



L'avortement tardif et les infanticides néonataux en Europe



Pétition à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe

Juin 2015

L'avortement tardif et les infanticides néonataux en Europe

Pétition pour les droits des nouveau-nés survivant à leur avortement

Auteurs : Grégor Puppinck, Docteur en Droit (Dir.), Claire de La Hougue, Docteur en droit, Andreea Popescu et Christophe Foltzenlogel.

Remerciements : Christina Hurst, Palmer Hurst et Jessica Rigsbee.

Centre Européen pour la Justice et les Droits de l'homme

4, Quai Koch

67000 Strasbourg, France

Téléphone : +33 3 88 24 94 40

info@eclj.org

www.eclj.org

Le *Centre européen pour le droit et la justice* est une organisation non-gouvernementale internationale dédiée à la promotion et à la protection des droits de l'homme en Europe et dans le monde. L'ECLJ est titulaire du statut consultatif spécial auprès des Nations-Unies/ECOSOC depuis 2007.

L'ECLJ agit dans les domaines juridiques, législatifs et culturels. L'ECLJ défend en particulier la protection des libertés religieuses, de la vie et de la dignité de la personne auprès de la Cour européenne des droits de l'homme et au moyen des autres mécanismes offerts par l'Organisation des Nations Unies, le Conseil de l'Europe, le Parlement Européen, et l'Organisation pour la Sécurité et la Coopération en Europe (OSCE).

L'ECLJ fonde son action sur « les valeurs spirituelles et morales qui sont le patrimoine commun des peuples [européens] et qui sont à l'origine des principes de liberté individuelle, de liberté politique et de prééminence du droit, sur lesquels se fonde toute démocratie véritable » (Préambule de la Statut du Conseil de l'Europe).

Introduction

Lorsqu'un enfant naît grand prématuré, tout est mis en œuvre pour le sauver. Si ce n'est pas possible, il reçoit des soins de confort et est entouré jusqu'à son décès. Des soins palliatifs néonataux se développent ainsi dans les hôpitaux. Tout autre est la situation des bébés qui naissent vivants après un avortement.

Chaque année en Europe, de nombreux enfants naissent vivants lors d'avortements, en particulier lorsqu'ils sont pratiqués au-delà de la 20^{ème} semaine de grossesse. Ces enfants sont le plus souvent abandonnés à la mort sans soins, luttant pour respirer pendant parfois plusieurs heures, ou tués par injection létale ou asphyxie. Leur corps est généralement incinéré avec les déchets biologiques.

La méthode d'avortement tardif la plus utilisée dans certains pays, dite méthode de « dilatation-évacuation », consiste à dilater le col de l'utérus puis à évacuer le bébé avec une pince. Le fœtus ou l'enfant est souvent extrait par morceaux, ce qui constitue une épouvantable torture. Il n'y a en général ni analgésie ni foeticide préalable.

Vous trouverez dans ce rapport des données et des statistiques officielles sur ces pratiques ainsi que des témoignages de médecins et de sages-femmes. Ils témoignent du malaise du personnel médical et révèlent que le plus souvent les parents ne sont pas informés de la survie de leur enfant et des causes réelles de sa mort. Parfois même le nouveau-né est tué seulement parce que porteur d'un handicap, afin de « préserver » ses parents.

De tels faits ne sont pas rares. Selon le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, à 23 semaines de grossesse, 10% des enfants survivent à l'avortement.

Laisser ces enfants mourir sans soin, ou les tuer activement, simplement parce qu'ils ne sont pas désirés est inhumain et contraire à leurs droits fondamentaux. Selon le droit, tout être humain né vivant a le même droit à la vie, à l'intégrité physique et à recevoir des soins de santé adaptés, quelles que soient les circonstances de sa naissance.

Par cette pétition, un collectif d'ONG mené par l'ECLJ et soutenu par 210.000 citoyens européens demande à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE) de dénoncer et de mettre un terme à ces pratiques afin que tous les nouveau-nés soient traités comme des êtres humains.

La pétition demande à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe :

1. D'enquêter et de faire rapport sur la situation des enfants nés vivants durant leur avortement.
2. De réaffirmer que tous les êtres humains nés vivants ont le même droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, et que tous les êtres humains devraient bénéficier de soins de santé appropriés et nécessaires sans discrimination fondée sur les circonstances de leur naissance, conformément aux articles 3, 8 et 14 de cette même Convention.
3. De recommander aux États membres de prendre en compte le seuil de viabilité des fœtus humains dans leur législation relative à l'interruption de grossesse.

Pour la plupart, nous préférons ne pas regarder cette réalité en face ; laissant ainsi ces enfants et le personnel médical dans une situation insoutenable. Mais il est possible d'améliorer humainement leur situation, particulièrement en développant de meilleures pratiques néonatales

pour l'enfant et ses parents. C'est une question de volonté. C'est pourquoi nous demandons au Conseil de l'Europe de se saisir de cette question.

Un bébé prématuré, même né lors d'une tentative d'avortement tardif, est un être humain et doit bénéficier de soins et du droit à la vie comme tout être humain.

Grégor Puppinck
Directeur de l'ECLJ

Sommaire :

Introduction	3
Pétition pour les droits des nouveau-nés survivant à leur avortement	6
Une pratique répandue en Europe	7
Des pratiques qui violent les droits fondamentaux	10
Des pratiques qui doivent être condamnées	11
Témoignages	13
Statistiques sur l'avortement tardif dans différents pays	21
L'avortement tardif en droit international	25
La capacité du fœtus de ressentir la douleur	29
Les méthodes d'avortement	29
La preuve médicale de la souffrance fœtale	29
Des fœtus animaliers mieux protégés que les êtres humains	31
Législation aux États-Unis	32
Observations sur l'existence d'un intérêt légitime de l'Assemblée à examiner la Pétition pour les droits des nouveau-nés survivant à leur avortement	34

Pétition pour les droits des nouveau-nés survivant à leur avortement

Madame la Présidente,
Mesdames et Messieurs les Membres de l'Assemblée parlementaire,

J'ai l'honneur de remettre cette pétition Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, conformément à l'article 65 du Règlement et à la Directive n° 342 du 22 janvier 1974 de l'Assemblée, en mon nom personnel et au nom de près de 200.000 signataires et de diverses ONG dont la *Bureau international catholique de l'enfance*, la *Fédération des associations familiales catholiques en Europe* et le *Centre européen pour le droit et la justice* qui s'associent à cette pétition et la soutiennent.

Cette Pétition dénonce la torture et l'infanticide infligés à des enfants nés vivants lors d'une tentative d'avortement tardif. Chaque année, de nombreux bébés survivent à une interruption de grossesse. Dans ce cas, on les laisse mourir, voire on les tue.

Cette Pétition dénonce des atteintes graves et répétées aux droits de l'homme pratiquées en divers Etats membres du Conseil de l'Europe et qui constituent un problème structurel. Elle n'a pas été transmise antérieurement à l'Assemblée ou à une autre instance parlementaire européenne et n'est pas susceptible de recevoir une réponse au moyen de la procédure de contrôle instituée par la Convention européenne des droits de l'homme. L'objet de cette pétition relève principalement de la santé et des droits de l'homme.

Lorsqu'un enfant naît grand prématuré, tout est mis en œuvre pour le sauver. Si ce n'est pas possible, il reçoit des soins de confort et est entouré jusqu'à son décès. Ceci est conforme à la Convention internationale des droits de l'enfant selon laquelle « *les Etats parties assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant* »¹. Des soins palliatifs néonataux se développent ainsi dans les hôpitaux, conformément à la résolution 1649 (2009) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

Avec les progrès de la médecine, des bébés prématurés peuvent être sauvés dès 21 semaines, soit avant même la limite de la viabilité définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (22 semaines ou 500g). Les chiffres montrent qu'au Royaume-Uni² cinq bébés nés à moins de 22 semaines sur 247 nés vivants ont vécu pendant au moins un an³. 11 des 171 nés à 22 semaines ont survécu, et 76 sur 332 nés à 23 semaines également. En France ou en Suisse, il est rare de réanimer des bébés de 22 ou 23 semaines, mais à partir de 24 semaines la réanimation est toujours entreprise car les chances de survie, souvent sans séquelle, sont élevées.

Tout autre est la situation des bébés qui naissent vivants après un avortement. Il ne s'agit pas de ceux dont on provoque la naissance parce que la poursuite de la grossesse présente un danger majeur pour eux ou pour leur mère, mais bien de ceux qui naissent vivants *accidentellement*.

À l'heure actuelle, l'avortement est libre sur simple demande jusqu'à 18 semaines en Suède (même si la seule raison est le sexe du bébé), et jusqu'à 24 semaines au Royaume-Uni, aux

¹ Art. 6 de la Convention internationale de droits de l'enfant

² <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9598649/One-in-ten-babies-born-under-abortion-limit-survives.html>

³ On peut aussi signaler Amilia, née en octobre 2006, au Baptist Children's Hospital de Miami. Ce «bébé miracle», selon les termes des médecins américains qui l'ont prise en charge, est née à 22 semaines de grossesse et, à sa naissance, elle ne mesurait que 24,1 centimètres, et ne pesait que 284 grammes. Elle a survécu sans séquelles.

Pays-Bas et en Espagne sous condition extensive et sans réel contrôle. Il est même possible jusqu'à la naissance en cas d'anomalie grave (mais non mortelle) dans plusieurs pays comme la France et le Royaume-Uni⁴. C'est-à-dire que l'avortement est possible dans différents pays européens sur des fœtus viables et même sains. L'avortement tardif est techniquement difficile à réaliser (à 20 semaines, le taux de complications est dix fois supérieur à celui avant 12 semaines, selon les statistiques officielles du Royaume-Uni) et il arrive que les bébés viables qui étaient censés être avortés naissent vivants. Après 21 semaines, certains peuvent respirer sans aide pendant un long moment.

Lorsqu'il est mis fin à une grossesse à partir de seize semaines, la méthode employée est souvent de provoquer la naissance. La plupart du temps, le cœur du bébé s'arrête pendant les contractions et il naît mort. Il arrive cependant que certains survivent au travail, et leur nombre augmente avec l'âge gestationnel. A partir de 22-24 semaines, comme il est fréquent que l'enfant naisse vivant, le plus souvent un fœticide est pratiqué : une injection dans le cordon ou parfois directement dans le cœur du bébé, précédée ou non d'une anesthésie, pour arrêter le cœur. C'est un acte techniquement difficile, qui peut par conséquent avoir un taux d'échec élevé⁵. L'enfant naît alors vivant. Il arrive aussi que l'injection soit pratiquée pendant l'expulsion, c'est-à-dire alors que l'enfant est partiellement né.

Naître vivant après un avortement n'a rien d'exceptionnel. Cette possibilité est recensée sur la liste des maladies publiée en anglais par l'OMS, au chapitre XVI intitulé *Certain conditions originating in the perinatal period*, rubrique P96-4, *Termination of pregnancy affecting fetus and newborn*⁶.

Une pratique répandue en Europe

Ce problème se produit dans tous les pays autorisant l'avortement tardif sur demande ou pour raison médicale.

Ainsi, par exemple, 622 enfants sont nés vivants au **Canada** après des interruptions de grossesse entre 2000 et 2011⁷, et 362 entre 2001 et 2010 aux **États-Unis** où une loi a été adoptée en 2002, le *Born Alive Infant Protection Act*, pour protéger ces enfants. En **Norvège**, de 2001 à 2009, cinq bébés ont été avortés après la limite de 22 semaines. Entre 2010 et 2011, 12 avortements tardifs de la sorte ont été effectués. Le cœur de certains de ces enfants avortés a continué à battre pendant 45 à 90 minutes.⁸ A la suite de cela, la Norvège a interdit tout avortement après 22 semaines en janvier 2014. En 2010 en **Italie**, un bébé avorté à cause d'un bec-de-lièvre à 22 semaines, a été découvert vivant 20 heures après sa naissance et a vécu un jour de plus. Un cas

⁴ Toutefois, une telle anomalie n'est pas nécessairement fatale. Par exemple en 2012, selon les statistiques officielles du Royaume-Uni, il y avait quatre cas d'avortement (avant 24 semaines) en raison d'une fente labiale ou palatine (bec de lièvre), 191 pour les anomalies du système cardiovasculaire, dont 12 après 24 semaines, bien que beaucoup auraient pu être traités par chirurgie, 149 pour le spina-bifida, dont 5 après 24 semaines, et 544 pour trisomie 21, dont 3 après 24 semaines.

⁵ Selon une étude, le taux de succès est 87%, autrement dit il y a 13% d'échecs : Nucatola D, Roth N, Gatter M. [A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafœtally prior to second-trimester surgical abortion](#). *Contraception*. 2010 Jan;81(1):67-74. doi: 10.1016/j.contraception.2009.08.014. Epub., consultable à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004276>

⁶ <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/P90-P96>

⁷ "Termination of pregnancy, affecting fetus and newborn" [P96.4] <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26>

⁸ <http://www.newsinenglish.no/2014/01/02/total-ban-on-late-term-abortions/> La cote P96-4 est issue de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes publiée par l'OMS.

similaire s'était déjà produit en 2007.⁹ Aux **Pays-Bas** la situation est pire : après 24 semaines, en cas de grave malformation, non seulement l'avortement est possible mais aussi l'infanticide¹⁰. La majorité des pays ne donne aucune information sur ces événements. Il est très difficile d'obtenir des données précises car rares sont les Etats qui reconnaissent cette situation et donnent des informations.

En **France**, les enfants nés avant 22 semaines ou lors d'une interruption médicale de grossesse n'ont pas d'acte de naissance mais seulement un acte d'enfant sans vie, même s'ils sont nés vivants : cet acte « *ne préjuge pas de savoir si l'enfant a vécu ou non* », selon l'article 79-1 du code civil. Aucune information n'est donnée sur le nombre des enfants nés vivants, combien de temps ils vivent ni ce qu'on fait d'eux. Même les parents ne savent pas : s'il arrive que l'enfant leur soit donné et meure dans leurs bras, il est très fréquent qu'il soit emmené dans une autre pièce. Les parents ne le voient alors (s'ils le souhaitent) que plus tard, sans avoir pu l'accompagner pendant ces quelques instants ni savoir comment il est mort.

Au Royaume-Uni : En 2005, le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* a publié les conclusions du Dr. Shantala Vadeyar, chercheur au St. Mary Hospital de Manchester, qui affirme que des enfants âgés de 18 semaines ont survécu pendant un certain temps hors de l'utérus après une tentative d'avortement. Le Dr. Vadeyar a révélé que dans le Nord-Ouest, entre 1996 et 2001, au moins 31 enfants ont survécu à des tentatives d'avortements.¹¹ En 2007, une étude publiée dans le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*¹² a conclu qu'environ un avortement sur 30 au-delà de 16 semaines de gestation donne lieu à la naissance d'un enfant vivant. A 23 semaines, le taux d'enfants vivant atteint 9,7%. Selon une sage-femme suédoise, la proportion atteindrait même 25%¹³.

Dans le rapport CEMACH 2007 « *Perinatal Mortality report* », réunissant des données d'hôpitaux d'Angleterre et du Pays de Galles en 2005, il a été révélé que :

« *Soixante-six des 2235 décès néonataux déclarés en Angleterre et au Pays de Galles faisaient suite à un avortement légal (principalement à cause d'anomalies congénitales). C'est-à-dire que l'enfant né montrait des signes de vie et mourait au cours de la période néonatale. Seize sont nés à vingt-deux semaines de grossesse ou plus tard et la mort s'est produite entre une et 270 minutes après la naissance (médiane : 66 minutes). Les 50 fœtus restants sont nés avant vingt-deux semaines de grossesse et la mort a eu lieu entre 0 et 615 minutes après la naissance (médiane : 55 minutes)* », p. 28.¹⁴ En d'autres termes, l'un de ces nouveau-nés a respiré sans assistance pendant plus de dix heures.

Le directeur du CEMACH Richard Congdon a affirmé que l'injection létale n'a pas été donnée dans les 16 cas d'avortement lors de ces grossesses de 22 semaines et plus parce que la mort était « inévitable »¹⁵. On les a donc laissé mourir. Les rapports suivants ne comprennent aucune information au sujet des enfants nés vivants après un avortement.

⁹ <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/italy/7646540/Baby-boy-survives-for-nearly-two-days-after-abortion.html>

¹⁰ <http://leblogdejeannesmits.blogspot.fr/2014/07/pays-bas-vers-lajustement-des-regles-de.html> ; cf. A. Giubilini et F. Minerva, « After birth abortion: why should the baby live? » *J Med Ethics* doi:10.1136/medethics-2011-100411 <http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411.full>

¹¹ <http://www.lifesitenews.com/news/66-british-babies-survived-abortion-all-were-left-to-die-without-medical-ai>

¹² <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01279.x/abstract>

¹³ <http://www.varldenidag.se/nyhet/2014/10/22/Vad-ska-jag-gora-med-fostret-nar-det-lever/>

¹⁴ Traduction libre <http://www.hqip.org.uk/assets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/41.-April-2007-Perinatal-Mortality-2005.pdf>

¹⁵ <http://www.dailymail.co.uk/health/article-512129/66-babies-year-left-die-NHS-abortions-wrong.html>

Il n'y a donc pas de données plus récentes sur le nombre d'enfants nés vivants après un avortement. Les statistiques du CEMACH après le *Perinatal Mortality 2005* (publié en 2007) ne donnent aucune information sur les enfants dans cette situation. Alors que les sources de données, page 5 du rapport de 2005 (publié en 2007), commençaient ainsi : « Depuis 2003, l'Enquête confidentielle de santé maternelle et infantile (CEMACH) a recueilli des informations épidémiologiques et cliniques sur tous les fœtus délivrés après 22 semaines de gestation (y compris les avortements légaux en vertu de la loi sur l'avortement 1967/1992) ». Les données du rapport suivant, qui se trouvent à la fin du rapport, comprennent seulement un court paragraphe, perdu parmi d'autres : « Cette année, pour permettre une comparaison plus significative, un certain nombre d'exclusions ont été appliquées aux données dans le chapitre sur la variation de la mortalité (chapitre 2). Ces exclusions concernent toutes les interruptions de grossesse, toutes les malformations graves et mortelles, les décès néonataux en-dessous de 22 semaines de gestation et tous les bébés avec un poids de naissance inférieur à 500 g » (*Perinatal Mortality 2006* (publié en 2008) p. 93).

Le Royaume-Uni a procédé à un changement de méthode de façon à ce qu'aucune mention des décès néonataux suite à un avortement n'apparaisse. Dans les rapports suivants, les sources de données, sont à nouveau au début du rapport, et notifiées ainsi : « CEMACH recueille des données épidémiologiques et cliniques sur tous les mort-nés et décès néonataux (voir glossaire) en Angleterre, Pays de Galles, Irlande du Nord, les territoires de la Couronne, les îles Anglo-Normandes et l'île de Man ».¹⁶ Les fœtus et les nourrissons nés après un avortement tardif ne sont plus mentionnés. Toutes les statistiques sont données « à l'exclusion des avortements déclarés ».

En 2004, les délégués à la conférence annuelle de la *British Medical Association* à Llandudno ont voté à 65% en faveur d'une motion disposant que les enfants nés vivants après une tentative d'avortement devraient être soignés et traités comme n'importe quel autre enfant.¹⁷

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* a publié de nouvelles recommandations en mai 2010. Selon cette institution, « une naissance vivante devient de plus en plus fréquente après 22 semaines de gestation et, quand une décision a été prise de mettre fin à la grossesse en raison d'une anomalie fœtale après 21 + 6 semaines, le fœticide doit être systématiquement proposé. (...) Lorsque l'anomalie fœtale n'est pas mortelle et que l'interruption de grossesse est en cours après 21 + 6 semaines de gestation, la non-exécution d'un avortement pourrait entraîner la naissance vivante et la survie de l'enfant, un résultat contraire à l'intention de l'avortement. Dans de telles situations, l'enfant doit bénéficier des soins intensifs néonataux dans son meilleur intérêt, selon son état et selon les directives publiées en matière néonatale. Un fœtus né vivant présentant des anomalies incompatibles avec la vie doit être maintenu dans un état de confort et de dignité au travers de soins palliatifs (article 8)¹⁸ ».

Cependant, ce ne sont que des recommandations. La réanimation dépend en grande partie du souhait des parents, et il est évident que, dans le cas d'un avortement manqué, les parents ne souhaitent pas que leur bébé reçoive des soins intensifs. En outre, puisque les enfants nés

¹⁶ *Perinatal mortality 2007*, publié en 2009, p. 5 ; voir aussi *Perinatal mortality 2008*, publié en 2010, p. 6 et *Perinatal mortality 2009*, publié en 2011, p. 8, identique en tout excepté que le « CEMACH » est devenu « CMACE », *Centre for Maternal and Child Enquiries*. Tous les rapports sont disponibles à cette adresse : <http://www.hqip.org.uk/cmace-reports/>. Il n'y a pas de rapport du CMACE pour 2010, 2011 et 2012. Les chiffres sur la mortalité infantile sont disponibles à « *Office for National Statistics website* », sans mentionner les enfants nés vivants après un avortement.

¹⁷ <http://www.lifesitenews.com/news/66-british-babies-survived-abortion-all-were-left-to-die-without-medical-ai>

¹⁸ *Termination of pregnancy for fetal abnormality*, Chapter 8, p. 31:

<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>

vivants après une interruption de grossesse ne figurent plus dans les statistiques, il n'est pas possible de contrôler la façon dont ils sont soignés. Tous ceux qui ont une chance raisonnable de survie reçoivent-ils des soins appropriés ? Le soulagement des souffrances et la dignité sont-ils vraiment assurés quand la mort est inévitable ? Est-ce que les soins de fin de vie ne se transforment pas parfois en euthanasie ?

Le tabou qui entoure ces enfants est propice aux abus puisqu'aucun contrôle n'est possible, la plupart des informations provenant de témoignages ou de faits divers. Il semble que **ces enfants soient fréquemment abandonnés sans soin, mis à l'écart dans une pièce ou un réduit où ils luttent pour respirer, parfois blessés par l'avortement, avant de mourir seuls**. Dans certains pays ou hôpitaux, les parents peuvent reprendre le corps de l'enfant ou une inhumation est prévue. Dans d'autres cas, ils sont incinérés avec les déchets organiques hospitaliers, et même parfois brûlés comme combustibles pour le chauffage d'hôpitaux¹⁹. Selon des témoignages, il arriverait que certains soient asphyxiés ou évacués avec les déchets malgré des signes de vie. En d'autres termes, ces nouveau-nés sont tués ou abandonnés à la mort, tandis que dans une pièce voisine, les médecins tentent de sauver des enfants prématurés du même âge gestationnel. Ces situations sont en outre profondément traumatisantes pour les personnels médicaux.

Des pratiques qui violent les droits fondamentaux

Tous les enfants nés vivants, en tant que personnes humaines sont sujet des droits de l'homme et doivent bénéficier de toute leur protection, comme toute autre personne. Mettre en cause ce principe remet en cause l'édifice des droits de l'homme. Ne pas secourir certains nouveau-nés ou les laisser mourir sans soins simplement parce qu'ils ne sont pas désirés est inhumain ; c'est une violation inacceptable de leurs droits les plus fondamentaux et de leur dignité.

Tuer les nourrissons ou les laisser mourir seuls dans une terrible douleur²⁰ relève de l'infanticide aggravé de tortures. Ces pratiques constituent des violations manifestes et flagrantes des droits de l'homme universels, notamment de la Convention relative aux droits de l'enfant qui déclare que : « *l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance* » et par laquelle les Etats se sont engagés à respecter et garantir les droits des enfants « *sans distinction aucune* » notamment « *de naissance* » (article 2).

Tuer les nourrissons ou les laisser mourir sans soin est aussi une violation flagrante de la Convention européenne des droits de l'homme, en particulier de leur droit à la vie (article 2) et un traitement inhumain (proscrit par l'article 3 de la CEDH). C'est de plus une discrimination

¹⁹ Des journaux britanniques ont révélé en 2014 que les corps de milliers de fœtus ont été brûlés pour le chauffage. Voir <http://au.ibtimes.com/thousands-dead-fetuses-burned-without-parents-permission-heat-british-hospitals-1335740#.UzK4CKh5Ogy>

²⁰ De nombreuses études montrent que non seulement les nouveau-nés, même prématurés, mais aussi les fœtus ressentent la douleur, au moins autant sinon plus que les adultes. Pourtant, la douleur fœtale humaine n'est pas toujours prise en compte (voir les recommandations du Royal College of obstetricians *Fetal Awareness 2010* <http://www.rcog.org.uk/files/rcog-corp/RCOGFetalAwarenessWPR0610.pdf> qui nient cette douleur) alors que la souffrance fœtale animale est reconnue (directive 2010/63/EU du 22 septembre 2010 relative à la protection des animaux utilisés à des fins scientifiques qui affirme que les fœtus animaux peuvent « *éprouver de la douleur, de la souffrance et de l'angoisse* »).

dans l'accès aux services de soins²¹ de santé fondée sur les circonstances de leur naissance²² (contraire à l'article 14 de la CEDH).

Par ailleurs, selon la Charte sociale européenne, les enfants ont droit à une protection spéciale contre les dangers physiques et moraux auxquels ils sont exposés ainsi qu'à une protection sociale, juridique et économique appropriée, et toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.

Tous les enfants prématurés devraient avoir le même droit à la vie et l'accès aux services de soins de santé sans discrimination. Tous les soins et l'aide médicale possibles devraient être offerts à tous, quelles que soient les conditions de leur naissance. Même lorsqu'ils ne sont pas viables, ces enfants devraient être accompagnés jusqu'à la mort.

Dans sa déclaration du 15 janvier 2014, intitulée « *Les avortements sélectifs en fonction du sexe sont discriminatoires et doivent être interdits* », le Commissaire aux droits de l'homme a rappelé la jurisprudence de la CEDH²³ selon laquelle : « *Les Etats membres, qui disposent d'une grande marge d'appréciation en la matière, devraient trouver des moyens de se doter de lois, de politiques et de pratiques permettant de tenir compte des différents intérêts légitimes en jeu. Dans la grande majorité des Etats membres du Conseil de l'Europe, où l'avortement est légal, il s'agit d'établir un cadre qui concilie la possibilité de se faire avorter et la lutte contre la discrimination* ». En ce sens, plusieurs États en Europe (notamment **l'Estonie**, la **Finlande**, **l'Allemagne**, la **Norvège**, la **Russie** ou encore **l'Ukraine**) prennent en compte, comme un intérêt légitime, le seuil de viabilité et interdisent l'avortement après 22 semaines d'aménorrhée. Ces réglementations devraient être encouragées en tant qu'elles améliorent de manière tangible la protection des droits de l'homme.

Des pratiques qui doivent être condamnées

Il est urgent de révéler l'existence de ces pratiques inhumaines afin de les condamner publiquement et d'y mettre un terme. Nous faisons appel à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe car ces violations flagrantes et structurelles des droits de l'homme ne peuvent pas être traitées par une autre instance du Conseil de l'Europe. En effet, les victimes, les nourrissons, n'ont évidemment aucune possibilité de saisir la Cour européenne des droits de l'homme. Leurs parents, qui pourraient les représenter, ne forment jamais de recours puisque ce sont eux qui ont décidé de les avorter.

Le 20 Novembre 2014, le Commissaire aux droits de l'homme a refusé d'examiner le problème des enfants nés vivants après une interruption de grossesse, estimant de façon peu compréhensible qu'il n'entraîne pas dans son mandat.

Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe n'a pas réussi à résoudre cette situation. Le 9 juillet 2014, le Comité a déclaré que « *faute de consensus, il n'a pas été possible d'adopter*

²¹ Voir en particulier la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, en son article 24 : « *Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services [...].* »

²² Article 14 de la CEDH : « *La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur [...] la naissance ou toute autre situation.* »

²³ Nils Muiznieks, Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe, [déclaration sur les avortements sélectifs en fonction du sexe](#). Cette citation synthétise le principe sous-jacent de la jurisprudence de la CEDH sur l'avortement selon lequel : « *Si l'Etat jouit d'une ample marge d'appréciation pour définir les circonstances dans lesquelles il autorise l'avortement, 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* » (P. et S. c. Pologne, n° 57375/08, 30 Octobre 2012, § 99 ; voir aussi A., B. et C. c. Irlande, n° 25579/05, 16 Décembre 2010, § 249 ; et R. R. c. Pologne, n° 27617/04, 26 Mai 2011, § 187).

une réponse à la Question écrite n° 655 de M. Pintado » posée le 31 janvier 2014. Cette question était la suivante : « Quelles dispositions spécifiques le Comité des Ministres prendra-t-il pour garantir que des fœtus qui survivent à un avortement ne soient pas privés des soins médicaux auxquels ils ont droit (en leur qualité de personnes vivantes au moment de leur naissance) en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme ? ». Le Comité des Ministres n'a pas pu répondre parce que certains gouvernements ne voulaient pas réaffirmer ces droits humains fondamentaux. Cet échec est une honte pour le Conseil de l'Europe, car elle manifeste son consentement implicite à l'infanticide.

Le Conseil de l'Europe ne peut pas renoncer à la garantie des droits fondamentaux à tous les êtres humains. Un bébé prématuré, même né lors d'une tentative d'avortement tardif, est un être humain.

Seule l'Assemblée parlementaire peut donc agir pour la protection de ces nouveau-nés, et elle doit le faire sans quoi le but « *de sauvegarder et de promouvoir les idéaux et les principes qui sont leur patrimoine commun* » en particulier par « *la sauvegarde et le développement des droits de l'homme et des libertés fondamentales* » sera lettre morte.

Par conséquent, nous demandons à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe :

- 1. D'enquêter et de faire rapport sur la situation des enfants nés vivants durant leur avortement.**
- 2. De réaffirmer que tous les êtres humains nés vivants ont le même droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, et que tous les êtres humains devraient bénéficier de soins de santé appropriés et nécessaires²⁴ sans discrimination fondée sur les circonstances de leur naissance, conformément aux articles 3, 8 et 14 de cette même Convention.²⁵**
- 3. De recommander aux États membres de prendre en compte le seuil de viabilité des fœtus humains dans leur législation relative à l'interruption de grossesse.**

²⁴ Voir en particulier la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989, article 24 : « *1. Les Etats parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. [...]* »

²⁵ Article 14 de la Convention : « *La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur [...] la naissance ou toute autre situation.* »

Témoignages

En quelques semaines, le *Centre Européen pour la Justice et les Droits de l'homme* a pu rassembler des témoignages de sages-femmes et de médecins, particulièrement en France. Ces personnes pourront confirmer leur témoignage à l'APCE et donner d'autres détails, si celle-ci en fait la demande.

Témoignage d'une étudiante en école de sage-femme (22 ans, Nord de la France)²⁶ :

Je suis étudiante sage-femme en dernière année, et j'ai vu, au cours d'un stage dans une maternité du Nord de la France, un enfant naître vivant d'une IMG. Il était âgé de 24SA et la sage-femme a laissé l'enfant lutter pour respirer, en le laissant seul sur la table de réanimation bébé. Il est décédé dans les 10 minutes, très affaibli par les contractions du travail (déclenché).

Nous n'avons pas vérifié les bruits du cœur pendant le travail, pour « préserver » la mère. Et la sage-femme m'avait dit que dans ces cas-là, « *il nait mort si il a de la chance, sinon... bah... on n'a pas le choix... pour les parents...* »

J'ai vu un bébé lutter contre la mort, dans une indifférence totale pour sa souffrance... Une inhumanité glaçante... On en arrive à des situations d'horreur...

J'ai vu cela à 19 ans, j'en ai 22, je n'oublierai jamais... J'ai le désir de devenir médecin, pour pouvoir soigner ceux qui n'auront plus « le droit » d'être soignés...

J'ai assisté, plutôt de loin car les sages-femmes préfèrent s'occuper seules des patientes dans ce cas-là, à plusieurs IMG entre 18SA et 24SA, mais la plupart des enfants mourraient sous l'effet des contractions.

Ici, le terme étant de 23 semaines d'aménorrhées + 5 jours, il n'y avait pas eu de foeticide en accord avec le protocole.

Du coup, je pense que la patiente avait été informée de la probabilité que cet enfant naisse vivant au cours de l'entretien pré-IMG; mais nous, nous ne lui avons pas montré, s'occupant d'elle le temps que l'enfant décède (« une question de quelques minutes »). Nous lui avons montré son bébé une fois celui-ci décédé.

La sage-femme ne m'a pas donné de chiffres, mais dans son discours, cela paraissait plutôt récurrent pour ces termes délicats entre 18SA et 24SA...

N'ayant pas fini mes études, je préfère rester anonyme encore quelques temps...

Témoignage de Mme M.B., sage-femme²⁷ :

Sage-femme depuis bientôt 9 ans, je peux témoigner que les bébés nés d'avortement tardif (cas des ITG) sans foeticide, c'est à dire le plus souvent entre 20 et 24 semaines d'aménorrhée, peuvent naître vivants. L'équipe médicale est alors souvent mal à l'aise et soit met le bébé dans un plateau dans une pièce à part jusqu'à ce qu'il arrête de montrer

²⁶ Cette étudiante a souhaité conserver l'anonymat.

²⁷ Cette sage-femme a souhaité conserver l'anonymat.

des signes de vie, soit demande au gynécologue, anesthésiste ou pédiatre de faire une injection de morphine dans le cordon ce que certains acceptent... ou non.

Pour ma part j'ai déjà proposé à des couples concernés, si le bébé était vivant à la naissance, de poser sur le ventre de la dame pour qu'il meure dignement. Deux couples ont accepté.

J'ai récemment décidé de ne plus participer aux IVG ou ITG et d'appliquer ma clause de conscience, ce que je peux faire car je suis titulaire. Je devrai probablement quitter les services concernés, y compris la salle d'accouchement. Les contractuelles qui voudraient appliquer leur clause de conscience sont menacées de ne pas voir leurs contrats renouvelés.

J'ai constaté dans mon expérience que pour protéger le droit à l'avortement, l'embryon ou fœtus est considéré par le corps médical comme une personne à deux conditions :

1. être inscrit dans le projet des parents ;
2. être « normal » (avec toute la subjectivité que ce terme autorise).

Dès qu'il sort de ces conditions, il n'est plus considéré que comme un déchet...même si c'est terrible à dire.

Témoignage de Mme M.K., étudiante en 3ème année d'école de sage-femme, île de France²⁸ :

Cela s'est passé en 2015, à l'hôpital en salle de naissance.

Une patiente était présente, elle était à 22 semaines d'aménorrhées + 3 jours et était là pour une fausse couche tardive.

L'enfant est donc né, était vivant et pour éviter qu'il ne crie, le médecin lui a recouvert rapidement le visage. On l'a ensuite emmené dans une salle à côté (en salle de réanimation bébé), où j'ai pu le rejoindre. J'ai pu alors constater qu'il n'avait aucune malformation apparente, qu'il luttait pour respirer et qu'il avait quelques légers gestes. Il était complètement formé, avait des cils, des cheveux, des ongles... (Il avait même les ongles un peu longs !) Il pesait 565g et mesurait environ 27cm. Le médecin est entré, et m'a demandé s'il respirait encore, ou sinon on ferait une injection pour que « *ça soit réglé* ». Cinq minutes après, il revint, et se saisit une seringue de KCl (injection mortelle pour ce prématuré). Un peu désemparée, je lui demande si on ne peut pas faire quelque chose de « *plus naturel* », mais il me répond en balayant ma question qu'il ne préfère pas laisser l'enfant souffrir. Il a ensuite piqué le bébé au cœur, et a injecté le produit. L'enfant, pendant l'injection, a bougé de tous ses membres. Je ne sais pas ce que cela voulait dire, mais peut-être a-t-il souffert. Le petit garçon a vécu à peine un quart d'heure.

L'équipe médicale a dit aux parents de l'enfant qu'il était mort-né. C'est pour cela que l'on ne voulait pas qu'il crie à sa naissance: ce serait trop traumatisant pour eux.

Ce qui m'a personnellement choquée, c'est le sang-froid du médecin (chef de service) qui a piqué l'enfant au cœur. Le fait qu'il soit vivant était un problème qu'il fallait régler : jamais il n'a été envisagé de dire aux parents ce qui s'était vraiment passé.

²⁸ Cette étudiante a souhaité conserver l'anonymat.

Témoignage de M. X.B., Médecin²⁹ :

Je voudrais vous témoigner quelques anecdotes révélatrices de ce que j'ai vues durant mon stage d'externe (4^{ème} année de médecine) à la maternité du CHU de X. Cela fait maintenant plus de 10 ans mais ce sont des scènes que l'on n'oublie pas.

Lors d'une réunion de concertation pluridisciplinaire en « visio-conférence » entre le CHU et différents services d'obstétrique des hôpitaux périphériques, j'ai vu le chef de service de génétique du CHU faire de très vifs et cinglants reproches à un obstétricien d'un hôpital périphérique. Ce dernier n'avait pu obtenir de diagnostic histologique sur le cerveau d'un fœtus après une IMG au 3^{ème} trimestre, car l'expulsion avait été trop longue et le tissu cérébral n'était plus histologiquement interprétable. Le généticien est entré dans une sorte de fureur en demandant combien de fois il devrait dire qu'il ne fallait pas faire de foeticides in utéro, mais tuer le bébé après qu'il soit né (ce ne sont bien sûr pas les mots qui ont été utilisés, mais je ne me souviens plus de l'euphémisme utilisé).

À la fin de mon stage de 3 mois, lors de la validation, j'ai été invité par la chef de clinique qui s'occupait de moi à donner mes impressions sur le stage. J'ai alors dit que, malgré toutes les choses magnifiques que j'ai pu voir dans une maternité, j'avais été choqué par certaines choses que j'avais vues, en particulier les foeticides. Elle m'a dit alors que c'était vrai que c'était parfois difficile. Et je revois cette jeune femme le regard dans le vague, me dire : « c'est vrai que parfois ça fait un peu petit meurtre entre amis » (ce sont les mots qu'elle a utilisés). Et elle me raconte ensuite un cas où le bébé a eu le temps de crier avant d'être amené précipitamment dans la pièce à côté. Ces cas ne sont pas rares, et sont dramatiques parce que la mère entend son enfant, et au moment où elle réalise qu'il est bien vivant il est en train d'être tué. Mais dans le cas raconté par ma chef de clinique, ce qui la mettait mal à l'aise est que trois médecins (un anesthésiste, un obstétricien et un pédiatre) ont mis une heure à tuer le nouveau-né, car comme il était bien vivant, il se débattait vigoureusement et ils n'arrivaient pas à lui faire d'injection létale.

J'ai malheureusement beaucoup d'amis qui pourraient vous rapporter d'autres anecdotes, peut être certains en étant témoins directs.

Témoignage de Mme A., sage-femme dans un CHU du Finistère³⁰ :

Étudiante en première année pour devenir sage-femme, j'ai été témoin une fois de la naissance d'un enfant né vivant après une IMG. Cela s'est déroulé en 2000 dans un CHU du Finistère. Dans le cadre de la plupart des IMG, le fœtus est tué pendant le travail de la mère, mais exceptionnellement, cette fois le fœtus est né vivant. Il a survécu quelques minutes, sans qu'on le traite avant de mourir.

Au demeurant, les fœtus avortés suite à une IMG étant la plupart du temps « nés sans vie », un médecin vient pour dresser l'acte administratif et réalise une anatomie-pathologique. Dans ces cas j'ai été plusieurs fois choqué par le manque de respect des médecins pour ces corps nés sans vie.

Depuis que je suis sage-femme, j'ai accompagné de nombreuses fois des grossesses avec naissances prématurées « accidentelles ». Dans ces cas nous avons des procédures d'accompagnement prévues pour que les parents puissent faire le deuil. Il y a alors un respect pour un fœtus de 20 à 24 semaines qui est considéré comme le cadavre d'une

²⁹ Cette personne a souhaité conserver l'anonymat.

³⁰ Cette sage-femme a souhaité garder l'anonymat.

personne humaine. Dans le cas d'une interruption médicale de grossesse, il n'y a aucun respect pour cet enfant né sans vie, que l'on jette comme un déchet.

Témoignage de Mme L.M., ancienne infirmière anesthésiste³¹ :

Je veux témoigner d'un infanticide, non pas que nous ayons réellement tué un nouveau-né de 28 semaines mais pire : nous n'avons pas eu l'humanité de lui venir en aide.

C'était dans une maternité de banlieue parisienne (Sud) en 1987. J'étais infirmière anesthésiste à l'époque et j'intervenais en surveillance de la péridurale posée par le médecin anesthésiste. La médecine pensait que naître d'une mère séropositive impliquait obligatoirement que l'enfant serait contaminé (nous savons maintenant que l'enfant peut se « négativer » quelques mois après et ne pas être atteint du SIDA).

La jeune mère était une droguée HIV+ ayant découvert sa grossesse tardivement. Les gynécologues l'ont convaincue d'avorter mais le bébé est né bien vivant.

Les sages-femmes l'ont simplement mis dans un box vide, tout nu dans un baquet inox, froid, sans aucun soin.

Sa maman était consciente pendant le travail et à l'expulsion du bébé ; elle pleurait et voulait voir son petit mais les médecins avaient décidé que cet enfant devait mourir. Ils n'ont pas laissé l'enfant à la mère pour ne pas la torturer inutilement. Ce bébé était viable, il respirait tout seul et criait vigoureusement. Je crois sincèrement qu'on l'a laissé tout simplement mourir de froid... C'était horrible...! Nous étions caparaçonnés dans nos gants, surblouses, charlottes, masques, « surchaussures » car nous avions peur d'attraper le SIDA et lui, tout nu, abandonné de tous et si vulnérable. Il a mis longtemps à arrêter de geindre.

J'ai failli aller le chercher pour le réconforter, le réchauffer, le sauver mais je n'ai rien fait...Ils avaient tous l'air si sûrs que c'était LA solution. Toute l'équipe était néanmoins extrêmement mal à l'aise. L'obstétricien était décideur, vu qu'il avait accepté médicalement de pratiquer l'avortement, et les sages-femmes solidaires, par force.

J'avais une petite fille de 4 mois à la maison et j'ai eu peur pour elle.

Pourquoi se bat-on pour sauver certains prématurés alors que d'autres sont donnés à la mort sans aucune humanité ?

Nous ne voulons pas les tuer activement mais le faisons passivement !

J'ai arrêté l'anesthésie car je ne supportais plus d'être obligée d'endormir des femmes pour IVG ou IMG.

Témoignage de M. J.C., Docteur, 46 ans³² :

Je suis médecin en réanimation adulte, métier que j'exerce depuis un peu plus de 10 ans, et j'ai une formation d'anesthésiste réanimateur. Je voudrais témoigner de ce que j'ai pu vivre lorsque j'ai été interne d'anesthésie en stage de maternité, il y a environ 16 ans, dans un centre hospitalier universitaire du Nord de la France.

J'étais ce jour-là en charge de la salle de naissance ayant le téléphone (bip) de garde de l'interne d'anesthésie. J'étais sous la responsabilité d'un médecin anesthésiste également chargé de la salle de naissance ce jour-là. Je fus appelé pour réaliser une anesthésie péridurale pour une jeune femme qui devait accoucher par voie basse suite à un

³¹ Conformément à la demande de cette personne, l'anonymat a été préservé.

³² Conformément à la demande de cette personne, l'anonymat a été préservé.

déclenchement pour interruption médicale de grossesse (IMG) à un stade assez avancé, aux environs de six mois. Son mari était présent.

Cette interruption de grossesse tardive avait été décidée suivant le protocole en vigueur dans le service, après les consultations multidisciplinaires nécessaires, mais je ne me souviens plus de la cause ayant mené à la décision d'une interruption de grossesse. Je me souviens très nettement ne pas avoir voulu savoir comment se déroulerait l'interruption de grossesse elle-même, et j'avais dit clairement au médecin responsable anesthésiste, que je ne souhaitais plus rentrer dans la pièce à la suite de la pose de cette anesthésie péridurale. J'avais déjà exprimé le souhait de ne pas assister aux interruptions de grossesse (IVG, IMG).

Dans cette même journée, quelques heures plus tard je me trouvais être assis au bureau des anesthésistes, non loin de la salle de naissance. Mon téléphone de garde se mit à sonner. Et alors que celui-ci sonnait, je fus pris d'une impossibilité de pouvoir répondre à cet appel. C'est un petit peu difficile à expliquer, parce que jamais je n'aurais imaginé faire une chose pareille. Ne pas répondre au téléphone de garde de la salle de naissance est quelque chose de grave. Cela ne m'était jamais arrivé, cela ne m'est plus jamais arrivé. Pourtant à ce moment précis je fus comme saisi d'immobilité sur mon siège en écoutant ce téléphone sonner. Après un délai peut être d'environ 15 à 30 minutes, je me levai en direction de la salle de naissance et fut vivement interpellé par la sage-femme qui s'occupait de la jeune femme à qui j'avais posé la péridurale en début de journée. Elle était énervée, mal à l'aise, me reprochant de ne pas avoir répondu et c'est alors qu'arriva le médecin anesthésiste qui avait la responsabilité de la salle de naissance ce jour-là. Il avait été appelé par la sage-femme.

La sage-femme me raconta rapidement comment le gynécologue avait mis fin à la vie de l'enfant dans le ventre de sa mère, en faisant un repérage échographique et en injectant du produit afin de faire arrêter de battre le cœur de l'enfant. Puis l'accouchement par voie basse avait été déclenché. Au moment où l'enfant sortait, la sage-femme était seule. Lorsque l'enfant fut complètement sorti, il cria, il était vivant. La sage-femme disait combien elle fut saisie et étouffa les cris de l'enfant avec la main et sortit rapidement pour que les parents n'entendent pas leur enfant. Elle se dirigea vers la salle de réanimation néonatale. C'est à ce moment précis qu'elle m'appela sur mon téléphone de garde et que je ne pus répondre. Le médecin anesthésiste raconta à son tour qu'il fut appelé par la sage-femme en salle de réanimation néonatale.

La sage-femme dut retourner auprès de la femme qui venait d'accoucher et le médecin anesthésiste se retrouva seul avec l'enfant. Il ne le réanima pas, au contraire : au bout de plusieurs manœuvres, l'enfant mourut quelques minutes plus tard.

À peine une ou deux heures plus tard, une autre jeune femme arrivait pour menace d'accouchement à six mois de grossesse. Rapidement, elle accoucha. Son enfant fut emmené immédiatement en salle de réanimation néonatale. Ce fut une réanimation assez difficile, les pédiatres sont rapidement arrivés pour nous aider car les choses ne se passaient pas comme nous le voulions. Au bout d'une longue réanimation l'enfant fut stabilisé et il partit pour le service de réanimation néonatale.

Je réalisais alors que cet enfant que nous venions de réanimer avait le même âge que l'autre enfant qui, quelques heures auparavant, n'avait pas eu le droit de vivre.

À la fin de la journée, la sage-femme invita l'équipe à se retrouver en salle de pause. Elle sortit une bouteille de champagne du frigo. Elle invita chacun à prendre une coupe non pas pour se réjouir mais afin d'aider chacun à oublier ce qui s'était passé.

J'ai vu combien des personnes tout à fait équilibrées, pouvait être amenées à faire des choses qu'elles auraient réfutées dans un autre contexte, en étant détachées de cette notion d'urgence et de l'engrenage psychologique qui s'était mis en place dès le début de cette procédure d'interruption de grossesse. Je peux témoigner du malaise, le mot est faible, plutôt de la torpeur de cette fin de journée dans l'équipe médicale et paramédicale. Je reste profondément atterré par cette affaire et je vois combien nos structures médicales peuvent parfois nous amener à réaliser ce que nous ne voudrions pas faire.

Témoignage de Mme D. F., médecin³³ :

Je suis médecin depuis 8 ans. Voici deux témoignages datant de mes études, le premier alors que j'étais étudiante, le deuxième pendant mon internat.

Lors d'une garde en salle d'accouchement, une femme était en travail dans le cadre d'une ITG à 5 mois de grossesse. L'accouchement est imminent, l'interne de gynécologie se prépare. Le gynécologue sénior de garde qui s'apprête à regagner son lit, s'approche de l'interne et lui dit à voix basse, mais suffisamment fort pour que je l'entende : « *si l'enfant respire à l'arrivée, tu appuies fort ici sur la trachée jusqu'à ce qu'il arrête totalement de respirer* » et se tournant vers moi : « *et toi, tu n'as rien entendu* ».

Nouvelle nuit de garde, mais en pédiatrie cette fois. Je suis interne aux urgences pédiatriques. Le pédiatre sénior de garde me téléphone et me demande de le rejoindre en salle de réanimation néonatale juxtaposée aux salles d'accouchement. Un enfant qui vient tout juste de naître y est intubé et ventilé. Il présente des défaillances multi viscérales et le morphotype d'un enfant porteur de trisomie 21 (aucun de ces signes n'avaient été mis en évidence lors des échographies prénatales). Mon chef me demande de lui dire à quoi me fait penser le faciès de ce bébé. Après ma réponse, il demande à l'anesthésiste présent s'il reste du produit de péridurale de la mère, ce qui est le cas. Il le prend et l'injecte alors à l'enfant qui meurt en une à deux minutes, seul. Pendant qu'il agonisait, les deux médecins discutaient, sans aucune gêne ni aucun regard pour ce bébé. Quant aux parents, ils n'ont été informés de l'état de santé de leur enfant qu'après sa mort !

Témoignage de Mme Siv Bertilsson³⁴ :

Bonjour.

J'ai travaillé pendant 36 ans comme sage-femme en maternité et soins obstétricaux. En ce moment, une réorganisation à la clinique des femmes est en cours, ce qui signifie que les avortements tardifs après 12 semaines seront effectués à la maternité. J'ai, au cours de ma carrière professionnelle, travaillé à la fois en gynécologie et en soins de maternité. Par conséquent, j'ai des souvenirs horribles de la salle de gynécologie où j'ai participé à des avortements tardifs, la plupart autour de 16 semaines, où le fœtus luttait et essayait de respirer pendant 5 à 15 minutes.

Parce qu'il n'y a pas de règles ou de règlements sur ce qu'il faut faire avec un nourrisson qui se bat pour la vie, vous le laissez mourir seul dans un bol ou une bassine.

Je pense que c'est horriblement inhumain. De plus, ce n'est pas un événement inhabituel. Environ 25% des fœtus avortés à la 16^{ème} ou 17^{ème} semaine vivent un temps plus ou moins long.

³³ Conformément à la demande de cette personne, l'anonymat a été préservé.

³⁴ Courriel envoyé à l'Office suédois de la santé et de la protection sociale, le 29 septembre 2014 par la sage-femme, Hôpital Sunderby, Luleå, Suède.

À présent, je suis à nouveau amenée à faire cela. J'avais décidé de ne plus jamais m'occuper d'une telle tâche. Suis-je maintenant obligée d'arrêter de travailler comme sage-femme ? Comment devrai-je agir ? Et si je suis obligée de me forcer à le faire à nouveau, que dois-je faire avec le fœtus quand il est vivant ?

J'ai lu dans la loi sur la protection des animaux comment tuer des chatons, des chiots ou d'autres petits animaux. Il y a des règles claires pour que la mise à mort soit faite d'une manière qui ne provoque pas l'anxiété ou de la douleur chez l'animal. Pourquoi n'y a-t-il pas de règles sur la façon de tuer des fœtus humains d'une manière humaine ?

Témoignage de M. Andrea Kischkel, Médecin à l'hôpital de Gällivare, Suède :

Le docteur Kischkel rapporte un avortement, autorisé par le Socialstyrelsen, achevé à 22 semaines + 3 jours à l'hôpital de Gällivare. Informé peu avant, le docteur Kischkel a essayé de faire admettre la mère à la maternité de niveau 3 d'Umeå, qui prend en charge les grands prématurés dès 22 semaines + 0. Cela a été refusé car il s'agissait d'un avortement. Une petite fille est née vivante le 1^{er} mars 2014 à 19h55.

Les sages-femmes ont reçu ordre de ne pas informer le pédiatre de garde. L'enfant n'a en conséquence pas reçu de soin, en particulier pour soulager la douleur, alors que les circonstances de la naissance le justifiaient (recours aux ventouses). Une sage-femme a entouré l'enfant dans des serviettes chaudes et a attendu jusqu'à son décès, près d'une demi-heure plus tard.

Témoignage de Mme M. J.³⁵, Infirmière, France :

C'était en 1973, je commençais ma 2e année d'école d'infirmière et c'était mon 1^{er} jour de stage en maternité.

A 16 h 30, une infirmière est arrivée précipitamment en salle de soins avec un drap en boule, nous le tendant en disant : « *vérifiez qu'il ne reste pas d'instrument, jetez les compresses et mettez le drap au linge sale* ».

Je me trouvais avec un élève infirmier que je ne connaissais pas car il n'était pas de mon école. Il paraissait plus âgé que moi. Délicatement on a ouvert le drap, enlevant toutes les compresses et découvrant une masse importante de sang coagulé et une masse encore plus grosse : on a découvert un fœtus, et il respirait encore. Nous avons été choqués.

Une autre infirmière arrive à ce moment-là et nous lui disons que le fœtus respire. Pour toute réponse nous avons reçu « *Eh bien ! Mettez-le dans un haricot, et attendez !* ». C'était glacial !

Avec l'élève infirmier, nous nous sommes parlé et nous étions d'accord pour dire qu'il était vivant et qu'il fallait faire quelque chose dans l'immédiat. Alors nous lui avons préparé un plateau avec un champ blanc, nous avons essuyé et lavé ce petit corps. On l'a posé délicatement sur le plateau et recouvert. Je ne sais pas quel âge de gestation il avait, mais c'était un garçon et il était bien formé.

Une autre infirmière est arrivée, elle nous a vus près du fœtus. Elle a dit que c'était bien. Nous avons pu l'interroger :

- qu'est-ce qui s'est passé avec la maman ?

³⁵ Cette personne a souhaité conserver l'anonymat.

- Elle a fait ce qu'il fallait pour avorter et a perdu beaucoup de sang en expulsant le fœtus. Elle est maintenant au bloc et on ne sait pas si elle va s'en tirer !

Avec mon collègue nous sommes restés près du fœtus qui respirait profondément et d'une manière de plus en plus espacée. Le temps nous a paru très long. Nous étions là pour le regarder, ce petit être vivant, lui parler et caresser son petit corps à travers le champ, pendant 45 minutes au moins. Nous pensions aussi à la détresse de la maman pour provoquer un tel avortement tardif.

Il s'est finalement arrêté de respirer et nous l'avons laissé sur son plateau. C'était la fin de la journée de stage. Je dois dire que les 15 jours de stage se sont passés difficilement. Les infirmières étaient comme des tourbillons qui couraient partout, et il n'a pas été possible de leur parler de cet événement vécu le 1^{er} jour.

Statistiques sur l'avortement tardif dans différents pays

Statistiques officielles sur le nombre de fœtus avortés tardivement.

Danemark

En 2012, 15 608 avortements furent pratiqués³⁶. Parmi eux, 738 le furent au cours du second semestre, jusqu'à la 27^{ème} semaine de grossesse. En 2013, 680 avortements ont été pratiqués pendant le 2^{ème} semestre³⁷.

Les Statistiques du Danemark montrent un chiffre officiel de 15 202 avortements en 2006, 15 660 en 2007, 16 355 en 2008, 16 736 en 2009, 16 709 en 2010, 15 974 en 2011, 15 608 en 2012, 15 834 en 2013, 15 097 en 2014 (chiffres provisoires)³⁸; traduits en chiffres nationaux depuis 2010, **877 fœtus furent tués après la 12^{ème} semaine. Le chiffre pour les signes de vie chez les fœtus avortés serait de 140³⁹.**

Les Statistiques de la deuxième plus grande maternité de l'Hôpital Universitaire de Skejby montrent que parmi les 70 avortements tardifs effectués entre août 2011 et novembre 2012, 11 à 16% d'entre eux présentaient des signes de vie⁴⁰.

Finlande

En 2013, 10 120 avortements ont eu lieu⁴¹. Parmi eux, 195 ont été pratiqués entre la 18^{ème} et la 22^{ème} semaine de gestation. En 2012, sur les 10 178 avortements effectués, 213 l'ont été entre la 18^{ème} et la 22^{ème} semaine de gestation⁴².

France

En 2010, 3 245 avortements se sont déroulés après la 15^{ème} semaine de grossesse⁴³. Selon une étude⁴⁴, 73% des médecins français en néonatalogie déclareraient qu'ils ont dans leur carrière administré aux nouveau-nés des produits médicamenteux pour les tuer. Pour la même question, le résultat serait de 47% aux Pays-Bas, 4% en Allemagne et au Royaume-Uni, et 2% en Espagne, Suède et Italie.

³⁶ Statistiques sur la Danemark, *Abortion by age*, 15 juin 2015, www.statbank.dk/ABORT and <http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>.

³⁷ Øjvind Lidegaard, *Early Pregnancy and Abortion: Annual Report for the Year 2013*, LANDSDÆKKENDE KLINISK KVALITETSDATABASE [NATIONWIDE CLINICAL DATABASE] https://www.sundhed.dk/content/cms/67/4667_14-07-11-%C3%A5rsrapport-2013.pdf (November 7, 2014).

³⁸ Statistiques sur la Danemark, *Abortion by age*, 15 juin 2015, www.statbank.dk/ABORT and <http://www.statbank.dk/statbank5a/SelectVarVal/saveselections.asp>

³⁹ Julian Isherwood, Dec 4, 2012, *Abortion: Every sixth fetus showed signs of life*. Article complet disponible : <http://politiken.dk/newsinenglish/ECE1842893/abortion-every-sixth-fetus-showed-signs-of-life/>

⁴⁰ Kirsten Andersen, Dec 18, 2012, *As many as 1 in 6 babies aborted after 12 weeks born alive: Danish study*, complete article: <https://www.lifesitenews.com/news/as-many-as-1-in-6-babies-aborted-after-12-weeks-born-alive-danish-study>

⁴¹ Statistiques Officielles sur la Finlande, 16 octobre 2014, Raskaudenkeskeytykset 2013 (Induced abortions 2013), http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116832/Tr25_14.pdf?sequence=1.

⁴² *Induced Abortions*, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE, disponible sur https://sampo.thl.fi/sampo_prod/cgi-bin/cognos.cgi?b_action=powerPlayService&ui.action=run&TARGET=%2Fcontent%2Ffolder%5B%40name%3D%27amor_prod%27%5D%2Ffolder%5B%40name%3D%27ab%27%5D%2Fpackage%5B%40name%3D%27amor_ab_kokomaa_ab_kokomaa_en_prod%27%5D (May 12, 2015).

⁴³ Avortements suivant la durée de gestation et le motif médical, *INED*, Tableau 23, France entière, 2010, mis à jour le 23 janvier 2013.

⁴⁴ Euronic group (2000), "End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries", *The Lancet*, Vol. 355 (9221): 2112 - 2118.

Russie

En 2012, 1 070 980 avortements ont été effectués⁴⁵. Parmi eux, 6 600 le furent entre la 12^{ème} et la 21^{ème} semaine de gestation⁴⁶. En 2011, il y eu 989 375 avortements⁴⁷. Parmi eux, plus de 16 000 furent réalisés entre la 22^{ème} et la 27^{ème} semaine de gestation⁴⁸.

Italie

En 2010, 115 372 avortements ont été pratiqués⁴⁹. Parmi eux, 900 ont été faits après la 21^{ème} semaine de gestation, représentant 0,8% des avortements réalisés dans ce pays⁵⁰. En 2008, 121 406 avortements ont eu lieu⁵¹. Parmi eux, 869 ont été pratiqués après la 21^{ème} semaine de gestation, représentant 0,7% des avortements réalisés dans ce pays⁵².

Suède

En 2012, 37 366 avortements ont été pratiqués. Parmi eux, 2 551 ont eu lieu après la 12^{ème} semaine de gestation⁵³. La Suède ne fournit pas de statistiques plus précises pour comptabiliser les avortements après 20 semaines, sur les 2 551 après 12 semaines⁵⁴.

Pays-Bas

En 2012, 30 577 avortements eurent lieu. Parmi eux, 2 352 ont été pratiqués entre la 18^{ème} et la 23^{ème} semaine de grossesse⁵⁵.

Norvège

En 2012, 124 avortements furent pratiqués entre la 19^{ème} et la 21^{ème} semaine de gestation et 11 ont été effectués après la 22^{ème} semaine de grossesse⁵⁶.

⁴⁵ Robert Johnston, *Historical Abortion Statistics, Italy*, disponible sur <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-italy.html> (December 2014).

⁴⁶ Boris Denisov & Viktor Sakevich, *АБОРТЫ В ПОСТСОВЕТСКОЙ РОССИИ: ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗМА* [Abortion in Post-Soviet Russia: Are there any Grounds for Optimism?] 154 disponible sur www.hse.ru/data/2014/07/15/1312456972/5_Денисов_Сакевич_Аборты%20в%20России.pdf (2014).

⁴⁷ Единая межведомственная информационно-статистическая система, [United Interagency Information-Statistical System: The Number of Abortions, Federation of Russia], disponible sur <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=41696>

⁴⁸ Boris Denisov & Viktor Sakevich, *АБОРТЫ В ПОСТСОВЕТСКОЙ РОССИИ: ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗМА* [Abortion in Post-Soviet Russia: Are there any Grounds for Optimism?] 154 disponible sur www.hse.ru/data/2014/07/15/1312456972/5_Денисов_Сакевич_Аборты%20в%20России.pdf (2014).

⁴⁹ <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-italy.html> (February 2008).

⁵⁰ Carlo Principe, *Boom degli aborti tardivi: triste segnale di una società sempre più eugenetica* (Boom of the late abortions: sad sign of a increasingly eugenic society), ROMA disponible sur <http://www.marciaperlavita.it/articoli/boom-degli-aborti-tardivi-triste-segnale-di-una-societa-sempre-piu-eugenetica/>

⁵¹ Robert Johnston, *Historical Abortion Statistics, Italy*, disponible sur <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-italy.html> (December 2014).

⁵² Renzo Puccetti, *ABORTO: i neonati fortemente prematuri, portatori di pieni diritti* [ABORTION: The Extremely Preterm Infants Having Full Right], ROMA, disponible sur <http://www.lucisullest.it/aborto-i-neonati-fortemente-prematuri-portatori-di-pieni-diritti/>

⁵³ Le document original indiquait 6,8% de 37 366 ce qui donne en principe 2541.

⁵⁴ Statistique sur l'avortement en Suède en 2012, corrigé en mai 2014, <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikefteramne/aborter>.

⁵⁵ IGZ, Dec. 2013, "Jaarrapportage 2012 van de wet afbreking zwangerschap," IGZ (Netherlands), on line at: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/12/06/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap.pdf>

⁵⁶ Folkehelseinstituttet, Norway, March 2015 "Rapport om svangerskapsavbrot for 2014" (Rapport sur l'avortement en 2014), : <http://www.fhi.no/dokumenter/c8d6191ba2.pdf>

Espagne

En 2013, 108 690 avortements ont été pratiqués. Parmi eux, 1,33% eurent lieu après la 21^{ème} semaine de gestation ou plus tard, soit un total de 1 145 avortements tardifs. En 2012, le nombre d'avortements est de 112 390. Parmi eux, 1,28% ont été pratiqués après la 21^{ème} semaine de gestation ou plus tard, soit 1 438 avortements tardifs⁵⁷.

Allemagne

En 2012, il y a eu 106 815 avortements. Parmi eux, 443 ont été effectués entre la 19^{ème} et la 21^{ème} semaine de gestation. En outre, 447 avortements ont été effectués après la 22^{ème} semaine de gestation. En 2011, 502 avortements ont été pratiqués entre la 19^{ème} et la 21^{ème} semaine de grossesse et 480 après la 22^{ème} semaine⁵⁸. Une sage-femme allemande, Dorothea Fürst, nous a confirmé que la procédure officielle était d'euthanasier l'enfant née vivant⁵⁹.

Royaume-Uni

En 2005, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* a publié les conclusions du Dr. Shantala Vadeyar, chercheur à l'Hôpital St. Mary à Manchester, qui a confirmé que des enfants après la 18^{ème} semaine de grossesse avaient survécu, pendant un certain temps, à l'extérieur de l'utérus après un avortement raté. Le Dr. Vadeyar a révélé qu'au Nord-Ouest, entre 1996 et 2001, au moins 31 ont survécu aux avortements⁶⁰. En 2007, une étude publiée dans le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*⁶¹ a conclu qu'environ un avortement sur 30 après 16 semaines de grossesse donne lieu à la naissance d'un enfant vivant. À 23 semaines, 9,7% des enfants naissent vivants. D'après une sage-femme suédoise le taux s'élève même jusqu'à 25%⁶².

Dans le CEMACH de 2007, le « *Prenatal Mortality report* » publie des données d'hôpitaux d'Angleterre et du Pays de Galles datant de 2005. Il a été révélé que :

« *Soixante-six des 2 235 décès néonataux notifiés en Angleterre et au Pays de Galles avait comme cause l'avortement légal (principalement pour cause d'anomalies congénitales), c'est-à-dire des nouveau-nés montrant des signes de vie et décédant au cours de la période néonatale. 16 sont nés à 22 semaines de grossesse ou plus tard et le décès s'était produit entre une et 270 minutes après la naissance (en moyenne 66 minutes). Les 50 fœtus restants étaient nés avant la 22^{ème} semaine et le décès a eu lieu entre 0 et 615 minutes après la naissance (en moyenne 55 minutes)*⁶³ ».

Les chiffres montrent qu'au Royaume-Uni⁶⁴, cinq bébés sur les 247 qui étaient nés vivants à moins de 22 semaines ont vécu au moins un an⁶⁵. 11 nourrissons sur 171 nés à 22 semaines et 76 nourrissons sur 332 nés à 23 semaines ont survécu.

⁵⁷ http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla5

⁵⁸ Gesundheit, Schwangerschaftsabbrüche, 2011, Destatis, Statistisches Bundesamt, 2012. Disponible sur: <https://www.gbe-bund.de/stichworte/SPAETABTREIBUNGEN.html>

⁵⁹ Le témoignage est un document écrit en Allemand, disponible si l'APCE en fait la demande.

⁶⁰ <http://www.lifesitenews.com/news/66-british-babies-survived-abortion-all-were-left-to-die-without-medical-ai>

⁶¹ <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01279.x/abstract>

⁶² <http://www.varldenidag.se/nyhet/2014/10/22/Vad-ska-jag-gora-med-fostret-nar-det-lever/>

⁶³ CEMACH, « *Perinatal Mortality 2005* », Confidential Enquiry into Maternal and Child Health, April 2007, p.28. Version anglaise accessible ici : <http://www.hqip.org.uk/assets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/41.-April-2007-Perinatal-Mortality-2005.pdf>

⁶⁴ <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9598649/One-in-ten-babies-born-under-abortion-limit-survives.html>

⁶⁵ La cas d'Amilia, née en octobre 2006 dans l'Hôpital baptiste d'enfants de Miami. Ce "bébé miracle", selon une déclaration des médecins américains qui étaient responsables d'elle, était née à 22 semaines de grossesse et à sa naissance elle mesurée seulement 24,1 centimètres et elle pesait seulement 284 grammes. Elle a survécu sans séquelles.

Les chiffres du Département de la santé montrent⁶⁶ que 185 122 avortements furent pratiqués en Angleterre et au Pays de Galles en 2012, parmi lesquels 2 860 à 20 semaines de grossesse ou plus. 160 avortements ont été réalisés à 24 semaines, et même 38 entre la 28^{ème} et 31^{ème} semaine, et 28 après la 32^{ème} semaine. 66 bébés furent ainsi avortés après la 28^{ème} semaine, qui était le seuil de viabilité défini par l’OMS jusqu’en 1975: un enfant né à cet âge gestationnel peut survivre sans aide médicale. Parmi les 160 avortements tardifs, 43% furent réalisés selon méthode de la « dilatation et évacuation », 22% par le fœticide avec l’évacuation chirurgicale et 17% par l’avortement médicamenteux (généralement par anti-progestérone) et 17% par le fœticide avec évacuation médicale.

Canada

622 enfants sont nés vivants au Canada après l’avortement entre 2000 et 2011⁶⁷. En 2011, 549 fœtus furent avortés à partir de la 21^{ème} semaine ou plus tard⁶⁸. D’après le même Institut, les hôpitaux au Canada ont utilisé la méthode de la dilatation et de l’évacuation pour les 1 226 avortements en 2010 et les 1 341 en 2011 (à l’exception du Québec et sans inclure les cliniques).

Les États-Unis

362 bébés sont décédés après avoir survécu à leur avortement entre 2001 et 2010⁶⁹.

⁶⁶ « *Abortion Statistics, England and Wales: 2012* », Department of Health, April 2014. Disponible sur: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/307650/Abortion_statistics_England_and_Wales.pdf

⁶⁷ “Termination of pregnancy, affecting fetus and newborn” [P96.4]. <http://aclj.org/planned-parenthood/362-infants-born-alive-result-botched-abortions-died-decade>

⁶⁸ Induced Abortions Reported in Canada in 2011, *Canadian Institute for Health Information*, Pre-formatted Table, Table 4, page 6. Disponible sur: http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/TA_11_ALLDATATABLES20130221_EN.

⁶⁹ <http://aclj.org/planned-parenthood/362-infants-born-alive-result-botched-abortions-died-decade>

L'avortement tardif en droit international

Norvège

Certaines sages-femmes, faisant face à cette situation, se sont plaintes des avortements tardifs ayant lieu dans le pays auprès du Ministère norvégien de la santé.

En réponse, le gouvernement norvégien a établi un projet de loi visant à interdire tout avortement après 21 semaines et 6 jours de gestation⁷⁰.

Roumanie

Selon l'ordre n°359/2012 du Ministre de la santé relatif aux critères d'enregistrement et de déclaration des nouveau-nés : si, après l'expulsion ou l'extraction, le nouveau-né présente un des signes vitaux (respiration spontanée, activité cardiaque, contraction volontaire d'un muscle), sans tenir compte de l'âge gestationnel, le nouveau-né sera déclaré « né vivant » (Article 1). Dès lors que le nourrisson aura un âge gestationnel de plus de 24 semaines, il sera inscrit sur les registres de naissance (Article 2§1). Avant l'âge de 24 semaines de gestation, le nouveau-né sera enregistré dans un registre spécial et bénéficiera des soins intensifs néonataux (Article 2§2).

Suisse

En 2011, de nouvelles recommandations⁷¹ ont été approuvées par le « Société Suisse de néonatalogie » ainsi que par d'autres corps d'organisation rattachés, dans le but de mieux prendre en compte l'intérêt supérieur de l'enfant et de la femme enceinte dans le cadre des soins périnataux des femmes enceintes à hauts risques d'accouchement avant terme pour les enfants prématurés qui naissent dans un état à la limite de la viabilité (22-26 semaines complètes de gestation). D'après ces recommandations, d'autres facteurs que le temps de gestation, ou le poids du fœtus devraient être pris en considération pour établir le pronostic vital, tel que la maturation du poumon fœtal. Les recommandations établissent un processus de prise de décisions concernant les soins des nourrissons (existence d'une équipe interdisciplinaire périnatale expérimentée qui décidera des soins à donner, des échanges avec les parents). Selon ces recommandations, l'enfant prématuré né avant 24 semaines devrait bénéficier de soins palliatifs et, dans certains cas, après la 23^{ème} semaine complète, de mesures obstétricales (tel qu'une césarienne), de mesures provisoires de soins intensifs prénataux, et des soins palliatifs. L'acharnement thérapeutique est interdit.

Cependant, les nouveau-nés viables et non viables qui ont survécu à un avortement tardif sont exclus de ces soins par ces mêmes recommandations.

États-Unis d'Amérique

La loi des États-Unis reconnaît l'importance de protéger les plus vulnérables. En 2002, les États-Unis ont promulgué la loi relative à la « protection des nourrissons nés vivants » qui protège les nouveau-nés en définissant ainsi « naître » : l'enfant « *après une expulsion ou une extraction, respire, possède un battement cardiaque, des pulsations du cordon ombilical, ou un mouvement défini et volontaire des muscles, sans tenir compte de la question de savoir si le cordon ombilical a été coupé, et si l'expulsion ou l'extraction est consécutive à un travail naturel, volontaire, une césarienne ou un avortement*⁷² ».

⁷⁰ « La Norvège resserre la loi après les révélations sur les avortements tardifs », *The Local*, 2 Janvier 2014. Accès à <http://www.thelocal.no/20140102/norway-to-tighten-law-after-late-abortions-revealed>

⁷¹ [Soin périnatal à la limite de la viabilité entre 22 et 26 semaines de gestation en Suisse](#), *Swiss Med Wkly.* 2011;141:w13280

⁷² 1 USCS § 8.

Cette législation reconnaît de façon non équivoque que les nouveau-nés nés vivants suite à un avortement se voient reconnaître les mêmes droits aux soins et à la protection que tout autre nouveau-né après l'accouchement.

Plusieurs États dans le pays ont des dispositions légales qui sont applicables dès que l'enfant est sorti vivant du ventre de sa mère. Ces lois qualifient de meurtre un enfant qui est né vivant et tué, peu importe la procédure qui entourait la naissance.

Un total de 43 États interdit l'avortement après que le fœtus ait atteint un certain âge⁷³. Parmi ces États, 19 interdisent l'avortement après 20 semaines au motif que l'enfant a une capacité à survivre en dehors du ventre de la mère⁷⁴. Un total de 13 États requiert un second médecin pour assister à la procédure d'avortement, en particulier pour prendre soin de l'enfant s'il naît vivant⁷⁵. Ces médecins doivent leur administrer des soins néonataux de qualité comme à tout autre prématuré de cet âge, sans se soucier du désir premier de la mère d'avorter. Dans ces cas-là, les nouveau-nés, nés vivants suite à un avortement sont traités comme des êtres humains avec les droits à la liberté et à la vie⁷⁶.

Dans la décision *Gonzales v. Carhart*, la Cour Suprême a confirmé une interdiction fédérale sur les avortements dans les cas de naissance partielle, une procédure où il est mis un terme à la vie du fœtus après l'accouchement par le canal de naissance appelé « *intact D&E*⁷⁷ ». La Cour a argumenté que dès lors que le gouvernement des États-Unis reconnaissait le fœtus comme « vivant » à la naissance, « *le Congrès pouvait dès lors conclure que ce type d'avortement requière des directives spécifiques, parce que cela impliquait d'autres questions éthiques et morales qui justifiaient une interdiction spéciale.*⁷⁸ »

La Cour Suprême de l'Illinois, dans sa décision *People v. Greer*⁷⁹ a soutenu que la mise à mort d'un fœtus avorté en vie pouvait être punie comme un meurtre en application de la section 9-1 du Code Pénal de 1961⁸⁰. Si un médecin met volontairement un terme à une grossesse, en sachant que le fœtus est viable, et que le fœtus meurt en raison de sa carence volontaire à prendre les mesures d'assistance pour sa survie et qui auraient été prises si l'intention avait été de faire naître l'enfant et non d'avorter, alors le médecin peut être reconnu pénalement coupable en vertu du Code Pénal de l'Illinois⁸¹.

Royaume-Uni

Association Médicale Anglaise (*British Medical Association, BMA*⁸²)

La BMA, lors de sa conférence annuelle de Llandudno en 2004, a appelé à un traitement médical adapté en faveur des enfants nés en vie suite à un avortement tardif. Elle a déclaré que « *les bébés nés en vie dans le cadre d'une procédure d'interruption de grossesse recevraient un traitement néonatal complet comme ceux dispensés aux autres bébés*⁸³ ».

⁷³ http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_PLTA.pdf

⁷⁴ http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_PLTA.pdf

⁷⁵ http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_PLTA.pdf

⁷⁶ http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_PLTA.pdf

⁷⁷ *Gonzales v. Carhart*, 550 U.S. 124, 160 (2007).

⁷⁸ ⁷⁸ *Id.* at 158.

⁷⁹ 79 Ill. 2d 103 (1980).

⁸⁰ Ill. Rev. Stat. 1977, Chapitre 38, Section 9-1.

⁸¹ *Id.* at 115-16.

⁸² Townshend, Liz, *British Doctors Support Equal Care for Abortion Survivors*, http://www.nrlc.org/archive/news/2004/NRL07/british_doctors_support_equal_ca.htm.

⁸³ *Id.*

Conseil Ecossais en Bioéthique Humaine (Scottish Council on Human Bioethics, SCHB⁸⁴)

Le SCHB a affirmé qu'il existe des « cas de conscience dans lesquels des bébés ont survécu à l'injection chimique qui était censée mettre fin à la grossesse autour de la 23^{ème} semaine. C'est un âge auquel les bébés peuvent survivre dans des unités de soin spécialisées. À cet égard, une étude menée sur 10 années au sein de 20 hôpitaux britanniques a démontré qu'un fœtus sur 30 avorté pour motif médical était né vivant. L'étude a considéré les résultats de 3 189 avortements réalisés entre 1995 et 2004 parce que le fœtus avait un handicap déterminé. Elle a démontré que 102 - soit environ 1 sur 30 – étaient nés vivants. La plupart de ces bébés présentant des anomalies sont nés entre 20 et 24 semaines de grossesse et aucun n'a vécu au-delà de quelques heures. Si ces bébés survivent à un avortement, le Conseil Ecossais en Bioéthique Humaine (SCHB) considère qu'on devrait leur accorder les mêmes soins qu'à tout autre bébé né prématuré du même âge⁸⁵ ».

Association Britannique de Médecine Périnatale (British Association of Perinatal Medicine, BAPM⁸⁶)

La BAPM a affirmé qu'il s'agit d'une question pénale et qu'une décision doit être prise concernant les bébés nés vivants après un avortement. « Le point de vue de la BAPM est que suite à un avortement tardif au-delà de 23 semaines de gestation, si le bébé naît en vie et, subséquent, meurt des effets de la naissance prématurée plutôt que des suites de la raison pour laquelle l'avortement a eu lieu, notre opinion, d'après mes collègues obstétriciens, est qu'il pourrait y avoir de sérieuses accusations de tentative d'homicide. Il semblerait que les médecins légistes ont un point de vue différent sur le sujet. Il semblerait alors approprié que la question clinique soit abordée de manière plus formelle avec des conseils centralisés. La BAPM aurait souhaité que le RCOG donne son point de vue sur ce sujet⁸⁷. »

L'Université Royale des Obstétriciens et des Gynécologues (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG⁸⁸)

Le RCOG donne des directives sur le moment auquel les médecins doivent administrer les soins néonataux pour un bébé né vivant dans le cas d'un avortement manqué : « Lorsque l'anomalie fœtale n'est pas létale, et que la fin de la grossesse est entreprise après 22 semaines de gestation, l'échec du fœticide pourrait se traduire par la naissance en vie et la survie de l'enfant, une issue qui contredit les intentions de l'avortement. Dans de tels cas, l'enfant devrait recevoir le soutien néonatal ainsi que les soins intensifs qui sont dans son intérêt et dans des conditions gérées au regard des directives publiées pour la pratique néonatale⁸⁹ ».

⁸⁴ Memorandum 16, House of Commons- Science and Technology Committee, *Scientific Development Relating to the Abortion Act 1967*, 12th Report 2006-07, Volume II, p. 102, https://books.google.fr/books?id=G9ui-I1bMREC&pg=PA103&lpg=PA103&dq=abortion+survivors+uk+law&source=bl&ots=Xmn4RYncyO&sig=RI4s6oehoTP9xLwriebNUoyIYhc&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=abortion%20survivors%20uk%20law&f=true.

⁸⁵ *Id.*

⁸⁶ Memorandum 43, House of Commons- Science and Technology Committee, *Scientific Development Relating to the Abortion Act 1967*, 12th Report 2006-07, Volume II, p. 210, https://books.google.fr/books?id=G9ui-I1bMREC&pg=PA103&lpg=PA103&dq=abortion+survivors+uk+law&source=bl&ots=Xmn4RYncyO&sig=RI4s6oehoTP9xLwriebNUoyIYhc&hl=en&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=abortion%20survivors%20uk%20law&f=true.

⁸⁷ *Id.* at 210–11.

⁸⁸ Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Report of a Working Party, *Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales*, May 2010, Chapter 8, p. 29–31, <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>.

⁸⁹ *Id.* at 31.

Le consensus final au sein de l'Université était que : « *Un fœtus né vivant avec des anomalies incompatibles avec la vie devrait être pris en charge pour que son confort et sa dignité durant les soins de fin de vie soient assurés (section 8)*⁹⁰ ».

⁹⁰ *Id.* at ix.

La capacité du fœtus de ressentir la douleur

Les méthodes d'avortement

Il faudrait faire enquête sur les méthodes d'avortement.

En France, l'enfant ou le fœtus est généralement tué par injection létale dans le cœur ou dans le cordon ombilical, puis la naissance est provoquée. Parfois, cette injection est mal réalisée ou ne produit pas ses effets et l'enfant naît vivant. La méthode la plus fréquemment utilisée en cas d'avortement tardif est appelée méthode de « dilatation-évacuation » (En Angleterre et au Pays de Gales, on recourt à cette méthode dans 76% des avortements entre 15 et 19 semaines de grossesse et dans 44% des avortements après la 20^{ème} semaine de grossesse⁹¹. L'utérus est dilaté puis « le contenu de l'utérus » est sorti avec une pince ou une canule. Pour terminer la procédure, les membres sont examinés pour s'assurer que tout a été expulsé. Cela signifie que le corps est assemblé comme un puzzle car il est souvent démembré pendant l'opération. S'il n'y a pas eu d'injection préalable pour causer le fœticide, ou si l'injection n'a pas causé la mort du fœtus⁹², cela signifie que le fœtus est vivant tandis qu'il est démembré. Cette méthode effrayante et cruelle est inhumaine et constitue une torture.

La preuve médicale de la souffrance fœtale

Longtemps, la communauté médicale était d'avis que les enfants, avant la 29^{ème} - 30^{ème} semaine de développement, n'étaient pas capables de ressentir la douleur lors des procédures invasives, comme l'avortement⁹³. Par conséquent, le personnel médical a pratiqué de manière habituelle des avortements sur des enfants, même dans leur 20^{ème} semaine de développement, sans s'inquiéter d'infliger une quelconque souffrance ou douleur aux fœtus. Néanmoins, en 2007, des recherches médicales substantielles ont été menées, et le regard de la communauté médicale sur la capacité de l'enfant à naître de 20 semaines ou moins à sentir la douleur a changé⁹⁴. Ceux qui affirment que le fœtus est incapable de sentir la douleur avant la 29^{ème}- 30^{ème} semaine de développement basent leur raisonnement sur 3 facteurs : (1) la nécessité d'un cortex fonctionnel ou de connexions entre la périphérie et le cortex afin de percevoir la douleur. Il est mis en avant que le fonctionnement du cortex ne survient pas avant la 23^{ème} - 24^{ème} semaine. (2) Les réactions de comportement de l'enfant prématuré confronté à la douleur peuvent être stimulées sans douleur et qu'en conséquence il n'y a pas de preuve que l'enfant expérimente la douleur. (3) Il n'est pas démontré que les enfants prématurés peuvent se souvenir et interpréter la douleur comme le font les adultes⁹⁵.

⁹¹ Department of Health, Abortions Statistics, England and Wales: 2013, Table 7a p. 25, published June 2014.

⁹² Selon une étude, l'injection provoque vraiment la mort dans 87% des cas. Ce qui signifie que dans 13% des cas, l'enfant survit. Nucatola D, Roth N, Gatter M. [A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion](#). Contraception. 2010 Jan;81(1):67-74. doi: 10.1016/j.contraception.2009.08.014. Epub . Available at <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004276>

⁹³ Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge, JC, Rosen, MA, A *Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence*, 294 *JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* 8, 947-954 (2005).

⁹⁴ *Pain of the Unborn: Hearing before the Subcomm. on the Constitution, Comm. on the Judiciary House of Rep.*, 109th Cong., 1st Session, No. 109-57, 15 (Nov. 1, 2005); Pain-capable Unborn Child Protection Act, H.R. 36, 114th Cong., 1st Session, §2 (6) (May 14, 2015).

⁹⁵ Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge, JC, Rosen, MA, A *Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence*, 294 *JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION* 8, 947-954 (2005); *Fetal Awareness: Review of*

Plusieurs études ont été menées et contredisent directement ces affirmations. Une de ces études est celle du Dr. K.J.S. Anand, un des experts clefs qui a témoigné devant la Commission judiciaire de la Chambre des Représentants sur la loi sur la protection de l'enfant à naître capable de sentir la douleur de 2005⁹⁶. Le Dr. Anand a découvert que : « *La densité de terminaisons nerveuses nociceptives dans la peau des nouveau-nés est similaire ou supérieure à celle de la peau des adultes. Les récepteurs sensoriels cutanés apparaissent dans la zone péri-orale du fœtus humain dans la 7^{ème} semaine de gestation; ils se propagent au reste du visage, les paumes des mains et la plante des pieds dans la 11^{ème} semaine ; dans le tronc et les parties proximales des bras et des jambes dans la 15^{ème} semaine ; et dans toutes les surfaces cutanées et muqueuses dans la 20^{ème} semaine. La propagation de récepteurs cutanés est précédée par le développement des synapses entre les fibres sensibles et des interneurons dans la corne dorsale de la moelle épinière, qui apparaissent en premier lors de la sixième semaine de grossesse. Des études récentes utilisant la microscopie électronique et les méthodes « immunocytochimiques » montrent que le développement de différents types de cellules dans la corne dorsale (ainsi que leur agencement laminaire, interconnexions synaptiques, et des vésicules spécifiques de neurotransmetteurs) commence avant 13 à 14 semaines de gestation et est complétée à la 30^{ème} semaine ».*

Les fœtus et les nouveau-nés peuvent ressentir la douleur tout aussi bien, voire mieux que les adultes⁹⁷. D'autres études scientifiques montrent également que le fœtus est sensible au toucher dès 8 semaines, et qu'il ressent la souffrance dès la 14^{ème} semaine. À 20 semaines, il a ses « *structures physiques nécessaires pour éprouver de la douleur*⁹⁸ ». Les chercheurs ont observé que « *le fœtus réagit à la stimulation d'une aiguille sur la veine intrahépatique par un mouvement du corps et de la respiration vigoureux, ce qui n'est le cas lorsque la stimulation a lieu sur le cordon placentaire*⁹⁹. »

Aux États-Unis, la communauté médicale a adopté le nouveau point de vue dominant¹⁰⁰, à savoir : « *les connaissances actuelles suggèrent que des considérations humanitaires doivent s'appliquer aux soins des nouveau-nés et des enfants qui ne parlent pas encore de la même*

Research and Recommendations for Practice, Report of a Working Party, ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, (March 2010).

⁹⁶ D'autres médecins de haut niveau, ayant une longue expérience sur les prématurés ont témoigné que les nouveau-nés de 20 semaines ou moins ont la capacité de sentir la douleur. Parmi eux, Dr. Jean Wright (Mercer University Pediatrics) et Dr. Arthur Caplan (Center for bioethics, Chair of the Department of Medical Ethics-University of Pennsylvania). *Pain of the Unborn: Hearing before the Subcomm. on the Constitution, Comm. on the Judiciary House of Rep., 109th Cong., 1st Session, No. 109-57, 15 (Nov. 1, 2005).*

⁹⁷ Anand and Hickey, "Pain And Its Effects In The Human Neonate And Fetus" *The New England Journal Of Medicine*, Volume 317, Number 21: Pages 1321-1329, 19 November 1987. Available at <http://www.cirp.org/library/pain/anand/>

⁹⁸ For instance : Glover V. "The fetus may feel pain from 20 weeks" ; in *The Fetal Pain Controversy, Conscience*. 25:3 (2004) 35-37.

⁹⁹ En outre, Dr. Anand a découvert que l'absence de myélinisation utilisée comme prétexte pour le manque de maturité dans le système nerveux néonatale implique seulement une vitesse plus lente de conduction plutôt que l'incapacité totale de ressentir la douleur. En outre, cette connexion lente est compensée par la plus courte distance de l'impulsion de la douleur qui doit se déplacer dans le corps de l'enfant. Non seulement il y a des indicateurs biologiques que la douleur peut et est vécue par les enfants prématurés avant la 20^{ème} semaine, mais aussi d'autres facteurs tels que: la présence de la substance P utilisé dans la transmission et le contrôle des impulsions de douleur dans la moelle épinière à 12 à 16^{ème} semaines de le développement, les changements cardio-respiratoires de la fréquence cardiaque et la pression artérielle en réponse à des stimuli douloureux, hormonal et des changements métaboliques dans la réaction au stress, et des réponses motrices telles que bouger les membres, pleurer, grimacer, etc. Anand KJS & Hickey PR, *Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus*, 317 NEW ENGL. J. MED. 21, 1321-1329 (1987); Vivette Glover & Nicholas M. Fisk, *Fetal Pain: Implications for Research and Practice*, 106 BRIT. J. OBSTETRICS & GYNAECOLOGY 881 (1999).

¹⁰⁰ Note, *The Science, Law, and Politics of Fetal Pain Legislation*, 115 HARV. L. REV. 2011 (2002).

*manière que pour les enfants et les adultes se trouvant dans des situations douloureuses*¹⁰¹». Les médecins américains reconnaissent également la capacité de l'enfant prématuré de ressentir la douleur car ils administrent de manière habituelle l'anesthésie avant toute opération chirurgicale sur les enfants se trouvant dans l'utérus¹⁰².

Des fœtus animaliers mieux protégés que les êtres humains

Le droit européen protège mieux les animaux que les êtres humains. La directive [2010/63/UE](#) du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne relative à la protection des animaux utilisés à des fins scientifiques¹⁰³ a établi une protection pour ces animaux en raison de la reconnaissance par la recherche scientifique qu'ils peuvent ressentir la douleur et la souffrance¹⁰⁴. Par conséquent, parce que les animaux sont considérés comme ayant « *une valeur intrinsèque qui doit être respectée* »¹⁰⁵, l'Union européenne a décidé que les animaux doivent être traités d'une manière respectueuse. En outre, la directive a également assimilé les animaux à être des créatures « *sensibles* », y compris les fœtus. La directive n'est pas applicable aux êtres humains. Cependant, elle reconnaît qu'il est « *scientifiquement démontré* » que les « *formes fœtales des mammifères* » (qui comprend aussi les êtres humains) a « *une aptitude à éprouver de la douleur, de la souffrance de l'angoisse* », même avant le troisième tiers de la grossesse¹⁰⁶.

À la lumière de plusieurs considérations législatives et judiciaires reconnaissant la capacité de l'enfant à sentir la douleur à partir de la 20^{ème} semaine, l'Europe doit aussi examiner cette question importante relative à l'avortement. Outre que d'autres pays, comme les États-Unis, mettent en œuvre de bonnes pratiques s'agissant de la question de la douleur ressentie par l'enfant à naître, il est aussi pertinent de comparer la législation existante qui protège les animaux à naître. Si les preuves scientifiques montrent que les animaux peuvent ressentir la douleur dans l'utérus, ce qui est reconnu et protégé en Europe, pourquoi le même genre de preuve ne serait pas pris en considération concernant la capacité d'un humain de ressentir la douleur dans l'utérus¹⁰⁷ ?

¹⁰¹ Anand KJS & Hickey PR, *Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus*, 317 NEW ENGL. J. MED. 21, 1329 (1987).

¹⁰² *Complex Science at Issue in Politics of Fetal Pain*, Pam Belluck, NEW YORK TIMES, http://www.nytimes.com/2013/09/17/health/complex-science-at-issue-in-politics-of-fetal-pain.html?_r=0 (Sept. 16, 2013).

¹⁰³ Council Common Position (EC) 2010/63 of 22 Sept. 2010, Art. 4, 6, 2010 O.J. (L 276) 33-79 available at http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?qid=1434097733354&uri=CELEX:32010L0063#ntr3-L_2010276EN.01003301-E0003.

¹⁰⁴ *Id.* § 6.

¹⁰⁵ *Id.* § 12.

¹⁰⁶ Voir par exemple le § 9 : « *Il convient que la présente directive s'applique aussi aux formes fœtales des mammifères, car certaines données scientifiques montrent que ces formes, dans le dernier tiers de leur période de développement, présentent un risque accru d'éprouver de la douleur, de la souffrance et de l'angoisse, qui peuvent aussi affecter négativement leur développement ultérieur. Il est aussi démontré scientifiquement que des procédures appliquées à des formes embryonnaires et fœtales à un stade de développement plus précoce peuvent occasionner de la douleur, de la souffrance, de l'angoisse ou un dommage durable si on laisse vivre ces formes au-delà des deux premiers tiers de leur développement.* »

¹⁰⁷ Certaines lois des États des États-Unis ont utilisé cette comparaison entre les animaux qui sentent et les enfants à naître humains, comme les États-Unis ont aussi des lois qui régissent l'utilisation des animaux de laboratoire, les méthodes d'abattage du bétail et des lois concernant les méthodes de chasse. Glenn Cohen & Sadath Sayeed, *Fetal Pain, Abortion, Viability and the Constitution*, Harvard Law School, Public Law and Legal Theory (Harvard Law Working Paper Series, Paper No.11-26, 2011) disponible sur <http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/12025606/SSRN-id1805904.pdf?sequence=1>; Leg. Bill. 1103 § 3 (6) (Neb. Jan. 1, 2010) disponible sur nebraskalegislature.gov/FloorDocs/101/PDF/Intro/LB1103.pdf.

Législation aux États-Unis

En réponse à cette nouvelle prise de conscience de la communauté médicale aux États-Unis, la Commission judiciaire de la Chambre des Représentants a tenu une audience durant laquelle différents experts médicaux ont présenté des preuves, découlant tant des recherches que des expériences sur le terrain, montrant que les enfants à naître de moins de 20 semaines sont capables de sentir la douleur pendant l'avortement¹⁰⁸. La Chambre des représentants a ensuite voté la loi sur la protection de l'enfant à naître capable de ressentir la douleur¹⁰⁹ qui reconnaît ainsi que les enfants peuvent ressentir la douleur au plus tard à leur 20^{ème} semaine et qu'il y avait un intérêt légitime de l'État à protéger la vie des enfants à naître qui sont capables de sentir la douleur¹¹⁰. La loi prévoit également qu'un avortement ne peut pas être pratiqué ou tenté si l'enfant a 20 semaines ou plus¹¹¹. De plus, si l'enfant a la potentialité de survivre en dehors de l'utérus ou qu'il survit à l'avortement, le médecin est obligé de s'assurer que l'enfant reçoit les mêmes soins néonataux que les autres enfants¹¹².

Aux États-Unis, 13 États ont déjà adopté une législation s'inspirant de la loi sur la protection de l'enfant à naître : l'Alabama, l'Arizona, l'Arkansas, la Géorgie, l'Indiana, le Kansas, la Louisiane, le Nebraska, la Caroline de Nord, le Dakota de Nord, l'Oklahoma, le Texas, et la Virginie de l'Ouest¹¹³. Ainsi, ces États prohibent l'avortement des enfants au-delà de la 20^{ème} semaine ou plus qui « *sont capables de sentir la douleur... d'après les preuves médicales* »¹¹⁴. D'autres États, comme New York et la Californie, ont également introduit des normes similaires¹¹⁵. La douleur fœtale est une question débattue dans beaucoup d'États aux États-Unis. En raison de l'adoption de législations relativement récentes empêchant l'avortement après la 20^{ème} semaine, la Cour Suprême des États-Unis n'a pas eu à se prononcer sur beaucoup de cas de douleur fœtale¹¹⁶. Seuls L'Idaho et la Géorgie ont rendu des jugements sur une telle législation¹¹⁷.

De plus, pratiquer des avortements sur des enfants qui peuvent ressentir la douleur, pose des problèmes éthiques et moraux qui justifient une interdiction. La multitude des recherches

¹⁰⁸ *Pain of the Unborn: Hearing before the Subcomm. on the Constitution, Comm. of the Judiciary, House of Rep.*, 109th Cong., 1st Session, No. 109-57, 15-39 (Nov. 1, 2005).

¹⁰⁹ La loi sur la protection de l'enfant à naître capable de sentir la douleur (Pain-Capable Unborn Child Protection Act, H.R. 36, 114th Cong., 1st Session, adoptée le 13 mai 2015).

¹¹⁰ *Id.* § 4.

¹¹¹ *Id.* § 6.

¹¹² *Id.* A §§ 8 et 9.

¹¹³ *Constitutionality of West Virginia Bill "Protecting Unborn Children who are Capable of Experiencing Pain by Prohibiting Abortion after 20 Weeks,"* ALLIANCE DEFENDING FREEDOM, disponible sur <http://www.adfmedia.org/files/HB4588letter.pdf> (March 18, 2014); *Pain Capable Unborn Child Protection Act Fact Sheet*, NATIONAL RIGHT TO LIFE, disponible sur <http://www.nrlc.org/uploads/stateleg/PCUCPAfactsheet.pdf> (June 1, 2015).

¹¹⁴ *The State of Abortion in the United States*, NATIONAL RIGHT TO LIFE, pg. 29 available at <http://www.nrlc.org/uploads/communications/stateofabortion2015.pdf> (January 2015).

¹¹⁵ *Note: The Science, Law, and Politics of Fetal Pain Legislation*, 115 HARV. L. REV. 2019 (2002).

¹¹⁶ La Cour Suprême des États-Unis a rejeté une demande de *certiorari* présentée le 27 septembre 2013 dans une affaire d'Arizona qui contestait la décision de la Cour d'appel du neuvième circuit des États-Unis par laquelle la loi de l'Arizona interdisant les avortements après 20 semaines (en raison de la capacité de l'enfant à ressentir de la douleur) avait été déclarée inconstitutionnelle. *Horne v. Isaacson*, 884 F. Supp. 2d 961 (D. AZ), 716 F.3d 1213 (9th Cir. 2013), *cert. denied* Jan. 13, 2014; *Constitutionality of West Virginia Bill "Protecting Unborn Children who are Capable of Experiencing Pain by Prohibiting Abortion after 20 Weeks,"* ALLIANCE DEFENDING FREEDOM, available at <http://www.adfmedia.org/files/HB4588letter.pdf> (March 18, 2014).

¹¹⁷ La Cour a décidé de prononcer une injonction préliminaire contre la loi de Géorgie. *Lathrop, et al. v. Deal, et al.* No. CV224423, (Sup. Ct. of Fulton Cnty., GA., Dec. 21, 2012) (order granting preliminary injunction); et de maintenir le constat d'inconstitutionnalité de la loi d'Idaho. *McCormack v. Herzog*, No. 13-35401, 2015 U.S. App. LEXIS 8936, 4-34 (9th Cir., May 29, 2015); *Pain-Capable Unborn Child Protection Act Fact Sheet*, NATIONAL RIGHT TO LIFE, disponible sur <http://www.nrlc.org/uploads/stateleg/PCUCPAfactsheet.pdf> (June 1, 2015).

effectuées, ainsi que l'expérience directe donnée par les témoignages du personnel médical, montrent que l'expérience de l'enfant au cours de la procédure d'avortement pose un problème éthique et moral, comme nous l'avons vu plus haut, qui ne peut pas être ignoré.

Observations sur l'existence d'un intérêt légitime de l'Assemblée à examiner la Pétition pour les droits des nouveau-nés survivant à leur avortement

Suivant la procédure, et après vérification de la recevabilité formelle de la pétition et enregistrement, le Bureau de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe a décidé lors de sa réunion du vendredi 24 avril 2015 de communiquer la *Pétition pour les droits des nouveau-nés survivant à leur avortement* à la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme afin de « s'assur[er] de l'existence d'un intérêt légitime de l'Assemblée en la matière. »

L'article 65.3 du Règlement de l'Assemblée, complété par la Directive n° 342 du 22 janvier 1974 et la Note du Secrétariat de l'Assemblée, Doc. 9036 du 17 avril 2001 donne la liste des « critères relatifs à l'enregistrement et à la recevabilité des pétitions adressées au Président de l'Assemblée ».

Examen des critères :

1 - La pétition doit avoir un objet qui relève de la compétence du Conseil de l'Europe

« Dans le rapport qui est à la base de la procédure actuelle en matière de pétitions (cf. Doc.3370 (1973)) la commission du Règlement et des immunités a précisé que pour être recevable, une pétition doit : - contribuer à l'accomplissement du mandat de l'Assemblée et du Conseil de l'Europe en général, tel qu'il est défini à l'article 1er du Statut »¹¹⁸.

Or, au terme de l'article 1.b du Statut du Conseil de l'Europe, « la sauvegarde et le développement des droits de l'homme et des libertés fondamentales » font partie des trois objectifs fondamentaux du Conseil de l'Europe.

Cette pétition porte sur le respect des droits en Europe et relève donc de la compétence du Conseil de l'Europe. À l'évidence, les questions de droit à la vie et aux soins de santé, ainsi que les traitements infligés à ces nouveau-nés relèvent des droits de l'homme, notamment des articles 2 (droit à la vie) et 3 (interdiction de la torture) de la Convention européenne des droits de l'homme.

Par conséquent, l'objet de la protection des enfants survivant à un avortement relève bien de la compétence du Conseil de l'Europe et contribue à l'accomplissement du mandat de l'Assemblée.

2 - La pétition doit porter sur une question ou un grief appelant des mesures correctives générales plutôt que la réparation de préjudices particuliers

Cette pétition ne vise pas à réparer un ou plusieurs cas particuliers, mais expose un problème structurel, récurrent, survenant dans les pays membres du Conseil de l'Europe. La situation des

¹¹⁸ Addendum au rapport d'activité du Bureau et de la Commission Permanente, Critères relatifs à l'enregistrement et à la recevabilité des pétitions adressées au Président de l'Assemblée, Note du Secrétariat de l'Assemblée, Doc. 9036, 17 avril 2001.

enfants survivant à leur avortement nécessite des mesures correctives générales pour résoudre les atteintes dont ils sont victimes.

En l'espèce, la pétition demande, outre l'enquête sur le sort de ces enfants, deux mesures correctives générales :

1. De réaffirmer que tous les êtres humains nés vivants ont le même droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, et que tous les êtres humains devraient bénéficier de soins de santé appropriés et nécessaires sans discrimination fondée sur les circonstances de leur naissance, conformément aux articles 3, 8 et 14 de cette même Convention.

2. De recommander aux États membres de prendre en compte le seuil de viabilité des fœtus humains dans leur législation relative à l'interruption de grossesse.

3 - La pétition doit représenter un intérêt légitime pour l'Assemblée dans ses domaines de compétence

Selon les articles 1.a, 1.b et 23a. du Statut du Conseil de l'Europe, l'Assemblée a compétence pour « *enquêter pour révéler des faits nouveaux concernant des violations des droits de l'homme*¹¹⁹ ».

Lors de la signature du Statut fondateur du Conseil de l'Europe en 1949, l'avortement était alors interdit. Aujourd'hui à l'inverse, alors que de nombreux pays en Europe autorisent l'avortement jusqu'à un délai avancé, la survie de l'enfant à un avortement tardif est devenue récurrente, et la médecine fœtale et néonatale est capable d'apporter des soins à ces enfants. La situation de ces enfants n'a pas encore fait l'objet en Europe d'un examen politique et représente un intérêt légitime pour l'Assemblée qui devrait « *enquêter pour révéler [c]es faits nouveaux concernant des violations des droits de l'homme* ».

La deuxième partie de la deuxième note énumère plusieurs situations dans lesquelles la pétition pourrait être déclarée irrecevable. Elles appellent également de succinctes réponses.

Une pétition sera déclarée irrecevable par le Bureau si :

1 - La question faisant l'objet de la pétition est sous examen des tribunaux nationaux compétents

Ce n'est pas le cas.

2 - l'objet de la pétition est à l'examen du parlement national concerné

Ce n'est pas le cas. Aucune assemblée législative parmi les 47 pays membres du Conseil de l'Europe n'examine actuellement ou n'aurait examiné cette question. Au surplus, l'examen de cette question par un seul parlement national ne serait pas de nature à résoudre ce problème qui se pose à l'échelle européenne.

¹¹⁹ <http://website-pace.net/fr/web/apce/powers>

3 - le pétitionnaire a la possibilité d'épuiser les voies de recours internes et par la suite de saisir la Cour européenne des droits de l'homme

Ce n'est pas le cas. Le pétitionnaire ne peut pas épuiser les voies de recours internes car il n'est pas lui-même victime directe, ni un proche d'une victime et n'aurait pas d'intérêt personnel à agir devant une juridiction.

4 - la question faisant l'objet de la pétition est à l'examen de la Cour européenne des droits de l'homme ou a déjà donné lieu à une décision substantielle de la Cour concluant à la non-violation de la CEDH

Ce n'est pas le cas. La Cour européenne des droits de l'homme n'est pas saisie d'une affaire et n'a jamais rendu de décision concernant la situation d'un nourrisson survivant à un avortement et abandonné à la mort ou tué. La CEDH n'est en outre pas susceptible de se prononcer sur ces faits car les victimes, les enfants nés et abandonnés à la mort, ne sont pas en mesure de saisir la Cour.

5 - Dans le cas où une pétition identique a déjà été soumise à l'Assemblée ou à une autre instance parlementaire européenne, la transmission de la nouvelle pétition à une commission de l'Assemblée pourra être refusée ou différée

Ce n'est pas le cas. Aucune pétition identique n'a été soumise à l'Assemblée ou à une autre instance parlementaire européenne.

En conclusion, l'ECLJ considère que l'examen de la situation des enfants survivant à leur avortement constitue un intérêt légitime pour l'Assemblée au regard des critères fixés par son Règlement et ses textes d'application. En effet, cette pétition soulève des violations graves des droits de l'homme les plus fondamentaux et appelle à des recommandations envers les États afin de sauvegarder et de développer la protection des droits de l'homme en Europe, l'un des trois objectifs fondamentaux du Conseil de l'Europe. Elle a en outre été introduite au nom de près de 200.000 citoyens européens.

L'ECLJ invite donc respectueusement votre Commission à déclarer que l'Assemblée a un intérêt légitime à examiner au fond la présente pétition.

Centre Européen pour la Justice et les Droits de l'homme
4, Quai Koch
67000 Strasbourg, France
Téléphone : + 33 3 88 24 94 40
info@eclj.org
www.eclj.org