le droit des femmes de procéder à une interruption de grossesse.
3. Le Comité a déclaré la réclamation recevable le 22 octobre 2012. Conformément à l'article 26 *in fine* de son Règlement et au vu de la gravité des allégations, le Comité a décidé de traiter en priorité la présente réclamation et a par conséquent fixé des délais de procédure qui ne pourront être prorogés.
4. En application de l'article 7, paragraphes 1 et 2 du Protocole prévoyant un système de réclamations collectives (« le Protocole ») et de la décision du Comité sur la recevabilité de la réclamation, le Secrétaire exécutif a adressé le 31 octobre 2012 le texte de la décision sur la recevabilité au Gouvernement italien (« le Gouvernement ») et à l'IPPF EN. Le même jour, il l'a également communiqué aux Parties contractantes au Protocole et aux Etats ayant fait une déclaration en application de l'article D§2, ainsi qu'aux organisations visées à l'article 27§2 de la Charte.
5. Le Comité a fixé au 6 décembre 2012 le délai pour la présentation du mémoire du Gouvernement sur le bien-fondé de la réclamation et au 17 janvier 2013 le délai pour la réplique de l'IPPF EN. Le mémoire du Gouvernement sur le bien-fondé a été enregistré le 4 décembre 2012 ; la réplique de l'IPPF EN a quant à elle été enregistrée le 17 janvier 2013 et transmise au Gouvernement le 13 février 2013.
6. Le 1<sup>er</sup> décembre 2012, le *Centre européen pour le droit et la justice* (« CEDJ ») a demandé à pouvoir présenter des observations sur la réclamation. En application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité a invité, le 21 décembre 2012, le CEDJ à présenter ses observations avant le 17 janvier 2013. Lesdites observations ont été enregistrées le 17 janvier 2013 et transmises au Gouvernement et à l'IPPF EN le 13 février 2013.
7. Au cours de sa 263<sup>e</sup> session, le Comité a invité les deux parties à fournir des informations supplémentaires. A cette fin, le 28 mars 2013, le Secrétaire exécutif a adressé au Gouvernement et à l'IPPF EN une liste de questions en leur demandant d'y répondre pour le 22 avril 2013.

8. La réponse du Gouvernement à la demande du Comité a été enregistrée le 23 avril 2013. A la requête de l'IPPF EN, le Président du Comité a accordé une prorogation du délai jusqu'au 6 mai 2013. La réponse de l'IPPF EN a été enregistrée le 6 mai 2013.

9. Le 24 mai 2013, M. Carlo Casini, Président de l'ONG *Movimento per la Vita italiano* (« MVI ») a demandé à pouvoir présenter des observations. En application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité a invité, le 29 mai 2013, M. Casini à présenter ses observations avant le 28 juin 2013. Lesdites observations ont été enregistrées le 26 juin 2013 et transmises au Gouvernement et à l'IPPF EN le 28 juin 2013.

10. Le 11 juin 2013, l'ONG *Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica* (« ALCLRS ») a demandé à pouvoir présenter des observations. En application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité l'a invitée, le 12 juin 2013 à présenter ses observations avant le 28 juin 2013. A la requête de l'ALCLRS, le Président du Comité a accordé une prorogation du délai jusqu'au 20 août 2013. Lesdites observations ont été enregistrées le 2 août 2013 et transmises au Gouvernement et à l'IPPF EN le 5 août 2013.

11. Le 20 juin 2013, l'ONG AIED – *Associazione italiana per l'educazione demografica* (« AIED ») a demandé à pouvoir présenter des observations. En application de l'article 32A du Règlement, le 12 juin 2013 le Président du Comité a invité l'AIED à présenter ses observations avant le 20 août 2013. Lesdites observations ont été enregistrées le 18 août 2013 et transmises au Gouvernement et à l'IPPF EN le 29 août 2013.

## **CONCLUSIONS DES PARTIES**

### **1 – L'Organisation auteur de la réclamation**

12. L'IPPF EN allègue que le nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé objecteurs de conscience fait que le paragraphe 4 de l'article 9 de la loi n° 194 du 22 mai 1978 sur les normes relatives à la protection sociale de la maternité et à l'interruption volontaire de grossesse (« loi n° 194/1978 ») ne permet pas de garantir l'exercice effectif du droit des femmes d'interrompre leur grossesse, ce qui constitue une violation du droit à la santé garanti par l'article 11 de la Charte. L'organisation auteur de la réclamation allègue également que le droit des femmes souhaitant interrompre leur grossesse n'est pas assuré sans discrimination et que ceci constitue une violation de l'article E, lu en combinaison avec l'article 11.

### **2 – Le Gouvernement défendeur**

13. Le Gouvernement invite le Comité à déclarer la réclamation de l'IPPF EN infondée:

« a) à cause de l'interprétation donnée par [l'IPPF EN] qui bouleverse les articles 11 et E de la Charte au dommage de la santé et de la vie des femmes que [l'IPPF EN] veulent être assistées seulement par un personnel médical non objecteur qui

favorise leur interruption volontaire de grossesse sans vérifier leur situation physique et psychique mais seulement [leur situation] économique;

b) parce que l'État ne peut pas limiter le [nombre de] personnel médical qui déclare son objection de conscience dans le respect de la liberté de conscience, comme reconnu dans la jurisprudence de la Cour européenne de droits de l'homme relative à l'article 9 de la Convention de 1950 ».

**OBSERVATIONS DU CENTRE EUROPEEN POUR LE DROIT ET LA JUSTICE ET DE MOVIMENTO PER LA VITA ITALIANO, ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI PER LA LIBERTÀ DI RICERCA SCIENTIFICA ET AIED – ASSOCIAZIONE ITALIANA PER L'EDUCAZIONE DEMOGRAFICA**

**1 – Centre européen pour le droit et la justice**

14. Le CEDJ est une organisation non gouvernementale accréditée par les Nations Unies et spécialisée dans la défense de la liberté de conscience et de religion. Il est intervenu à ce titre dans un certain nombre d'affaires portées devant la Cour européenne des droits de l'homme et d'autres instances internationales qui s'emploient à protéger les droits de l'homme.

(Informations publiées sur le site internet du CEDJ: <http://www.eclj.org>)

15. Dans ses observations relatives à la réclamation, le CEDJ argue que dans la réclamation l'IPPF EN « (...) n'avance pas le moindre exemple concret de cas dans lequel une patiente n'aurait pas été en mesure de subir un avortement nécessaire au regard de son état de santé, ni même d'ailleurs, un avortement sur demande ». Il considère qu'« aucun élément concret n'est avancé pour prouver que les structures médicales italiennes ne sont pas capables de prendre en charge, sur l'ensemble du territoire, des patientes enceintes lorsque leur vie ou leur santé sont menacées ». Or, constate-t-il, « c'est là la seule obligation (de moyen) à laquelle sont tenus les Etats parties à la Charte », en soulignant que L'organisation auteur de la réclamation « (...) ne prouve pas que les femmes voulant avorter pour préserver leur santé ne sont pas en mesure de le faire dans le délai légal ».

16. Le CEDJ note également que « l'existence d'une prétendue discrimination en Italie dans l'accès à l'avortement (...) n'est pas fondée dans les faits et est même assez étrange dans sa formulation ; en effet selon l'IPPF EN, il existerait une discrimination entre les femmes selon qu'elles sont enceintes ou non ». Le CEDJ se demande ici « [s'il faut] comprendre que cette « discrimination » romprait l'égalité entre les femmes dans leur « droit à ne pas être enceintes ». A cet égard, il considère que « c'est porter très loin dans l'absurde le discours théorique sur les notions de droit à l'avortement, de non-discrimination et d'égalité ».

17. Plus généralement, le CEDJ constate que l'objection de conscience à l'interruption volontaire de grossesse est un droit « personnel », « fondamental » et « inaliénable », « que l'individu possède naturellement et directement ». Il considère qu'en revanche l'avortement n'est pas un « droit fondamental » et qu'on ne peut l'envisager comme un « traitement médical que quand il est réalisé pour sauver la vie de la mère ». Pour le CEDJ, « le droit à l'objection de conscience existe par principe en dehors de toute permission législative ; à l'inverse, c'est le médecin et

l'établissement médical qui pratiquent l'avortement (...) qui ont besoin de la permission de la loi et de l'agrément des autorités sanitaires ». En outre, le CEDJ estime qu'en cas de danger pour la vie de la mère, l'application de la loi n° 194 /1978, qui permet aux médecins de pratiquer un avortement, a « le plus souvent peu de rapports directs avec une cause proprement médicale ». Le CEDJ souligne qu'en pareil cas, « le médecin a pleinement le droit d'exercer son objection de conscience garantie à l'article 9 de la loi de 1978 ».

18. S'agissant de la présentation de la réclamation au Comité, le CEDJ est d'avis que « les instances internationales de protection des droits de l'homme, en particulier les instances quasi-juridictionnelles productrices de *soft law*, sont utilisées pour affirmer et construire de façon prétorienne un droit fondamental à l'avortement » et déclare que:

« C'est l'objet de cette requête auprès [du] Comité, qui vise à introduire l'accès à l'avortement au statut de droit social, et à réduire la portée du droit à l'objection de conscience ».

## **2 – Movimento per la Vita italiano**

19. MVI est une fédération italienne de plus de six-cent groupements locaux, centres de service pour l'aide à la vie (*Centri di servizi di aiuto alla vita*) et maisons d'accueil (*Case di accoglienza*) actifs sur le territoire national. MVI a pour but de promouvoir et défendre le droit à la vie et à la dignité de chaque personne, de la conception à la mort naturelle - en favorisant la culture de l'accueil des personnes les plus faibles et vulnérables - et, tout d'abord, de l'enfant conçu et pas encore né.

(Informations publiées sur le site internet de l'Association: <http://www.mpv.org>).

20. Les observations ont été présentées par M. Carlo Casini en sa qualité de Président de MVI, ainsi qu'en sa capacité personnelle. Les observations se réfèrent tout d'abord aux motifs et au fondement juridique de l'objection de conscience. Dans ce cadre, MVI déclare que « [l]e médecin objecte à la pratique de l'avortement parce qu'il ne veut pas tuer un être humain ». Une référence est faite à la reconnaissance de « la valeur de la vie humaine » qui représente « la raison de l'objection de conscience ». Il est observé que « l'avortement est l'exception [au principe général lié à la reconnaissance de la valeur de la vie humaine]. Compte tenu de ce qui précède, MVI affirme que « pour défendre l'objection de conscience, il suffit de démontrer que l'opinion de l'objecteur de conscience n'est pas irraisonnable et sans fondement » et que cette opinion est basée sur le principe qu'un enfant conçu est déjà « un être humain ».

21. Sur la base de ces considérations, un certain nombre de documents internationaux sont mentionnés : les Recommandations 874 (1979), 1046 (1986), et 1100 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe; la Convention sur la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine ; la Convention européenne des droits de l'homme, y compris des références aux arrêts pertinents de la Cour européenne des droits de l'Homme ; l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne dans l'affaire *Brüstle c. Greenpeace* du 18 Octobre 2011; la Convention américaine relative aux droits de l'homme ; la Convention relative aux droits de l'enfant ; des

arrêts de la Cour constitutionnelle allemande. En ce qui concerne le droit italien, les documents suivants sont mentionnés : la Loi n° 40/2004 (article 1) ; la Loi n° 194/1978 (articles 1 et 2); l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 27 du 18 février 1975. Par ailleurs, référence est faite aux avis adoptés par le Comité national pour la bioéthique (*Comitato Nazionale per la Bioetica*), respectivement, les 28.06.1986, 11.04.2003, 15.07.2005, 18.11.2005, et 16.12.2005.

22. MVI considère que « [s]’il est raisonnable et bien-fondé de reconnaître dans l’enfant qu’une femme porte en son sein un être humain, l’objection de conscience d’un médecin constitue un véritable droit fondamental de l’homme : personne ne peut être contraint à tuer. La seule exception à ce droit est lorsqu’il s’agit de sauver une autre vie ». MVI est aussi d’avis que l’idée que l’objection de conscience constitue un “droit de l’homme” est confirmée par différents documents au niveau international et national, et plus particulièrement: les Résolutions 1763 (2010) et 1518 (2001) de l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe; la Charte des droits fondamentaux de l’Union européenne (article 10§2); l’arrêt n° 27617/04 *Tyasiac* et *RR c. Pologne* de la Cour européenne des droits de l’homme du 26 mai 2011; l’Avis du Comité national pour la bioéthique du 30.07.2012.

23. MVI considère que “[l]’avortement est admis uniquement en tant qu’exception au principe du respect de la vie humaine”, et que dans la jurisprudence italienne, sa légitimité est admise sur la base du concept de « l’état de nécessité ». Il affirme que c’est dans ce contexte que la Cour constitutionnelle, dans son arrêt n° 27 du 18.02.1975, a entre autres considéré qu’en ce qui concerne les intérêts en jeu, doivent être prises en considération, non seulement la vie mais également la santé de la mère.

24. En ce qui concerne les allégations de l’organisation auteur de la réclamation, dans la dernière partie de son texte, MVI observe que : a) il n’est pas vrai et il n’est pas prouvé que les femmes sont contraintes d’aller à l’étranger afin d’avorter en raison de l’objection de conscience ; b) si « quelques femmes » se rendent à l’étranger afin de mettre fin à leur grossesse, cela n’est pas dû à l’objection de conscience, mais au fait que dans certains pays étrangers « la loi est moins restrictive »; c) tous les rapports ministériels annuels attribuent la diminution de l’avortement légal en Italie non pas à l’objection de conscience mais au fonctionnement de la Loi No. 194/1978 ; « personne » n’a jamais attribué à l’objection de conscience la cause de la diminution des avortements légaux enregistrés.

### **3. *Associazione Luca Coscioni per la libertà per la ricerca scientifica***

25. L'ALCLRS est une organisation non gouvernementale italienne qui encourage la liberté de choix des personnes en matière de santé et de recherche scientifique, d'assistance personnelle autogérée, ainsi que les droits de l'homme civils et politiques pour les personnes souffrantes ou handicapées. Dans ce cadre, l'ALCLRS poursuit différents objectifs, y compris par le recours à la justice, concernant la protection des droits et des intérêts des individus dans leurs relations avec l'administration publique ainsi que la protection de leur santé et, dans ce cadre, promeut la mise en œuvre des droits des patients et de leurs proches.

(Information publiée sur le site web de l'association: <http://www.associazionelucacoscioni.it>)

26. Dans ses observations concernant la présente réclamation, et après avoir rappelé l'évolution de la jurisprudence et de la législation concernant l'avortement en Italie l'ALCLRS se réfère de manière spécifique à l'article 9 de la loi n° 194/1978 portant sur le droit des membres du personnel médical et paramédical à soulever l'objection de conscience dans le cadre de procédures d'interruption de grossesse. A ce sujet, l'ALCLRS considère qu'en Italie l'objection de conscience est en passe de devenir « un phénomène de masse » et que le niveau important de docteurs objecteurs empêche la prestation d'un service approprié aux femmes souhaitant mettre fin à leur grossesse, comme la loi le leur permet. L'ALCLRS est d'avis que le taux croissant d'objections de conscience en Italie révèle l'existence d'une contradiction interne au niveau du cadre juridique applicable. Ce qui gêne la prestation du service susmentionné.

27. L'ALCLRS cite le rapport du ministère italien de la Santé présenté au Parlement le 4 août 2011 qui montre qu'en 2009, sur le plan national, 70,7% des gynécologues ont soulevé objection de conscience et que cette tendance n'est pas à la baisse. L'ALCLRS considère que les risques pour la santé des femmes liés à ce pourcentage élevé rendraient nécessaire une approche régulatrice afin de protéger les intérêts en jeu : ceux des femmes souhaitant mettre fin à leur grossesse, mais également ceux des membres du personnel médical qui ne sont pas objecteurs et qui ne peuvent pas répondre à toutes les demandes.

28. L'ALCLRS est d'avis qu'en 1978, le droit à l'objection « était justifié par le contexte dans lequel il a été conçu », mais qu'aujourd'hui, après 35 ans, l'objection « n'a plus de fondement logique et légal » et qu' « il représente le plus grand obstacle à la pleine application de la loi 194/1978 ». L'ALCLRS soutient que « l'utilisation massive » de l'objection de conscience, même si en soi elle ne représente pas un délit en vertu de la loi pénale italienne, reste susceptible de provoquer une interruption de service publique, ce qui, dans ce cas, constitue bien un délit pour la législation nationale. A ce sujet, l'ALCLRS rappelle que la loi oblige les hôpitaux à garantir le service de santé concernant l'avortement indépendamment du choix fait par le personnel médical concerné.

29. L'ALCLRS indique collecter actuellement des informations sur les expériences de femmes pénalisées par l'inaccessibilité des services d'avortement ou qui sont confrontées à de graves difficultés pour y accéder. Dans ce contexte, l'ALCLRS argue que très souvent les femmes qui décident de mettre fin à leur grossesse ne sont pas prises en charge dans un moment où le temps représente un facteur déterminant : après 90 jours de gestation, l'avortement est admis uniquement lorsque la grossesse ou la naissance de l'enfant présente un risque important pour la vie de la mère ou lorsque des pathologies représentent une grave menace pour la santé physique ou mentale de la femme, comme par exemple celles associées à des malformations du fœtus. L'ALCLRS soutient qu'afin de pouvoir se faire avorter avant le troisième mois, les femmes sont souvent « contraintes d'errer », à la recherche d'un établissement hospitalier mettant à leur disposition des médecins non objecteurs, et que cette errance aggrave inévitablement les souffrances physiques et mentales liées à leur décision d'avorter.

30. En ce qui concerne les questions de discrimination, l'ALCLRS considère qu'en termes d'égalité d'accès aux soins, la recherche d'un service d'avortement opérationnel provoque « une discrimination territoriale et économique ». L'ALCLRS est d'avis que les demandes des femmes d'accéder aux procédures d'avortement sont traitées différemment et qu'« elles dépendent de la chance de la patiente » : si la femme concernée a suffisamment de chance pour vivre dans une région proche d'un établissement hospitalier offrant un service d'avortement, elle n'aura pas de difficulté à mettre fin à sa grossesse. En revanche, si cette femme vit dans une région avec un niveau élevé de personnel objecteur elle sera contrainte à se déplacer et à chercher une structure opérationnelle à ses propres frais.

#### **4. AIED – Associazione italiana per l'educazione demografica**

31. L'AIED est une organisation non-gouvernementale italienne dont les objectifs sont, entre autres de : « répandre le concept de procréation libre et responsable, stimuler le développement culturel et social dans le domaine de la sexualité ; promouvoir et soutenir des initiatives visant à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé humaine, à la fois au niveau individuel et collectif ; s'engager pour le développement d'une nouvelle culture se référant à la maternité et à la naissance, avec une attention particulière pour les différents problèmes posés par la procréation assistée et la bioéthique ; stimuler, mais aussi contrôler les institutions gouvernementales afin d'assurer le respect des lois en matière de contraception, avortement, information sexuelle et reproductive, prévention sanitaire et sociale, ainsi que de respect des minorités et de la diversité (en particulier l'homosexualité). L'AIED est aussi engagée dans la lutte contre la discrimination raciale, religieuse, sociale et politique ».

(Information publiée sur le site web de l'association : <http://www.aied.it>)



32. Dans ses observations concernant la réclamation, l'AIED rappelle un certain nombre de dispositions constitutionnelles et législatives nationales concernant la santé, l'avortement et l'objection de conscience. Dans ce contexte, référence est faite à la Constitution (article 2, 31 et 32 – voir paragraphe 35 ci-dessous), à la loi n° 194/1978 portant sur la protection sociale de la maternité et l'interruption volontaire de grossesse (articles 4, 6 et 9 – voir paragraphe 36 ci-dessous), ainsi qu'à la loi n° 405/1975 sur les centres de consultation pour les familles. L'AIED mentionne également la jurisprudence de référence en matière d'avortement, à savoir l'arrêt n° 27/1975 de la Cour constitutionnelle italienne (voir paragraphe 46 ci-dessous). Sur le plan international, l'AIED se réfère notamment à l'article 12 de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (voir paragraphe 40 ci-dessous).

33. En ce qui concerne la mise en œuvre de la loi 194/1978, l'AIED mentionne les chiffres officiels fournis par le ministère italien de la Santé au sujet de l'objection de conscience soulevée par des membres du personnel médical et paramédical dans la période 2006-2010. Sur la base des données disponibles, l'AIED indique que, pour l'année 2012, au niveau national, sept médecins sur dix ont été objecteurs de conscience. L'AIED considère aussi que la distribution territoriale de l'objection n'est pas homogène en Italie ; à cet égard, il est indiqué que dans certaines régions méridionales, le niveau d'objection dépasse 80% des gynécologues concernés. Sur la base de l'information fournie par "LAIGA - *Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'Attuazione della legge 194*" (Libre association des gynécologues pour l'application de la loi 194/1978), l'AIED argue que dans les régions du Latium et de Lombardie, le pourcentage des objecteurs est plus important que celui qui est enregistré par le ministère de la Santé (voir également paragraphes 84, 109, 120, 123 et 149 ci-dessous).

34. L'AIED soutient que les avortements illégaux sont en augmentation en Italie et que les derniers chiffres fournis par le ministère de la Santé en 2008 – estimant à 20 000 le nombre d'avortements clandestins – pourraient être sous-estimés car ils ne comprennent pas les femmes étrangères. De plus, l'AIED note l'augmentation des « avortements spontanés », qui, toujours selon les données citées par l'AIED, s'élèvent à quelques 73000 cas par an, comparés aux 50000 environ des années 80. L'AIED est d'avis que ces chiffres pourraient également comprendre la pratique des femmes qui, après avoir essayé de mettre fin toutes seules à leur grossesse, se rendent à l'hôpital le plus proche où le médecin responsable termine le processus d'avortement initié et enregistrer cette interruption de grossesse comme étant « spontanée ». Un certain nombre d'articles de presse concernant la mise en œuvre de la loi n° 194/1978 sont également communiqués par l'AIED.

## **DROIT PERTINENT**

### DROIT NATIONAL

#### **Règles générales**

35. La Constitution italienne dispose que:

##### **Article 2**

« La République reconnaît et garantit les droits inviolables de la personne, aussi bien en tant qu'individu que dans les formations sociales où s'exerce sa personnalité, et exige l'accomplissement des devoirs de solidarité politique, économique et sociale auxquels il ne peut être dérogé. »

##### **Article 3**

« Tous les citoyens ont une même dignité sociale et sont égaux devant la loi, sans distinction de sexe, de race, de langue, de religion, d'opinions politiques, de conditions personnelles et sociales.

Il appartient à la République d'éliminer les obstacles d'ordre économique et social qui, en limitant de fait la liberté et l'égalité des citoyens, entravent le plein développement de la personne humaine et la participation effective de tous les travailleurs à l'organisation politique, économique et sociale du pays. »

##### **Article 19**

« Tout individu a le droit de professer librement sa foi religieuse sous quelque forme que ce soit, individuelle ou collective, d'en faire propagande et d'en exercer le culte en privé ou en public, à condition qu'il ne s'agisse pas de rites contraires aux bonnes mœurs. »

##### **Article 21**

« Tout individu a le droit de manifester librement sa pensée par la parole, par l'écrit et par tout autre moyen de diffusion. (...) ».

##### **Article 32**

« La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux indigents.

Nul ne peut être contraint à un traitement sanitaire déterminé si ce n'est par une disposition de la loi. La loi ne peut, en aucun cas, violer les limites imposées par le respect de la personne humaine. »

Traduction française du site internet du Sénat italien : [www.senato.it](http://www.senato.it).

#### **Règles spécifiques**

36. La loi n° 194/1978 sur les normes relatives à la protection sociale de la maternité et à l'interruption volontaire de grossesse (*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*) – Journal officiel n° 140 du 22 mai 1978) dispose ce qui suit.

#### **Article 4**

« Pour faire pratiquer une interruption de grossesse au cours des 90 premiers jours, une femme dont la situation est telle que la poursuite de la grossesse, l'accouchement ou la maternité mettrait gravement en danger sa santé physique ou mentale, compte tenu de son état de santé, du contexte économique, social ou familial, des circonstances dans lesquelles la conception a eu lieu, ou de la probabilité que l'enfant à naître présenterait des anomalies ou des malformations, doit s'adresser à un centre de consultation publique [...], à un centre médico-social agréé de la région ou au médecin de son choix »

#### **Article 5**

«En toutes circonstances, outre l'obligation qu'ils ont d'assurer les examens médicaux nécessaires, les centres de consultation et les centres médico-sociaux sont tenus, notamment lorsque la demande d'interruption de grossesse est motivée par le fait que des difficultés d'ordre économique, social ou familial pèsent sur la santé de la femme enceinte, d'examiner les solutions qui pourraient y être apportées en concertation avec l'intéressée et, si elle y consent, avec le géniteur, dans le respect de la dignité et des sentiments personnel de la femme et de la personne désignée comme étant le père, de l'aider à surmonter les problèmes qui pourraient l'amener à vouloir interrompre sa grossesse, de lui permettre de faire valoir ses droits en tant que femme exerçant une activité professionnelle et en tant que mère, et d'encourager le recours à toute mesure qui puisse l'aider en lui fournissant l'assistance nécessaire durant sa grossesse et après l'accouchement.

Lorsque l'intéressée s'adresse au médecin de son choix, celui-ci doit: réaliser les examens médicaux nécessaires, en respectant la dignité et la liberté de cette femme; déterminer, en concertation avec elle ainsi que, si elle y consent, avec le géniteur, dans le respect de la dignité et des sentiments personnel de cette femme et de la personne désignée comme le père, et en tenant compte des résultats des examens susvisés, quelles sont les circonstances qui l'amènent à demander l'interruption de grossesse; l'informer de ses droits et lui indiquer les services de protection sociale ainsi que les centres de consultation et centres médico-sociaux auxquels elle peut faire appel. Si le médecin du centre de consultation ou du centre médico-social, ou le médecin choisi par l'intéressée, estime, au vu des circonstances, qu'il est urgent de procéder à l'interruption de grossesse, il doit immédiatement lui remettre un certificat attestant de l'urgence de la situation. Une fois en possession de ce document, elle peut s'adresser à l'un des établissements autorisés à pratiquer des interruptions de grossesse.

S'il n'y a pas d'urgence, le médecin du centre de consultation ou du centre médico-social, ou le médecin choisi par l'intéressée, doit, à la fin de la consultation, dès lors qu'elle exprime le souhait d'interrompre sa grossesse pour les raisons énoncées à l'article 4, lui délivrer copie d'un document signé par lui et par l'intéressée, document attestant que celle-ci est enceinte, qu'elle a sollicité une interruption de grossesse et qu'elle dispose d'un délai de réflexion de sept jours. Passé ce délai, l'intéressée peut utiliser le document qui lui a été délivré conformément aux dispositions du présent paragraphe pour s'adresser à l'un des établissements agréés afin d'y subir une interruption de grossesse. »

#### **Article 6**

« L'interruption volontaire de grossesse peut être réalisée après les 90 premiers jours:  
a) si la grossesse ou l'accouchement mettraient gravement en danger la vie de cette femme;  
b) s'il a été diagnostiqué des processus pathologiques constituant un danger grave pour la santé physique ou mentale de la femme, tels que ceux associés à de graves anomalies ou malformations du fœtus. »

#### **Article 7**

« Les anomalies ou malformations auxquelles il est fait référence au précédent article doivent être diagnostiquées et certifiées par un médecin du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital où l'interruption de grossesse doit être réalisée. Le médecin peut demander l'aide de spécialistes. Il est tenu de faire suivre le dossier ainsi que le certificat qu'il a délivré au directeur médical de l'hôpital pour que l'interruption de grossesse puisse être réalisée immédiatement.

Lorsque celle-ci est justifiée par un danger imminent pour la vie de la femme, elle peut être réalisée sans respecter les procédures visées à l'article précédent et dans un autre lieu que celui prévu par l'article 8. Dans un tel cas, le médecin est tenu d'en informer l'autorité médicale de tutelle au niveau provincial (...).

### **Article 8**

« Les interruptions de grossesse doivent être pratiquées par un médecin du service de gynécologie-obstétrique d'un hôpital général répondant aux conditions énoncées à l'article 20 de la loi n° 132 du 12 février 1968; ce médecin doit également confirmer l'absence de contre-indications médicales.

Les interventions peuvent également être réalisées dans les hôpitaux publics spécialisés et établissements visés à l'avant-dernier paragraphe de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 132 du 12 février 1968, ainsi que dans les structures envisagées par la loi n° 817 du 26 novembre 1973 et le décret n° 754 du 18 juin 1958 du Président de la République, à condition que les instances administratives compétentes en fassent la demande.

Durant les 90 premiers jours de gestation, les interruptions de grossesse peuvent également être pratiquées dans les centres de soins agréés par les Régions disposant de l'équipement médical nécessaire et de services adéquats de gynécologie-obstétrique.

Le Ministre de la Santé limitera, par voie de décret, la capacité des centres de soins agréés pour ce qui concerne la réalisation de telles interventions. Il déterminera à cet effet

1. le pourcentage d'interruptions de grossesse qui peuvent être pratiquées par rapport au nombre total d'opérations chirurgicales réalisées au cours de l'année précédente dans le centre de soins concerné ;

2. le pourcentage de jours-patients autorisés pour les interruptions de grossesse par rapport au nombre total de jours-patients comptabilisés l'année précédente dans le cadre des conventions conclues avec les Régions.

Les pourcentages mentionnés aux points (1) et (2) ne doivent pas être inférieurs à 20% et doivent être identiques pour tous les centres de soins (cf. décret ministériel du 20 octobre 1978).

Ces derniers peuvent choisir celui des deux critères ci-dessus qu'ils respecteront.

Dès lors que les centres socio-médicaux seront opérationnels, les interruptions de grossesse pourront également être pratiquées, durant les 90 premiers jours de gestation, dans les services de consultations externes dûment équipés du réseau public rattachés aux structures hospitalières et agréés par les Régions.

Le certificat délivré en application du troisième paragraphe de l'article 5 et le document que le quatrième paragraphe de ce même article prévoit de remettre passé ce délai de sept jours doivent permettre à l'intéressée d'obtenir une interruption de grossesse en urgence et d'être, au besoin, hospitalisée ».

### **Article 9**

« Les praticiens hospitaliers et les autres personnels de santé ne sont pas tenus de prendre part aux interventions énoncées aux articles 5 et 7 ou aux interruptions de grossesse s'ils invoquent, au préalable, l'objection de conscience. Cette déclaration doit être transmise à l'autorité médicale de tutelle au niveau provincial et, pour les membres du personnel d'un hôpital ou d'un centre de soins, au directeur médical dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la présente loi, la date d'habilitation, la date du début du contrat de travail dans un établissement tenu de fournir des services à des fins d'interruption de grossesse, ou la date de conclusion d'un accord avec la caisse d'assurance autorisant la fourniture de ces services.

L'objection peut être levée à tout moment, ou être présentée après les délais visés au précédent paragraphe ; dans ce cas, la déclaration prendra effet un mois après avoir été soumise à l'autorité médicale de tutelle au niveau provincial.

L'objection de conscience doit exonérer les praticiens hospitaliers et les autres personnels de santé de l'obligation de réaliser des interventions spécifiquement et nécessairement destinés à mettre fin à une grossesse, et ne dispense pas de prodiguer des soins avant et après l'interruption de grossesse.

Dans tous les cas, les établissements hospitaliers et les centres de soins agréés sont tenus de veiller à ce que les procédures énoncées à l'article 7 soient respectées et que les interruptions de grossesse demandées conformément aux procédures visées aux articles 5, 7 et 8 soient réalisées. Les Régions doivent superviser et garantir la mise en œuvre de cette obligation, si nécessaire également par la mobilité du personnel.

L'objection de conscience ne peut être invoquée par les membres du personnel médical ou des professions paramédicales si, dans des cas particuliers, leur intervention personnelle est essentielle pour sauver la vie de la femme qui court un danger imminent.

L'objection de conscience est réputée être levée avec effet immédiat si l'objecteur apporte son concours aux interruptions de grossesse visées par la présente loi, dans des cas autres que ceux auxquels il est fait référence au précédent paragraphe ».

[Traduction française établie à partir d'une traduction anglaise communiquée par l'organisation auteur de la réclamation].

## DROIT INTERNATIONAL

### **Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966**

37. L'article 12 du Pacte dispose que:

« 1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ».

38. L'observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12), adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels lors de sa vingt-deuxième session, à Genève, du 25 avril au 12 mai 2000, prévoit notamment ce qui suit.

« 12. Le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants, dont la mise en œuvre précise dépendra des conditions existant dans chacun des États parties :

a) Disponibilité. Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du personnel médical et professionnel qualifié recevant

un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels, au sens du Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'OMS.

b) Accessibilité. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement :

i) Non-discrimination : les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits.

ii) Accessibilité physique : les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées.

iii) Accessibilité économique (abordabilité) : les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.

iv) Accessibilité de l'information : l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel.

« 11. Le Comité interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. »

« 14. Les mesures visant « la diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant » (par. 2a) de l'article 12) peuvent s'entendre des mesures nécessaires pour améliorer les soins de santé maternelle et infantile, les services de santé en rapport avec la vie sexuelle et génésique, y compris l'accès à la planification de la famille, les soins pré et postnatals, les services d'obstétrique d'urgence ainsi que l'accès à l'information et aux ressources nécessaires pour agir sur la base de cette information ».

« 21. Pour faire disparaître la discrimination à l'égard des femmes, il faut élaborer et mettre en œuvre une stratégie nationale globale en vue de promouvoir leur droit à la santé tout au long de leur vie. Une telle stratégie devrait prévoir des interventions visant à prévenir les maladies dont elles souffrent et à les soigner, ainsi que des mesures qui leur permettent d'accéder à une gamme complète de soins de santé de qualité et d'un coût abordable, y compris en matière de sexualité et de procréation. Réduire les risques auxquels les femmes sont exposées dans le domaine de la santé, notamment en abaissant les taux de mortalité maternelle et en protégeant les femmes de la violence familiale, devrait être un objectif majeur. La réalisation du droit des femmes à la santé nécessite l'élimination de tous les obstacles qui entravent l'accès aux services de santé, ainsi qu'à l'éducation et à l'information, y compris en matière de santé sexuelle et génésique (...) ».

« 33. Le droit à la santé, à l'instar de tous les droits de l'homme, impose trois catégories ou niveaux d'obligations aux États parties : les obligations de le *respecter*, de le *protéger* et de le *mettre en œuvre*. Cette dernière englobe du même coup les obligations d'en faciliter l'exercice, de l'assurer et de le promouvoir (...) ». (...) [L]obligation de *mettre en œuvre* le droit à la santé suppose que l'État adopte des mesures appropriées d'ordre législatif, administratif, budgétaire, judiciaire, incitatif ou autre pour en assurer la pleine réalisation. »

« 52. L'État partie manque à l'obligation de mettre le droit à la santé en œuvre quand il s'abstient de prendre toutes les mesures voulues pour garantir la réalisation de ce droit. Nous citerons à titre d'exemple le fait de ne pas adopter ou de ne pas mettre en œuvre une politique nationale de la santé destinée à garantir à chacun la réalisation de ce droit; le fait d'affecter à la santé un budget insuffisant ou de répartir à mauvais escient les ressources publiques de telle sorte qu'il sera impossible à certains individus ou certains groupes d'exercer leur droit à la santé, tout particulièrement les éléments vulnérables ou marginalisés de la population; le fait de ne pas contrôler la réalisation du droit à la santé à l'échelle nationale, comme l'État pourrait le faire, par exemple, en définissant des indicateurs et des critères permettant de vérifier si le droit à la santé est exercé; le fait de s'abstenir de prendre les mesures voulues pour remédier à une répartition inéquitable des équipements, des biens et des services médicaux; le fait de ne pas adopter, dans le domaine de la santé, une approche qui tienne compte des distinctions de sexe; et le fait de ne pas réduire les taux de mortalité infantile et maternelle. »

## **Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966**

39. L'article 18 du Pacte dispose que:

« 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion; ce droit implique la liberté d'avoir ou d'adopter une religion ou une conviction de son choix, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction, individuellement ou en commun, tant en public qu'en privé, par le culte et l'accomplissement des rites, les pratiques et l'enseignement.

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet que des seules restrictions prévues par la loi et qui sont nécessaires à la protection de la sécurité, de l'ordre et de la santé publique, ou de la morale ou des libertés et droits fondamentaux d'autrui ».

## **Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979**

40. Aux termes de l'article 12 de ladite Convention:

« 1. Les Etats parties prennent 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.

2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les Etats parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement. »

41. La recommandation générale n° 24 sur les femmes et la santé, adoptée en 1999 par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes à l'occasion de sa 20<sup>e</sup> Session, dispose ce qui suit.

« 11. Les mesures prises pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes sont jugées inappropriées si un système de soins de santé ne dispose pas des services voulus pour prévenir, détecter et traiter les maladies spécifiquement féminines. Il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction. Par exemple, si les professionnels de la santé n'acceptent pas de pratiquer de tels actes parce qu'ils vont à l'encontre de leurs convictions, des mesures doivent être prises pour faire en sorte que les femmes soient renvoyées à des professionnels de la santé n'ayant pas les mêmes objections. »

### **Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950**

42. Aux termes de l'article 8 (droit au respect de la vie privée et familiale):

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

43. L'article 9 (liberté de pensée, de conscience et de religion) dispose que:

« 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion ; ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites.

2. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui. »

### **Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000, ayant acquis une force juridique contraignante avec l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne le 1er décembre 2009**

44. L'article 10 (liberté de pensée, de conscience et de religion) dispose que:

« 1. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion. Ce droit implique la liberté de changer de religion ou de conviction, ainsi que la liberté de manifester sa religion ou sa conviction individuellement ou collectivement, en public ou en privé, par le culte, l'enseignement, les pratiques et l'accomplissement des rites.

2. Le droit à l'objection de conscience est reconnu selon les lois nationales qui en régissent l'exercice ».

45. L'article 35 (protection de la santé) est ainsi rédigé:

« Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de



protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ».

## **JURISPRUDENCE PERTINENTE**

### JURISPRUDENCE NATIONALE

46. En 1975, dans son arrêt n° 27, la Cour constitutionnelle italienne (*Corte costituzionale*) a indiqué que :

« (...) il n'existe pas d'équivalence entre le droit non seulement à la vie, mais aussi à sa propre santé pour qui est déjà une personne, comme c'est le cas de la mère, et la sauvegarde de l'embryon qui doit encore devenir une personne. »

47. En 1997, dans son arrêt n° 35, la Cour constitutionnelle a considéré que la loi n° 194 de 1978 présentait un « contenu constitutionnellement garanti ». Sur cette base, elle a déclaré irrecevable un référendum visant à abroger la législation alors en vigueur en matière d'accès aux actes tendant à provoquer un avortement durant les 90 premiers jours de grossesse. La Cour a souligné que le noyau normatif des lois à contenu constitutionnellement garanti ne pouvait être modifié ni privé d'effet sans porter atteinte aux dispositions correspondantes de la Constitution ou d'autres lois constitutionnelles (cf. arrêt n° 16 de 1978).

48. En 1991, dans son arrêt n° 467, la Cour constitutionnelle a déclaré que :

« (...) même si cela résulte d'une opération délicate réalisée par le Parlement afin d'instaurer un équilibre [entre la sphère des potentialités juridiques de la conscience individuelle] et celle des obligations contradictoires ou des biens protégés par la Constitution, et de garantir ainsi l'exercice de la conscience individuelle de façon progressive pour veiller au bon fonctionnement des structures organisationnelles et des services d'intérêt général, la sphère [susmentionnée] (...) a, en ce qui concerne le contenu spécifique de son noyau essentiel, une valeur constitutionnelle à ce point importante qu'elle justifie un certain nombre de dérogations (privilegiées) relatives à l'accomplissement des tâches publiques, [et ce] même lorsque la Constitution les considère comme obligatoires ».

49. En 1997, dans son arrêt n° 43, la Cour constitutionnelle a indiqué que la protection qui entoure la liberté de conscience :

« ne saurait être réputée illimitée ou inconditionnelle. Il appartient principalement au législateur d'établir un équilibre entre, d'une part, la conscience individuelle et les droits qui en découlent et, d'autre part, l'ensemble des devoirs de solidarité politique, économique et sociale qu'exige la Constitution (article 2), afin que l'ordre public soit préservé et que les charges qui en résultent soient réparties équitablement entre tous, sans privilèges ».

50. En 2009, dans son arrêt n° 151, la Cour constitutionnelle a jugé contraire à la Constitution le troisième paragraphe de l'article 14 de la loi n° 40 de 2004, libellé comme suit: « Lorsque le transfert d'embryons dans l'utérus ne s'avère pas possible pour des raisons sérieuses et justifiées liées à l'état de santé d'une femme, qui n'étaient pas prévisibles au moment de la fécondation, la cryoconservation des embryons est autorisée jusqu'à la date du transfert, qui doit être réalisé dans les meilleurs délais. » Elle a expliqué sa décision par le fait que la disposition en question ne prévoyait pas l'obligation de réaliser le transfert d'embryons sans préjudice pour la santé des femmes.

51. En 2010, dans son arrêt n° 3477, le Tribunal administratif régional des Pouilles (*Tribunale amministrativo regionale della Puglia*) a déclaré que, conformément à l'article 9 de la loi n° 194 de 1978, les médecins objecteurs de conscience devaient, en tout état de cause, aider les femmes qui souhaitaient interrompre leur grossesse, tant avant qu'après l'avortement. Il a souligné à cet égard que le personnel médical chargé de ces questions devait fournir tous les conseils et informations nécessaires et aider les femmes concernées tant sur le plan physique que psychologique. Il répondait ainsi aux allégations du Gouvernement régional des Pouilles, selon lequel tous les gynécologues travaillant dans les centres de consultation pour les familles de la région (*consultori*) ne fournissaient pas les services et l'aide précités. Il a ajouté que le fait d'avoir écarté les médecins objecteurs de conscience des concours destinés à pourvoir les postes vacants au sein des centres de consultation constituait une atteinte à l'article 3 de la Constitution. Il a noté que pour compenser le nombre limité de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience dans ces centres, une solution pourrait être d'organiser des concours de recrutement pour la constitution de listes de réserve composées pour moitié de médecins objecteurs de conscience et pour moitié de médecins qui ne le soient pas.

52. En 2013, dans son arrêt n° 14979, la Cour suprême (*Corte di Cassazione*) a, dans une affaire relative à la prise en charge préalable et postérieure à un avortement, condamné un médecin objecteur de conscience à un an de prison pour avoir refusé d'aider une femme victime d'une grave hémorragie à la suite d'un avortement.

## JURISPRUDENCE INTERNATIONALE

### **Arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme**

53. Dans l'affaire P. et S. c. Pologne, requête n° 57375/08, arrêt du 30 octobre 2012, la Cour a dit que:

« 99. (...) une fois que l'Etat a fait usage de la marge d'appréciation pour adopter une législation autorisant l'avortement dans certaines situations, il ne doit pas concevoir le cadre juridique correspondant d'une manière qui limite dans la réalité la possibilité d'obtenir une telle intervention. En particulier, l'Etat a l'obligation positive d'instaurer un cadre procédural permettant aux femmes enceintes d'exercer leur droit d'accès à un avortement légal (*Tysiàc c. Pologne* précité, § 116-124, R.R. c. Pologne précité, § 200). Le cadre juridique correspondant doit « présenter une certaine cohérence et permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations découlant de la Convention » (voir ci-après A, B et C c. Irlande [GC], (...) § 249 [16 décembre 2010]) ».

« 106. (...) Pour la Cour, les Etats sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à garantir que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de la santé dans le contexte de leurs fonctions n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable (...) » (voir ci-après R.R. c. Pologne, n° 27617/04, § 206).

**54.** Dans l'affaire R.R. c. Pologne, requête n° 27617/04, arrêt du 28 novembre 2011, la Cour a dit que :

« 187. Si l'Etat jouit d'une ample marge d'appréciation pour définir les circonstances dans lesquelles il autorise l'avortement, une fois la décision prise, le cadre juridique correspondant doit « présenter une certaine cohérence et permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations découlant de la Convention » (A, B et C c. Irlande [GC], (...) § 249 [16 décembre 2010]) ».

« 200. (...) une fois que l'Etat a fait usage de la marge d'appréciation (...) pour adopter une législation autorisant l'avortement, il ne doit pas concevoir le cadre juridique correspondant d'une manière qui limite dans la réalité la possibilité d'obtenir une telle intervention. En particulier, l'Etat a l'obligation positive d'instaurer un cadre procédural permettant aux femmes enceintes d'exercer leur droit d'accès à un avortement légal (Tysiàc c. Pologne, n° 5410/03, §§ 116 - 124, CEDH 2007-IV) (...) ».

« 206. (...) Les Etats sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à garantir que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de la santé dans le contexte de leurs fonctions n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable ».

**55.** Dans l'affaire A, B et C c. Irlande, requête n° 25579/05, arrêt du 16 décembre 2010, la Cour a dit que :

« 212. (...) la notion de « vie privée » au sens de l'article 8 de la Convention est une notion large, qui englobe notamment le droit à l'autonomie personnelle et le droit au développement personnel (...). Elle recouvre des éléments tels que, par exemple, l'identification sexuelle, l'orientation sexuelle et la vie sexuelle (...), l'intégrité physique et morale de la personne (Tysiàc c. Pologne arrêt, cité [ci-après]) ainsi que le droit au respect des décisions de devenir ou de ne pas devenir parent, notamment au sens génétique du terme (...) ».

« 249 (...) l'Etat jouit d'une certaine latitude (voir, parmi d'autres, Keegan c. Irlande, arrêt du 26 mai 1994, série A n° 290, § 49). Si l'Etat jouit d'une ample marge d'appréciation pour définir les circonstances dans lesquelles il autorise l'avortement (...), une fois la décision prise, le cadre juridique correspondant doit « présenter une certaine cohérence et permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations découlant de la Convention » (S.H. et autres c. Autriche, n° 57813/00, § 74, 1er avril 2010) ».

**56.** Dans l'affaire Tysiàc c. Pologne, requête n° 5410/03, arrêt du 20 mars 2007, la Cour a dit que:

« 118. (...) la nature même des questions en jeu dans les décisions d'interruption de grossesse est telle que le facteur temps revêt une importance cruciale. Les procédures en place doivent donc être conçues pour que ces décisions soient prises en temps et en heure, afin de prévenir ou limiter le préjudice qui pourrait découler pour la santé des femmes d'un avortement tardif (...) ».

## AUTRES SOURCES

### AU NIVEAU NATIONAL

57. En juin 2013, le Sénat et la Chambre des Députés du Parlement italien ont adopté des actes d'orientation politique adressés au Gouvernement sous forme de motions parlementaires (*mozioni*), concernant, entre autres, la question de la mise en œuvre de la loi n° 194/1978. Dans ce cadre, le 6 juin 2013, lors de sa 37<sup>ème</sup> Session, le Sénat a approuvé la Motion n° 1-00059 ; le 11 juin 2013, lors de sa 31<sup>ème</sup> Session, la Chambre des Députés a approuvé les motions suivantes : n° 1-00045, n° 1-00074, n° 1-00078, n° 1-00079, n° 1-00080, n° 1-00081, n° 1-00082, n° 1-00087 et n° 1-00089. Ces motions se réfèrent de manière explicite à l'application de l'article 9§4 de la loi susmentionnée et à un certain nombre d'allégations soumises par L'organisation auteur de la réclamation. Ces motions indiquent en particulier que :

- « Sur le plan national, un nombre aussi élevé d'objecteurs de conscience a pour effet de rendre l'application de la loi n° 194 de plus en plus difficile, ce qui a des répercussions des plus négatives sur le fonctionnement des diverses structures hospitalières (et, par voie de conséquence, sur le fonctionnement du système sanitaire national) et finit par retomber sur les femmes amenées à recourir à une interruption volontaire de grossesse (d'où, bien souvent, des avortements dangereusement tardifs dus à de longs délais d'attente) » ;

- « Face à cette urgence, les femmes en sont fréquemment réduites à se rendre dans une autre région, voire à l'étranger ; d'autre part, on assiste (surtout chez les immigrées) au retour de l'avortement clandestin – et de ses ravages -, fléau que seule l'application correcte de la loi n° 194 avait réussi à vaincre » ;

(cf. Sénat – Motion n° 1-00059 - 6 juin 2013)

- « (...) Le taux élevé de praticiens hospitaliers objecteurs de conscience semble aussi affecter la capacité opérationnelle et l'efficacité des centres de consultation chargés de la prévention et du soutien à apporter aux femmes au cours des phases qui précèdent l'interruption de grossesse. Comme le montre le rapport précité du Ministre de la Santé, le manque de praticiens aptes ou habilités à délivrer le document ou le certificat nécessaire à l'obtention d'une interruption de grossesse paraissent atténuer dans bien des cas, en particulier dans le Sud du pays, l'efficacité et le rôle des centres de consultation dans les processus de prévention et de soutien en la matière. Cela a pour effet de tenir les femmes à l'écart de ces structures et des services indispensables qu'elles offrent en termes d'information, de prévention et de soutien (...) » ;

- « (...) Il n'existe pas, pour l'heure, d'instruments valables de suivi, de gratification ou de sanction permettant de vérifier, de stimuler ou d'appuyer l'efficacité réelle du fonctionnement des structures chargées d'appliquer la loi n° 194 de 1978, ni d'analyser correctement l'incidence du phénomène de l'objection de conscience sur l'efficacité de leur fonctionnement (...) ».

(cf. Chambre des Députés – Motion n° 1-00082 - 11 juin 2013)

- « (...) Il arrive aussi que l'objection de conscience individuelle évolue en une objection de conscience de la part de toute une structure, lorsque celle-ci est dotée d'un personnel dont tous les membres invoquent ladite objection ; cela ne fait qu'aggraver encore les difficultés qu'ont les femmes à faire valoir leur droit à l'interruption de grossesse, alors qu'elles sont déjà dans une situation pénible en soi ; cette objection de conscience qui émane de toute une structure est inacceptable, en particulier dans les établissements conventionnés par le système sanitaire national ; il conviendrait, en pareil cas, d'intervenir auprès des structures qui pratiquent l'objection de conscience afin d'exiger qu'elles fassent également appel à du personnel non objecteur, sous peine de les exclure de tout accord avec les pouvoirs publics (...) » ;

- « (...) L'augmentation, ces dernières années, du nombre de praticiens hospitaliers objecteurs de conscience a entraîné la fermeture de services ; certains hôpitaux n'ont ainsi plus aucun département qui puisse réaliser des interruptions de grossesse, étant donné que la quasi-totalité des gynécologues, anesthésistes et membres du personnel paramédical a choisi d'invoquer l'objection de conscience (...) ».

(cf. Chambre des Députés – Motion n° 1-00078 - 11 juin 2013)

- « Le nombre très important d'objecteurs de conscience a pour conséquence, au niveau national, de rendre de plus en plus difficile l'application de la loi n° 194 de 1978, ce qui nuit au bon fonctionnement des divers établissements hospitaliers et, partant, du système sanitaire national, et a aussi des répercussions négatives pour les femmes qui recourent à l'interruption volontaire de grossesse ;

- Parmi les graves problèmes liés aux difficultés de mise en œuvre de la loi figure notamment l'allongement des délais d'attente, qui fait courir aux femmes des risques accrus pour leur santé et multiplie également le danger auquel s'exposent les quelques professionnels qui n'invoquent pas l'objection de conscience, en ce qu'ils sont contraints, à leur corps défendant, de faire usage de pratiques médicalement inopportunes ;

- Pressées par l'urgence, les femmes sont souvent amenées à se rendre dans une autre région, voire à l'étranger ; il arrive aussi, surtout parmi les immigrées, qu'elles doivent recourir à l'avortement clandestin (...) ».

(cf. Chambre des Députés – Motion n° 1-00045 - 11 juin 2013)

**58. Le Comité note qu'en raison des difficultés posées par l'application de la loi n° 194/1978, certaines motions demandent au Gouvernement de:**

- « de donner pleinement effet à la loi n° 194 de 1978 dans le respect du droit de l'individu à l'objection de conscience » ;

- « de lancer, dans les limites de ses compétences, toutes les initiatives nécessaires pour mettre en œuvre, s'agissant de l'organisation des systèmes sanitaires régionaux, le quatrième paragraphe de l'article 9 de la loi n° 194 de 1978, qui fait obligation de contrôler et garantir l'application du droit des femmes à poser un choix libre et éclairé, ce qui peut aussi exiger une gestion différente desdits systèmes et le recours à la mobilité du personnel pour veiller à ce qu'un réseau adéquat de services soit déployé sur l'ensemble du territoire et dans chacune de ses régions » (...) ;

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00074 - 11 juin 2013)

- « de veiller, pour autant que cela soit de son ressort, à garantir, tout en respectant le droit à l'objection de conscience, la parfaite exécution par les établissements hospitaliers des procédures nécessaires pour satisfaire les éventuelles demandes d'interruption volontaire de grossesse ;

- « (...) de mettre en place sans tarder la réglementation qu'exige également l'Union européenne, afin de pouvoir correctement programmer les activités sanitaires en tenant compte de la légitimité de l'objection de conscience mais aussi de l'accès aux soins médicaux et de la protection de la santé, de façon à éviter d'éventuels conflits d'intérêt qui porteraient atteinte au droit à la santé » (...) ;

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00087 - 11 juin 2013)

« de vérifier que, tout en respectant la liberté des objecteurs de conscience, les structures sanitaires publiques continuent à garantir l'application de la loi n° 194 de 1978, protègent les femmes qui choisissent d'interrompre leur grossesse contre des pratiques illégales et dangereuses pour leur santé et leur vie (...) » ;

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00089 - 11 juin 2013)

- « de procéder à une analyse cognitive approfondie de l'incidence qu'a l'objection de conscience sur l'application de la loi n° 194 de 1978, analyse qui devra s'intéresser aux structures et reposer sur des données et indicateurs suffisamment articulés qui puissent prendre en compte le problème de l'interdépendance entre la présence de personnel de santé non objecteur de conscience et la longueur des listes d'attente » ;

- « d'engager toutes les initiatives de son ressort qui s'avèrent nécessaires pour garantir le respect et la pleine application de la loi n° 194 de 1978 dans toutes les structures du territoire, en envisageant au besoin une refonte de l'organisation des tâches et du recrutement des effectifs des établissements sanitaires de façon à inciter à utiliser les dispositifs prévus par la loi en matière de mobilité du personnel et à mettre en place des formes de recrutement différencié qui puissent rééquilibrer le nombre d'objecteurs et de non objecteurs de conscience, conformément à la recommandation du Comité national de bioéthique » ;

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00082 - 11 juin 2013)

- « de garantir le respect et la pleine application de la loi n° 194 de 1978 sur l'ensemble du territoire national pour que soit reconnus la liberté de choix et le droit des femmes à la santé » ;

- « d'assurer un rééquilibrage du personnel médical et infirmier, comme le prévoit par ailleurs l'article 9 de la loi n° 194, en faisant jouer la mobilité des effectifs, et ce dans le cadre de quotas minima et d'une programmation régionale qui impose au moins 50% de personnel non objecteur de conscience » (...).

(cf. Sénat, motion n° 1-00059 - 6 juin 2013)

59. Le Comité note également que le 11 juin 2013, lors du débat consacré aux motions précitées à la Chambre des Députés, la Ministre de la Santé s'est exprimé en ces termes :

« Nous avons constaté qu'heureusement, au cours des années le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a diminué grâce aux activités de prévention et à une plus grande conscience des personnes [concernées]. Ceci était l'un des objectifs de la loi qui – il est bon de le rappeler – prescrit que le service soit accessible à tous les usagers. Nous avons également constaté que, bien souvent, la hausse ou la baisse du nombre d'objecteurs de conscience ne se répercute pas de façon indolore sur l'accès aux services qu'assurent les collectivités territoriales. Nous touchons malheureusement là au problème de la gouvernance des collectivités territoriales et, de ce fait, à celui des régions, que je ne puis évidemment éviter d'aborder en tant que Ministre de la Santé, parce que nous nous trouvons au cœur d'un ensemble plus vaste de problèmes relatifs à la protection du droit à la santé sur le territoire national ».

60. Durant ce même débat, en réponse aux questions adressées au Gouvernement dans le cadre des motions susmentionnées, le Ministre de la Santé a plus particulièrement déclaré ce qui suit.

- « (...) Je pense que l'objectif est de contrôler, dans les collectivités territoriales et dans chaque structure sanitaire, que les principes de la loi sont effectivement appliqués (...) » ;

- « (...) cette question de l'objection de conscience qui a été soulevée par certains des groupes ayant déposé les motions est une question que nous pensons devoir prendre en considération, dans la mesure surtout où elle exige du Gouvernement et de moi-même que nous contrôlions attentivement – comme le demandent plusieurs motions – l'application de la loi dans ce domaine également (...) » ;

(NB: Le texte intégral de l'intervention de la Ministre de la Santé, Mme Beatrice Lorenzin, lors du débat peut être consulté sur le site de la Chambre des Députés:

<http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/assemblea/html/sed0031/pdfel.htm>)

AU NIVEAU INTERNATIONAL

## **Organisation mondiale de la Santé (« OMS ») - Département santé et recherche génésiques – avortement sans risque**

61. Les Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, deuxième édition, 2012, indiquent ce qui suit.

« Certains professionnels de la santé se refusent parfois à pratiquer l'avortement pour objection de conscience, sans pour autant adresser la patiente à un autre prestataire. Chaque agent de santé a le droit d'objecter en conscience à la pratique de l'avortement, mais ce droit ne l'autorise pas à entraver ou à refuser l'accès aux services légaux d'avortement, retardant ainsi les soins, ce qui met la santé et la vie de la femme en danger. Dans un tel cas, les agents de santé ont l'obligation d'adresser la patiente à un autre professionnel consentant et qualifié du même établissement, ou d'un établissement facilement accessible, en accord avec les lois nationales. Quand ce transfert n'est pas possible, l'agent de santé a l'obligation de pratiquer l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité pour sauver la vie de la femme ou pour éviter un risque grave pour sa santé. Les femmes qui présentent des complications résultant d'un avortement illégal doivent être traitées au plus vite et avec respect, comme tout autre patient en situation d'urgence, sans adopter de comportements punitifs, ou encombrés de partis pris ou de préjugés (voir également chapitre 4) ».

(cf. chapitre 3.3.6 – L'objection de conscience pour les professionnels de santé)

Les lois ou les réglementations et/ou les procédures administratives imposées par les établissements ou les prestataires indépendants impliquent souvent des délais de réflexion obligatoires. Ces délais obligatoires peuvent avoir pour effet de retarder les soins, et donc de compromettre les possibilités d'accès des femmes aux services légaux d'avortement sécurisé et de les rabaisser en dénigrant leurs capacités à se montrer des décideurs compétents. Les États et autres prestataires de services de santé doivent veiller à ce que les soins liés à l'avortement soient dispensés d'une manière qui respecte les femmes en tant que personnes aptes à prendre des décisions. Les délais de réflexion ne doivent pas remettre en cause l'accès des femmes aux services légaux d'avortement sécurisé. Les États devraient envisager de supprimer les périodes de délais de réflexion qui n'ont pas de motif médical, et de développer ces services pour que toutes les femmes qui y ont droit soient rapidement prises en charge.

(cf. chapitre 4.2.2.6 – Délais de réflexion)

Le respect, la protection et le plein exercice des droits de l'homme exigent des gouvernements qu'ils veillent à ce que les services d'avortement qui sont autorisés par la loi soient, dans la pratique, facilement accessibles. Il faut que des mécanismes institutionnels et administratifs soient en place et servent de protection contre toute interprétation exagérément restrictive des fondements juridiques de l'avortement. Ces mécanismes devraient autoriser l'examen, par un organisme indépendant, de toutes les décisions des prestataires et des administrateurs d'établissements, devraient prendre en compte les opinions exprimées par la femme enceinte, et devraient permettre le règlement rapide des processus d'examen.

(cf. chapitre 4.2.2.9 – Interprétation restrictive des lois sur l'avortement)

## **Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (« FIGO »)**

62. Le document-cadre en matière de soins gynécologiques et obstétriques (*Ethical Framework for Gynecologic and Obstetric Care (2007)*) dispose que :

« 7. Si un médecin n'est pas en mesure ou refuse de fournir le service médical souhaité pour des raisons non médicales, il ou elle doit faire tout son possible pour diriger au mieux la patiente. »

## **Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (« APCE »)**

63. Dans sa résolution 1763 (2010) sur le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux, l'APCE déclare ce qui suit:

« 2. L'Assemblée parlementaire souligne la nécessité d'affirmer le droit à l'objection de conscience ainsi que la responsabilité de l'Etat d'assurer le droit de chaque patient à recevoir un traitement médical légal dans un délai approprié. L'Assemblée s'inquiète de la manière dont la non-réglementation de cette pratique touche de façon inégale les femmes, notamment celles qui ont de faibles revenus ou qui vivent dans les zones rurales.  
(...).

4. Etant donné l'obligation faite aux Etats membres d'assurer l'accès à des soins médicaux légaux et de protéger le droit à la santé, ainsi que l'obligation de garantir le respect du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion des prestataires de soins de santé, l'Assemblée invite les Etats membres du Conseil de l'Europe à élaborer des réglementations exhaustives et précises définissant et régissant l'objection de conscience eu égard aux soins de santé et aux services médicaux:

4.1. qui garantissent le droit à l'objection de conscience en rapport avec la participation dans la procédure médicale en question;

4.2. qui prévoient que les patients sont informés en temps utile de tout cas d'objection de conscience, et adressés à un autre prestataire de soins de santé;

4.3. qui garantissent que les patients bénéficient d'un traitement approprié, notamment en cas d'urgence. »

64. La résolution mentionnée au paragraphe ci-dessus a été adoptée par l'Assemblée parlementaire dans le cadre du rapport de sa Commission des questions sociales, de la santé et de la famille sur « L'accès des femmes à des soins médicaux légaux: problème du recours non réglementé à l'objection de conscience » (Document n° 12347 du 20 juillet 2010). On y lit ce qui suit :

« 16. (...) Certains pays (...) mettent en œuvre le cadre réglementaire de l'objection de conscience de manière insatisfaisante. Il existe des éléments de preuves pertinents pour (...) l'Italie, par exemple ».

« 17. Les prestataires de soins de santé qui invoquent l'objection de conscience ont certaines obligations légales et éthiques qui visent à protéger le patient. Les Etats doivent veiller à ce que la réglementation sur l'objection de conscience énonce clairement ces obligations. L'absence de cadre juridique et politique effectif dans certains Etats membres empêche des personnes d'avoir accès aux services de santé auxquels elles ont droit, ce qui enfreint, entre autres, leur droit à bénéficier des services de santé et leur droit à la vie privée, et constitue potentiellement une violation de l'obligation de soins et un abandon du patient ».

« 32. Les objecteurs de conscience ont le devoir d'informer le patient dans un délai approprié de leur objection de conscience à une procédure spécifique et d'orienter ce patient, également dans un délai approprié, vers un prestataire de soins de santé acceptant et capable de pratiquer la procédure ou le traitement, et facilement accessible. Cette règle du délai approprié d'information et d'orientation doit s'appliquer dès que le patient demande pour la première fois l'intervention médicale à un prestataire de soins de santé ».



« 44. Dans la pratique, divers facteurs peuvent déboucher sur des situations influant sur l'accès des femmes aux soins médicaux légaux. Une des raisons les plus fréquentes est l'absence de tout mécanisme de surveillance assurant la mise en œuvre des dispositions légales et des politiques en vigueur, le non-respect des obligations médicales concernant l'information des patients, l'absence de réglementation exigeant ou favorisant une mesure dans un délai approprié (notification de l'objection de conscience, processus d'appel, etc.) ainsi que l'absence de réglementation concernant le champ d'application des dispositions relatives à l'objection de conscience ».

« 55. Les Etats membres devraient adopter une réglementation exhaustive et précise contrebalançant le droit du prestataire de santé à opposer une objection de conscience à la réalisation d'une procédure et veiller à ce que les patientes puissent exercer leurs droits à l'accès à des services de santé légaux. Dans les cas où une telle réglementation existe, de nombreux Etats membres ne disposent pas de mécanismes de surveillance et de contrôle assurant que les prestataires de soins de santé agissent conformément à cette réglementation. Cette dernière doit prévoir la création de mécanismes assurant l'accessibilité et la disponibilité des prestataires de soins de santé dans des situations où d'autres prestataires peuvent invoquer l'objection de conscience et demander la création d'un registre des objecteurs de conscience ».

« 57. Les politiques nationales doivent définir le champ d'application du droit à l'objection de conscience en ce qui concerne le type de services et les professionnels de santé auxquels il s'applique, et définir des exceptions appropriées pour les situations d'urgence ».

« 58. Enfin, toutes les réglementations nationales doivent mettre en place des mécanismes effectifs de recours qui peuvent être saisis des abus du droit à l'objection de conscience et donner aux femmes un recours effectif et dans un délai approprié ».

65. La résolution 1607 (2008) de l'APCE concernant l'accès à un avortement sans risque et légal en Europe dispose notamment ce qui suit.

« 2. Dans la plupart des Etats membres du Conseil de l'Europe, la loi autorise l'avortement pour sauver la vie de la mère enceinte. Dans la majorité des pays d'Europe, l'avortement est autorisé pour des raisons diverses, notamment la préservation de la santé physique et mentale de la mère, mais aussi dans les situations de viol ou d'inceste, en cas d'anomalie fœtale ou pour des motifs économiques et sociaux, et, dans certains pays, sur simple demande. L'Assemblée est néanmoins préoccupée par le fait que, dans beaucoup de ces pays, de nombreuses conditions sont imposées et restreignent l'accès effectif à des services d'avortement sans risque, abordables, acceptables et adaptés. Ces restrictions produisent des effets discriminatoires, puisque les femmes qui sont bien informées et qui ont les moyens financiers appropriés peuvent souvent avoir plus facilement recours à l'avortement légal et sans risque.

3. L'Assemblée note également que, dans les Etats membres où l'avortement est autorisé pour diverses raisons, les conditions garantissant aux femmes l'accès effectif à ce droit ne sont pas toujours réunies: le manque de structures de soins de proximité, le manque de médecins qui acceptent de pratiquer l'avortement, les consultations médicales obligatoires répétées, les délais de réflexion et les délais d'attente pour obtenir un avortement sont autant d'obstacles qui peuvent rendre l'accès à des services d'avortement sans risque, abordables, acceptables et adaptés plus difficile, voire impossible dans les faits.

4. L'Assemblée considère que l'avortement ne doit pas être interdit dans les délais de gestation raisonnables. Interdire l'avortement n'aboutit pas à réduire le nombre d'avortements: cela mène surtout à des avortements clandestins, plus traumatisants, et contribue à l'augmentation de la mortalité maternelle et/ou au développement du «tourisme de l'avortement», qui est coûteux, reporte le moment de l'avortement et engendre des inégalités sociales. La légalité de l'avortement n'a pas d'effet sur le besoin de la femme de recourir à l'avortement, mais seulement sur l'accès pour celle-ci à un avortement sans risque.

6. L'Assemblée affirme le droit de tout être humain, en particulier des femmes, au respect de son intégrité physique et à la libre disposition de son corps. Dans ce contexte, le choix ultime d'avoir recours ou non à un avortement devrait revenir à la femme, qui devrait disposer des moyens d'exercer ce droit de manière effective.

7. L'Assemblée invite les Etats membres du Conseil de l'Europe : (...)

7.4. à lever les restrictions qui entravent, en fait ou en droit, l'accès à un avortement sans risque, et notamment à prendre les mesures nécessaires pour créer les conditions sanitaires, médicales et psychologiques appropriées, et pour assurer une prise en charge financière adéquate... ».

## **EN DROIT**

### **REMARQUES PRELIMINAIRES**

#### **Droit à la protection de la santé**

66. Le Comité rappelle que dans sa décision du 9 septembre sur le bien-fondé de FIDH c. France, réclamation n°14/2003, §31, il a dit que « la dignité humaine représente la valeur fondamentale qui est au cœur du droit positif en matière de droits de l'homme – que ce soit la Charte sociale européenne ou la Convention européenne des droits de l'homme – et [que] les soins de santé constituent un préalable essentiel à la préservation de la dignité humaine (...)». Le droit à la protection de la santé garanti par l'article 11 de la Charte complète ainsi les articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme tels qu'interprétés par la Cour européenne des droits de l'homme. Dans le cadre des obligations positives qui découlent de ce droit fondamental, les Etats doivent fournir des services de santé appropriés, en temps opportun et sur une base non discriminatoire, y compris les services de santé sexuelle et reproductive. Par conséquent, un système de soins de santé qui ne répond pas aux besoins spécifiques de santé des femmes ne serait pas conforme à l'article 11, ni à l'article E de la Charte combiné à l'article 11.

#### **Responsabilité de mise en œuvre de la Charte**

67. Le Comité considère que les allégations faisant état d'une violation de la Charte en raison d'actions ou d'omissions par les autorités locales et régionales relèvent nécessairement de la responsabilité des Etats : en tant qu'Etat partie à la Charte, l'Etat italien doit, par conséquent, veiller à ce que les obligations découlant de la Charte soient également respectées par les autorités régionales (voir Centre européen des droits des Roms (CEDR) c. Grèce, réclamation n° 15/2003, décision sur le bien-fondé du 8 décembre 2004, § 29).

#### **Objet de la réclamation**

68. Le Comité est appelé à se prononcer sur les conséquences que l'organisation des services de santé sexuelle et reproductive en Italie peut avoir sur la mise en œuvre effective du droit à la protection de la santé prévu par l'article 11 de la Charte. Il n'est pas appelé à déterminer si des personnes bénéficient d'un droit à l'avortement ou si des personnes peuvent exercer un droit à l'objection de conscience.

69. Le Comité considère qu'une fois que les Etats ont adopté une législation autorisant l'avortement dans certaines situations, ils sont tenus d'organiser leur système de santé de manière à garantir que l'exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de santé dans le contexte de leurs fonctions n'empêche pas les patients d'accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable (voir, *mutatis mutandis*, les arrêts de la Cour dans les affaires P. et S. c. Pologne et R.R. c. Pologne, paragraphes 53 et 54 ci-dessus).

70. Eu égard aux arguments spécifiques avancés par L'organisation auteur de la réclamation, selon lesquels la conclusion de conventions entre les hôpitaux et les établissements privés afin de fournir les services d'avortement va à l'encontre du caractère public de la loi n° 194 de 1978, le Comité considère que les questions relatives à la nature privée ou publique de ces conventions et la relation de ces dernières avec la loi susmentionnée ne relèvent pas de sa compétence, sauf dans les cas où lesdites questions se réfèrent ou ont un impact, sur la protection du droit à la santé.

## **VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE 11 DE LA CHARTE**

71. L'article 11 de la Charte est rédigé ainsi.

### **Article 11 – Droit à la protection de la santé**

Partie I : « Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre. »

Partie II : « En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

1. à éliminer, dans la mesure du possible, les causes d'une santé déficiente;
2. à prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé;
3. à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents ».

## **A – Argumentation des parties**

### **1. L'Organisation auteur de la réclamation**

72. L'organisation auteur de la réclamation considère que, d'une manière générale, l'objectif de la loi n° 194/1978 est d'instaurer des normes relatives à la protection sociale de la maternité et à l'interruption volontaire de grossesse; l'IPPF EN souligne que l'article 9 de la loi précitée régit le droit à l'objection de conscience des praticiens hospitaliers et des autres personnels de santé en matière d'interruption de grossesse et pose plus particulièrement, en son paragraphe 4, l'obligation pour les hôpitaux publics et privés de veiller, dans chaque cas, à ce que les femmes puissent exercer le droit d'accéder aux interventions susmentionnées.

73. En réponse aux déclarations figurant dans le mémoire du Gouvernement (voir paragraphe 13 ci-dessus), l'IPPF EN précise que la réclamation « ne demande ni à limiter le nombre du personnel de santé objecteur de conscience ni à empêcher l'exercice du droit d'invoquer l'objection de conscience ».

74. Le raisonnement de L'organisation auteur de la réclamation part du principe que, conformément aux articles 4 et 6 de la loi n° 194/1978, l'accès à l'interruption de grossesse est nécessaire pour un certain nombre de raisons étroitement liées, notamment, au droit à la protection de la santé. A cet égard, il est indiqué que l'article 11 de la Charte exige des Etats non seulement qu'ils prennent des mesures appropriées tendant à éliminer les causes d'une santé déficiente et à prévenir les maladies mais également qu'ils prévoient des services de consultation et d'éducation pour l'amélioration de la santé. L'organisation auteur de la réclamation considère que ces services doivent être accessibles aux catégories vulnérables de la population, dont les femmes enceintes.

75. L'IPPF EN rappelle que le paragraphe 4 de l'article 9 de la loi n° 194/1978 (« article 9§4 ») entend garantir aux femmes la possibilité d'accéder aux actes relatifs à l'interruption de grossesse sans avoir à subir les conséquences négatives liées à la liberté pour les membres du personnel médical et paramédical de soulever une objection de conscience. L'organisation auteur de la réclamation souligne que, conformément au paragraphe en question, les établissements hospitaliers et centres de soins agréés sont tenus, en toutes circonstances, de garantir l'exécution des soins requis et que les autorités régionales doivent veiller à ce que cette condition soit respectée, si besoin en recourant à des formules de mobilité du personnel.

76. L'organisation auteur de la réclamation argue que le nombre élevé de membres du personnel médical et paramédical objecteurs de conscience en Italie empêche de garantir dans plusieurs régions du pays le droit d'accéder aux procédures d'avortement en toutes circonstances, tel que garanti par l'article 9§4, en limitant de ce fait la mise en œuvre effective de ces procédures.

77. A cet égard, l'IPPF EN considère que les dispositions de l'article 9§4 ne sont pas en mesure de garantir aux femmes l'exercice de leur droit d'accéder aux procédures d'avortement, car ces dispositions ne précisent pas les moyens concrets à prendre par les hôpitaux et centres de soins, ainsi que par les autorités régionales de tutelle compétentes afin de rendre effectif l'accès des femmes aux procédures susmentionnées.

78. L'IPPF EN estime que la loi devrait :

« préciser les moyens concrets permettant de garantir la présence suffisante de médecins non objecteurs de conscience, en prévoyant, par exemple, comme l'a déjà indiqué la Cour constitutionnelle pour ce qui concerne la procréation médicalement assistée (arrêt n° 151 de 2009) que tous les établissements hospitaliers doivent disposer 'du nombre strictement nécessaire' de praticiens hospitaliers pour répondre aux demandes d'interruption volontaire de grossesse, en exigeant que les Régions contrôlent précisément les modalités selon lesquelles ce chiffre est déterminé ».

79. Compte tenu de l'inadéquation du cadre réglementaire, L'organisation auteur de la réclamation considère que les mesures retenues par les hôpitaux et centres de soins, ainsi que les initiatives prises par les autorités régionales, sont insuffisantes ou inadaptées pour réaliser les objectifs de la loi n° 194 de 1978 concernant l'interruption de grossesse.

80. L'IPPF EN considère aussi que, vu les difficultés rencontrées pour obtenir les services en question, les contraintes physiques et/ou psychologiques ou le stress des femmes qui décident de mettre fin à leur grossesse menacent leur santé ou leur vie. Elle allègue que, dans certains cas, les femmes « sont contraintes de se tourner vers des établissements ou des personnes – quand il ne s'agit pas d'aller à l'étranger – qui n'offrent pas toutes les garanties qu'exigent, sur le plan de la santé et de l'hygiène, les actes d'interruption de grossesse ».

81. Dans la réclamation, l'IPPF EN indique que l'inadéquation de la loi n° 194/1978 :

« [r]essort des données recueillies tant au niveau national qu'au plan régional, [qui montrent] que le système hospitalier public ne dispose pas d'un nombre suffisant de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience capables de procéder correctement à une interruption de grossesse, acte dont l'accès est garanti par la loi précitée ».

82. L'organisation auteur de la réclamation souligne que ces données figurent dans les rapports officiels relatifs à la mise en œuvre de la loi n° 194/1978, présentés chaque année par le ministère de la Santé au Parlement. Elle cite ainsi les informations liées à l'objection de conscience qui figurent dans le rapport remis par ledit ministère en 2011 (cf. chapitre 3.10 du rapport):

« (...) En 2009, une stabilisation du nombre d'objecteurs de conscience a été observée chez les gynécologues et anesthésistes, après une forte augmentation les années précédentes. Au niveau national, le pourcentage de gynécologues objecteurs de conscience est passé de 58,7% en 2005 à 69,2% en 2006, puis à 70,5% en 2007, 71,5% en 2008 et 70,7% en 2009; le pourcentage d'anesthésistes objecteurs de conscience est quant à lui passé de 45,7% à 51,7% sur la même période et celui des membres du personnel non médical objecteur de conscience a également augmenté, passant de 38,6% en 2005 à 44,4% en 2009. Dans le Sud de l'Italie, plus de 80% des gynécologues ont déclaré être objecteurs de conscience: 85,2% en Basilicate, 83,9% en Campanie, 82,8% dans la Molise, 81,7% en Sicile et 81,3% dans la région de Bolzano; les pourcentages les plus élevés [d'anesthésistes] sont enregistrés en Molise, en Campanie (plus de 77%), ainsi qu'en Sicile (75,6%), et les plus faibles en Toscane (27,7%) et dans le Trentin (31,8%); pour ce qui est du personnel non médical, les chiffres sont moins élevés, avec un maximum de 87% en Sicile et de 82% dans la Molise. (...) ».

83. S'appuyant sur le rapport susmentionné, l'IPPF EN fournit plus particulièrement les données officielles sur le nombre total et le pourcentage de gynécologues, d'anesthésistes et de membres du personnel non médical ayant fait valoir leur droit à l'objection de conscience en 2009, ventilés par région et par secteur géographique : Italie du Nord, Italie centrale, Italie du Sud et Italie insulaire (voir tableau 1 ci-après).

Tableau 1

<b>REGION / SECTEUR GEOGRAPHIQUE</b>	<b><u>Gynécologues</u></b>	<b><u>Anesthésistes</u></b>	<b><u>Personnel non- médical</u></b>
<b>ITALIE DU NORD</b>	<b>1652 / 65,2 %</b>	<b>1684 / 43,1%</b>	<b>3498 / 31,5%</b>
<i>Piémont</i>	284 / 63,8%	227 / 40,9 %	367 / 20,8 %
<i>Val d'Aoste</i>	2 / 18,2%	5 / 26,3 %	0 / 0,0 %
<i>Lombardie</i>	560 / 66,9%	607 / 47,1 %	1000 / 40,3 %
<i>Bolzano</i>	26 / 81,3%	26 / 38,8 %	166 / 68,9 %
<i>Trentin</i>	19 / 55,9%	21 / 31,8 %	367 / 22,4 %
<i>Vénétie</i>	391 / 78,0%	430 / 49,0 %	1011 / 59,8 %
<i>Frioul-Vénétie Julienne</i>	67 / 60,4%	39 / 36,1 %	174 / 30,5 %
<i>Ligurie (2008)</i>	98 / 57,3 %	128 / 38,1 %	98 / 6,8 %
<i>Emilie Romagne</i>	205 / 52,4 %	201 / 33,9 %	315 / 25,3 %
<b>ITALIE CENTRALE</b>	<b>681 / 69,5 %</b>	<b>700 / 52,3 %</b>	<b>2813 / 48,6 %</b>
<i>Toscane</i>	219 / 62,2%	122 / 27,7 %	347 / 30,8 %
<i>Ombrie</i>	62 / 63,3%	95 / 63,3 %	1038 / 62,5 %
<i>Marches</i>	85 / 62,0%	97 / 50,3 %	774 / 43,3 %
<i>Latium</i>	315 / 80,2%	386 / 69,5 %	654 / 53,6 %
<b>ITALIE du SUD</b>	<b>972 / 80,4 %</b>	<b>808 / 66,2 %</b>	<b>2415 / 56,5 %</b>
<i>Abruzzes (données 2008)</i>	84 / 78,5 %	94 / 57,3 %	189 / 66,3 %
<i>Molise (données 2007)</i>	24 / 82,8 %	28 / 77,8 %	73 / 82,0 %
<i>Campanie (données 2007)</i>	329 / 83,9 %	262 / 77,1 %	515 / 72,4 %
<i>Pouilles</i>	340 / 79,4 %	274 / 61,3 %	953 / 73,5 %
<i>Basilicate</i>	69 / 85,2%	59 / 63,4 %	421 / 27,1%
<i>Calabre</i>	126 / 73,3%	91 / 64,5 %	264 / 78,1%
<b>ITALIE INSULAIRE</b>	<b>680 / 74,1 %</b>	<b>607 / 68,7 %</b>	<b>1747 / 72,5 %</b>
<i>Sicile</i>	541 / 81,7%	526 / 75,7 %	1426 / 87,0%
<i>Sardaigne</i>	139 / 54,3%	81 / 42,9 %	321 / 41,8%

84. Concernant la Région de Lombardie, la réclamation de l'IPPF EN attire l'attention sur le fait que « les obstacles qui empêchent la loi d'être correctement appliquée ont augmenté (...) en raison de la hausse importante du nombre de praticiens hospitaliers et des membres des professions paramédicales objecteurs de conscience, qui dépasse par endroits 85% » (cf. tableau fourni par L'organisation auteur de la réclamation, annexe 13).

85. Un tableau comparatif des pourcentages de praticiens hospitaliers et des autres personnels de santé ayant exercé leur droit à l'objection de conscience entre 2003 et 2009 figure également dans la réclamation. Ici aussi, les informations reposent sur les données émanant du ministère de la Santé (voir tableau 2 ci-après).

Tableau 2

		<b>GYNECOLOGUES</b>	<b>ANESTHESISTES</b>	<b>PERSONNEL NON MEDICAL</b>
Rapport 2011 (données 2009)	ministériel	<b>70,7%</b>	<b>51,7%</b>	<b>44,4%</b>
Rapport 2010 (données 2008)	ministériel	71,5%	52,6%	43,3%
Rapport 2009 (données 2007)	ministériel	70,5%	52,3%	40,9%
Rapport 2008 (données 2006)	ministériel	69,2%	50,4%	42,6%
Rapport 2007 (données 2005)	ministériel	58,7%	45,7%	38,6%
Rapport 2006 (données 2004)	ministériel	59,5%	46,3%	39,1%
Rapport 2005 (données 2003)	ministériel	<b>57,8%</b>	<b>45,7%</b>	<b>38,1%</b>

86. L'IPPF EN estime, au vu de ces chiffres, que les solutions imaginées par les autorités compétentes pour faire face au nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé objecteurs de conscience se sont révélées insuffisantes pour garantir la mise en œuvre correcte de la loi n° 194/1978 et, partant, la protection effective des droits des femmes qui demandent à pouvoir accéder aux actes nécessaires pour interrompre une grossesse.

87. L'organisation auteur de la réclamation considère plus précisément que, d'une part, le recours à du personnel extérieur non objecteur de conscience peut difficilement permettre d'assurer la continuité nécessaire dans la fourniture de soins et que, d'autre part, la conclusion de conventions entre les hôpitaux et les établissements privés va à l'encontre du caractère public de la loi. Et l'IPPF EN de conclure que « le problème lié à la pénurie de personnel n'a pas été réglé ; il a seulement été contourné ».

88. S'agissant des voies de recours administratives ou judiciaires offertes aux femmes lorsque l'accès aux actes visant à interrompre la grossesse n'est pas garanti, L'organisation auteur de la réclamation considère que le temps constitue ici un facteur déterminant. Aussi estime-t-elle que le temps mis par les autorités administratives ou judiciaires pour rendre une décision peut être préjudiciable aux femmes qui envisagent de mettre fin à leur grossesse dans les délais stricts imposés par la loi n° 194/1978. De plus, l'IPPF EN considère que, même si ces instances

étaient en mesure de se prononcer en temps voulu, leur décision ne vaudrait que pour le cas d'espèce et n'apporterait pas de solution pour les autres cas dont elles seraient saisies.

89. Au regard de la Charte et de son application, l'IPPF EN estime que les Etats parties doivent prendre des mesures non pas seulement légales mais aussi pratiques, ce qui englobe l'octroi de moyens financiers et la mise en place de modalités d'intervention. Par ailleurs, le non-respect de la Charte imputable à des actions ou omissions des autorités régionales lui paraît nécessairement relever de la responsabilité de l'Etat. L'IPPF EN cite, à cet égard, un certain nombre de dispositions du Protocole et de son rapport explicatif et renvoie à des décisions antérieures du Comité.

90. Concernant l'obligation de l'Etat de prévoir un cadre réglementaire qui permette aux femmes enceintes d'exercer effectivement leur droit d'obtenir un avortement légal, L'organisation auteur de la réclamation se réfère également à un certain nombre d'arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme (voir paragraphes de 53 à 56 ci-dessus).

91. L'organisation auteur de la réclamation conclut que la formulation inadéquate de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978 et les problèmes qui en découlent pour sa mise en œuvre compromettent le droit des femmes à la vie, leur droit à la santé et leur droit de décider librement d'une éventuelle interruption de grossesse, ce qui rend la disposition précitée contraire à l'article 11 de la Charte.

## **2. Le Gouvernement défendeur**

92. Le Gouvernement invite le Comité à déclarer la réclamation de l'IPPF EN infondée:

« a) à cause de l'interprétation donnée par [l'IPPF EN] qui bouleverse les articles 11 et E de la Charte au dommage de la santé et de la vie des femmes que [l'IPPF EN] veut être assistées seulement par un personnel médical non objecteur qui favorise leur interruption volontaire de grossesse sans vérifier leur situation physique et psychique mais seulement [leur situation] économique;

b) parce que l'État ne peut pas limiter [le nombre de] personnel médical qui déclare son objection de conscience dans le respect de la liberté de conscience comme aussi reconnu par la Cour européenne de droits de l'homme en vertu de l'article 9 de la Convention du 1950 et de sa jurisprudence ».

93. D'un point de vue général, le Gouvernement estime, tant dans ses observations sur la recevabilité que dans celles relatives au bien-fondé de la réclamation, que la loi n° 194/1978 « instaure un équilibre juste et nécessaire entre le droit à la vie et à la santé de la femme et la liberté de conscience du personnel médical et des professions paramédicales en matière d'interruption volontaire de grossesse ». Partant, il considère que le nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé objecteurs de conscience, qui est le premier obstacle à l'accès aux actes d'interruption de grossesse, ne devrait pas être interprété comme une violation de l'article 11 de la Charte.



94. Le Gouvernement indique également que la loi n° 194/1978 – « qui prévoit des modalités et mesures visant à garantir le droit à la vie et à la santé des femmes en cas d'interruption volontaire de grossesse » - a été adoptée dans le cadre de la « marge d'appréciation » prévue par l'article G de la Charte.

95. L'article G de la Charte est rédigé ainsi :

**Article G – Restrictions**

« 1. Les droits et principes énoncés dans la Partie I, lorsqu'ils seront effectivement mis en œuvre, et l'exercice effectif de ces droits et principes, tel qu'il est prévu dans la partie II, ne pourront faire l'objet de restrictions ou limitations non spécifiées dans les Parties I et II, à l'exception de celles prescrites par la loi et qui sont nécessaires, dans une société démocratique, pour garantir le respect des droits et des libertés d'autrui ou pour protéger l'ordre public, la sécurité nationale, la santé publique ou les bonnes mœurs.

2. Les restrictions apportées en vertu de la présente Charte aux droits et obligations reconnus dans celle-ci ne peuvent être appliquées que dans le but pour lequel elles ont été prévues. »

96. S'agissant du premier paragraphe de cette disposition, le Gouvernement met en exergue les expressions « respect des droits et des libertés d'autrui » et « protéger la santé publique ».

97. Dans le document joint au mémoire sur la recevabilité de la réclamation (établi en date du 28 septembre 2012 par M. Giuseppe RUOCCO, Directeur général du Service de prévention au ministère de la Santé), le Gouvernement déclare que « (...) en application de la loi n° 194/1978, les hôpitaux et les centres de soins doivent se conformer, en toutes circonstances, aux procédures prescrites à l'article 7 et pratiquer les avortements dans les conditions prévues aux articles 5, 7 et 8 de ladite loi ; les Régions doivent contrôler et garantir le respect de ces procédures, y compris au besoin en ayant recours à la mobilité du personnel ».

98. Le Gouvernement formule sur ce point les observations générales ci-après.

- « L'objectif de la loi est de poser un principe, clairement défini à l'article 9 de la loi n° 194, à savoir la possibilité pour les professionnels de santé et le personnel médical de soulever une objection de conscience, et l'obligation pour les Régions et les organismes de soins de santé de s'organiser en conséquence. »

- « Cela n'implique pas qu'il faille changer la loi ; il faut simplement veiller à ce que les Régions mettent en œuvre les procédures envisagées par la loi n° 194 de 1978, dans le respect de leur totale autonomie organisationnelle, comme le prévoient les dernières modifications apportées au Titre V de la Constitution en 2001.

- Si ce service n'est pas garanti, les parties prenantes, organisations représentatives, les autorités sanitaires, etc., peuvent former un recours auprès des autorités centrales ou régionales, ou aller jusqu'à saisir les tribunaux pour faire appliquer la législation. »
- « Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur l'avortement, le nombre d'objecteurs de conscience parmi les professionnels de la santé et le personnel médical a toujours été élevé. Cela n'a pas remis en cause le droit des femmes à bénéficier de cette loi et de cette procédure ».
- (...) « les Régions et les autorités sanitaires veillent à ce que les services que prévoit la loi n° 194 soient assurés en recourant non seulement à la mobilité du personnel mais aussi en passant des accords ad hoc avec des spécialistes. »

#### 99. Il fournit quelques données chiffrées à l'appui de ces observations.

- « En 2009 (date du dernier rapport parlementaire), 118 579 avortements ont été réalisés, soit une baisse de 50,9% par rapport à 1982, où l'on avait atteint le nombre record de 234 801 interventions. »
- « Le taux d'avortement – indicateur le plus fiable des interruptions de grossesse réalisées sur des femmes âgées de 15 à 49 ans – a baissé de 52,3%, passant de 17,2 à 8,2% ». (...) « Si l'on ne considère que le seul nombre de femmes italiennes ayant avorté en 2009 (79 535), le taux d'avortement a baissé de 66,1% par rapport à 1982, année où la présence de femmes étrangères sur le sol italien était négligeable. »
- « En 2009, les interventions d'urgence (interruptions de grossesses réalisées sans attendre le délai de sept jours après l'attestation de grossesse) ont représenté 9,2% des avortements, soit la même proportion que celle indiquée dans le rapport de 1997 (...). »
- « 85% des avortements sont réalisés par aspiration (méthode de Karman). »
- « Dans 93,6% des cas, la durée d'hospitalisation est inférieure à un jour et tous les avortements sont pratiqués en régime ambulatoire. »
- « Ces dernières années, les délais entre l'attestation de grossesse et l'intervention ont été réduits et, dans plus de 80% des cas, l'avortement intervient avant la dixième semaine de gestation. »
- « Le taux de complication a toujours oscillé entre 3 et 4 ‰. »
- « Depuis 2010, le Service national de santé offre la possibilité d'opter pour un avortement par voie médicamenteuse. Cette méthode, de plus en plus utilisée par les femmes, est proposée par un nombre sans cesse croissant de structures sanitaires. Tout ceci, combiné aux initiatives prises par les Régions et les autorités sanitaires, contribue à atténuer l'incidence de l'objection de conscience. »

#### 100. S'appuyant sur ces données, le Gouvernement indique ce qui suit dans le document cité plus haut.

- « La baisse du nombre d'interruptions de grossesse et du taux de propension à l'avortement, de même que la diminution du nombre d'avortements répétés illustrent la qualité de l'action que mènent les services de prévention ; cela montre aussi que les femmes sont réceptives aux mesures de régulation de la fécondité et que les instruments visant à sensibiliser et responsabiliser les femmes à la parentalité donnent de bons résultats. Des projets ponctuels de prévention de l'avortement ont été mis en place à l'intention des femmes de nationalité étrangère, avec des initiatives spécifiques axées sur la médiation culturelle, la facilitation de l'accès aux services et la formation du personnel. »
- « La stabilité du nombre d'interventions d'urgence et le raccourcissement des délais entre l'attestation de grossesse et l'intervention témoignent de l'efficacité des services; l'augmentation des interventions pratiquées en régime ambulatoire et des hospitalisations d'une durée inférieure à un jour indiquent que les femmes rencontrent moins de difficultés pour accéder à ces services et que le déploiement des ressources humaines est mieux organisé; le pourcentage important de femmes

ayant subi un avortement avant la dixième semaine de gestation, ainsi que le taux très faible de complications - aucun décès ou complication grave n'a été relevé suite à un avortement réalisé conformément à la loi n° 194 - sont la meilleure preuve de ce que l'avortement ne constitue pas, aujourd'hui, un danger pour la santé des femmes. »

101. Tout ceci amène le Gouvernement à conclure que « le nombre d'objecteurs de conscience observé en Italie – qui se trouve partiellement compensé par la mobilité du personnel et par des conventions conclues avec des services spécialisés de gynécologie-obstétrique – et la récente mise sur le marché de médicaments abortifs ne semblent pas avoir d'impact direct sur le recours à l'avortement et ne portent donc pas atteinte aux droits des femmes; de plus, la baisse du nombre de femmes qui avortent est nettement plus importante que l'augmentation du nombre d'objecteurs de conscience parmi les professionnels de santé et le personnel médical. Ces dernières années, les services ont gagné en efficacité, tant en termes de prévention que d'accès à l'interruption de grossesse, et ces actes ne présentent aucun danger pour les femmes compte tenu de la technique utilisée (aspiration ou méthode de Karman), de l'âge gestationnel au moment de l'intervention (moins de 10 semaines) et du très faible taux de complications (3 à 4‰).

## **B – Informations complémentaires fournies par les parties à la demande du Comité**

102. Dans le cadre de l'examen de la réclamation, le Comité a demandé aux deux parties d'apporter des précisions sur différents points, notamment (a) les difficultés rencontrées par les femmes enceintes ainsi que – au niveau organisationnel – par les hôpitaux et centres de soins dans le cadre des procédures en matière d'interruption de grossesse, en raison de l'objection de conscience soulevée par les membres du personnel de santé; (b) les mesures prises par les autorités compétentes pour remédier aux difficultés susmentionnées.

### **1. L'Organisation auteur de la réclamation**

103. L'organisation auteur de la réclamation souligne que, dans la majorité des cas, les informations fournies dans sa réponse « n'étaient pas disponibles au moment où la réclamation a été déposée et n'ont pu être recueillies qu'en raison de la publicité faite autour de la réclamation elle-même ». Elle ajoute toutefois qu'il demeure très difficile d'obtenir ces données pour différentes raisons qu'elle expose dans sa réponse.

104. L'IPPF EN formule ensuite des observations sur « la situation particulière dans laquelle se trouvent d'une part les femmes qui décident d'interrompre leur grossesse et, d'autre part, les professionnels de santé qui, soucieux de venir en aide, décident de ne pas invoquer l'objection de conscience ». Elle note « combien il est difficile, voire impossible, de demander aux femmes – mais aux médecins non objecteurs de conscience aussi – d'apparaître publiquement dans une réclamation qui vise des médecins objecteurs de conscience ou des structures ne garantissant pas les services d'interruption volontaire de grossesse ». A l'appui de cette affirmation, l'organisation fournit un certain nombre de témoignages directs. Elle produit des preuves de ce que l'Office national italien des statistiques (l'ISTAT) « a refusé de remettre à l'association LAIGA la liste des établissements réalisant des interruptions de grossesse, liste qui devait lui servir à dresser un état des lieux de l'application de la loi n° 194 de 1978 ». Elle avance également un certain nombre d'éléments qui démontrent qu'« il est de toute manière évident que les exemples de femmes contraintes de se tourner vers d'autres structures échappent à ce genre d'enquêtes, car il ne reste aucune trace de leurs demandes dans les établissements où elles n'ont pas bénéficié d'une aide appropriée ».

105. L'IPPF EN revient aussi sur le contexte social dans lequel les discussions sur l'interruption volontaire de grossesse et l'objection de conscience ont eu lieu en Italie. Elle fait ainsi référence à certains articles parus sur Internet ainsi qu'aux manifestations qui se sont déroulées dans différentes villes du pays en 2012 et 2013 « contre l'application de la loi n° 194/1978 ».

106. L'IPPF EN déclare à ce propos que:

« Ce sont précisément les prises de position et initiatives de ce type qui ôtent toute légitimité à la loi n° 194 de 1978 (alors que, répétons-le, ce texte a été validé par la Cour constitutionnelle italienne et est constitutionnellement protégé; son noyau dur ne peut être modifié sans porter atteinte aux principes constitutionnels dont il est l'expression directe), ce qui a contribué à créer un climat dans lequel il est extrêmement difficile, pour ne pas dire impossible, pour les femmes et les médecins de signaler des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de la loi (...) ».

107. Pour ce qui est de l'application de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978, L'organisation auteur de la réclamation se réfère notamment aux données communiquées par la Présidente de la LAIGA - *Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'Attuazione della legge 194* (Association libre des gynécologues favorables à l'application de la loi n° 194/1978) :

« (...) [L]a loi [n°194 de 1978] n'est guère appliquée et (...), dans de nombreux hôpitaux, il est impossible de se faire avorter. (...) Il n'existe pas de sources officielles fiables, facilement accessibles, qui puissent fournir une liste à jour des hôpitaux ou services gynécologiques où des interruptions de grossesse peuvent être réalisées en toute légalité. En bref, il est impossible de savoir où s'adresser pour un avortement. (...) Aussi [la LAIGA] a-t-elle commencé à se renseigner (...), hôpital par hôpital, en utilisant les informations trouvées sur certains sites internet non officiels (...), afin d'obtenir une réponse à notre question: l'article 9 de la loi n° 194 est-il appliqué dans les faits? (...) Les résultats de notre enquête sont résumés dans le tableau ci-après. Il convient de noter que ces données chiffrées officielles, que nous avons eu beaucoup de mal à nous procurer, ne sont pas exhaustives mais permettent d'avoir un aperçu du problème ».

REGION	Nombre d'hôpitaux dotés d'un service de gynécologie	Nombre d'hôpitaux pratiquant des avortements au cours des 90 premiers jours de la grossesse	Nombre d'hôpitaux pratiquant des avortements après 90 jours de grossesse
PIEMONTE	36	29	3
LOMBARDIE	64	27	6
TRENTIN HAUT-ADIGE	15	7	1
VENETIE	42	13	3
FRIOUL- VENETIE JULIENNE	11	8	?
LIGURIE	12	7	2
EMILIE ROMAGNE	29	15	2
TOSCANE	26	24	3
OMBRIE	16	12	2
LATIUM	31	21	7
ABRUZZES	20	9	2
MOLISE	6	3	1
BASILICATE	6	5	?
POUILLES	33	22	5
CALABRE	33	23	5
SICILE	37	26	2
SARDAIGNE	24	12	10

108. La Présidente de la LAIGA conclut, à la lumière de ces chiffres, que « (...) tous les hôpitaux ne pratiquent pas des interruptions de grossesse, ce qui va à l'encontre de l'article 9 de la loi n° 194 (...) ». Elle dresse ainsi la liste des 45 hôpitaux où les interventions de ce type ne peuvent être obtenues, même lorsqu'ils possèdent un service de gynécologie (les régions concernées sont le Latium, le Piémont, la Vénétie, le Frioul Vénétie Julienne, les Marches, la Lombardie, l'Emilie Romagne, la Toscane, la Sicile, la Sardaigne et les Pouilles) :

*Azienda Ospedaliera Universitaria S.Andrea, Policlinico Universitario Tor Vergata (Rome), Ospedale Acquapendente (Viterbo), Ospedale Andosilla (Civitacastellana), Ospedale Belcolle (Viterbo), Ospedale S.Camillo De Lellis (Rieti), Ospedale Umberto 1° (Frosinone), Ospedale S.Benedetto(Alatri), Ospedale di Velletri, Ospedale Maggiore dellaCarità (Novara), Ospedali Riuniti S.LorenzoVarmagnola, Ospedale di Camposampiero (Turin), Ospedale Castelli (Verbania), Ospedale Portogruaro (Verona), Ospedale di Belluno, Ospedale di Bassano, Ospedale di Gorizia, Ospedale di Jesi, Ospedale di Fano, Ospedale di Fermo, OspedaliCivili di Brescia, Ospedale S.Maria delle Stelle Melzo, Ospedale di Cernusco, Ospedale di Carate, Ospedale di Gallarate, Ospedale di Gorgonzola, Ospedale di Angera, Ospedale di Treviglio e Caravaggio, Ospedale di Como, Ospedale di Cantu', Ospedale di Monza, Ospedale di*

*Melzo S. Maria delle Stella, Ospedale di Sassuolo, Ospedale Franchini-Montecchio Reggio Emilia, Ospedale di Ponte Annicari, Ospedale di Lipari, Ospedale Muscatello (Augusta), Ospedale di Bosa, Ospedale di Ozieri, Regione, Ospedale San Paolo (Bari), Ospedale Perrino (Brindisi), Ospedale di Venere, Ospedale di Bitonto, Ospedale di Bisceglie, Ospedale di Fasano.*

109. S'agissant de la situation du personnel de santé qui réalise des avortements, les seules données complètes que fournit la Présidente de la LAIGA dans les documents précités concernent la région du Latium. Elle précise que « [D]ans cette région, sur 391 gynécologues rattachés à des établissements hospitaliers, ils ne sont que 33 à ne pas invoquer d'objection de conscience et à pratiquer des avortements; 91,3% des gynécologues du Latium sont donc des objecteurs de conscience ». Pour les autres régions (Piémont, Lombardie, Trentin-Haut-Adige, Ligurie, Toscane, Emilie Romagne, Abruzzes, Molise, Campanie, Basilicate, Pouilles, Calabre, Sicile et Sardaigne), la Présidente de la LAIGA fournit des données indiquant que dans « au moins » 38 hôpitaux il n'y a pas de gynécologues non-objecteurs, ou qu'il y en a juste un. Selon les informations communiquées, les établissements hospitaliers se trouvant dans cette situation sont les suivants :

*Ospedali Riuniti (Borgomanero), Ospedale Broni (Stradella), Ospedale Civile (Sondrio), Ospedale Civile (Cavalese), Ospedale Civile (Bassano), Ospedale S. Spirito, Policlinico Umberto I, A.O.S. Andrea (Rome), Ospedale San Paolo (Civitavecchia), Ospedale Paro di Delfino (Colleferro), Ospedale Gonfalone (Monterotondo), Ospedale Coniugi Bernardini (Palestrina), Ospedale Paolo Colombo (Velletri), Ospedale S. Maria Goretti (Latina), Ospedale Civile (Formia), Ospedale Civile (Frosinone), Ospedale SS Trinità (Sora), Ospedale S. Benedetto (Alatri), Ospedale S. Scolastica (Cassino), Ospedale Belcolle (Viterbo), Ospedale Civile (Tarquinia), Ospedale Civile S. Anna (Ronciglione), Ospedale Civile (Rieti), ASL 2 Chieti (Ortona), ASL 3 Chieti (Chieti), ASL SA (Eboli), Ospedale Potenza (Chiaromonte), Ospedale Civile Locri, ASP Catanzaro, Ospedale Civile Cosenza, ASPS (Locri), Ospedale Civile (Cetraro), ASP 9 (Trapani), Ospedale Microcitemico (Cagliari), Ospedale Civile (Bosa), Ospedale Civile (Ozieri), Ospedale Civile (Businco).*

110. Cela étant, elle tire les constatations suivantes :

« On note, dans la majorité des hôpitaux, un déséquilibre entre le nombre de gynécologues et le pourcentage de praticiens non objecteurs, compte tenu de la proportion élevée de gynécologues objecteurs de conscience. De nombreux établissements ne proposent pas ce service de gynécologie, faute de personnel. Mais, même lorsqu'il y a un seul médecin non objecteur, de gros problèmes subsistent, qui impliquent:

- des délais d'attente plus longs, avec des risques accrus lors des interventions. Dans de nombreux cas, l'interruption de grossesse est pratiquée dans les derniers jours du délai prévu par la loi, c.-à-d. aux alentours de la douzième semaine de gestation;
- des risques professionnels plus importants pour les gynécologues non objecteurs de conscience: les délais d'attentes prolongés (souvent plus de 3 à 4 semaines entre l'attestation de grossesse et l'intervention) contraignent les médecins à user de pratiques peu satisfaisantes sur le plan clinique;
- la réduction du temps accordé à chaque patiente pendant les procédures liées à l'interruption de grossesse et ce aux dépens de sa protection, de son information et de sa prise en charge sociale ;

- l'obligation pour les patientes de se rendre dans d'autres provinces ou régions, voire à l'étranger (de nombreuses interruptions de grossesse pratiquées au-delà du 90<sup>e</sup> jour pour cause de maladie fœtale sont réalisées dans les hôpitaux des pays voisins - France, Espagne et Royaume-Uni) ;
- pendant les congés du personnel non objecteur de conscience, les avortements sont suspendus (à Bari, par exemple, lorsque le seul gynécologue non objecteur de conscience prend congé, la prescription de la pilule abortive RU-486 est interrompue et le numéro d'appel gratuit permettant d'obtenir des informations et des rendez-vous cesse de fonctionner) ;
- en cas de maladie de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience, le service est suspendu. Ainsi, à Monterotondo, le seul gynécologue non objecteur de conscience est en arrêt de travail depuis un accident de voiture survenu en novembre 2012 et aucune interruption de grossesse n'est plus pratiquée. A Frosinone, lorsque le gynécologue est en arrêt de maladie, le service est là aussi interrompu ;
- si l'unique médecin non objecteur prend sa retraite, le service ferme – comme cela s'est passé, par exemple, à Jesi ;
- en cas de décès de praticiens non objecteurs, le service est suspendu: à Naples, la suspension des interruptions de grossesse après le décès du seul gynécologue non objecteur a suscité des protestations de la part des citoyens, de sorte qu'il a fallu recruter un gynécologue pour y remédier. »

111. S'agissant des questions spécifiques posées par le Comité, l'organisation auteur de la réclamation fournit des informations tirées de différentes sources - témoignages directs, articles de presse, livres, blogues, forums, etc. Ces informations portent sur l'application de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978 dans différents hôpitaux, centres de soins et centres de consultation italiens.

112. L'IPPF EN indique à cet égard ce qui suit.

- « L'objection de conscience a privé [la ville de] Bari et sa province du dernier hôpital où étaient pratiquées des interruptions volontaires de grossesse. En effet, à l'hôpital St Paul - seule structure publique -, tous les médecins se sont déclarés objecteurs de conscience (...). Il s'avère en particulier que les femmes sont contraintes, faute de pouvoir accéder aux services d'interruption volontaire de grossesse dans les hôpitaux publics, de s'adresser à la polyclinique, qui ne fait pas partie du réseau local de santé publique et qui connaît d'importants problèmes d'organisation en raison de la pénurie de médecins non objecteurs de conscience, ou aux centres de soins de Monopoli, Putignano et Corato, voire dans une autre région. Dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Perrino de Brindisi, tous les médecins ont invoqué l'objection de conscience (...). »
- « (...) [L]a polyclinique de Naples (...) a fermé son service public d'interruption volontaire de grossesse après le décès du seul médecin non objecteur de conscience (...). »
- « Compte tenu de l'absence de personnel non objecteur de conscience, il n'est plus possible d'obtenir une interruption volontaire de grossesse à Fano ni à Jesi. »

113. Pour ce qui est du Latium, il ressort des informations communiquées par l'IPPF EN que :

« [S]ur les 31 établissements publics, 9 ne proposent pas de service d'interruption de grossesse et, dans trois provinces (Frosinone, Rieti et Viterbo), aucun avortement thérapeutique n'est réalisé ». « L'hôpital St Andrea, à Rome, hôpital universitaire public, ne réalise pas d'avortements et ne forme pas de nouveaux gynécologues (...) ». « [N]ombre des médecins non objecteurs de conscience vont prochainement partir à la retraite et ne seront pas remplacés, en l'absence de toute formation professionnelle (...). »

114. L'IPPF EN indique qu'en Sicile (province de Palerme), selon la section locale du syndicat CGIL:

« [D]ans certains hôpitaux il n'y a pas un seul médecin non objecteur de conscience (ou seulement un seul, extérieur à l'hôpital); dans [la province de] Messine, certains hôpitaux n'ont pas un seul médecin qui ne soit pas objecteur de conscience ([c'est le cas à] Barcellona, Patti, Lipari, Mistretta) (...). »

115. L'IPPF EN joint également des documents qui montrent qu'en Sicile, l'unité opérationnelle relative aux centres de consultation pour famille de la zone ionienne ASL 5 (*Unità Operativa Consultori Area Ionica Asl 5*) « (...) a été contrainte de diriger les femmes souhaitant avorter vers d'autres villes parce qu'à Messine (...) il était impossible de leur garantir cette intervention. »

116. D'autres documents signalent que, dans la région des Abruzzes :

« [D]ans certains établissements hospitaliers, il n'y a pas de médecins non objecteurs de conscience (à Pescara, sur trois hôpitaux, un seul propose ce service et ne dispose à cet effet que d'un médecin; à Teramo, sur quatre hôpitaux, ce service n'est garanti que dans deux d'entre eux; à Chieti, sur cinq hôpitaux, ils ne sont que trois à le proposer, et l'un d'eux n'a qu'un seul médecin – extérieur - non objecteur de conscience; dans les trois établissements de [la ville de] L'Aquila il n'y a qu'un médecin non objecteur de conscience. »

117. Pour la Ligurie, il est indiqué que :

« Le recours massif à l'objection de conscience entrave l'accès à l'interruption volontaire de grossesse. »

118. En Toscane, et plus particulièrement à [l'hôpital] *Azienda Ospedaliera Universitaria Senese U. O. C. Ostetricia e Ginecologia – Policlinico 'Le scotte' lale Bracci* (Sienne), il ressort des informations de l'IPPF EN que:

« [L]a suspension du service est expressément motivée par la présence de médecins objecteurs de conscience. »

119. Il est aussi fait état de nombreux cas où le service qui assure les interruptions de grossesse a été suspendu à l'hôpital de Gavardo, dans la province de Brescia (Région de Lombardie).

120. Concernant les problèmes d'accès à l'interruption de grossesse dans certains hôpitaux de la province de Milan, l'IPPF EN indique, s'appuyant sur le rapport du Président de la LAIGA et d'autres documents pertinents, que :

« Chaque hôpital accepte un nombre prédéterminé de femmes - « les quinze premières femmes qui se présentent », « pas plus de vingt femmes », « les douze premières », « pas plus de dix ou douze », etc. Cela signifie qu'il y a plus de femmes qui se présentent dans les hôpitaux qu'ils ne peuvent en accueillir: l'hôpital Buzzi de Milan accepte les quinze premières femmes qui se présentent les mercredis et vendredis; l'hôpital San Carlo ne prend pas plus de vingt femmes les vendredis; l'hôpital San Paolo accepte les douze premières patientes les vendredis; la clinique Mangiagalli de Milan n'accepte pas plus de dix à douze femmes du lundi au vendredi; l'hôpital Luigi Sacco accepte les dix premières femmes les mercredis, tandis que l'hôpital Rho en accepte six par semaine; l'hôpital Garbagnate de Milan accepte un maximum de six femmes par semaine et l'hôpital Cernusco jusqu'à neuf femmes par semaine. »

121. S'agissant du non-remplacement éventuel du personnel non objecteur de conscience qui ne serait pas disponible (pour cause de congés, de maladie, de retraite, etc.), l'organisation auteur de la réclamation reprend, à titre d'exemple, le cas de l'hôpital de [la ville de] Gavardo « où après le départ en retraite d'[un] médecin (...), rien n'a été fait pour engager un autre médecin qui aurait pu travailler



avec le seul praticien non objecteur restant » ; elle mentionne aussi la polyclinique de Naples « où, après le décès du seul médecin non objecteur de conscience, le service a été interrompu. »

122. L'IPPF EN affirme également, documents à l'appui, qu'à l'hôpital *San Camillo* de Rome :

« [Un] avortement thérapeutique a été retardé de quatre jours en raison de l'absence d'anesthésistes non objecteurs, tous partis en vacances. Le retard a failli provoquer un dépassement du délai fixé par la loi n° 194 de 1978. »

123. L'organisation auteur de la réclamation rend compte par ailleurs d'une enquête menée en Lombardie qui,

« souligne non seulement que les chiffres réels de l'objection de conscience sont supérieurs aux données officielles (...), mais met aussi l'accent sur la nécessité de lutter contre la pénurie de personnel non objecteur de conscience en faisant appel à des médecins extérieurs déjà à la retraite, à du « personnel d'astreinte » ou à des médecins libéraux rémunérés à l'acte. »

(il est fait référence ici aux problèmes rencontrés dans les villes et provinces de Treviglio, Côme, Crémone, Lecco, Lodi, Milan, Monza et Brianza, Mantoue, Sondrio et Gallarate).

124. L'IPPF EN souligne à cet égard que « la situation risque d'empirer car de nombreux médecins non objecteurs sont âgés et proches de la retraite [...], tandis que les plus jeunes sont presque tous objecteurs de conscience », et que ces problèmes « pourraient concerner toute l'Italie ».

125. Dans les Marches, L'organisation auteur de la réclamation indique qu'à Ascoli Piceno :

« il ne serait pas possible de réaliser des interruptions volontaires de grossesse si un médecin ne venait pas chaque semaine de Milan pour garantir l'exécution de ces actes. »

126. S'agissant du refus de membres du personnel médical et des professions paramédicales objecteurs de conscience de fournir les soins nécessaires avant et après un avortement, etc., L'organisation auteur de la réclamation renvoie à l'arrêt de la Cour suprême (*Corte di Cassazione*) du 2 avril 2013 « qui a condamné un médecin objecteur de conscience à un an de prison pour avoir refusé d'aider une femme qui, suite à un avortement, avait été victime d'une grave hémorragie. »

127. L'IPPF EN rappelle , à ce sujet, la décision rendue le 9 octobre 1979 par le tribunal d'Ancône, selon laquelle « l'exemption prévue à l'article 9 de la loi n° 194 de 1978 pour les objecteurs de conscience s'applique exclusivement aux procédures et actes visant spécifiquement et nécessairement l'interruption d'une grossesse, et non aux soins prodigués avant et après l'acte », ajoutant que « seuls les actes précédant immédiatement l'anesthésie de la patiente, l'anesthésie elle-même et l'avortement peuvent faire l'objet d'une objection de conscience. »

128. Concernant les cas où des femmes enceintes ont tenté d'obtenir une interruption de grossesse mais en vain, en raison du nombre limité de personnel de santé non objecteurs de conscience, l'IPPF EN signale qu'à Padoue :

« [Une] femme s'est vu refuser un avortement thérapeutique et a été contrainte de se rendre à Naples. L'affaire a fini par être discutée lors d'une audition du groupe radical devant la Chambre des députés. »

129. Dans les Marches, il ressort des données communiquées par la CGIL que :

« [E]n 2010 déjà, sur les 2 409 femmes de la région des Marches qui ont subi une interruption volontaire de grossesse, 5,5% se sont adressées à un établissement situé en dehors de leur province et 24,5% en dehors de leur région ».

130. Dans les données communiquées par la LAIGA (voir paragraphes de 107 à 110 ci-dessus), l'IPPF EN note que des centres médicaux situés à l'étranger – en France, en Suisse, au Royaume-Uni et en Slovénie - ont, entre 2010 et 2012, accepté de fournir des services liés à l'interruption de grossesse à des femmes qui n'avaient pu les obtenir en Italie ; elle relève l'existence de deux phénomènes, l'un qui amène les femmes à aller d'un hôpital à un autre, et l'autre qui les conduit à « migrer » d'une région à l'autre.

131. Dans la province de Milan, L'organisation auteur de la réclamation relate l'expérience vécue par un médecin de la *Clinica Mangiagalli, Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico*, établissement situé à Milan. Il y est question de « femmes qui tentent vainement d'accéder aux procédures d'interruption de grossesse dans les hôpitaux de Gallarate, Busto Arsizio, Melegnano et Foggia » et qui « sont contraintes d'aller à l'hôpital où [ce médecin] travaille (...) ».

132. En ce qui concerne, par ailleurs, le cas des femmes enceintes ayant subi un avortement dans des conditions insalubres et/ou à leurs propres frais en raison du nombre limité de membres du personnel de santé non objecteur de conscience, L'organisation auteur de la réclamation renvoie au « problème des avortements clandestins ou provoqués par les femmes elles-mêmes » et souligne que l'on dénombre 15 000 avortements clandestins chaque année, en dépit de la loi n° 194/1978. »

133. L'IPPF EN soutient que :

« Ce phénomène qui conduit inévitablement les femmes à courir de graves risques pour leur santé et leur vie, en plus de les contraindre à déboursier une certaine somme pour un service normalement garanti par la loi n° 194 de 1978, est directement lié au problème qui attribue la baisse des avortements à la prétendue absence de difficultés que pose le nombre de médecins objecteurs de conscience. »

134. Se fondant sur différentes sources, L'organisation auteur de la réclamation précise que :

« (...) [P]armi d'autres variables qui influent sur l'incidence que peut avoir le nombre élevé de médecins objecteurs de conscience, figure aussi le facteur économique, c.-à-d. les ressources matérielles dont disposent les femmes, qui leur permettront de faire pratiquer cet acte à l'étranger ou les obligeront au contraire à employer des méthodes qui pourraient mettre leur santé, voire leur vie, en danger (...). »

135. Concernant les risques potentiels pour la santé, L'organisation auteur de la réclamation évoque l'utilisation, par certaines femmes, du *Cytotec* :

« (...) [un] médicament destiné à traiter les ulcères mais dont les effets collatéraux incluent les fausses couches (le misoprostol, le principe actif du Cytotec, est utilisé pour interrompre les grossesses, mais le fait d'en prendre en auto-médication n'est pas sans risques, selon l'endroit et les doses absorbées). »

136. L'organisation auteur de la réclamation signale plus particulièrement « le cas d'une femme désireuse de mettre fin à sa grossesse, qui s'était adressé à l'hôpital Bassini de Cinisello Balsamo, en Lombardie, où seuls deux médecins, extérieurs à l'établissement, pratiquent de telles interventions » :

« Cette femme a raconté les conditions insalubres dans lesquelles a dû avorter. Le centre de consultation autogéré (*Consultoria autogestita*) de Milan estime que, d'après les dernières données officielles relatives à l'application de la loi n° 194 de 1978, dans les régions où le nombre d'objecteurs de conscience est faible, les complications post-opératoires sont quasiment nulles, alors qu'elles se multiplient dans celles où il augmente. »

137. Concernant le problème des femmes enceintes qui, en raison du nombre limité de membres du personnel de santé non objecteurs n'ont eu d'autre choix que de poursuivre leur grossesse, l'IPPF EN fait état de « tous les cas (...) où les problèmes rencontrés pour obtenir une interruption de grossesse ont forcé des femmes à poursuivre leur grossesse tout en espérant trouver d'autres structures ou une solution alternative. »

138. L'organisation auteur de la réclamation revient plus particulièrement sur un avortement thérapeutique réalisé à l'hôpital San Camillo, à Rome :

« [Une interruption de grossesse] a été retardée de quatre jours car tous les anesthésistes non objecteurs de conscience étaient en vacances ; l'intéressée avait déclaré précédemment être « tributaire des congés des médecins (...). Ils ne m'ont pas donné de date précise, or la date limite pour procéder à l'avortement est fixée à jeudi, après quoi je serai forcée de garder jusqu'au neuvième mois ce bébé qui, de toute façon, sera mort-né. »

139. Le document fourni par la Présidente de la LAIGA (voir paragraphes 107 à 110 ci-dessus) traite, à partir d'exemples et de données chiffrées, des difficultés rencontrées par les femmes enceintes pour obtenir une interruption de grossesse en raison du nombre important de praticiens hospitaliers objecteurs de conscience dans diverses régions - Marches, Latium, Campanie, Lombardie, Pouilles et Vénétie.

140. La Présidente de la LAIGA souligne que, conformément aux articles 6 et 7 de la loi n° 194/1978, les avortements thérapeutiques doivent être réalisés immédiatement et que, lorsque l'interruption de grossesse est justifiée par un danger imminent pour la vie de la femme, elle peut être pratiquée sans respecter les procédures [applicables]. Il est également précisé que les médecins « extérieurs à l'hôpital ou rémunérés par des honoraires ne sont pas autorisés à pratiquer des avortements thérapeutiques ».

141. L'organisation auteur de la réclamation confirme les déclarations susmentionnées et précise que « les médecins non objecteurs de conscience recrutés à l'extérieur de l'hôpital ne peuvent réaliser des avortements thérapeutiques, compte tenu du temps nécessaire pour ce type d'intervention. Les femmes sont contraintes d'aller dans d'autres hôpitaux ». Dans ce même contexte, la Présidente de la LAIGA affirme que, lorsqu'une malformation fœtale est décelée « (...) la femme est livrée à elle-même, car il n'y a pas de continuité des soins, et elle doit s'occuper de trouver elle-même un hôpital pour se faire avorter (...) ». Elle fournit un certain nombre de témoignages directs concernant des situations concrètes vécues par des femmes enceintes.

142. Dans le même document, la Présidente de la LAIGA rend compte des difficultés liées à l'interruption volontaire de grossesse pratiquée après les trois premiers mois de gestation (avortements thérapeutiques). Elle cite ainsi le témoignage d'une femme, qui évoque les « circonstances pénibles qui ont conduit à un avortement thérapeutique et qui étaient dues à la présence d'un seul médecin non objecteur de conscience (...) à l'hôpital ». Sur ce dernier point, l'IPPF EN renvoie à l'avis du docteur A. Uglietti, selon lequel « lorsqu'il n'y a qu'un seul médecin non objecteur, il n'est possible de réaliser qu'une interruption volontaire de grossesse par semaine ».

143. Outre les arguments avancés dans sa réponse au mémoire du Gouvernement, l'IPPF EN confirme « l'absence de données ou faits nouveaux concernant les recours juridiques exercés contre les hôpitaux ». Dans ce contexte, après avoir mentionné une récente décision de la Cour de Cassation (*Corte di Cassazione* - voir paragraphe 52 ci-dessus), l'IPPF EN rappelle les faits décrits plus haut qui ont entraîné le déclenchement d'une procédure judiciaire qui a finalement abouti à une lettre d'« excuses » du médecin responsable (objecteur de conscience), lequel invoque une « série d'événements malheureux » dus à la présence d'un seul médecin (non objecteur) à l'hôpital au moment des faits.

144. L'organisation auteur de la réclamation dénonce l'absence de mesures prises par les hôpitaux, centres de soins et autorités régionales pour mettre en œuvre l'article 9§4 de la loi n° 194 de 1978. Elle cite plus particulièrement le cas de la polyclinique de Bari, dont un médecin non objecteur a signalé la mauvaise organisation, regrettant en particulier l'absence d'un service de consultations externes et de formation du personnel. Toujours à propos de Bari et de « l'absence d'organisation des hôpitaux », l'IPPF EN déclare partager l'observation ci-après publiée sur le blogue du quotidien national *La Repubblica*:

« Il ne sert à rien de nier que l'action de tous les praticiens non objecteurs de conscience fait l'objet d'un véritable travail de sape de la part des chefs de services et des directeurs d'établissements

hospitaliers, de l'administration générale et, surtout, des autorités régionales qui, ces dernières années, se sont montrées incapables de rappeler aux directeurs des structures sanitaires locales leurs responsabilités. »

145. L'IPPF EN évoque également les informations selon lesquelles :

« (...) les femmes demandant à bénéficier d'une interruption volontaire de grossesse ont été dirigées vers d'autres hôpitaux après le décès du seul médecin non objecteur de conscience de la polyclinique de Naples et après avoir été rayées des listes d'attente. »

146. L'organisation auteur de la réclamation reproduit aussi les déclarations de l'ancien directeur d'un service hospitalier napolitain chargé des interruptions de grossesse quant aux :

« difficultés rencontrées dans l'application de la loi n° 194 de 1978 et l'absence de toute mesure susceptible d'améliorer la situation, comme le recours à la mobilité des médecins ou au recrutement différencié. »

147. L'IPPF EN indique aussi que, à Rome, selon le directeur du département en charge des soins ambulatoires de l'hôpital San Camillo, cet établissement « s'avère être le seul hôpital du Latium où la pilule RU 486 est prescrite, alors qu'en Ombrie pas une seule structure sanitaire ne propose d'avortement par voie médicamenteuse. Une grande discrimination matérielle frappe ainsi les femmes, puisque celles qui disposent de ressources financières peuvent aller à Marseille. »

148. Durant son audition devant la Chambre des Députés, le directeur en question s'est expliqué en ces termes :

« [Nous] sommes 30 gynécologues à San Camillo, dont le médecin-chef, et seulement trois ne sont pas objecteurs de conscience. Ces quatre dernières années, nous n'avons cessé d'être visés par des attaques. Nous sommes des praticiens hospitaliers qui avons choisi de défendre une loi adoptée par l'Etat. A mon avis, l'objection de conscience constitue l'aspect le plus grave du problème. Nous devrions en parler, car ceux qui réalisent des interruptions de grossesse sont de moins en moins nombreux et doivent constamment se justifier. »

149. Sur la situation en Lombardie, l'IPPF EN signale qu'en 2012 et 2013, les conseillers régionaux ont posé des questions écrites à l'exécutif régional concernant l'objection de conscience et la mise en œuvre de la loi n° 194 de 1978. Ces questions ont fait apparaître « (...) une multiplication des obstacles empêchant la bonne application de la législation dans la région, en raison d'une augmentation importante du nombre de médecins objecteurs de conscience dont le pourcentage, dans certains secteurs, dépasse 85% ».

150. Se référant au mémoire du Gouvernement, L'organisation auteur de la réclamation considère que :

« [L]a baisse du taux d'avortement ne doit pas donner à penser que la mise en œuvre de l'article 9 de la loi n° 194 de 1978 ne pose pas problème. ». Au contraire, cela pourrait indiquer que la baisse du nombre d'avortements est due au fait même que les femmes n'ont pas pu avoir accès à une interruption de grossesse et ont dû trouver d'autres solutions, comme celles consistant à se rendre à l'étranger ou à recourir à un avortement clandestin. »

151. S'agissant des avortements clandestins, l'IPPF EN évoque :

« le nombre d'avortements clandestins pratiqués par les femmes de nationalité italienne (pour les ressortissantes étrangères, il n'existe pas d'estimations fiables) : malgré la loi n° 194 de 1978, ce chiffre est de 15 000, alors qu'auparavant on en recensait plus de 250 000 chaque année. Un autre phénomène est à signaler, à savoir les avortements pratiqués par les femmes elles-mêmes, grâce à l'achat de pilules sur Internet ou au marché noir. »

## 2. Le Gouvernement défendeur

152. Dans sa réponse, le Gouvernement déclare que: « [l]e ministère de la Santé recueille des données sur les gynécologues, anesthésistes et membres des professions paramédicales objecteurs de conscience dans les différentes régions: il n'a connaissance d'aucune information concernant des problèmes spécifiques observés au niveau local, qui seraient imputables aux objecteurs de conscience».

153. Il indique « ne pas disposer » d'informations sur des cas de femmes enceintes qui auraient tenté en vain, en raison du nombre limité de médecins non objecteurs de conscience, d'obtenir une interruption de grossesse et auraient subi un avortement pratiqué dans des conditions insalubres et/ou à leurs propres frais ou auraient été contraintes par les circonstances de poursuivre leur grossesse.

154. Le Gouvernement ajoute que les médecins recrutés à l'extérieur d'un établissement hospitalier sont autorisés à pratiquer des interruptions de grossesse. Aucune information spécifique n'est fournie concernant les avortements thérapeutiques.

155. En regard de la question relative aux recours éventuellement engagés contre les autorités administratives et/ou judiciaires au cours des cinq dernières années en raison de l'inefficacité des procédures d'interruption de grossesse, le Gouvernement indique « N/D ».

156. A la suite d'une demande spécifique d'informations détaillées sur les mesures prises par les hôpitaux, centres de soins et autorités régionales dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 9§4 de la loi n° 194 de 1978, le Gouvernement répond ce qui suit:

« En Italie, l'application pratique de la loi n° 194 de 1978 s'est traduite par une stabilisation (du moins après 2010) du nombre d'objecteurs de conscience parmi les praticiens hospitaliers et autre personnel de santé, alors qu'il n'avait cessé d'augmenter auparavant. Un rééquilibrage s'est donc opéré entre les praticiens objecteurs et non objecteurs, à la lumière des récentes directives fournies par le Comité national de bioéthique. »

157. Le Gouvernement revient à ce sujet sur la position du Comité national de bioéthique (*Comitato Nazionale per la Bioetica*) concernant le droit à l'objection de conscience, « protégé par l'article 2 de la Constitution ». Il indique plus spécifiquement que ledit Comité:

« [est] favorable à ce que l'objection de conscience puisse s'exercer de manière durable, non discriminatoire ni pour le personnel objecteur ni pour le personnel non objecteur ; il conviendrait pour ce faire d'encourager une refonte de l'organisation des tâches et du recrutement en recourant à des formes appropriées de mobilité du personnel et de recrutement différencié des ressources humaines. »

158. Le Gouvernement apporte aussi des précisions sur les mesures adoptées par les hôpitaux, centres de soins et autorités régionales dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978:

« Afin de compenser l'objection de conscience, les autorités régionales, les structures sanitaires locales et les hôpitaux font souvent appel à du personnel extérieur sur la base de contrats spécifiques et temporaires, ou concluent des conventions avec des établissements privés. Dans d'autres cas, les établissements hospitaliers ont passé des accords avec des centres de soins. »

159. Invité à déclarer si et pour quelles raisons il considérait que la baisse du nombre d'avortements était signe que les femmes enceintes ne rencontraient pas de problèmes pour obtenir une interruption de grossesse, le Gouvernement a répondu en ces termes :

« Les données font apparaître une baisse constante en Italie des interruptions volontaires de grossesse réalisées selon les procédures prévues par la loi n° 194 de 1978. Ce recul est particulièrement marqué chez les femmes plus instruites. De plus, les avortements répétés ont représenté 27% des interruptions de grossesse, alors que le pourcentage attendu était de 45% (calculé selon des modèles mathématiques) sans que l'on note une évolution quant au recours par les femmes à l'interruption de grossesse. En outre, ces dernières années, les délais entre l'attestation de grossesse et l'intervention proprement dite se sont réduits et plus de 80% des femmes ont avorté à moins de dix semaines de gestation. Les interventions d'urgence (réalisées sans attendre le délai de sept jours après l'attestation) ont représenté 9,2% en 2009, soit un taux similaire à celui renseigné dans le rapport de 1997 du ministère de la Santé. De l'avis des experts, il se pourrait que la promotion d'un recours plus important et plus efficace à la procréation réfléchie, grâce en particulier à l'action des services territoriaux comme les centres de consultation familiale, ait favorisé la prévention des grossesses non désirées et, par conséquent, des interruptions volontaires de grossesse.»

### **C – Appréciation du Comité**

160. Le Comité note que dans la présente réclamation les griefs de l'IPPF EN reposent pour l'essentiel sur la démonstration de l'inadéquation de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978 par le grand nombre de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé qui exercent leur droit à l'objection de conscience. L'IPPF EN soutient que, dans la pratique, cette situation porte atteinte au droit des femmes à obtenir une interruption de grossesse. En particulier, L'organisation auteur de la réclamation argue que le nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé qui exercent leur droit à l'objection de conscience empêche la pleine mise en œuvre de la loi n° 194/1978 en raison de l'absence, à l'article 9, de dispositions spécifiques visant à assurer aux femmes un accès effectif aux procédures d'interruption de grossesse dans le pays.

161. En ce qui concerne les droits dont L'organisation auteur de la réclamation allègue la violation, le Comité rappelle que, comme indiqué au paragraphe 68 ci-dessus, la question juridique centrale posée par la réclamation concerne la protection du droit à la santé. Le Comité a ainsi concentré son analyse sur l'adéquation des mesures prises par les autorités compétentes afin de garantir l'accès effectif aux services chargés de réaliser les procédures d'avortement, définies par la législation nationale comme une forme de traitement médical lié à la protection de la santé et au bien-être personnel, qui, par conséquent, peuvent être considérées comme relevant du champs d'application de l'article 11 de la Charte.

162. Le Comité rappelle qu'« en ce qui concerne les moyens propres à progresser réellement vers la réalisation des objectifs assignés par la Charte, (...) pour l'application de [celle-ci], l'obligation incombant aux Etats parties est non seulement de prendre des initiatives juridiques mais encore de dégager les ressources et d'organiser les procédures nécessaires en vue de permettre le plein exercice des droits reconnus par la Charte » (Mouvement international ATD Quart monde c. France, réclamation n° 33/2006, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2007, par. 61). Par ailleurs, le Comité rappelle que les « modes d'accès aux soins [ne doivent pas entraîner] des retards indus dans la fourniture des soins. La gestion des listes d'attente et des délais d'attente des soins de santé est examinée à la lumière de la Recommandation (99)21 du Comité des Ministres sur les critères de [ce type de] gestion. L'accès aux traitements doit être fondé sur des critères transparents, convenus au niveau national, qui tiennent compte du risque de détérioration tant en termes cliniques qu'en termes de qualité de vie » (cf. Conclusions XV-2, 2011, Royaume-Uni).

163. A la lumière de ce qui précède, le Comité considère que les services chargés d'interruption de grossesse doivent être organisés de manière à répondre aux besoins des patients souhaitant avoir accès à de tels services. Cela signifie que, dans la mesure où le nombre et le moment des demandes d'interruption de grossesse ne peuvent être prévus à l'avance, des mesures doivent être prises afin d'assurer la présence de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé non objecteurs de conscience chaque fois que leur intervention est requise.

164. Le Comité considère, en outre, qu'il ne serait pas conforme à la Charte de laisser aux autorités administratives ou judiciaires le soin de régler *a posteriori* les éventuels problèmes rencontrés par les femmes concernant les procédures liées à l'interruption de grossesse. Tout comme dans le cas d'autres services de santé garantis par la législation italienne, des mesures appropriées doivent être prises afin d'assurer l'accès des femmes aux procédures d'avortement en tant que besoin : la possibilité de recourir à des remèdes *a posteriori* ne peut représenter qu'un moyen complémentaire par rapport à l'obligation principale fondée sur l'article 11, qui est celle d'assurer les soins de santé en fonction des exigences, notamment dans le cas des procédures, comme celles d'interruption de la grossesse, où le temps représente un facteur déterminant. Dans ce contexte particulier, le Comité considère également que le fait d'engager un recours est source de stress et prend beaucoup de temps, ce qui peut être préjudiciable à la santé des femmes concernées.

165. Concernant le lien, dans la législation nationale, entre le droit à la protection de la santé établi par l'article 11 et l'exercice des droits à l'objection de conscience



reconnus par la législation nationale, le Comité considère que, comme l'a indiqué le Comité national de bioéthique (*Comitato Nazionale per la Bioetica*) « (...) la protection réglementaire de l'objection de conscience ne doit ni limiter ni alourdir l'exercice de droits reconnus par la loi (...) » (cf. *Objection de conscience et bioéthique - Obiezione di coscienza e bioetica* – p.18). Le Comité se réfère par ailleurs aux motions présentées en juin 2013 à la Chambre des Députés (voir paragraphes 57 et 58 ci-dessus), dont le libellé peut être considéré comme reflétant ce qui est prévu par l'article 11 de la Charte en la matière :

- « (...) [La loi n° 194 de 1978] établit une distinction entre le droit de l'individu à l'objection et le droit des femmes au libre choix en matière de procréation, ainsi qu'entre le droit de l'individu à élever des objections contre une loi de l'Etat et l'obligation qu'a l'Etat d'assurer le service prévu (...). » (cf. motion n° 1-00074);

- « (...) Le personnel médical est assuré de pouvoir invoquer l'objection de conscience. Mais il s'agit là d'un droit de l'individu, et non d'un droit dont jouirait l'établissement sanitaire dans son ensemble, lequel a au contraire l'obligation de garantir l'exécution des prestations sanitaires. » (cf. motion n° 1-00045).

166. Dans ce cadre, le Comité relève que le Gouvernement déclare que « [l']objectif de la loi est de poser un principe, clairement défini à l'article 9 de la loi n° 194, à savoir la possibilité pour les professionnels de santé et le personnel médical de soulever une objection de conscience, et l'obligation pour les Régions et les organismes de soins de santé de s'organiser en conséquence » et reconnaît que « cela n'implique pas qu'il faille changer la loi ; il faut simplement veiller à ce que les Régions mettent en œuvre les procédures envisagées par la loi n° 194/1978 ». Dans ce contexte, le Comité prend également note de l'avis exprimé au sein du Parlement selon lequel « (...) [c]e n'est pas le nombre de médecins objecteurs qui détermine en soi l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, mais bien les modalités retenues par les structures sanitaires pour appliquer la loi n° 194 de 1978 » (cf. motion n° 1/00079 – Chambre des Députés, voir paragraphe 57 ci-dessus).

167. Le Comité constate en outre que les arguments invoqués par le Gouvernement pour ce qui concerne (a) les objectifs de L'organisation auteur de la réclamation et (b) l'applicabilité de l'article G de la Charte (voir paragraphe 94 ci-dessus) sont sans rapport avec les allégations figurant dans la réclamation. Celle-ci ne contient aucune allusion ni requête visant à empêcher l'exercice du droit à l'objection de conscience ou à limiter le nombre de membres du personnel médical et paramédical objecteurs de conscience.

168. En ce qui concerne les aspects substantiels de la réclamation, le Comité considère que les dispositions énoncées à l'article 9§4 constituent en principe un cadre réglementaire équilibré pour la réalisation des objectifs de la loi n° 194/1978. Pour ce qui concerne la Charte, le Comité considère que (a) l'obligation faite aux hôpitaux et centres de soins agréés de prendre des mesures afin de garantir, « en toutes circonstances », l'accès aux procédures d'interruption de grossesse – comme le prévoient les articles 5, 7 et 8 de ladite loi – , et (b) la responsabilité qui incombe aux régions de veiller à ce que cette condition soit remplie, constituent une base juridique appropriée pour garantir l'application correcte de l'article 11. Par ailleurs, le Comité considère que le nombre élevé de membres du personnel de santé qui invoquent l'objection de conscience en Italie ne constitue pas, en soi, une preuve de l'application inefficace des dispositions nationales en cause.

169. Cependant, les informations fournies par L'organisation auteur de la réclamation, ainsi que d'autres éléments pertinents concernant les questions en jeu, tels qu'ils figurent dans les documents récemment publiés par le Sénat et la Chambre des Députés italiens, y compris les déclarations faites par la Ministre de la Santé en date du 11 juin 2013 (voir paragraphe de 57 à 60 ci-dessus), indiquent l'existence de graves problèmes concernant les situations suivantes :

- a) diminution du nombre de hôpitaux publics et de centre de soins où les procédures d'interruption de grossesse sont pratiquées au plan national (voir paragraphes 57 et 108 ci-dessus) ;
- b) nombre significatif des hôpitaux où, même s'il existe un service de gynécologie, il n'y a soit pas de gynécologues non-objecteurs de conscience, soit juste un seul (voir paragraphes 57, 108, 110, 112, 114 et 116 ci-dessus) ;
- c) disproportion entre le nombre de membres du personnel de santé compétent non objecteur et les demandes d'interruption de grossesse dans un établissement déterminé (voir paragraphes 115, 117, 120, 125, 128, 129, 131, 136, 137, 139 et 145 ci-dessus) – ce qui risque de donner lieu à de zones géographiques importantes où les services d'avortement ne sont pas disponibles, et ce, en dépit du droit garanti par la loi italienne; d) temps d'attente excessifs pour accéder aux services d'interruption de grossesse (voir paragraphes 57, 110 et 120 ci-dessus) ;
- e) cas de non-remplacement de praticiens hospitaliers non objecteurs non disponibles (pour cause de vacances, de maladie, de départ à la retraite, etc. (voir paragraphes 57, 110, 118, 119, 121, 122 et 124 ci-dessus) – ce qui risque de provoquer des interruptions préjudiciables dans la prestation des services en question ;
- f) cas de report de procédures d'avortement en raison de l'absence de membres des personnels médicaux compétent (voir paragraphes 57, 122 et 138 ci-dessus) ;
- g) refus de membres du personnel médical ou paramédical objecteurs de conscience de fournir les soins nécessaires avant ou après un avortement (voir paragraphes 52, 126 et 127 ci-dessus).

170. Comme mis en évidence au paragraphe 171 ci-dessous, le Gouvernement n'a pas fourni d'information précise sur les situations susmentionnées dans le but de réfuter les allégations présentées par L'organisation auteur de la réclamation.

171. En ce qui concerne les arguments avancés par le Gouvernement (voir paragraphes de 98 à 101 ci-dessus) le Comité considère que la preuve apportée du bon fonctionnement des « services qui ont pour mission d'éviter le recours à l'avortement », comme en témoigne « la baisse du nombre d'interruptions de grossesse et du taux de propension à l'avortement, de même que la diminution du nombre d'avortements répétés », ainsi que de la « stabilité du nombre d'interventions d'urgence » et du « raccourcissement des délais entre l'attestation de grossesse et l'intervention » ne réfute pas les arguments de L'organisation auteur de la réclamation indiquant que des femmes rencontrent des problèmes en ce qui concerne l'accès aux procédures d'avortement dans plusieurs régions italiennes. En outre, le Comité considère que le Gouvernement n'a pas démontré que les mesures adoptées en réponse à ces problèmes, à savoir l'encouragement de « la mobilité du personnel » et « les conventions conclues avec des services spécialisés de gynécologie-obstétrique » d'une part ; et « l'augmentation des hospitalisations d'une

durée inférieure à un jour » ainsi que la « récente mise sur le marché de médicaments abortifs » d'autre part, garantissent en pratique l'accès aux procédures d'interruption de grossesse sur l'ensemble du territoire national.

172. Le Comité reconnaît le bien-fondé de l'argument du Gouvernement indiquant que « le pourcentage important de femmes ayant subi un avortement avant la dixième semaine de gestation, ainsi que le taux très faible de complications - aucun décès ou complication grave n'a été relevé à la suite à d'un avortement » - attestent que les interruptions de grossesse sont moins dangereuses pour les femmes qui y ont recours. Toutefois, il considère qu'il n'est pas établi que des mécanismes aient été mis en œuvre afin d'assurer que l'accès et la sécurité des procédures d'interruption de grossesse, ni que la prestation de soins avant et après l'avortement, soient garantis en toutes circonstances, notamment lorsque l'hôpital ou le centre de soins compte un nombre particulièrement élevé de membres du personnel objecteur de conscience. Certaines difficultés sont illustrées par le nombre croissant d'avortements clandestins, susceptibles d'entraîner de graves conséquences pour la santé des femmes concernées.

173. Le Comité relève également que dans sa réponse aux questions complémentaires du Comité a en ce qui concerne les éléments de preuve à la base de cette réclamation, le Gouvernement indique que : « le ministère de la Santé ne dispose d'aucune donnée concernant des problèmes spécifiques, au niveau local, dus au personnel objecteur de conscience » ; les informations sur des cas concrets de femmes enceintes ayant rencontré des difficultés pour interrompre une grossesse (en raison du nombre limité de membres du personnel de santé non objecteurs) ne sont « pas disponibles » ; quant aux informations concernant les recours éventuellement engagés en raison des difficultés susmentionnées, elles sont également « N/D ». En outre, le Comité note que le Gouvernement n'a pas répondu à la question de savoir si les avortements thérapeutiques pouvaient être et étaient effectivement réalisés par des médecins recrutés à l'extérieur de l'hôpital ; il n'a pas apporté de précisions sur les mesures adoptées par les hôpitaux, centres de soins et autorités régionales en application de l'article 9§4, et n'a pas dit si - ni pour quelles raisons - il considérerait que la baisse du nombre d'avortements au fil des ans signifiait que les femmes ne rencontraient pas de problèmes pour obtenir une interruption de grossesse.

174. En conséquence, le Comité constate, compte tenu des éléments de preuve à sa disposition, l'existence de manquements dans la prestation des services d'interruption de grossesse en Italie du fait des problèmes décrits au paragraphe 169 ci-dessus, et que les femmes souhaitant recourir aux services d'avortement peuvent rencontrer, dans la pratique, de réelles difficultés pour ce qui est de l'accès à de tels services, et ce, malgré les dispositions de la législation applicable. Ces lacunes apparaissent comme la conséquence d'une application inefficace de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978, étant donné qu'un certain nombre d'établissements sanitaires dotés de services de maternité ne garantissent pas, « en toutes circonstances » que (a) « les procédures visées à l'article 7 [de la loi susmentionnée] soient menées de manière satisfaisante » et que (b) « les interruptions de grossesse demandées conformément aux procédures prévues par les articles 5, 7 et 8 [de la même loi], soient réalisées comme il se doit ». Le Comité considère, en conséquence, que ces établissements ne font pas en sorte de compenser les carences qu'engendre dans les services la présence de membres du personnel de santé objecteur de conscience, ou que les mesures prises sont inadéquates. Il considère également que les autorités de tutelle régionales compétentes ne garantissent pas, en pareil cas, la mise en œuvre satisfaisante de l'article 9§4 sur le territoire relevant de leur juridiction.

175. Par ailleurs, il apparaît que dans certains cas, étant donné le caractère urgent des procédures requises, les femmes souhaitant interrompre leur grossesse peuvent se trouver contraintes de trouver d'autres établissements hospitaliers, en Italie ou à l'étranger (voir paragraphes 57, 110, 130, 141 et 147 ci-dessus), d'avorter sans le soutien ou le contrôle des services de santé compétents (voir paragraphes 57, 132, 133, 135, 136, 142 et 151 ci-dessus), ou peuvent être dissuadées de recourir à de tels services auxquels elles ont droit en vertu des dispositions de la loi n° 194/1978. Le Comité considère que ces situations peuvent comporter des risques considérables pour la santé et le bien-être des femmes concernées.

176. Le Comité considère qu'en ce qui concerne les femmes qui décident d'interrompre leur grossesse, les autorités compétentes n'ont pas adopté les mesures nécessaires afin d'éliminer les causes d'une santé déficiente, en particulier, en assurant que, comme établi par l'article 9§4 de la loi 194/1978, les avortements demandés dans le respect des règles applicables soient pratiqués en toutes circonstances, y compris lorsque le nombre de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé objecteurs de conscience est élevé.

177. Le Comité dit que cette situation constitue une violation de l'article 11§1 de la Charte.

## **VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE E LU EN COMBINAISON AVEC L'ARTICLE 11 DE LA CHARTE**

178. L'article E de la Charte est rédigé ainsi :

### **Article E – Non-discrimination**

« La jouissance des droits reconnus dans la présente Charte doit être assurée sans distinction aucune fondée notamment sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'ascendance nationale ou l'origine sociale, la santé, l'appartenance à une minorité nationale, la naissance ou toute autre situation. »

Annexe à la Charte sociale européenne (révisée) :

« Une différence de traitement fondée sur un motif objectif et raisonnable n'est pas considérée comme discriminatoire. »

## **A – Argumentation des parties**

### **1. L'Organisation auteur de la réclamation**

179. L'IPPF EN considère que les manquements constitutifs de la violation alléguée de l'article 11 de la Charte représentent également une atteinte au principe de non-discrimination garanti par l'article E.

180. L'organisation auteur de la réclamation estime à cet égard qu'il y a une double discrimination. La première, qui ne reposerait sur aucune justification objective et raisonnable, est d'ordre territorial et économique. Selon l'IPPF EN, cette discrimination vient de ce que:

« faute de pouvoir compter sur la présence de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience dans tous les hôpitaux publics, les femmes sont contraintes de s'adresser à différents établissements jusqu'à trouver celui qui leur garantira l'accès à l'interruption de grossesse. »

181. Pour l'IPPF EN

« Cette contrainte constitue un traitement différencié d'une même situation, qui est celle de vouloir exercer le droit d'accès à l'interruption de grossesse dans les conditions et selon les modalités prévues par la loi n° 194 de 1978 ».

182. L'organisation auteur de la réclamation soutient en outre que :

« Le manque de médecins non objecteurs de conscience, qui oblige les femmes à trouver des solutions de remplacement et donc à aller chercher ailleurs un hôpital assurant les services requis conduit également à une discrimination économique entre les femmes. »

183. Elle souligne en particulier que :

« [I]es femmes aisées ont ainsi tendance à s'adresser à des cliniques privées en Italie ou à des hôpitaux publics ou privés à l'étranger, car elles ont les moyens d'assumer les coûts qu'entraîne leur choix. Par ailleurs, on imagine sans peine que les femmes qui ne disposent pas de telles ressources – songeons aux « catégories » de femmes les plus démunies – sont contraintes de se tourner vers des établissements ou des personnes – quand il ne s'agit pas d'aller à l'étranger – qui n'offrent pas toutes les garanties qu'exigent, sur le plan de la santé et de l'hygiène, les actes d'interruption de grossesse. »

184. D'après la réclamation, la deuxième discrimination est celle qui existe:

« [e]ntre les femmes qui demandent à pouvoir accéder aux actes d'interruption de grossesse et celles qui ne le demandent pas, qu'elles soient ou non enceintes ».

185. L'IPPF EN estime à ce sujet que:

« [l']état de santé, tant physique que mental, des femmes qui sollicitent un avortement devient un critère discriminatoire (...) qui expose ces femmes au risque d'être moins bien traitées pour ce qui concerne la protection et la garantie de leur droit d'accéder aux actes liés à l'interruption de grossesse et, partant, de leurs droits à la vie et à la santé et de leur liberté de décision. »

186. L'organisation auteur de la réclamation conclut que la formulation inadéquate de l'article 9 de la loi n° 194/1978 et les problèmes qui en découlent pour sa mise en œuvre compromettent le droit des femmes à la vie, leur droit à la santé et leur droit de décider librement d'une éventuelle interruption de grossesse, ce qui rend la disposition précitée contraire à l'article E lu en combinaison avec l'article 11 de la Charte.

## **2. Le Gouvernement défendeur**

187. Sur la question de la discrimination, le Gouvernement déclare que :

a) « [l]a loi italienne [n° 194 de 1978] trouve surtout son fondement dans la Partie V de l'Annexe à la Charte (...) »;

b) « [l']objection de conscience est un motif objectif et raisonnable qui, comme le prévoit l'article 9 [de la loi susmentionnée], ne crée pas un traitement discriminatoire puisqu'elle peut être révoquée par le personnel médical, pour respecter le droit des femmes à la santé, conformément aux dispositions (...) de l'article précité ».

188. Le document joint par le ministère de la Santé (voir paragraphe 97 ci-dessus) précise qu'« en Italie, l'avortement est totalement pris en charge par le Service national de santé, qui a passé des accords avec quelques établissements privés agréés. La discrimination économique est donc invoquée à tort, tout comme la discrimination à l'égard des ressortissantes étrangères puisqu'une femme sur trois qui interrompt sa grossesse est d'origine étrangère et que les services qui leur sont proposés, en particulier les services de proximité, tels que les centres de consultation familiale, ont su s'organiser pour tenir compte de leurs différences culturelles – possibilités de médiation culturelle, horaires de travail adaptés, formation du personnel, etc. ».

## **B – Appréciation du Comité**

189. Le Comité rappelle que l'article E interdit tant la discrimination directe qu'indirecte. Il rappelle que la discrimination directe survient lorsque l'exercice des droits garantis par la Charte de certains individus et/ou groupes d'individus est entravé ou empêché en raison de la situation qui leur est propre. Comme prévu dans l'Annexe de la Charte, une différence de traitement fondée sur un motif objectif et raisonnable n'est pas considérée comme discriminatoire (cf. Autisme-Europe c. France, réclamation n° 13/2002, décision sur le bien-fondé du 4 novembre 2003, par. 52). Le Comité répète que, dans les réclamations alléguant une discrimination, la charge de la preuve ne doit pas reposer intégralement sur l'organisation auteur de la réclamation mais faire l'objet d'un déplacement approprié (Centre de défense des droits des personnes handicapées mentales (MDAC) c. Bulgarie, réclamation n° 41/2007, décision sur le bien-fondé du 3 juin 2008, par. 52).

190. Deux types de discrimination sont alléguées dans la présente réclamation : (i) la discrimination fondée sur la situation économique et/ou territoriale entre les femmes qui ont un accès relativement libre aux procédures d'avortement et celles qui ne l'ont pas ; (ii) la discrimination fondée sur le genre et/ou sur l'état de santé entre les femmes souhaitant accéder aux procédures légales d'interruption de grossesse et les hommes et les femmes souhaitant accéder à d'autres formes légales d'actes médicaux, dont l'accès n'est pas aussi restrictif. Le Comité considère que ces différents motifs de discrimination sont étroitement liés entre eux et qu'ils constituent un grief de discriminations se chevauchant, inter sectionnelles, ou multiples, en vertu de laquelle certaines catégories de femmes en Italie seraient victimes de traitements moins favorables du fait des difficultés d'accès aux procédures légales d'interruption de grossesse, et ce, comme conséquence de l'effet combiné de leur genre, de leur état de santé, de leur situation territoriale et/ou économique : pour l'essentiel, L'organisation auteur de la réclamation prétend que la discrimination tient au fait que les femmes se trouvant dans ces catégories défavorisées n'auraient pas accès aux services d'avortement, du fait de la défaillance des autorités compétentes à adopter les mesures nécessaires afin de compenser les carences de service, provoquées par les personnels de santé choisissant d'exercer leur droit à l'objection de conscience, ce qui constitue une discrimination.

191. Compte tenu des informations fournies par L'organisation auteur de la réclamation et non contredites par le Gouvernement, le Comité note qu'en raison du manque de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé dans un certain nombre d'établissements hospitaliers en Italie, il arrive que des femmes soient contraintes à se déplacer d'un hôpital à l'autre à l'intérieur du pays, voire à l'étranger (voir paragraphes 110, 130, 141 et 147 ci-dessus); dans certains cas, ceci comporte des risques pour la santé des femmes concernées. Par conséquent, le Comité dit qu'en ce qui concerne l'accès aux soins de santé les femmes concernées sont traitées différemment des autres personnes se trouvant dans la même situation, sans justification.

192. A ce propos, le Comité note également que les motions approuvées par le Sénat et la Chambre des Députés italiens en juin 2013 confirment que des femmes enceintes, sont obligées d'aller dans d'autres provinces ou régions, ou même à l'étranger et qu'il y a une résurgence du phénomène des avortements clandestins, notamment parmi les femmes immigrées (voir paragraphe 57 ci-dessus).

193. Le Gouvernement ne fournit pas d'informations spécifiques qui contredisent les allégations mentionnées dans les deux paragraphes ci-dessus, ou qui, en alternative, démontrent que son présumé manquement à l'adoption de mesures destinées à améliorer le traitement moins favorable subi par les femmes se trouvant dans les catégories défavorisées décrites ci-dessus se fonde sur des justifications objectives. Le Comité considère que l'argument du Gouvernement selon lequel l'avortement est un service totalement pris en charge par le « Service national de santé » ne contredit pas le raisonnement de L'organisation auteur de la réclamation, qui fait valoir que les femmes doivent se rendre dans d'autres régions ou à l'étranger pour se faire avorter. Si un service d'interruption de grossesse n'est pas concrètement disponible, il importe peu de savoir s'il est ou non gratuit. De surcroît, les femmes n'ayant pas accès aux services d'avortement pourraient devoir supporter des dépenses significatives dans la mesure où elles seraient obligées d'aller dans une autre région ou à l'étranger pour bénéficier d'un traitement. A cet égard, le facteur temps est aussi crucial : les femmes qui n'ont pas accès aux services d'avortement dans leur région pourraient être effectivement privées de toute possibilité d'exercer leur droit d'accès à ces services car les contraintes de temps pourraient les empêcher de trouver d'autres dispositions.

194. Le Comité dit que cette situation constitue une violation de l'article E combiné à l'article 11 de la Charte.



## CONCLUSION

Par ces motifs, le Comité conclut :

- par 13 voix contre 1 qu'il y a violation de l'article 11§1 de la Charte ;
- par 13 voix contre 1 qu'il y a violation de l'article E lu en combinaison avec l'article 11 de la Charte.



Karin LUKAS  
Rapporteur



Luis JIMENA QUESADA  
Président



Régis BRILLAT  
Secrétaire exécutif

En application de l'article 35§1 du règlement du Comité,

- une opinion séparée dissidente de Luis JIMENA QUESADA est jointe à la présente décision ;
- une opinion séparée concordante de Petros STANGOS est jointe à la présente décision.

## OPINION DISSIDENTE DE LUIS JIMENA QUESADA

1. Je ne suis pas en mesure de souscrire à la conclusion majoritaire du Comité selon laquelle il y a violation de l'article 11§1 de la Charte, ainsi que de l'article E de la Charte lu en combinaison avec cette disposition dans la décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013 relative à la réclamation n° 87/2012 (*IPPF EN c. Italie*). Les raisons de ma dissidence, qui se réfèrent essentiellement au paragraphe 169 et aux paragraphes y afférents de la décision sur le bien-fondé, concernent les aspects suivants : A. *L'objet de la réclamation tel qu'explicitement délimité par l'organisation réclamante*. B. *L'absence de preuves solides pour parvenir à la conclusion de violation de l'article 11§1 de la Charte*. C. *L'absence de cohérence de la conclusion de violation de l'article 11 en combinaison avec l'article E*.

A. *L'objet de la réclamation tel qu'explicitement délimité par l'organisation réclamante*.

2. Le *petitum* de la réclamation dit : « Pour ces raisons, l'IPPF EN demande au Comité européen des Droits sociaux de dire que l'Italie ne respecte pas l'article 11 de la Charte sociale européenne, lu seul ou en combinaison avec l'article E, en raison de la *formulation inadéquate* de l'article 9 de la loi n° 194 de 1978, et manque par conséquent à l'obligation de protéger le droit d'accéder aux actes d'interruption de grossesse ». En effet, avec une telle requête, l'objet de la réclamation apparaît ambigu dans le cadre de la mission du Comité européen des Droits sociaux, dans la mesure où, contestant apparemment l'application de la loi, l'organisation réclamante demande explicitement la « reformulation » de la législation controversée. Dans cette même ligne, le Comité constate que « l'IPPF EN allègue que le *libellé* du paragraphe 4 de l'article 9 de la loi n° 194 de 1978 » est contraire à la Charte (par. 2) ; que « l'IPPF EN considère que les *dispositions* de l'article 9§4 ne sont pas en mesure de garantir » (par. 77) ; que « l'IPPF EN estime que la *loi* devrait... » (par. 78) ; que « compte tenu de *l'inadéquation du cadre réglementaire* » (par. 79) ; que « l'IPPF EN indique que *l'inadéquation de la loi* n° 194/1978... » (par. 81) ; ou encore que « l'organisation auteur de la réclamation conclut que la *formulation inadéquate* de l'article 9§4...ce qui rend la disposition précitée contraire à l'article 11 de la Charte » (par. 91).

3. En parallèle, le Comité « note que dans la présente réclamation les griefs de l'IPPF EN reposent pour l'essentiel sur la démonstration de *l'inadéquation de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978* par le grand nombre de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé qui exercent leur droit à l'objection de conscience. L'IPPF EN soutient que, dans la pratique, cette situation porte atteinte au droit des femmes à obtenir une interruption de grossesse. En particulier, l'organisation auteur de la réclamation argue que le nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé qui exercent leur droit à l'objection de conscience empêche la pleine mise en œuvre de la loi n° 194/1978 *en raison de l'absence, à l'article 9, de dispositions spécifiques* visant à assurer aux femmes un accès effectif aux procédures d'interruption de grossesse dans le pays » (par. 160). Le Comité considère aussi que « que le nombre élevé de membres du personnel de santé qui invoquent l'objection de conscience en Italie ne constitue pas, *en soi*, une preuve de l'application inefficace des dispositions nationales en cause » (par. 168).

4. Cependant, à mon avis, malgré l'affirmation selon laquelle le nombre élevé de personnels de santé et personnels paramédicaux objecteurs ne représente pas « en soi » une preuve de l'application inefficace de l'article 9§4 de la loi n° 194/1978, il n'en reste pas moins que celle-ci est précisément l'équation établie par l'IPPF EN dans sa réclamation et, finalement, la solution retenue dans la conclusion majoritaire de violation de l'article 11§1 de la Charte, sans des preuves solides pour atteindre une telle conclusion (section B, *infra*).

5. Sans doute, la tâche du Comité consiste à superviser aussi bien de la législation que de la pratique sous l'angle de la Charte sociale et, de ce point de vue, ses conclusions de non-conformité et ses décisions de violation peuvent conduire à l'adoption d'une nouvelle législation, des règles, des pratiques ou des jurisprudences à l'échelle nationale. Toutefois, n'ayant indiqué aucune contradiction concrète de la loi nationale en que telle avec la Charte, je considère que l'organisation réclamante n'a pas réussi à démontrer que les dispositions légales visant à concilier l'accès des femmes à l'avortement et l'exercice de l'objection de conscience par les médecins et le personnel de santé (en particulier, le recours à du personnel extérieur non objecteur de conscience et la conclusion de conventions entre les hôpitaux et les établissements privés) constituerait une violation de l'article 11§1.

6. Dans cette perspective, en l'absence d'un clair consensus à l'échelle européenne, l'Italie (tout comme les autres États Parties à la Charte) peut exercer sa marge d'appréciation en vue d'adopter de nouvelles dispositions législatives visant à améliorer la portée des obligations positives imposées par l'article 11 dans le domaine d'un sujet controversé comme celui de l'avortement : les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme mentionnés dans les paragraphes 53-56 de la décision sur le bien-fondé confirment cette approche. Néanmoins, en marge de cette possible nouvelle législation concernant l'avortement (par rapport à laquelle non seulement les universitaires, les comités scientifiques et éthiques, les médias ou les politiciens, mais aussi la société civile - à travers les ONG ou à travers d'autres mécanismes de participation démocratique directe de l'ensemble des citoyens et citoyennes - ont un important rôle à jouer), ce que le Comité avait devant soi était l'appréciation sur la compatibilité avec la Charte de la législation en vigueur. Et, sous cet angle, il n'y a pas de preuves solides démontrant que les femmes en Italie sont empêchées d'avoir accès aux procédures d'interruption de grossesse dans des conditions de salubrité n'impliquant pas de risques pour leur vie ou leur intégrité physique ou morale à cause du nombre élevé de personnels objecteurs.

*B. L'absence de preuves solides pour atteindre la conclusion de violation de l'article 11§1 de la Charte.*

7. Au paragraphe 169 de la décision sur le bien-fondé, le Comité prétend accorder un poids décisif à la liste d'éléments qu'il mentionne [a) à g)] en combinaison avec quelques déclarations gouvernementales et motions parlementaires. Au contraire, j'estime que même la combinaison de ces éléments fournit une faible base qui est loin de permettre de conclure à la violation de l'article 11§1.

8. Dans ces conditions, lorsqu'on lit le contenu de ces motions adoptée en juin 2013 au sein du Sénat et de la Chambre des Députés (par. 57-58), si la conclusion apparente pour le Comité semble être qu'il y a un consensus politique au sein du Parlement italien « concernant la question de la difficile mise en œuvre de la loi n° 194/1978 », il semble plus logique de demander la « reformulation » de cette loi à ceux qui sont titulaires de l'exercice de ce pouvoir législatif, c'est-à-dire, aux parlementaires eux-mêmes. L'importance de ces déclarations gouvernementales et de ces motions parlementaires pour le débat politique et sociale en Italie ne fournissent pas un appui solide à l'argumentation juridique et juridictionnelle du Comité.

9. À mon sens, les différences existantes entre les régions italiennes en matière de configuration des services de santé permettant de pratiquer des avortements en raison d'un nombre varié d'objecteurs de conscience dans ce domaine ne peuvent pas conduire le Comité à conclure que les mesures prévues par la loi (mobilité du personnel de santé non objecteur et conventions entre les hôpitaux et les établissements privés) ne sont pas appropriées sous l'angle de l'article 11§1 de la Charte. A cet égard, les déclarations de la Ministre de la Santé retenues dans la décision sur le bien-fondé relatives au nombre d'objecteurs (par. 59) ne permettent pas non plus de conclure à une violation de l'article 11§1 de la Charte. En mettant l'accent sur le « problème de la gouvernance des collectivités territoriales et, de ce fait, de celui des régions », la Ministre situe l'objet de la controverse dans le contexte plus large de la problématique des asymétries entre régions dans un état politiquement décentralisé. En effet, lorsque des matières telles que les soins de santé et autres se trouvent sous la compétence des régions, la diversité quant au niveau et qualité de la protection fournis par les autorités régionales est inhérente à l'exercice de cet autonomie.

10. En particulier, ces différences régionales ne pourraient être interprétées en termes de violation d'un droit fondamental que si elles empêchaient de jouir du niveau essentiel de protection d'un tel droit fondamental conformément à la Charte sociale. Par conséquent, si la différence dans une ou plusieurs parties du territoire impliquait une absence de respect des standards essentiels établis par la Charte, la Partie contractante serait bien-sûr responsable d'une violation du droit en question. Cependant, lorsqu'on lit les situations a) à f) mentionnées dans le paragraphe 169 de la décision sur le bien-fondé, il est évident que les différences et déficiences régionales possibles pourraient se vérifier, non seulement par rapport aux services d'avortement, mais aussi par rapport aux autres services de santé. Dans ce sens, le poids accordé à ces situations alléguées a) à f) semble paradoxal si on lit en même temps le paragraphe 172, dans lequel le Comité « reconnaît le bien-fondé de l'argument du Gouvernement » et « atteste que les interruptions de grossesse sont moins dangereuses pour les femmes qui y ont recours ».

11. Dans ce contexte, un nouvel paradoxe émerge dans le paragraphe 172 lorsque :

11.1. En premier lieu, le Comité considère qu' « il n'est pas établi que des mécanismes aient été mis en œuvre afin d'assurer que l'accès et la sécurité des procédures d'interruption de grossesse, ni que la prestation de soins avant et après l'avortement, soient garantis en toutes circonstances, notamment lorsque l'hôpital ou le centre de soins compte un nombre particulièrement élevé de membres du personnel objecteur de conscience ». Certes, comme rappelé par le Comité dans le paragraphe 162, les articles 5, 7 et 8 de la loi n° 194/1978 prévoient logiquement *en droit* l'obligation pour les hôpitaux et centre de soins agréés de prendre des mesures afin de garantir, « en toutes circonstances », l'accès aux procédures d'interruption de grossesse, mais ce faisant la majorité du Comité semble exiger la « perfection » par rapport à l'objet de la controverse : est-ce que l'existence *en pratique* d'un unique cas d'infraction conduirait à une conclusion de violation de l'article 11 dans le cadre de la présente procédure de réclamation collective ?; est-ce que cette « tolérance-zéro » devrait être *mutatis mutandis* appliquée à l'appréciation d'autres domaines tels que le taux de mortalité infantile et maternelle sous l'angle de l'article 11 ? Il est clair que, avec une telle approche, aucune conclusion de conformité ne pourrait être obtenue.

11.2. En deuxième lieu, le Comité semble vouloir renforcer son argumentation en ajoutant que « certaines difficultés sont illustrées par le nombre croissant d'avortements clandestins, susceptibles d'entraîner de graves conséquences pour la santé des femmes concernées ». Cet élément affaibli paradoxalement et clairement le raisonnement juridique du Comité, dans la mesure ou aucun rapport entre « le nombre croissant d'avortement clandestins » et le nombre d'objecteurs n'a absolument été expliqué ou démontré. Comme on le sait, les causes des avortements clandestins (culturelles, sociologiques, etc.) sont complexes et, en tout cas, aucune illustration n'a été fournie à l'appui de cette nouvelle équation entre avortements clandestin et objection de conscience médicale. En d'autres termes, cette équation automatique conduit à une sorte de stigmatisation des objecteurs, au détriment de l'approche du Comité qui semble considérer que « les dispositions énoncées à l'article 9§4 constituent en principe un cadre réglementaire équilibré pour la réalisation des objectifs de la loi n° 194/1978 » et que « le nombre élevé de membres du personnel de santé qui invoquent l'objection de conscience en Italie ne constitue pas, en soi, une preuve de l'application inefficace des dispositions nationales en cause » (par. 168).

J'ai l'impression que le Comité a perdu une bonne occasion de concilier et de faire valoir l'approche équilibrée suggérée dans d'autres instruments du Conseil de l'Europe [ex, la Résolution de l'APCE 1763 (2010) sur le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux, citée au paragraphe 63 de la décision sur le bien-fondé] et, en même temps, il a également perdu une nouvelle opportunité de développer correctement la perspective de genre dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive (ex, à la lumière des principes d'interprétation annoncés dans le cadre de la décision sur le bien-fondé du 30 mars 2009 relative à la réclamation n° 45/2007, *INTERIGHTS c. Croatie*, qui n'est pas citée par le Comité dans la

décision sur le bien-fondé de la présente réclamation, même pas dans le contexte de « la violation alléguée de l'article E en combinaison avec l'article 11 de la Charte » *infra*). Dans ce contexte, la position du Comité national de bioéthique (*Comitato Nazionale per la Bioetica*) concernant la possibilité que « l'objection de conscience puisse s'exercer de manière durable, non discriminatoire ni pour le personnel objecteur ni pour le personnel non objecteur ; il conviendrait pour ce faire d'encourager une refonte de l'organisation des tâches et du recrutement en recourant à des formes appropriées de mobilité du personnel et de recrutement différencié des ressources humaines » (paragraphe 157) ne constitue pas exactement l'objet de la présente réclamation n° 87/2012, mais elle est plutôt liée à la réclamation pendante n° 91/2013.

12. Au surplus, la situation ou élément final g) qui est mentionné au paragraphe 169 (« refus de membres du personnel médical ou paramédical objecteurs de conscience de fournir les soins nécessaires avant ou après un avortement ») n'a aucun soutien réel. Et ceci illustre l'un des éléments plus critiques de ma dissidence quand je me réfère à « l'absence de preuves solides pour atteindre la conclusion de violation de l'article 11§1 de la Charte ». En particulier, le Comité renvoie aux « paragraphes 52, 126 et 127 ci-dessus », mais les paragraphes 52 et 126 mentionnent l'arrêt n° 14979 de la Cour suprême italienne (*Corte di Cassazione*) qui évidemment a condamné un médecin objecteur de conscience pour avoir refusé d'aider une femme « à la suite d'un avortement » (*ex post facto*) et non pas « avant » (*ex ante*) ce qui constitue l'objet de la présente réclamation n° 87/2012 (par ailleurs, la décision rendue le 9 octobre 1979 par le tribunal d'Ancône, mentionnée au paragraphe 127, ne concernait pas un cas spécifique d'interruption de grossesse). Au sujet de ces illustrations judiciaires nationales (lesquelles, j'insiste, ne concernent pas strictement l'objet de la présente réclamation, à savoir « accès aux procédures pour l'interruption de grossesse », c'est-à-dire, avant un avortement), je voudrais ajouter :

12.1. En premier lieu, concernant l'appréciation des preuves (*ex*, paragraphes 169-175), et dans le strict respect du poids accordé par le Comité à certains éléments (présentés ou non par l'organisation réclamante, y compris les données fournis par la présidente de LAIGA ou les déclarations gouvernementales et les motions parlementaires) ainsi que de l'approche du Comité concernant la charge de la preuve, il me semble étrange, dans la perspective d'une appréciation juridictionnelle que pendant plus de trois décennies depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 194/1978, pas même un exemple d'affaire judiciaire de responsabilité pour préjudice (auprès des tribunaux administratifs ou pénaux) relative à l'intervention du personnel objecteur des services de santé avant un avortement n'a été fourni. De ce point de vue, il est évident que je ne suis pas en train de suggérer dans le cadre de la présente réclamation « de demander aux femmes – mais aux médecins non objecteurs de conscience aussi – d'apparaître publiquement dans une réclamation qui vise des médecins objecteurs de conscience ou des structures ne garantissant pas les services d'interruption volontaire de grossesse » (paragraphe 104 de la décision sur le bien-fondé), mais simplement de fournir un exemple d'affaire judiciaire nationale sans logiquement mentionner les noms des parties et, partant, avec tout le respect

dû au droit à la vie privée reconnu dans l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme.

12.2. En deuxième lieu, cette absence de preuve judiciaire ne peut pas être justifiée par la considération selon laquelle « il ne serait pas conforme à la Charte de laisser aux autorités administratives ou judiciaires le soin de régler *a posteriori* les éventuels problèmes rencontrés par les femmes concernant les procédures liées à l'interruption de grossesse » (paragraphe 164). Certes, on ne peut pas ne pas être d'accord avec une telle approche préventive, qui joue un rôle essentiel pour l'effectivité du droit à la protection de la santé, tel qu'explicitement consacré par l'article 11 (§§2 et 3) de la Charte sociale. Mais ce n'est pas l'objet du litige. À ce sujet, le Comité n'a trouvé aucune violation de ces deux paragraphes (2 et 3) de l'article 11 et dans les Conclusions 2009 la situation de l'Italie (dernière évaluation du Comité dans le cadre du système des rapports) a été considéré conforme à ces deux paragraphes (2 et 3).

*C. L'absence de cohérence de la conclusion de violation de l'article 11 en combinaison avec l'article E.*

13. Finalement, il est évident que, ne partageant pas la conclusion de violation de l'article 11§1 de la Charte, je ne partage pas non plus la conclusion parallèle de violation de l'article E lu en combinaison avec l'article 11§1 de la Charte.

14. Dans cette perspective, indépendamment des asymétries inhérentes à la réalité d'un état régional (ci-dessus), je ne perçois pas la cohérence de l'appréciation juridique du Comité en termes de non-discrimination (en particulier, paragraphes 190-191). D'une part, par rapport à la situation économique et/ou territoriale, l'appréciation de la majorité du Comité n'est pas convaincante, du moment où le même raisonnement juridique pourrait être appliqué à d'autres questions relatives à la santé et à l'avortement, c'est-à-dire, qu'un nombre non-négligeable d'avortement est lié à la situation socio-économique des mères « potentielles » (y compris la situation difficile des femmes migrantes) à cause des différences (et déficiences) dans le domaine de la protection sociale de la maternité entre régions. Il est intéressant de mentionner, dans cette dernière direction : a) la décision sur la recevabilité du 10 septembre 2013 (la même date de la décision sur le bien-fondé relative à la réclamation n° 87/2012) concernant la réclamation n° 99/2013 (*FAFCE c. Suède*), dans laquelle le Comité a considéré que « les politiques et les droits de la famille englobent les domaines de la maternité, de la procréation et du développement de la vie » (par. 8) ; b) la Résolution de 1946 (2013) sur l'égalité de l'accès aux soins de santé adoptée par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe le 26 juin 2013, qui appelle les États membres du Conseil de l'Europe « à garantir que les femmes enceintes et les enfants, en tant que groupes particulièrement vulnérables, bénéficient d'un plein accès aux soins de santé et à la protection sociale, quel que soit leur statut ».

15. D'autre part, par rapport à la discrimination fondée sur le genre et/ou sur l'état de santé, le Comité établit la comparaison « entre les femmes souhaitant accéder aux procédures légales d'interruption de grossesse et les hommes et les femmes souhaitant accéder à d'autres formes légales d'actes médicaux » (paragraphe 190). Je pense que les termes de comparaison utilisés par le Comité ne sont pas du tout pertinents et, par conséquent, le premier élément du test de la non-discrimination (en plus de la justification objective et raisonnable pour opérer la distinction et de la proportionnalité) n'est pas fondé. Pour cette raison, j'ai l'impression que la dernière phrase du paragraphe 191, où le Comité conclut « les femmes concernées sont traitées différemment des autres personnes se trouvant dans la même situation, sans justification » s'avère en quelque sorte laconique. Finalement, de nouveau, je confirme mon idée selon laquelle : a) la perspective de genre et la portée de la santé sexuelle et reproductive non pas été correctement abordées ; b) l'équation entre objection de conscience médical et « résurgence du phénomène des avortements clandestins, notamment parmi les femmes immigrées » (paragraphe 192) n'est pas correctement articulée.

Ce sont les raisons de ma dissidence.



## OPINION CONCORDANTE DE PETROS STANGOS

J'ai voté en faveur de la décision, tant pour son volet qui porte sur la violation de l'article 11 de la Charte que pour celui qui porte sur la violation de l'article E combiné avec l'article 11. Or, je me suis permis de considérer, dès les premières lectures que j'ai accordées à la réclamation de l'IPPF EN, que s'il y a violation de deux dispositions de la Charte, ceci est dû non seulement à la mauvaise application de la loi n° 194/1978 dans le cas allégué par le réclamant, mais en principe à cause d'une structure de base de la loi de 1978 et, plus particulièrement, de ses articles 4 et 5, lesquels procèdent à un aménagement du droit des femmes à l'avortement d'une manière incompatible avec les exigences émises par l'article 11 de la Charte.

L'appréciation du Comité considérant que la mauvaise application de la loi est la source unique de violation de la disposition conventionnelle, se résume au dispositif du §176 de la décision, selon lequel il y a violation de l'article 11 de la Charte parce que les autorités compétentes n'ont pas adopté les mesures nécessaires afin que, « comme établi par la loi 194/1978, les avortements demandés dans le respect des règles applicables soient pratiqués (...) » dans de circonstances qui résultent du nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé qui sont objecteurs de conscience. D'ailleurs, je considère qu'un poids excessif est accordé par la décision à la même approche, adoptée par le Parlement italien dans un avis, selon lequel ce n'est pas le nombre (élevé) de médecins objecteurs qui détermine en soi l'accès à l'interruption volontaire de grossesse, mais au contraire les modalités retenues par les structures sanitaires pour appliquer la loi de 1978 (voir au §175 de la décision). En outre, l'approche exclusivement privilégiée par la décision nie le fait que le réclamant ait préconisé que ce qui constitue réellement une source de violation, dans le cas d'espèce, de l'article 11 de la Charte, est le fait que la loi de 1978, en elle-même, ne permet pas de garantir l'exercice effectif du droit des femmes d'interrompre leur grossesse (voir au §12 de la décision).

A mon avis, l'approche exclusive adoptée par le Comité ne correspond pas pleinement aux vrais enjeux qui ressortent de cette réclamation. Par le biais de la loi de 1978, l'Italie prend résolument position dans le débat juridique universel -vieux de plusieurs décennies- au sujet de l'avortement, qui s'effectue entre, d'un côté ceux qui s'opposent au droit des femmes à l'avortement avec des arguments issus des registres éthiques, moraux ou religieux, corroborés avec des raisonnements juridiques (le fœtus est un être humain, qui simplement se trouve aux premiers stades de sa croissance biologique, ce qui se traduit par l'identification de l'avortement à un acte d'homicide involontaire), et, de l'autre côté, les tenants du droit des femmes à l'avortement en tant que droit issu du -et faisant partie du- droit de tout être humain à l'autodétermination, y compris à l'autodétermination physique et corporelle. Les premiers sont dénommés par R. Dworkin (in *Life's Dominion: an Argument about Abortion, Euthanasia, and Individual Freedom*, 1994) des « pro-life » et les seconds des « pro-choice ». Les médecins-objecteurs de conscience appartiennent, évidemment, au premier groupe.

Je considère, en prolongement des faits incriminés dans la réclamation, que l'Italie prend résolument position en faveur des opposants au droit des femmes à l'avortement par le biais des articles 4 et 5 de la loi n° 194/1978, qui procèdent à un autre aménagement du droit des femmes à l'avortement. En vertu de ces deux dispositions, et notamment de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 5, toute une machinerie institutionnelle et opérationnelle est mise en place (les centres de consultation et les centres médico-sociaux), dans le but de neutraliser les causes supposées –mais plausibles- de nature économique d'une détermination de la femme enceinte, qui visite ces institutions au cours des trois premiers mois de la grossesse, de procéder à un avortement. Si intense est le zèle du législateur italien à favoriser le choix de la femme enceinte, qui visite les centres en question pendant les trois premiers mois de la grossesse, de maintenir son état de grossesse et ne pas procéder à l'avortement, que la loi de 1978 préfigure, dans la dernière phrase du 1<sup>er</sup> alinéa de l'article 5, que la femme « choisisse » en définitive d'accoucher plutôt que de se faire avorter !

Il est loisible de penser que cette approche du législateur italien était conforme aux valeurs prédominantes dans la société à l'époque à laquelle elle fut adoptée. Or, ce fait n'est pas suffisant pour justifier sa pérennisation, son maintien en vigueur 35 ans après, alors qu'à l'heure actuelle il semble se dessiner un consensus au sein des Etats européens pour reconnaître un droit inconditionnel de la femme à procéder à l'interruption volontaire de la grossesse pendant les trois à cinq premiers mois de la grossesse (voir à ce sujet l'arrêt de la CourEDH dans l'affaire *R.R. c. Pologne*, au §186, où il est dit « qu'il existe bien, dans une majorité substantielle des Etats membres du Conseil de l'Europe, une tendance en faveur de l'autorisation de l'avortement, et que la plupart des Etats contractants ont résolu le conflit entre les droits concurrents du fœtus et de la future mère dans le sens d'un élargissement des conditions d'accès à l'avortement »). L'Italie, par les dispositions susmentionnées de la loi de 1978, organise un système sophistiqué et officiel d'exercice de contrainte sur la femme, afin qu'elle renonce à l'avortement.

En plus, le dispositif créé par la loi de 1978, centré autour des institutions publiques de consultation et des centres médico-sociaux, a un impact direct sur la manière dont le gouvernement italien s'est défendu devant le Comité. A plusieurs reprises le gouvernement italien a mis en exergue le fonctionnement efficace de ces institutions et leur contribution à la diminution du nombre des interruptions volontaires de grossesse au cours des dernières années, ce qui n'est pas exempt d'une certaine arrière-pensée de sa part ; celle-ci aurait pu être formulée comme il suit : « puisque le système des centres fonctionne bien, le nombre d'interruptions volontaires de grossesse est diminué et peu importe, par conséquent, que la plupart des hôpitaux n'ont que des gynécologues évoquant l'objection de conscience et que les autorités centrales ou régionales ne parviennent pas à combler les lacunes en engageant des médecins 'ordinaires' ». J'ajouterais même que cette arrière-pensée semble émerger dans la défense du gouvernement, lorsque son représentant développe devant le Comité les propos suivants : « (...) la baisse du nombre de femmes qui avortent est nettement plus importante que l'augmentation du nombre d'objecteurs de conscience parmi les professionnels de santé et le personnel médical. Ces dernières années, les services ont gagné en efficacité (...) en termes de prévention (...) » (voir au § 101 de la décision).

Je considère que sous l'affirmation solennelle prétendant soulager les femmes enceintes, qui visitent les centres publics de consultation durant les premiers mois de leur état de grossesse, des problèmes économiques et sociaux qui sont supposés les inciter à se faire avorter, l'Etat défendeur se plie devant le défi d'ordre éthique, moral ou religieux de contraindre la femme à ne pas procéder à l'avortement. La contrainte supposée être exercée sur la femme enceinte dans les conditions proscrites par les dispositions susmentionnées de la loi de 1978, est susceptible de porter un préjudice sérieux non seulement à la dignité et l'intégrité personnelle de la femme enceinte, mais aussi à sa santé, dans sa dimension psychique. La liberté et l'autonomie de la femme, la maîtrise qu'elle exerce sur son corps et sa personnalité, risquent d'être mises sérieusement en cause. Par ailleurs, le système mis en place dans l'Etat italien me fait rappeler tant les faits que la décision adoptée par le Cour suprême des Etats-Unis dans l'affaire si connue *Planned Parenthood of Southeastern Pennsylvania c. Casey* (n° 112 S. Ct. 2791, 1992), relative à l'interdiction et les obstacles élevés à l'encontre du droit à l'avortement dans l'un des Etats (nombreux, d'ailleurs) de l'Union ; un passage de l'arrêt *Casey*, dont l'acuité est confortée par une opinion concordante de trois juges (Kennedy, O'Connor et Souter), me semble très pertinent pour la réclamation examinée par le Comité : une réglementation relative à l'avortement peut se dénoncer comme étant contraire à la constitution (ou, dans le cas ici présent, à un traité de protection de droits fondamentaux) lorsque, même si elle n'interdit pas l'avortement, son but et ses conséquences entraînent une ingérence excessive dans le choix personnel de la femme ayant décidé de subir un traitement tel que l'avortement, en élevant des obstacles substantiels à l'exercice de son choix.

Pour toutes ces raisons, les dispositions législatives précitées, qui ouvrent la voie pour que la contrainte à l'encontre de la femme qui désire se faire avorter puisse être exercée, je considère qu'elles auraient dû être examinées par le Comité, en vue d'apprécier leur conformité avec l'article 11 de la Charte ou, au moins, en vue de les prendre en considération en tant que situation aggravante de la violation de l'article 11 de la Charte, causée par la mauvaise application de la loi nationale dans des circonstances résultant du nombre élevé de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé qui sont objecteurs de conscience.-