



OBSERVATIONS ÉCRITES

*soumises à la quatrième section de la
Cour européenne des droits de l'homme*

dans l'affaire

P. et S. c. la Pologne

(Requête n° 57375/08)

à Strasbourg, le 17 janvier 2012

Grégor Puppinck,

Directeur

SOMMAIRE

Observations écrites.....	3
---------------------------	---

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 - Le droit compare sur l'objection de conscience	15
Annexe 2 - Les conséquences de l'avortement chez les adolescentes	49
Annexe 3 - L'IVG chez les mineures en France : analyse et perspectives	52
Annexe 4 - Les témoignages des adolescentes qui ont avorté.....	58
Annexe 5 - Les témoignages des adolescentes qui ont gardé leur enfant.....	65
Annexe 6 - Enquête sur l'IVG médicamenteuse	70
Statement of facts provided by the registrar of the european court	73

OBSERVATIONS ECRITES

L'émotion est mauvaise conseillère. L'histoire de cette jeune adolescente est émouvante, comme l'est celle de toutes les jeunes adolescentes confrontées à la responsabilité de porter en soi la vie. La vie est une réalité qui dépasse celle qui la porte, plus encore lorsque la mère n'est qu'une jeune adolescente. Devant cette double fragilité, celle de l'enfant et celle de la mère, la famille et la société ont la responsabilité naturelle d'accueillir et de protéger la vie en soutenant la jeune mère.

Les « forums de discussion » sur Internet fourmillent de témoignages bouleversants de jeunes filles qui, dépassées par les événements, souffrent d'avoir dû avorter, souvent sous la pression de leurs parents (voir Annexe 4 : « Les témoignages des adolescentes qui ont avortés »). De très nombreuses associations en Europe essaient d'aider ces jeunes filles traumatisées, lorsqu'il est trop tard pour les aider à garder leur enfant (voir Annexe 3 : « L'IVG chez les mineures »). L'avortement chez les jeunes adolescentes est un réel problème de santé publique, ses conséquences sur leur santé physique et mentale sont réelles et graves (voir Annexe 2 : « Les conséquences de l'avortement chez les adolescentes »).

À part dans les quelques pays qui, comme la Pologne, ont maintenu une stricte limitation du recours à l'avortement, ce dernier est la seule solution proposée aux jeunes filles. Il faut aujourd'hui une très grande force de caractère pour faire le choix de la vie. Pourtant, si l'on reconnaît la vie humaine à sa juste valeur, la famille et la société ont le devoir de tout mettre en œuvre pour faciliter ce choix.

Certains pays, comme la France, poussent à l'avortement. Nous avons ainsi le témoignage d'un couple de parents qui ont été contraints de faire avorter leur fille sous la pression de leur assistante sociale qui les menaçait de leur faire retirer la garde de leur fille s'ils persistaient dans leur décision « irresponsable » de garder l'enfant. D'autres pays, plus rares, comme la Pologne, essaient de dissuader le recours à l'avortement, en promouvant notamment l'adoption¹.

Il n'appartient pas à la Cour de reconnaître un prétendu droit à l'avortement, elle a déjà dit à plusieurs reprises qu'un tel droit ne saurait être fondé sur la Convention. Dans cette affaire, il lui revient en revanche de se pencher sur ce qui peut et doit être fait pour faciliter le choix de la vie, au titre notamment des obligations positives de l'État de protéger la vie (art. 2) tout en respectant le droit à la vie privée de la mineure, qui recouvre son intégrité physique et morale² (art. 8). Ce sera l'objet de la première partie de ces observations. La Cour est aussi invitée à se pencher sur le droit pour un médecin de refuser de pratiquer l'avortement, et sur l'obligation dans laquelle serait l'État, selon les requérantes, de limiter ce droit afin de faciliter la réalisation de l'avortement. Ce sera l'objet de la seconde partie de ces observations.

¹ Il s'agit notamment de la Fédération de Russie et de la Hongrie.

² *Tysiac c. Pologne*, n° 5410/03, arrêt du 20 mars 2007, § 107.

PARTIE I. LA PROTECTION DE LA VIE

1. La Convention protège la vie

Les instruments internationaux de protection des droits de l'homme reconnaissent la vie comme le premier droit³. Le « *principe du caractère sacré de la vie protégé par la Convention*⁴ » est reconnu par la Cour, qui énonce notamment que « *le droit à la vie constitue un attribut inaliénable de la personne humaine et qu'il forme la valeur suprême dans l'échelle des droits de l'homme*⁵ ». La vie est un « bien public », et non pas seulement un « bien privé », ce qui explique notamment qu'elle soit protégée par le droit pénal : toute atteinte à la vie porte non seulement atteinte au bien privé de la victime, mais aussi au bien commun et à l'ordre public. De même, la grossesse ne relève pas seulement de la vie privée de la mère⁶. Les atteintes volontaires à la vie sont cause de scandales publics ; c'est ce qui explique le caractère socialement sensible des questions liées aujourd'hui à l'avortement ou à l'euthanasie, et le climat social ayant entouré l'affaire en l'espèce.

La Convention ne contient aucune limitation quant au champ d'application *ratione temporis* du droit à la vie : elle protège « *toute personne*⁷ ». Cela est normal, car la vie est une réalité matérielle avant d'être un droit subjectif : la vie est ou n'est pas. C'est un fait que la vie de chacun s'étale de sa conception à sa mort. Chaque vie humaine est un *continuum* qui commence à la conception et qui avance par étapes jusqu'à la mort.

Si la détermination des limites extrêmes de la vie ne pose pas de difficulté d'appréciation, le développement de la fécondation *in vitro*, de l'avortement et de l'euthanasie ont remis en cause la coïncidence entre l'étendue de la vie elle-même et l'étendue, *ratione temporis*, de sa protection juridique : le droit s'est « détaché » de son objet réel. Le droit à la vie ne protège plus nécessairement la vie, mais seulement une partie de la vie dont l'étendue varie selon les législations nationales. Certains pays excluent l'enfant non né du champ d'application et permettent l'avortement jusqu'au 4^e et au 9^e mois ; d'autres protègent l'embryon contre les manipulations biotechnologiques à partir du 6^e ou du 14^e jour, d'autres pays, à l'autre extrémité de la vie, excluent les grabataires du champ d'application de la protection de la vie en permettant l'euthanasie active.

Quelques rares pays, ayant conservé une conscience aigüe de la valeur de la vie humaine, ne veulent pas, et persistent à ne pas vouloir détacher le droit de son objet : ils continuent de protéger la vie de son commencement naturel à sa fin, en interdisant autant que possible la création *in vitro* d'embryons non implantés, l'avortement volontaire et l'euthanasie active.

Alors qu'il y avait coïncidence entre l'étendue de la vie et de droit à la vie lorsque la Convention a été rédigée (les dérogations explicites étant indiquées), la Cour a progressivement accepté ce « décollement » en accordant aux États, au titre de leur marge d'appréciation, la faculté de déterminer le commencement de la vie, et par suite, de réduire le champ d'application de l'article 2.

³ Déclaration d'Indépendance des États-Unis de 1776, Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948, Pacte international relatif aux droits civils et politiques de 1966, Déclaration des droits de l'enfant des Nations Unies de 1959, Convention des droits de l'enfant de 1989, Déclaration américaine des droits et des devoirs de l'homme de 1948, Charte africaine des droits de l'homme et des peuples de 1981, Convention américaine relative aux droits de l'homme de 1969, Déclaration des droits de l'homme dans l'islam de 1990.

⁴ *Pretty c. RU*, n° 2346/02, arrêt du 29 avril 2002, § 65.

⁵ *Pretty c. RU*, n° 2346/02, arrêt du 29 avril 2002, § 65 ; Voir aussi *Pretty c. RU*, n° 2346/02, arrêt du 29 avril 2002, § 65 ; *McCann et autres c. R-U*, arrêt du 27 septembre 1995, § 147 et *Streletz, Kessler et Krenz c. Allemagne*, [GC], n°s 34044/96, 35532/97 et 44801/98, §§ 92-94.

⁶ *Bruggemann et Scheuten c. Allemagne*, n° 6959/75, Rapport de l'ancienne Commission du 12 juillet 1977, p. 138, §§ 59, 60 et 61 et *Boso c. Itaïey*, n° 50490/99, décision du 5 Septembre 2002.

⁷ Cela est confirmé par les travaux préparatoires par l'Assemblée consultative de 1949 qui manifestent clairement qu'il s'agit des droits que l'on possède du seul fait d'exister : « le Comité des ministres nous a chargés d'établir une liste de droits dont l'homme, en tant qu'être humain, devrait naturellement jouir ». Travaux préparatoires, vol. II, p. 89.

Ainsi, la Cour n'a jamais elle-même redéfini (pour le réduire) le champ d'application de l'article 2 : elle n'a jamais exclu par principe la vie prénatale (ni celle des mourants) de son champ d'application⁸. Plus subtilement, la Cour a permis aux États de « déroger » à l'article 2 en faisant à présent relever (dans une mesure limitée) la détermination de son champ d'application de leur marge d'appréciation⁹. Ce glissement a été opéré compte tenu de la diversité des vues entre les États membres quant au début de la vie. Toutefois, la Cour a affirmé l'appartenance de l'embryon et du fœtus à l'espèce humaine¹⁰, se prémunissant ainsi contre d'éventuels excès d'inhumanité à l'égard de la vie et de l'embryon humains. En cela, la Cour suit la ligne tracée par l'ancienne Commission¹¹. S'agissant des autres dispositions de la Convention, il faut souligner que dans plusieurs affaires la Cour a reconnu leur applicabilité à la vie prénatale¹².

Ainsi, les États qui maintiennent pleinement le champ d'application de l'article 2, comme comportant une responsabilité de protéger la vie depuis la conception jusqu'à la mort naturelle, peuvent pour ce faire se prévaloir de l'article 2 : ils en respectent intégralement les obligations, au-delà du seuil minimal exigé actuellement par la Cour, conformément à l'article 53 de la Convention¹³ qui pose que l'État peut librement offrir une protection des droits de l'homme plus étendue que celle garantie par la Convention. Ainsi, les moyens mis en œuvre par ces États pour protéger la vie (notamment l'interdiction de l'avortement) concourent à la réalisation des obligations librement consenties par l'État, conformément aux articles 2 et 53 de la Convention.

2. L'État a l'obligation positive de protéger la vie

La Convention protège toute vie humaine, de la conception jusqu'à la mort naturelle, en instituant dans son article 2 le droit de « toute personne » se trouvant dans la juridiction d'un État membre d'avoir sa vie protégée « par la loi¹⁴ ». Cette obligation impose à l'État « non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière » (obligation négative de l'État de ne pas intervenir), « mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction » (obligation

⁸ *Boso c. Italie*, n° 50490/99, décision du 5 septembre 2002 : « Aux yeux de la Cour, une telle prévision ménage un juste équilibre entre la nécessité d'assurer la protection du fœtus et les intérêts de la femme » et *Vo c. France*, n° 53924/00, [GC], arrêt du 8 juillet 2004, §§ 86 et 95 : « en l'absence de statut juridique clair de l'enfant à naître, celui-ci n'est pas pour autant privé de toute protection en droit français. Toutefois, dans les circonstances de l'espèce, la vie du fœtus était intimement liée à celle de sa mère et sa protection pouvait se faire au travers d'elle » et « à supposer même que l'article 2 de la Convention trouve application en l'espèce, la Cour conclut qu'il n'y a pas eu violation de l'article 2 de la Convention ».

⁹ *Vo c. France*, n° 53924/00, [GC], arrêt du 8 juillet 2004, § 82.

¹⁰ *Vo c. France*, n° 53924/00, [GC], arrêt du 8 juillet 2004, § 84.

¹¹ La Commission n'avait pas exclu l'enfant à naître de la protection du droit à la vie, elle avait indiqué qu'il ne lui était pas nécessaire de trancher cette question (*H. c. Norvège*, n° 17004/90, déc de l'ancienne Commission du 19 mai 1992, *Bruggemann et Scheuten c. Allemagne*, n° 6959/75, Rapport de l'ancienne Commission du 12 juillet 1977, *X. c. R-U*, n° 8416/79, déc de l'ancienne Commission du 13 mai 1980, § 7, *Reeve c. R-U*, n° 24844/94, déc de l'ancienne Commission du 30 novembre 1994, *Boso c. Italie*, n° 50490/99, décision du 5 septembre 2002) et avait renvoyé la question à la marge d'appréciation des États membres (*H. c. Norvège*, n° 17004/90, déc de l'ancienne Commission du 19 mai 1992 et *Boso c. Italie*, n° 50490/99, décision du 5 septembre 2002).

¹² *H. c. Norvège*, n° 17004/90, déc de l'ancienne Commission du 19 mai 1992. Saisie sur le terrain de l'article 3 de la Convention par un père d'un fœtus qui se plaignait qu'aucune mesure n'avait été prise pour éviter le risque pendant l'avortement de faire souffrir le fœtus âgé de quatorze semaines, l'ancienne Commission a procédé à l'application de cet article de la Convention et a estimé ce grief mal fondé, faute de preuve de la souffrance fœtale, « vu les modalités de l'avortement en question ».

¹³ L'article 53 de la Convention se lit comme suit : « Aucune des dispositions de la présente Convention ne sera interprétée comme limitant ou portant atteinte aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales qui pourraient être reconnus conformément aux lois de toute Partie contractante ou à toute autre Convention à laquelle cette Partie contractante est partie ».

¹⁴ *Pretty c. R-U*, n° 2346/02, arrêt du 29 avril 2002, § 39.

positive de l'État impliquant la garantie de la jouissance effective du droit à la vie des individus)¹⁵. L'État dispose d'une certaine marge d'appréciation dans la détermination des moyens mis en œuvre pour remplir cette obligation. Le rôle de la Cour étant d'analyser, au cas par cas, si l'État a pris les mesures nécessaires pour assurer « le droit de toute personne à la vie ».

3. Absence de droit à l'avortement

a) L'avortement est une dérogation ou une exception au droit à la vie

Il y a deux façons de permettre la coexistence légale d'un principe et de son contraire (droit à la vie d'une part, et avortement d'autre part) : soit l'on fait du contraire une *dérogation* au principe (c'est le cas de la plupart des droits nationaux qui permettent l'avortement par dérogation), soit l'on en fait une *exception*, c'est-à-dire que l'on refuse l'applicabilité du principe au cas contraire considéré (c'est à peu près la logique de la Cour).

Les nombreux États (dont la Pologne) qui, dans leur droit interne, permettent l'avortement comme une dérogation au droit à la vie, ne remettent pas en cause l'applicabilité du droit à la vie au bénéfice de la vie prénatale : ils maintiennent cette applicabilité mais posent seulement une faculté limitée de dérogation. En application de la doctrine de « l'applicabilité conditionnelle » de la Convention¹⁶, cette reconnaissance dans l'ordre interne ne devrait pas être sans conséquence sur les obligations conventionnelles au titre de l'article 2.

En toute hypothèse, que l'on considère l'avortement comme une *dérogation* ou comme une *exception* au droit à la vie, l'avortement n'est pas un droit en lui-même. C'est une faculté *limitée* au regard du principe auquel il fait exception ou déroge. Cette limitation se manifeste par exemple par l'impossibilité, peut-on espérer, au regard de la Convention, d'autoriser « l'avortement par naissance partielle » (infanticide pendant l'accouchement à terme autorisé dans certains États américains), ou l'avortement sélectif selon le sexe de l'enfant ou la couleur de sa peau. Ainsi, une dérogation ou une exception est nécessairement limitée et ne peut devenir un droit autonome.

b) La Convention ne crée pas de droit à l'avortement

C'est donc sans surprise que la Cour a énoncé que l'article 2 ne peut être interprété comme créant un droit à la mort¹⁷, et que « l'article 8 de la Convention ne peut pas être interprété comme conférant un droit autonome à l'avortement¹⁸ ». La Cour a jugé irrecevables plusieurs requêtes dirigées contre les limitations légales nationales en ce qu'elles ne reconnaissent pas un tel droit¹⁹.

Le pouvoir interprétatif de la Cour est réel, mais non illimité : « *la Convention et ses Protocoles doivent s'interpréter à la lumière des conditions d'aujourd'hui, mais la Cour ne saurait en dégager, au moyen d'une interprétation évolutive, un droit qui n'y a pas été inséré au départ. Il en va particulièrement ainsi quand il s'agit, comme ici, d'une omission délibérée*²⁰ ». Plus encore, et en toutes hypothèses, la Cour ne peut interpréter la Convention

¹⁵ *H. c. Norvège*, n° 17004/90, déc de l'ancienne Commission du 19 mai 1992, *L.C.B. c. R-U*, arrêt du 9 juin 1998, § 36 et *Pretty c. R-U*, n° 2346/02, arrêt du 29 avril 2002, § 38.

¹⁶ Doctrine qui, appliquée par exemple dans le cadre du droit d'accès à un tribunal tel que garanti par l'article 6, veut dire que, bien que les États ne soient pas tenus d'établir un double degré de juridiction en matière civile, s'ils font ce choix, les exigences de cet article sont applicables également à ce deuxième degré de juridiction.

¹⁷ *Pretty c. R-U*, n° 2346/02, arrêt du 29 avril 2002, § 39 et 40.

¹⁸ *A., B. et C. c. Irlande*, n° 25579/05, [GC], arrêt du 16 décembre 2010, § 214.

¹⁹ Dans l'affaire n° 16471/02 *Maria do Céu Silva Monteiro Martins Ribeiro c. Portugal* du 26 octobre 2004, la Cour a jugé irrecevable une requête dirigée contre « la loi portugaise en matière d'avortement et d'interruption volontaire de grossesse porte atteinte, en tant que telle, [au motif qu'elle serait contraire] à un certain nombre de dispositions de la Convention car elle interdit l'interruption de la grossesse sur simple demande de la femme enceinte. »

²⁰ *Johnston et autres c. Irlande*, n° 9697/82, arrêt du 18 décembre 1986, § 53.

contra legem en reconnaissant un droit diamétralement opposé à un droit garanti par la Convention. À cet égard, la Convention doit être lue comme un tout, elle ne peut pas d'une part, imposer une obligation de protection de la vie par la loi et d'autre part condamner un État pour ne pas avoir facilité le suicide²¹. Ce que la Cour a reconnu comme vrai s'agissant de faciliter une atteinte (légale) à la vie par suicide, doit aussi l'être s'agissant de faciliter une atteinte (légale) à la vie par avortement. Les mêmes principes trouvent à s'appliquer s'agissant de l'euthanasie (ou suicide assisté) et de l'avortement.

4. Si l'État permet l'avortement, il demeure soumis à l'obligation positive de protéger la vie et de ménager les intérêts concurrents

Le fait pour un État de permettre une dérogation ou une exception à un droit ne le dispense pas de toutes ses obligations conventionnelles à l'égard de ce droit et à l'égard des autres droits affectés par cette mesure. L'exemple de l'avortement par naissance partielle ou de l'avortement sélectif sont explicites en ce sens : de tels avortements n'affectent pas seulement l'article 2, mais aussi les articles 3 et 14.

La Cour l'a rappelé à plusieurs reprises, lorsque l'État décide de permettre l'avortement, le cadre juridique établi doit « *permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations découlant de la Convention*²² ». La Cour a déjà eu l'occasion d'identifier un certain nombre de ces droits fondamentaux et « intérêts légitimes en jeu » qui justifient ou rendent nécessaires une limitation de l'accès à l'avortement. La Cour a visé notamment : le droit à la vie de l'enfant à naître²³, l'intérêt de la société, y compris la protection de la morale, dont un aspect est le droit à la vie de l'enfant à naître²⁴, l'intérêt légitime de limiter le nombre des avortements²⁵, le droit à la liberté de conscience des personnes et des professionnels de santé²⁶, le respect de la liberté des institutions de santé fondées sur une éthique ou sur des convictions religieuses²⁷, les droits des parents, l'intérêt de la société d'interdire l'avortement sélectif en fonction du sexe²⁸.

Ces droits et intérêts légitimes viennent encadrer l'action de l'État dans la définition du cadre juridique de l'avortement. La légalisation de l'avortement n'exonère pas l'État de sa responsabilité d'en limiter le recours et les conséquences sur les droits fondamentaux et intérêts légitimes protégés par la Convention. À cet égard, il convient de rappeler que dans l'appréciation par l'État des différents intérêts légitimes, un droit fondamental, comme le droit à la vie et à la santé, ne peut pas être subordonné ou mis sur le pied d'égalité avec un (prétendu) droit non garanti par la Convention²⁹.

²¹ *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, arrêt du 20 janvier 2011, § 54.

²² *A., B. et C. c. Irlande*, n° 25579/05, [GC], arrêt du 16 décembre 2010, § 249 et *R.R. c. Pologne*, n° 27617/04, arrêt du 26 mai 2011, § 187.

²³ *H. c. Norvège*, n° 17004/90, décision de l'ancienne Commission du 19 mai 1992, *Boso c. Italie*, n° 50490/99, décision du 5 septembre 2002 and *Vo c. France*, n° 53924/00, [GC], arrêt du 8 juillet 2004, §§ 86 et 95.

²⁴ *Open Door et Dublin Well Woman c. Irlande*, arrêt du 29 octobre 1992, § 63, et *A., B. et C. c. Irlande*, n° 25579/05, [GC], arrêt du 16 décembre 2010, §§ 222 et 227.

²⁵ *Odièvre c. France*, [GC], n° 42326/98, arrêt du 13 février 2003, § 45.

²⁶ *Tysiack c. Pologne*, n° 5410/03, arrêt du 24 septembre 2007, § 121 et *R.R. c. Pologne*, n° 27617/04, arrêt du 26 mai 2011, § 206.

²⁷ *Rommelfanger c. RFA*, n° 12242/86, déc de l'ancienne Commission du 6 septembre 1989.

²⁸ Le 3 octobre 2011, l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe a adopté la Résolution 1829 (2011) et la Recommandation 1979 (2011) sur l'avortement sélectif en fonction du sexe, admettant que l'avortement a des répercussions négatives répercussions sur la société, et que par conséquent l'avortement ne peut pas ne pas être limité et là où il est légal, il doit être réglementé.

²⁹ *Chassagnou et autre c. France*, [GC], n°s 25088/94, 2833/95 et 2844/95, arrêt du 29 avril 1999, § 113 : « *lorsque des restrictions sont apportées à un droit ou une liberté garantie par la Convention dans le but de protéger des « droits et libertés » qui ne figurent pas, en tant que tels, parmi ceux qu'elle consacre : dans une telle hypothèse, seuls des impératifs indiscutables sont susceptibles de justifier une ingérence dans la jouissance d'un droit garanti* ».

Outre le problème moral de l'avortement, sur lequel il n'est pas nécessaire d'insister s'agissant de la Pologne³⁰, l'avortement pose également un problème majeur de santé publique, tant physique que mentale, (voir annexes 2 et 3) qui justifie le choix polonais de le cantonner aux cas les plus extrêmes et de soumettre son accès à une procédure stricte. Ceci explique, en l'espèce, la demande formulée par le médecin à la mère de signer une déclaration reconnaissant les risques vitaux causés par l'avortement. Sur ce point, il faut souligner avec véhémence que l'avortement est particulièrement dangereux pour les mineures, qu'il est souvent cause de stérilité, et surtout, qu'il peut être plus traumatisant qu'une naissance (voir Annexe 2).

5. L'obligation positive de l'Etat de protéger la vie et la santé est renforcée quand il s'agit de personnes vulnérables, y compris contre leur propre environnement familial

Quand la vie est menacée, l'État a non seulement le droit, mais aussi le devoir d'intervenir pour vérifier et s'assurer que la vie et la santé des individus sont protégées, mêmes dans les relations entre les particuliers³¹. Cette obligation est renforcée quand il s'agit de personnes vulnérables : « *les enfants et autres personnes vulnérables ont droit à la protection de l'État, sous la forme d'une prévention efficace les mettant à l'abri de formes graves d'ingérence dans des aspects essentiels de leur vie privée*³² ». Cette obligation peut aller jusqu'à devoir protéger la personne contre son environnement familial³³, contre « *toute pression pouvant s'exercer dans le milieu domestique*³⁴ » visant à la contraindre à recourir à l'avortement ou à l'euthanasie, pratiques contraires aux droits fondamentaux à la vie et à la santé³⁵. Lorsqu'est en jeu l'intérêt supérieur de l'enfant³⁶, notamment la protection de sa santé, de son intégrité physique et psychique³⁷, l'État a le devoir de protéger l'enfant³⁸ en prenant les mesures appropriées, compte tenu de la marge d'appréciation dont il dispose. Cette obligation renforcée s'applique lorsqu'une mineure est confrontée à une grossesse et à la perspective éventuelle d'un avortement.

In fine, l'État peut - et en toute rigueur juridique, il doit - encadrer strictement l'accès à l'avortement. De même, dans l'exercice de ses obligations positives relatives au droit à la vie, l'État peut - et doit - aider les femmes enceintes à respecter et à accueillir la vie. Enfin, lorsqu'une personne envisage de recourir à l'avortement, et plus encore lorsqu'il s'agit d'une personne vulnérable, l'État doit veiller au respect des autres intérêts légitimes, et tout particulièrement s'assurer que la décision d'avortement n'est pas contrainte.

³⁰ Voire à cet égard l'initiative parlementaire portée par 600 000 signatures rassemblées en deux semaines, <http://www.lifenews.com/2011/07/01/poland-casts-first-vote-for-bill-banning-all-abortions/>

³¹ *Osman c. R-U*, GC, n° 23452/94, jugement du 28 octobre 1998, §§ 116-121.

³² *Mutatis mutandis Covezzi et Morselli c. Italie*, n° 52763/99, § 104, 9 mai 2003 ; *Stubbings et autres c. Royaume-Uni* du 24 septembre 1996, Recueil 1996-IV, § 64, *mutatis mutandis*, *Z. et autres c. Royaume-Uni* [GC], n° 29392/95, § 73, A. c. *Royaume-Uni*, arrêt du 23 septembre 1998, § 22.

³³ *Dewinne c. Belgique*, n° 56024/00, décision du 10 mars 2005 ; *Zakharova c. France*, n° 57306/00, décision du 13 décembre 2005, *Kutzner c. Allemagne*, § 68, *Covezzi et Morselli c. Italie*, n° 52763/99, arrêt du 9 mai 2003 ; *Stubbings et autres c. Royaume-Uni*, arrêt du 24 septembre 1996 ; *Z. et autres c. Royaume-Uni* [GC], n° 29392/95, § 73, A. c. *Royaume-Uni*, arrêt du 23 septembre 1998, *Rampogna et Murgia c. Italie*, n° 40753/98, décision du 11 mai 1999 ; *M.G. et M.T.A. c. Italie*, n° 17421/02, décision du 28 juin 2005.

³⁴ *Mutatis mutandis Covezzi et Morselli c. Italie*, n° 52763/99, § 112, 9 mai 2003.

³⁵ *Haas c. Suisse*, n° 31322/07, Jugement du 20 janvier 2011, § 54.

³⁶ Ou de « *risque grave* » selon de langage de la Convention de La Haye qui interdit le retour de l'enfant en cas de danger physique ou psychique ou d'une situation intolérable pour l'enfant ;

³⁷ *Rampogna et Murgia c. Italie* (déc.), n° 40753/98, 11 mai 1999 et *Covezzi et Morselli c. Italie*, n° 52763/99, § 105, 9 mai 2003.

³⁸ *Dewinne c. Belgique* (déc.), n° 56024/00, 10 mars 2005.

6. Les circonstances de l'espèce

Ceci étant, s'agissant des circonstances de l'espèce, l'ECLJ voudrait brièvement attirer l'attention de la Cour sur quelques aspects déterminants dans l'analyse de la présente affaire :

- a) Légalement, il n'était pas établi de manière convaincante que la jeune fille entraînât dans l'une des dérogations légales permettant l'accès à l'avortement ;
- b) La jeune fille a eu accès à l'avortement, même si la mise en œuvre a été compliquée, compte tenu de la complexité de la situation ;
- c) Il n'est pas établi que les médecins aient refusé d'accomplir l'avortement pour un motif de conscience, ils peuvent avoir jugé que cet avortement, pratiqué sur une mineure, comportait plus de risques que de bénéfices pour la santé de l'adolescente ;
- d) Il n'est pas établi que la requérante ait laissé le choix à sa fille de poursuivre la grossesse, pour garder l'enfant ou le proposer à l'adoption ;
- e) Il n'est pas établi que la requérante ait informé sa fille des risques et conséquences de l'avortement ;
- f) Il n'est pas établi que le père de la jeune fille était d'accord avec le choix de son épouse, ni qu'il ait agi pour proposer à sa fille de poursuivre la grossesse ou pour l'informer des risques liés à l'avortement.
- g) Au contraire, il y a lieu de constater que la mère a exclusivement voulu que sa fille avorte, dans ces circonstances, l'État avait l'obligation à l'égard de la jeune fille de s'assurer qu'elle n'était pas soumise à un avortement forcé.

En conclusion, il était donc légitime que l'État intervienne, par respect pour la santé, la liberté et le droit à l'information de la jeune fille ; par respect pour la vie de l'enfant à naître, et par respect pour les autres droits fondamentaux et intérêts légitimes découlant de la Convention.

PARTIE II. LE REFUS DE PRATIQUER L'AVORTEMENT

1. Le droit déontologique au refus de soin

Selon un principe général de déontologie médicale « un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles³⁹ », qui vaut pour tout soin, « hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité⁴⁰ ».

Dans certains cas, le médecin a non seulement le droit, mais aussi l'obligation de refuser des soins :

- Soit au nom du « principe de la raison proportionnée » : l'acte médical pour être licite doit poursuivre une nécessité ou une finalité thérapeutique et respecter l'équilibre bénéfices/risques. Un médecin doit refuser de réaliser tout acte dépourvu de finalité thérapeutique, ainsi que tout acte dont il estime les risques potentiels supérieurs aux bénéfices escomptables. L'appréciation de la balance bénéfice/risque varie selon les praticiens (notamment selon leur compétence). Sur ce point, la Cour a reconnu le fait que la

³⁹ Article 47 du code de déontologie médicale en vigueur en France. (article R4127-47 CSP) :

« Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ».

⁴⁰ *Idem*.

Convention ne garantit pas un droit d'accès à telle ou telle pratique médicale⁴¹. La santé n'est pas un service comme un autre, le patient n'est pas un consommateur qui aurait « droit » aux techniques, médicaments ou procédures de son choix.

- Soit au nom des obligations légales et déontologiques : lorsque les soins envisagés excèdent ses compétences.

Suivant ces principes, la seule situation pouvant être considérée comme respectant ces critères concerne les soins urgents et nécessaires pour sauver la vie de la mère, lesquels soins pouvant avoir comme conséquence (et non comme but) de mettre un terme à la grossesse ; à condition que le médecin soit qualifié.

Il est prouvé que l'avortement sur mineure comporte des risques importants pour la santé physique, reproductive et mentale de la personne. Ces risques sont très souvent jugés supérieurs au « bénéfice » escompté de l'avortement (voir annexe 2). Dans l'immense majorité des cas, les risques médicaux induits par l'avortement sont supérieurs à ceux induits par la poursuite de la grossesse. D'un strict point de vue médical, la grossesse est préférable à l'avortement, notamment chez une jeune mineure. Quant à l'estimation des « dommages » causés par la poursuite de la grossesse (accueillir et élever un enfant), il n'appartient pas à la médecine de les supprimer, et qui d'ailleurs saurait les évaluer ?

Ainsi, un médecin peut être amené à refuser de pratiquer un avortement pour des raisons purement médicales⁴² sans avoir nécessairement à se poser la question gênante du poids de la vie de l'enfant à naître dans la mise en balance des risques et bénéfices, ni à invoquer son droit à l'objection de conscience.

En l'espèce, il y a lieu de souligner qu'il n'est pas établi que les médecins aient refusé d'accomplir l'avortement pour un motif de conscience, ils peuvent avoir jugé que cet avortement, compte tenu des circonstances, ne respectait pas le principe de la raison proportionnée.

Ceci étant, le droit à l'objection de conscience peut être invoqué distinctement du droit au refus de soin.

2. Le devoir d'objection de conscience

L'objection de conscience n'est pas un « droit fou » que quiconque pourrait invoquer de façon irrationnelle contre toute obligation, et qu'il conviendrait d'encadrer pour préserver la cohérence de la société. Ce n'est pas le cas car le droit à l'objection de conscience découle non pas de l'autonomie individuelle (art. 8), mais de la liberté de conscience (art. 9), c'est-à-dire de la liberté à l'égard des normes morales qui s'imposent à la personne (hétéronomie)⁴³. En fait, juridiquement, l'objection de conscience est d'abord un devoir de désobéissance face aux ordres injustes, bien que légaux. Ce devoir, formulé à l'époque contemporaine par le Quatrième Principe du Code de Nuremberg⁴⁴, a été à plusieurs reprises affirmé par la Cour européenne, notamment dans les affaires *Polednova c. République Tchèque*⁴⁵ et *K.-H. W. c.*

⁴¹ *Tysiac c. Pologne*, n° 5410/03, arrêt du 24 septembre 2007, § 107.

⁴² Raisons qu'il lui appartient d'apprécier selon les critères et usages de la profession.

⁴³ Les normes morales relèvent de l'hétéronomie, visée par l'article 9 de la Convention, tandis que l'autonomie individuelle par laquelle la personne choisit pour elle-même ses propres normes, est visé à l'article 8.

⁴⁴ Principe 4 des « *Principes du droit international consacrés par le statut du tribunal de Nuremberg et dans le jugement de ce tribunal* : « *Le fait d'avoir agi sur l'ordre de son gouvernement ou celui d'un supérieur hiérarchique ne dégage pas la responsabilité de l'auteur en droit international, s'il a eu moralement la faculté de choisir* ».

⁴⁵ *Polednova c. République Tchèque*, 21 juin 2011, requête n° 2615/10. Affaire concernant la condamnation d'une femme pour avoir participé en tant que procureur à un simulacre de procès ayant conduit à la condamnation à mort de quatre opposants au régime communiste⁴⁵ et dans laquelle la Cour a admis que l'on « ne saurait non plus accepter l'argument de la

*Allemagne*⁴⁶. Ce devoir de désobéissance traduit la supériorité de la conscience sur la loi positive. Les médecins nazis, *Polednova* et *K.-H. W.* ont été jugés coupables dès lors qu'ils n'ont pas tiré les conséquences de leur faculté morale de jugement. Le devoir d'objection de conscience existe ainsi indépendamment de sa reconnaissance par le droit positif, et sa non-reconnaissance par les régimes nazis et communistes n'a pas exonéré les médecins nazis, *Polednova* et *K.-H. W.* de leur obligation morale et pénale de la pratiquer.⁴⁷ Ils avaient l'obligation de refuser d'accomplir ou de collaborer à des pratiques contraires à la dignité humaine. C'est le respect de la dignité humaine, telle que perçue par la conscience (hétéronomie), qui fonde le devoir et le droit à l'objection de conscience.

3. L'objection de conscience dans le domaine médical

a) Le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine : fondement de l'objection de conscience

Le respect de la vie et de la dignité de la personne humaine est la norme supra-juridique fondamentale qui sous-tend non seulement les droits de l'homme, mais aussi, plus particulièrement, les principes du droit médical. La Convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine (Convention d'Oviedo) proclame à la suite de nombreux autres instruments internationaux, en son article 1^{er}, que « Les parties à la présente convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité ». De ce principe initial découle les principes de primauté de l'être humain⁴⁸, d'intégrité et d'indisponibilité du corps humain, lesquels organisent le droit médical, en posant notamment à leur tour le principe de l'interdiction des atteintes à l'intégrité physique dans un but non thérapeutique⁴⁹. Ainsi, récemment, faisant application de ces principes, la Cour, dans l'affaire *V.C. c. Slovaquie*⁵⁰, a souligné que la stérilisation forcée porte non seulement atteinte à la liberté, mais aussi à la dignité de la personne humaine.

Un médecin à qui l'on demanderait de porter atteinte à la vie ou à la dignité de l'un de ses patients a l'obligation d'objecter au « soin » qui lui est demandé.

b) Les dérogations légales au principe du respect de la vie et de la dignité de la personne humaine : champ d'application de l'objection de conscience

Cependant, certaines lois permettent, par dérogation, qu'il soit porté atteinte à la vie ou à la dignité de la personne, et en particulier à l'intégrité d'une personne dans un but non thérapeutique pour elle-même. Tel est le cas des lois ayant dépénalisé l'avortement⁵¹,

requérante selon lequel elle n'avait fait qu'obéir aux instructions de ses supérieurs » car « l'intéressée avait dû être consciente du fait que les questions de la culpabilité et de la peine avaient été tranchées par les autorités politiques bien avant le procès et que les principes fondamentaux la justice s'en trouvaient complètement bafoués. »

⁴⁶ *K.-H. W. c. Allemagne*, n° 37201/97, [GC], 22 mars 2001. L'affaire *K.-H. W.* concernait un soldat d'Allemagne de l'Est qui a reçu l'ordre de tirer sur un fugitif à la frontière dans laquelle la Cour a reconnu comme légitime la condamnation d'un soldat pour avoir exécuté des ordres injustes. Le soldat « devait, en tant que simple citoyen, savoir que de tirer sur des personnes non armées qui cherchaient simplement à quitter leur pays méconnaissait les droits fondamentaux et les droits de l'homme » (§ 104).

⁴⁷ Voir G. Puppincck, *Conscientious objection at the European Court of Human Rights - Comments on the Bayatyan v. Armenia judgment and some other pending cases*

<http://www.strasbourgconsortium.org/content/blurb/files/Puppincck%20Conscientious%20objection%20at%20the%20European%20Court%20of%20Human%20Rights.pdf>

⁴⁸ Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine, Article 2 – Primauté de l'être humain « L'intérêt et le bien de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science. »

⁴⁹ Il en découle aussi l'interdiction de porter atteinte au respect du corps humain tant vivant que mort, de vendre des organes, produits ou éléments du corps humain, ou encore de rémunérer une personne se prêtant à la recherche médicale

⁵⁰ *V.C. c. Slovaquie*, n° 18968/07, arrêt du 8 novembre 2011.

⁵¹ Tant chirurgical que médicamenteux.

l'euthanasie, la stérilisation contraceptive⁵², ou la recherche scientifique sur la personne (y compris sur l'embryon) sans bénéfice personnel direct, etc. Ces lois ont institué des dérogations : l'avortement est une dérogation⁵³ au principe du respect de la vie et non un droit en soi. C'est la raison pour laquelle l'avortement a été exclu de la définition conventionnelle des « soins de santé reproductive et sexuelle⁵⁴ », ainsi que du champ d'application du « droit à la santé » développé par l'OMS.

Le champ d'application du droit à l'objection de conscience porte sur ces dérogations légales, il « concerne tous les actes médicaux non thérapeutiques, lorsqu'ils portent en germe un risque d'atteinte à l'intégrité ou la dignité de l'individu ou de la « réification » de la personne humaine. Seuls de tels actes sont en effet susceptibles de heurter la conscience du médecin et les valeurs en jeu rendent légitime ce refus⁵⁵ ». Le champ d'application de l'objection de conscience est donc clairement limité.

c) Le droit implicite à l'objection de conscience

Le droit à l'objection de conscience existe par principe, car nul ne peut être contraint de porter atteinte à la vie ou à la dignité humaine, même si cette atteinte est tolérée par la loi. Ainsi, lorsque le législateur juge nécessaire de permettre une dérogation au principe du respect de la vie et de la dignité, comme en dépénalisant sous conditions l'avortement, l'euthanasie ou la recherche sur l'embryon⁵⁶, il assortit généralement cette dérogation d'une « clause de conscience » expresse (voir Annexe 1 : « L'objection de conscience, droit comparé »). En instituant une telle « clause de conscience », le législateur a le grand mérite de reconnaître l'imperfection morale de ses lois et d'en limiter le caractère contraignant, car il serait contraire à la justice de contraindre les personnels médicaux à collaborer à une violation de la dignité ou à une atteinte à la vie. Ainsi, pour pouvoir pratiquer légalement un avortement, une euthanasie, ou encore une fécondation *in vitro*, il convient non seulement de respecter les conditions posées par la loi, mais il est nécessaire en outre que la personne qui réalise cet acte soit volontaire, et non forcée.

Par conséquent, le droit à l'objection de conscience existe par principe en dehors de toute permission législative ; à l'inverse, c'est le médecin et l'établissement médical qui commettent l'avortement (ou l'euthanasie, ou la recherche sur l'embryon, etc.) qui ont besoin de la permission de la loi et de l'agrément des autorités sanitaires.

d) La reconnaissance explicite du droit à l'objection de conscience

Cependant, en raison de la pression sociale croissante qui s'exerce contre la liberté des médecins et des établissements de santé visant à les forcer à pratiquer des avortements et autres atteintes à la vie et à la dignité humaine, il revient au droit de rappeler le principe que nul ne peut être forcé de pratiquer ces atteintes. C'est dans ce but que l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe a récemment réaffirmé dans sa résolution relative au « droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux » que :

« nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement, une fausse couche provoquée ou une

⁵² En France, qualifiée par « la Cour de cassation dans un avis (6 juill. 1998, D. : JCP G 1998, IV, 3005 ; Juris-Data n° 1998-003278) d'atteinte à l'intégrité du corps humain, prohibée par l'article 16-3 du Code civil, la stérilisation contraceptive est désormais rendue licite par le législateur (L. n° 2001-588, 4 juill. 2001 : JCP G 2001, III, 20528).

⁵³ En France, l'avortement a été dépénalisé par la loi du 17 janvier 1975. Le législateur a, dans l'article 1^{er} de cette loi, rappelé le principe général, et créé dans l'article 2d une dérogation. Le principe général est le respect de tout être humain dès le commencement de sa vie, lequel résulte du principe de la dignité humaine. L'exception est la possibilité de recourir à l'IVG ou l'IMG dans certaines circonstances et sous conditions (état de grossesse, détresse, dans un établissement de santé).

⁵⁴ Piero A. TOZZI, *Sovereignty, International Law and the Protection of the Unborn (Souveraineté, Droit international et protection de l'enfant à naître)*, C-Fam, N.1, juin 2009, <http://www.c-fam.org/publications/id.75/default.asp>

⁵⁵ *Dictionnaire permanent. Bioéthique et biotechnologies*, Paris, éditions législatives.

⁵⁶ Le législateur français a expressément étendu la clause de conscience à la recherche sur l'embryon.

*euthanasie, ou de s'y soumettre, ni pour son refus d'accomplir toute intervention visant à provoquer la mort d'un fœtus ou d'un embryon humain, quelles qu'en soient les raisons*⁵⁷ ».

Cette résolution est d'inspiration profondément libérale car elle vise à protéger la liberté individuelle contre les pressions sociales.

Le droit à l'objection de conscience est également garanti, entre autres textes, dans l'article 10.2 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, relatif à la liberté de pensée, de conscience et de religion qui pose que « *Le droit à l'objection de conscience est reconnu selon les lois nationales qui en régissent l'exercice* » ; il est également garanti à l'article 18 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques.

La Cour, dans les affaires *Tysiac* et *RR*⁵⁸ contre la Pologne, a reconnu au titre de la Convention européenne, le droit du personnel de santé à *l'exercice effectif de leur liberté de conscience dans le contexte professionnel*. Il ressort notamment de ces arrêts qu'il appartient à l'État, et non aux médecins confrontés personnellement à une demande d'avortement, d'organiser le système de santé de sorte que l'exercice effectif de la liberté de conscience et la faculté d'avorter suivant les conditions posées par la loi, soient l'un et l'autre assurés⁵⁹. Sur ce point, il faut souligner que « l'objection de conscience » et « l'accès à l'avortement » ne doivent pas être mis en balance l'un par rapport à l'autre car l'objection de conscience relève du *for interne* garanti par l'article 9, sans qu'aucune dérogation soit possible. Forcer un médecin, dans certains cas seulement, à pratiquer un avortement ne réduit pas corrélativement l'atteinte portée à sa liberté de conscience. sa violation est complète.

En outre, il est un principe établi selon lequel la Cour ne peut mettre en balance que des droits garantis par la Convention. Entre « l'accès à l'avortement » et « l'objection de conscience », seul ce dernier est un droit garanti par la Convention. Suivant la règle établie en Grande Chambre dans l'arrêt *Chassagnou*, et rappelée plus haut, il faut des « *impératifs indiscutables* » pour justifier une ingérence dans la jouissance d'un droit garanti⁶⁰. Même à supposer l'existence de tels impératifs indiscutables, ce qui n'est pas le cas, un droit garanti (la conscience) ne saurait être subordonné à une faculté non garantie (l'avortement).

Ceci étant, d'un point de vue pratique, une solution pourrait être l'établissement d'un registre public des médecins volontaires, qualifiés et habilités à pratiquer des avortements dans le cadre de la loi, tout comme il existe de nombreux autres registres de médecins accessibles selon leur spécialités médicales.

e) L'extension du droit à l'objection de conscience à d'autres atteintes à la vie : le service armé et la chasse

Dans la récente affaire *Bayatyan c. Arménie*⁶¹, la Grande Chambre a reconnu le droit à l'objection de conscience au service militaire comme garanti par l'article 9. Tout comme l'objection à l'avortement, l'objection au service militaire est fondée sur le refus de la violence et le respect de la vie humaine. La Cour a reconnu ce droit à la suite de nombreuses

⁵⁷ APCE, Résolution 1763 (2010) du 7 octobre 2010 sur « Le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux ».

⁵⁸ 26 May 2011, *R.R. v. Poland*, n° 27617/04: « For the Court, States are obliged to organise the health services system in such a way as to ensure that an effective exercise of the freedom of conscience of health professionals in the professional context does not prevent patients from obtaining access to services to which they are entitled under the applicable legislation. » § 206.

⁵⁹ 26 May 2011, *R.R. v. Poland*, n° 27617/04: « For the Court, States are obliged to organise the health services system in such a way as to ensure that an effective exercise of the freedom of conscience of health professionals in the professional context does not prevent patients from obtaining access to services to which they are entitled under the applicable legislation. » § 206.

⁶⁰ *Chassagnou et autre c. France*, [GC], n°s 25088/94, 2833/95 et 2844/95, arrêt du 29 avril 1999, § 113.

⁶¹ *Bayatyan c. Arménie*, [GC], n° 23459/03, 7 juillet 2011, § 126.

législations nationales et institutions internationales, notamment de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), qui a affirmé que :

« le droit à l'objection de conscience est une composante fondamentale du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion reconnu dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et la Convention européenne des Droits de l'Homme⁶² ».

S'agissant même de la chasse, où ce n'est plus la vie humaine qui est en jeu, mais la vie animale, la Cour, dans les affaires *Chassagnou*⁶³ et *Schneider*⁶⁴, a aussi reconnu en substance le droit à l'objection de conscience⁶⁵.

Sur ce, il ne fait pas de doute que la Cour ne peut refuser au médecin à l'égard de la vie humaine le droit qu'elle reconnaît au propriétaire terrien à l'égard de la vie animale ; tout comme elle ne peut lui refuser à l'égard de la vie d'un enfant à naître le droit qu'elle reconnaît au soldat à l'égard de la vie d'un soldat ennemi : le droit de ne pas tuer. Ce droit, nul ne peut le réduire : ni la loi, ni le juge, car il leur préexiste et survit à son éventuelle négation formelle.

L'ECLJ espère que cette affaire donnera à la Cour l'occasion de préciser sa jurisprudence dans un sens favorable au respect de la vie, de la dignité et de la conscience humaines.

* * *

ANNEXES :

- Annexe 1 : « L'objection de conscience, droit comparé » ;
- Annexe 2 : « Les conséquences de l'avortement chez les adolescentes » ;
- Annexe 3 : « L'IVG chez les mineures » ;
- Annexe 4 : « Les témoignages des adolescentes qui ont avorté » ;
- Annexe 5 : « Les témoignages des adolescents qui ont gardé leur enfant » ;
- Annexe 6 : « Enquête sur l'IVG médicamenteuse ».

⁶² APCE, Recommandation 1518 (2001) du 1^{er} mars 2002 sur « *L'exercice du droit à l'objection de conscience au service militaire dans les Etats membres du Conseil de l'Europe* », § 8.

⁶³ *Chassagnou et autres c. France*, [GC], nos 25088/94, 28331/95 et 28443/95, 29 avril 1999.

⁶⁴ *Schneider c. Luxembourg*, n° 2113/04, 10 juillet 2007.

⁶⁵ *Chassagnou*, § 117, et *Schneider* § 82, *précités* : « *Contraindre par la loi un individu à une adhésion profondément contraire à ses propres convictions et l'obliger, du fait de cette adhésion, à apporter le terrain dont il est propriétaire pour que l'association en question réalise des objectifs qu'il désapprouve va au-delà de ce qui est nécessaire pour assurer un juste équilibre entre des intérêts contradictoires et ne saurait être considéré comme proportionné au but poursuivi.* »

Annexe 1

Le droit compare sur l'objection de conscience

On the first part, we provide descriptions of two bodies: the **International Federation of Gynecology and Obstetrics** and the **World Health Organization**, which provide, *inter alia*, ethical guidance regulations for medical professionals which pertain to a medical professional's right to conscientiously object to performing abortions. On the second part, we will present the current **Council of Europe Member States status of the law pertaining to conscientious objection for medical professionals**. On the third part, we will describe the **protection of conscience for health care professionals under the laws of the United States & Individual States**.

I. International Federation of Gynecology and Obstetrics And World Health Organization

The International Federation of Gynecology and Obstetrics ("FIGO") "is a benevolent, non-profit organisation funded through subscriptions received from member societies, grants and the proceeds of its triennial World Congress."⁶⁶ FIGO is composed of 124 member societies,⁶⁷ including most of the Council of Europe Member States.⁶⁸ Article 3 of the FIGO Constitution requires each member society to make a declaration of intention to abide by the constitution of FIGO.⁶⁹ Most of the constitutional provisions are merely procedural.⁷⁰ However, FIGO does provide substantive guidance to its members through committees, which are established under Section G of the constitution.⁷¹ If necessary, FIGO officers can decide to revoke a society's membership with the appropriate procedures under Article 4 of the constitution.⁷²

In 1985 FIGO established its Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health.⁷³ This committee "considers the ethical aspects of issues that impact the discipline of Obstetrics, Gynecology and Women's Health."⁷⁴ The committee uses the information gathered through research and discussion to create guidelines for handling the ethical aspects of women's health.⁷⁵ These guidelines are published in the "Recommendations on Ethical

⁶⁶ Int'l Fed. of Gynecology and Obstetrics, About FIGO, <http://www.figo.org/about> (last visited Nov. 20, 2009).

⁶⁷ *Id.*

⁶⁸ Int'l Fed. of Gynecology & Obstetrics, Member Associations, <http://www.figo.org/members> (last visited Nov. 20, 2009) [hereinafter FIGO Members].

⁶⁹ Int'l Fed. of Gynecology & Obstetrics, Constitution & Bye-Laws (Oct. 2009), *available at* <http://www.figo.org/files/figo-corp/Constitution%202009-2012%20-%20English.pdf>.

⁷⁰ *Id.*

⁷¹ *Id.*

⁷² *Id.*

⁷³ Int'l Fed. of Gynecology & Obstetrics, Ethics Guidelines, <http://www.figo.org/about/guidelines> (last visited Nov. 20, 2009).

⁷⁴ *Id.*

⁷⁵ *Id.*

Issues in Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction.”⁷⁶ Below are relevant portions of the guidance provided:

1. The primary conscientious duty of obstetrician-gynecologists (hereafter “practitioners”) is at all times to treat, or provide benefit and prevent harm to, the patients for whose care they are responsible. Any conscientious objection to treating a patient is secondary to this primary duty.
2. Provision of benefit and prevention of harm require that practitioners provide such patients with timely access to medical services, including giving information about the medically indicated options of procedures for their care and of any such procedures in which their practitioners object to participate on grounds of conscience.
3. Practitioners have a professional duty to abide by scientifically and professionally determined definitions of reproductive health services, and to exercise care and integrity not to misrepresent or mischaracterise them on the basis of personal beliefs.
4. Practitioners have a right to respect for their conscientious convictions in respect both of undertaking and not undertaking the delivery of lawful procedures, and not to suffer discrimination on the basis of their convictions.
5. Practitioners’ right to respect for their choices in the medical procedures in which they participate requires that they respect patients’ choices within the medically indicated options for their care.
6. Patients are entitled to be referred in good faith, for procedures medically indicated for their care that their practitioners object to undertaking, to practitioners who do not object. Referral for services does not constitute participation in any procedures agreed upon between patients and the practitioners to whom they are referred.
7. Practitioners must provide timely care to their patients when referral to other practitioners is not possible and delay would jeopardize patients’ health and well-being, such as by patients experiencing unwanted pregnancy (see the FIGO Definition of Pregnancy, Recommendations on Ethical Issues in Obstetrics and Gynecology, November 2003, page 43, that pregnancy “commences with the implantation of the conceptus in a woman”).
8. In emergency situations, to preserve life or physical or mental health, practitioners must provide the medically indicated care of their patients’ choice regardless of the practitioners’ personal objections.⁷⁷

The World Health Organization (“WHO”) was “established in 1948 as the specialized agency of the United Nations responsible for directing and coordinating authority for international health matters and public health.”⁷⁸ Virtually all of the Member States of the Council of Europe are members of the WHO.⁷⁹ WHO’s regional office in Europe provides guidelines for its European Member States concerning abortion practices.⁸⁰ Its guidelines for “safe abortion” are established to ensure that “in circumstances where abortion is not against the law, health systems should train and equip health-service providers and should take other measures to ensure that such abortion is

⁷⁶ Int’l Fed. of Gynecology & Obstetrics, Recommendations on Ethical Issues In Obstetrics and Gynecology by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction (Oct. 2009), *available at* <http://www.figo.org/files/figo-corp/Ethical%20Issues%20-%20English.pdf>.

⁷⁷ *Id.* at 26-27.

⁷⁸ WHO Europe, *The Work of WHO in the European Region*, 2006, 2007, preface, WA 540 (Doc. No.) <http://www.euro.who.int/Document/E91482.pdf>.

⁷⁹ World Health Organization Regional Office for Europe, Member States, <http://www.euro.who.int/AboutWHO/About/MH> (last visited Nov. 21, 2009).

⁸⁰ World Health Organization Regional Office for Europe, *Guidelines*, http://www.euro.who.int/reproductivehealth/guidelines/20021015_1 (last visited Nov. 21, 2009).

safe and accessible.”⁸¹ These guidelines are established for all of the European countries and include the appropriate standards for conscientious objection as follows⁸²:

“Health workers have a right to conscientious objection to providing abortion, but they have an ethical obligation to follow professional ethical codes, which usually require health professionals to refer women to skilled colleagues who are not, in principle, opposed to termination of pregnancy allowed by law. If no alternative provider is available, the health worker must provide abortion to save the woman’s life or to prevent permanent damage to her health in accordance with national law. When a hospital, clinic or health centre has been designated as a public facility offering services allowed by law, it cannot endanger women’s lives or health by refusing services. It should provide abortion services on the grounds allowed by the law”.⁸³

II. Conscientious Objection Laws in the Council of Europe Member States

1. Albania

The Constitution of the Republic of Albania states: “Freedom of conscience and religion is guaranteed.”⁸⁴ Albania’s interruption of pregnancy law, states that, “[n]o physician can be imposed to perform abortion against his will.”⁸⁵

The *Albanian Association of Obstetrics and Gynecology* is a member of the FIGO.⁸⁶

2. Andorra

In Andorra, abortion is generally prohibited,⁸⁷ except in to save the life of the mother.⁸⁸ Andorra is a member of the World Health Organization.

3. Armenia

The Constitution of Armenia provides:

Everyone shall have the right to freedom of thought, conscience and religion. This right includes freedom to change the religion or belief and freedom to, either alone or in community with others manifest the religion or belief, through preaching, church ceremonies and other religious rites.

The exercise of this right may be restricted only by law in the interests of the public security, health, morality or the protection of rights and freedoms of others.⁸⁹

Republic of Armenia Association of Obstetricians/Gynecologists and Neonatologists is a member of FIGO.⁹⁰

⁸¹ World Health Organization Geneva, *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*, 2003, at 7, <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241590343.pdf>.

⁸² *Id.* at 66.

⁸³ *Id.*

⁸⁴The Republic of Albania 1998 Constitution, art. 24(1), *available at* http://www.osce.org/documents/pia/1998/11/4321_en.pdf.

⁸⁵ Fletorja Zyrtare[Penal Code] No. 26/1995, art. 16-17 (Albania), *available at* <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/ALBANIA.abo.htm>.

⁸⁶ FIGO Members, *supra* note 68.

⁸⁷ Butlletí Oficial del Principat d'Andorra, Vol. 2, [Penal Code] No. 21, 21 July /1990, art. 185-188 (Andorra), *available at* <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/ANDORRA.abo.htm>.

⁸⁸ 1 U.N. ESCOR, Population Div., *Abortion Policies: A Global Review*, at 24, U.N. Doc. ST/ESA/SER.A/187, U.N. Sales No. E.01.XIII.10 (2002) [hereinafter “*Abortion Policies*”], *available at* <http://www.un.org/esa/population/publications/abortion/profiles.htm>.

⁸⁹ The Republic of Armenia, Const. art. 26, *available at* <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/8782/preview>.

4. Austria

According to the Austrian Penal Code:

“No physician is obliged to perform an abortion or to take part in it, except where it is necessary (“notwendig”) without delay to save the life of the pregnant woman from an immediately threatening danger which cannot otherwise be averted. This applies also to persons in para-medical, medico-technical, or auxiliary health employment.”⁹¹

“No one may be discriminated against for either performing an abortion, or refusing to participate in an abortion”.⁹² The Reproductive Medicine Act of 1992 provides that “no physician, nurse or paramedic is under a duty to perform or assist in a medically assisted fertilization and he or she must not be discriminated against for carrying out such fertilization or for refusing to take part in it.”⁹³

Oesterreichische Gesellschaft für Gynakologie und Geburtshilfe (Austrian Society of Gynaecology and Obstetrics) is a member of FIGO.⁹⁴

5. Azerbaijan

Azerbaijan is a member of the World Health Organization.

6. Belgium

Under the Law of 3 April 1990, “no medical doctor, nor any nurse or aid to the doctor, will be obliged to take part in [an] abortion.”⁹⁵ In addition, the “[l]aw imposes on the medical doctor to inform the woman seeking an abortion of his or her refusal to perform abortion for reasons of conscience, at the *first* visit of the patient.”⁹⁶

Koninklijke Belgische Vereniging voor Gynecologie en Verloskunde/Société Royale Belge de Gynécologie et d’Obstétrique is a member of FIGO.⁹⁷

7. Bosnia and Herzegovina

Bosnia and Herzegovina is a member of the World Health Organization.

8. Bulgaria

The Bulgarian Society of Obstetrics and Gynecology is a member of FIGO.⁹⁸

9. Croatia

The Croatian Constitution provides that, “[n]ot even in the case of an immediate threat to the existence of the State may restrictions be imposed on the application of the provisions of this

⁹⁰ FIGO Members, *supra* note 68.

⁹¹ Strafrechtsgesetzbuch [StGB] [Penal Code] No. 60/1974, art. 97(2)(3) (Austria), *available at* <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/Austria.abo.htm>.

⁹² *Id.* art. 97(3).

⁹³ Fortpflanzungs Medizingesetz, [Reproductive Medicine Act 1992] BGB1. No. 275/1992, as amended, § 6 (Austria), *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Austria/LawAustria.html>.

⁹⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

⁹⁵ E.U. Network of Indep. Experts on Fundamental Rights, *Opinion No. 4-2005: The Right To Conscientious Objection and the Conclusion by EU Member States of Concordats with The Holy See* [hereinafter “E.U. Network of Indep. Experts on Fundamental Rights”], at 9 (14 Dec. 2005) (citing Art. 348, al. 2, 6° Belgian Penal Code), *available at* http://ec.europa.eu/justice_home/cfr_cdf/doc/avis/2005_4_en.pdf; *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Belgium, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Belgium/LawBelgium.html>.

⁹⁶ *Id.* (footnote omitted) (emphasis added).

⁹⁷ FIGO Members, *supra* note 68.

⁹⁸ FIGO Members, *supra* note 68.

Constitution concerning the right to life . . . or on freedom of thought, conscience and religion.”⁹⁹ The “[f]reedom of conscience and religion and freedom to manifest religion and other convictions shall be guaranteed.”¹⁰⁰

Croatian Society of Gynecologists and Obstetricians is a member of FIGO.¹⁰¹

10. Cyprus

“In Cyprus, the Medical Profession is regulated by the *Regulations of Conduct of Doctors* that were issued under the *Doctors (Council, Discipline and Pension Fund) Law* of 1967 and 1970.¹⁰² According to Article 8 of the Regulations, a doctor may refuse medical treatment to a patient except in cases of emergency or humanitarian duty; this general provision may be relied upon, in principle, where the motivations for refusing to provide a medical service is religious or ideological.”¹⁰³

Pancyprrian Obstetrics and Gynaecology Society is a member of FIGO.¹⁰⁴

11. Czech Republic

In the Czech Republic, abortion is permitted to save the life of the woman, to preserve physical health, to preserve mental health, in the case of rape or incest, in the case of foetal impairment, or for economic or social reasons.¹⁰⁵ Abortion is also available on request.¹⁰⁶ Obtaining an abortion requires only the woman’s consent and authorization of the gynecologist.¹⁰⁷ Where “gestation is more than 12 weeks, the abortion requires authorization by a medical commission.”¹⁰⁸ Generally, an abortion “must be performed within the first trimester, in a hospital, by a licensed gynecologist. Therapeutic abortion is permitted up to 26 weeks.”¹⁰⁹ Czech abortion legislation, Law 63 and 77 (October 23, 1986) became effective in January 1987.¹¹⁰

Czech Gynecological and Obstetrical Society is a member of FIGO.¹¹¹

12. Denmark

Physicians, nurses, midwives, health care workers, as well as people training in such fields, must request permission in order for them to “be absolved from carrying out or participating in termination of pregnancy if it is contrary to their ethical or religious views.”¹¹² However,

⁹⁹ The Republic of Croatia Const. art. 17, *available at*

<http://www.legislationline.org/download/action/download/id/1583/file/cba4cce79cf00bbcd828617daaaa.htm/preview>.

¹⁰⁰ *Id.* art. 40.

¹⁰¹ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁰² E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 10.

¹⁰³ Regulations of Conduct of Doctors, Art. 8 Doctors (Council, Discipline and Pension Fund) Law of 1967 & 1970); *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Cyprus, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Cyprus/LawCyprus.html>.

¹⁰⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁰⁵ Abortion Policies, *supra* note 88, at 117.

¹⁰⁶ *Id.*

¹⁰⁷ *Id.*

¹⁰⁸ *Id.* at 118.

¹⁰⁹ *Id.*

¹¹⁰ European Centre for Law and Justice, *Comparative Abortion Laws in the European Union*, at 4, July 9, 2004 (citing Enactment of the Czech Ministry of Health, No 11, 1993), *available at* <http://www.eclj.org/PDF/prolife.pdf>.

¹¹¹ FIGO Members, *supra* note 68.

¹¹² Denmark, Law No. 350/1973, as amended Law No. 389/1995 (Denmark), *available at* <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/DENMARK.abo.htm>.

physicians have “a legal obligation to refer the woman seeking an abortion to another colleague.”¹¹³

Dansk Selskab for Obstetric og Gynaekologi - Department of Obstetrics and Gynaecology Society is a member of FIGO.¹¹⁴

13. Estonia

In Estonia, abortion is permitted to save the life of the woman, to preserve physical health, to preserve mental health, in the case of rape or incest, in the case of foetal impairment, for economic or social reasons, and is also available on request.¹¹⁵ Obtaining an abortion requires only the woman’s consent and must take place in a hospital, administered by a physician.¹¹⁶ An abortion is available on request through the twelfth week of pregnancy.¹¹⁷ Thereafter, a pregnant woman must undergo a consultation with doctors.¹¹⁸

Since 1955, abortion has been legal in Estonia (first made legal under Soviet Union abortion law).¹¹⁹ In 1993, new abortion criteria as well as regulations governing performance of the abortion procedure in private health centers was implemented by decree of the Estonian Ministry of Social Affairs.¹²⁰ In June of 1993, the Estonian Abortion Register made it mandatory that all institutions performing the abortion procedure fill out the appropriate register forms.¹²¹ *Society of Estonian Gynaecologists* is a member of FIGO.¹²²

14. Finland

In Finland there is no statutory exemption for conscientious objectors. The Finland interruption of pregnancy law states that a “physician with authority to render an opinion and the operating physician shall not be entitled, without reason, to refuse to consider a request for termination of pregnancy.”¹²³

Finnish Gynecological Association is a member of FIGO.¹²⁴

15. France

“Art. L.2212-8 of the Code of Public Health . . . allows medical physicians to invoke a ‘conscience clause’ on the basis of which they may refuse to perform an abortion. However, they are obliged to inform the woman seeking abortion without delay of their intention to invoke the clause. Although this clause also may be invoked by health care practitioners employed in institutions, the heads of services in public health care institutions and those which take part in the provision of public health care services may not invoke the clause in order to oppose the performance of abortions within their service”¹²⁵

¹¹³ Peter Saunders, *Abortion and Conscientious Objection*, Nucleus, Jan. 1996, at 9.

¹¹⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

¹¹⁵ Abortion Policies, *supra* note 88, at 142.

¹¹⁶ *Id.*

¹¹⁷ *Id.*

¹¹⁸ *Id.*

¹¹⁹ *Comparative Abortion Laws in the European Union*, *supra* note 110, at 5.

¹²⁰ *Id.*

¹²¹ *Id.*

¹²² FIGO Members, *supra* note 68.

¹²³ Finland, Law No. 239 of 24 March 1970 on the interruption of pregnancy, as amended through Law No. 572 of 24 July 1998 (6)(3), available at <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/Finland.abo.htm>.

¹²⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

¹²⁵ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 11, (citing Code of Public Health, Article L.2212-8); see also Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, France, available at <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-France/LawFrance.html>).

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français is a member of FIGO.¹²⁶

16. Georgia

In Georgia, abortion is permitted in certain circumstances: to save the life of the woman; to preserve physical health; to preserve mental health; in the case of rape or incest; in the case of foetal impairment; for economic or social reasons; and it is also available on request.¹²⁷

Obtaining an abortion requires only the consent of the woman and is considered authorized if “performed by a licensed physician, in a hospital or other recognized medical institution.”¹²⁸ During the first three months (or 12 weeks) of pregnancy, an abortion may be obtained on request.¹²⁹ Subsequently, an induced abortion “is available within 28 weeks from conception on judicial, genetic, vital, broad medical and social grounds, as well as for personal reasons if authorized by a commission of local physicians.”¹³⁰

The *Georgian Obstetrics & Gynecologist Association (GOGA)* is a member of FIGO.¹³¹

17. Germany

The Constitution of Germany guarantees the freedom of conscience unconditionally.¹³² “Freedom[s] of faith and of conscience, and freedom of creed religious or ideological, are inviolable.”¹³³ “Freedom of conscience is a norm of fundamental value and of high constitutional status, which is to be respected in the framework of every activity of State authorities. This is a continuous jurisprudence of the Federal Constitutional Court and of the Federal Administrative Court.”¹³⁴

The *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* is a member of FIGO.¹³⁵

18. Greece

The *Hellenic Obstetrical and Gynaecological Society* is a member of FIGO.¹³⁶

19. Hungary

Article 2 of the New Hungarian Constitution stipulates that: “Human dignity is inviolable. Everyone has the right to life and human dignity; the life of a fetus will be protected from conception”. And its article 6 provides that: “Everyone has the right to freedom of thought, conscience and religion”.¹³⁷

Before the New Hungarian Constitution, “the Constitutional Court delivered a judgment in 1991 which concerns the duties of medical physicians in relation to legally permitted abortion (judgment 64/1991, (XII.17.) AB határozat). The Court recognized that medical practitioners have a right to religious conscientious objection; however it considered that certain restrictions to the freedom of religion which this right is derived from may be allowed unless they are unreasonable. Specifically, the Court considered that in any employment relationship, the employee may not object to the performance of duties which form a substantive part of the profession. It considered

¹²⁶ FIGO Members, *supra* note 68.

¹²⁷ 2 Abortion Policies, *supra* note 88, at 213, U.N. Doc. ST/ESA/SER.A/191, U.N. Sales No. E.01.XIII.18.

¹²⁸ *Id.*

¹²⁹ *Id.*

¹³⁰ *Id.*

¹³¹ FIGO Members, *supra* note 68.

¹³² Germany Const., Grundgesetz, art. 4, para. 1, available at <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Germany/LawGermany.html>.

¹³³ *Id.*

¹³⁴ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 11 (second alteration in original) (citing Federal Admin. Court, judgment of 18 June 1997, BVerwGE 105, 73 <77, 78>).

¹³⁵ FIGO Members, *supra* note 68.

¹³⁶ FIGO Members, *supra* note 68.

¹³⁷ http://www.euractiv.com/sites/all/euractiv/files/CONSTITUTION_in_English__DRAFT.pdf;

that only non-therapeutic abortions – i.e., not medically prescribed – could be considered as not part of the normal activities of a gynaecologist.”¹³⁸

The *Hungarian Society of Obstetrics and Gynaecology* is a member of FIGO.¹³⁹

20. Iceland

The *Icelandic Society of Obstetrics and Gynecology* is a member of FIGO.¹⁴⁰

21. Ireland

A person with a conscientious objection is not obliged to take part “in the provision of a family planning service, the giving of prescriptions or authorizations for the purpose of [The Health (Family Planning) Act 1979] or the sale, importation into the State, manufacture, advertising or display of contraceptives.”¹⁴¹ The Constitution of Ireland recognizes the right to life for the unborn. “The State acknowledges the right to life of the unborn and, with due regard to the equal right to life of the mother, guarantees in its laws to respect, and, as far as practicable, by its laws to defend and vindicate that right.”¹⁴²

The *Institute of Obstetricians and Gynaecologists of the Royal College of Physicians of Ireland* is a member of FIGO.¹⁴³

22. Italy

Italy regulates conscientious objections by healthcare workers in certain medical practices in performance of both voluntary abortions¹⁴⁴ and medically assisted conception.¹⁴⁵ Voluntary abortions may only be performed at public clinics and legally certified clinics, and those health care workers have a right to exemption, based upon conscientious objection, from actual termination of a pregnancy, but they must provide care prior to and following the abortion.¹⁴⁶ Healthcare workers must declare in advance that they object to participating in abortions or assisted conception.¹⁴⁷ “Such declaration must be forwarded to the provincial medical officer and, in the case of personnel on the staff of the hospital or the nursing home, to the medical director.”¹⁴⁸ These declarations must be made within one month “following the entry into force of this Law, or the date of qualification, or the date of commencement of employment [where abortions occur],” or the date of the drawing up of insurance contracts covering abortion.¹⁴⁹

Hospitals and healthcare clinics must still ensure that the requested procedure is carried out under standardized procedures.¹⁵⁰ Implementation of these regulations is supervised regionally, and if necessary, a patient will be transferred to another institution.¹⁵¹ Furthermore, no exemption is

¹³⁸ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 12.

¹³⁹ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁴⁰ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁴¹ Health Family Planning Act 1979, Clause 11, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Ireland/Conscience-Laws-Ireland.html>.

¹⁴² Ireland Const. art. 40(3)(3^o) *available at* [http://www.taoiseach.gov.ie/attached_files/html%20files/Constitution%20of%20Ireland%20\(Eng\).htm](http://www.taoiseach.gov.ie/attached_files/html%20files/Constitution%20of%20Ireland%20(Eng).htm)

¹⁴³ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁴⁴ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 12, (citing Article 9 of law 194 of 22 May 1978); *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Italy, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Italy/LawItaly.html>.

¹⁴⁵ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 12, (citing Article 16 of Law 40 of 19 Feb. 2004); *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Italy, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Italy/LawItaly.html>.

¹⁴⁶ Law 194 of 22 May 1978, art. 9.

¹⁴⁷ Law 194 of 22 May 1978, art. 9.

¹⁴⁸ *Id.*

¹⁴⁹ *Id.*

¹⁵⁰ *Id.*

¹⁵¹ *Id.*

available if the conscientious objector's assistance is "essential in order to save the life of a woman in imminent danger."¹⁵²

The *Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia* is a member of FIGO.¹⁵³

23. Latvia

The *Latvian Association of Gynaecologists and Obstetricians* is a member of FIGO.¹⁵⁴

24. Liechtenstein

In Liechtenstein, performing an abortion is a criminal offense, whether the person performing the abortion is the mother or a physician.¹⁵⁵

25. Lithuania

Currently abortion practices are regulated by the Minister of Health, who issued an order defining the abortion procedures to be practiced in Lithuania.¹⁵⁶

The *Lithuanian Association of Obstetricians and Gynecologists* is a member of FIGO.¹⁵⁷

26. Luxembourg

Medical doctors cannot be forced to perform an abortion if doing so would violate their conscience.¹⁵⁸ However, physicians must perform an abortion if there is an "imminent threat to the mother's life."¹⁵⁹

The *Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique* is member of FIGO.¹⁶⁰

27. Malta

Performing an abortion or assisting another perform an abortion is a criminal act in Malta.¹⁶¹ Malta's criminal code protects the life of the unborn, prohibiting physicians from inducing a miscarriage.¹⁶²

The *Malta College of Obstetricians and Gynaecologists* is a member of FIGO.¹⁶³

28. Moldova

The *Society of Obstetricians and Gynecologists of Republic of Moldova* is a member of FIGO.¹⁶⁴

¹⁵² *Id.*

¹⁵³ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁵⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁵⁵ Liechtensteinisches Landesgesetzblatt [Penal Code], No. 37, 22 October 1988, art 96-98 (Liechtenstein), available at <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/LIECHTENSTEIN.abo.htm>.

¹⁵⁶ Dėl nėštumo nutraukimo operacijos atlikimo tvarkos (Regulation on the Performance of Abortions) LR Sveikatos apsaugos ministerijos įstatymas (Decree of Ministry of Health), No. 50 (January 28, 1994), available at

http://translate.google.com/translate?hl=en&sl=lt&u=http://sena.sam.lt/lt/main/teisine_informacija/ministro_isakymai%3Fid%3D22784&ei=TgwLS9WgGsuBnQfckfTKCw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CAwQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DD%25C4%2597%2Bn%25C4%2597%25C5%25A1tumo%2Bnutraukimo%2Boperacijos%2Batlikimo%2Btvarkos%26hl%3Den.

¹⁵⁷ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁵⁸ Luxembourg, Law of 15 November 1978 Penal Code Act 353-1, available at <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/LUXEMBOURG.abo.htm>.

¹⁵⁹ *Id.*

¹⁶⁰ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁶¹ Malta Crim. Code § 241-243A (2003), available at <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/MALTA.abo.htm>.

¹⁶² *Id.*

¹⁶³ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁶⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

29. Monaco

Abortion is illegal in Monaco with the criminal law principle of necessity interpreted to permit abortion to save the life of the mother.¹⁶⁵

Monaco has one of the most restrictive abortion laws in Europe. Under the Criminal Code (Law No. 829 of 28 September 1967), there are no stated exceptions to a general prohibition of abortion. Nonetheless, under general criminal law principles of necessity, an abortion can be performed to save the life of a pregnant woman.¹⁶⁶

In 2009, Monaco passed a law that will permit abortion in the future in cases of rape or foetal deformity.¹⁶⁷

30. Montenegro

The *Association of Gynecologists and Obstetricians of Serbia, Montenegro and Republic Srpska* (UGOSCGRS) is a member of FIGO.¹⁶⁸

31. The Netherlands

The Netherlands recognizes the right to religious conscientious objection in specific areas of legislation.¹⁶⁹ When the physician has a conscientious objection to performing the treatment or referring the patient to another physician who would perform the operations, he must notify the patient immediately after she has consulted him.¹⁷⁰ The physician who conscientiously objects, must however, divulge the woman's condition and medical documents to another physician if the patient consents to the transfer of the information.¹⁷¹

The *Dutch Society of Obstetrics and Gynaecology* is a member of FIGO.¹⁷²

32 Norway

Under Norwegian law, doctors are not legally required to perform abortions, but must participate in pre-operative care.¹⁷³

The *Norsk Gynekologisk Forening* (Norwegian Society for Gynecology and Obstetrics) is a member of FIGO.¹⁷⁴

33. Poland

Article 53 of the Polish Constitution provides that "the freedom of conscience and religion shall be assured to everyone."¹⁷⁵ The Polish Code of Medical Ethics, Article 4, states that physicians are free to carry out their professional duties in accordance with their own consciences and contemporary medical practices.¹⁷⁶

Article 35 of the 5 December 1996 Act of the Medical and Dentist Profession provides:

¹⁶⁵2 Abortion Policies, *supra* note 88, at 141, U.N. Doc. ST/ESA/SER.A/191, U.N. Sales No. E.01.XIII.18.

¹⁶⁶ *Id.* at 142.

¹⁶⁷ Matthew C. Hoffman, Catholic Monaco Legalizes Abortion, LIFE SITE NEWS, Apr. 8, 2009, <http://www.lifesitenews.com/ldn/2009/apr/09040810.html>.

¹⁶⁸ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁶⁹ Netherlands, Law on the Termination of Pregnancy of 1 May 1981§ 20(1), *available at* <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/NETHERLANDS.abo.htm>.

¹⁷⁰ *Id.* at § 20(2).

¹⁷¹ *Id.* at § 20(3).

¹⁷² FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁷³ Norway, LOV 1975-06-13 nr 50: Law on abortion § 14, *available at* http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=en&sl=no&tl=en&u=http://www.lovdata.no/all/hl-19750613-050.html&rurl=translate.google.com&usg=ALkJrhjS1SAhLFvqLRx4-L18G67OZqzZA, *see also* Saunders, *supra* note 113, at 9.

¹⁷⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁷⁵ Poland Const. art. 53, *available at* <http://www.sejm.gov.pl/prawo/konst/angielski/kon1.htm>.

¹⁷⁶ Poland Code of Medical Ethics, art. 4., *available at* http://www.nil.org.pl/xml/nil/wladze/str_zl/zjazd7/kel.

The doctor may refrain from implementing health care benefits that are incompatible with his conscience, subject to Article 30 of the obligation to indicate that there is real opportunity to obtain the benefits with another doctor or in another plant health care and justified and should be noted that fact in medical records. The doctor when exercising their profession on the basis of work or in the service is also an obligation for prior notification in writing superior.¹⁷⁷

Poland grants to the unborn all of the rights and privileges of born children. “A conceived child shall likewise enjoy legal capacity; it shall acquire the same rights and duties as regards succession insofar as it is born alive.”¹⁷⁸

The *Polish Gynaecological Society* (Polskie Towarzystwo Ginekologiczne) is a member of FIGO.¹⁷⁹

34. Portugal

Portugal’s Constitution provides medical professionals with a right to refuse to perform an abortion based upon religious or philosophical beliefs.¹⁸⁰ Article 41(6) of the Constitution explicitly provides a right to “conscientious objection as in accordance with the law.”¹⁸¹ Further, under Article 12 of Law No. 16/2001 (Law of Religious Freedom), one may “object to the compliance of laws that contradict the imperative commands of one’s own conscience, *within the limits of the rights and duties imposed by the Constitution and under the terms of the law that may regulate the exercise of the conscientious objection.*”¹⁸² Additionally, Section 2 of Law No. 16/2001 provides “[t]he commands of conscience that are considered imperative are those whose infringement involves a serious offence to one’s moral integrity and, consequently, make any other behaviour as not mandatory.”¹⁸³ Legislation passed in Portugal, provides medical professionals are not obliged to direct or collaborate in medically assisted procreation if the professional conscientiously objects.¹⁸⁴ Healthcare workers, also have the right to conscientiously object.¹⁸⁵ When healthcare workers do not provide abortions due to their conscience objection or other obstacles, they are obliged to refer the woman to another practitioner who will perform the operation.¹⁸⁶

The *Sociedade Portuguesa de Obstetricia e Ginecologia* is a member of FIGO.¹⁸⁷

¹⁷⁷ 5 December 1996 Act on the Medical and Dentist Profession, art. 39 (OJ of 1997, no. 28, item 152 with amendments in 2005 and 2006), *available at* <http://translate.google.com/translate?hl=en&sl=pl&u=http://www.portalmed.pl/xml/prawo/medycyna/medycyna/podst/lekarz&ei=xWQIS8X7Bcz-nAeJ1fXICw&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=1&ved=0CAkQ7gEwAA&prev=/search%3Fq%3DUstawa%2Bo%2Bzawodzie%2Blekarza%2Bi%2Blekarza%2Bdentysty%2Bz%26hl%3Den>

¹⁷⁸ Poland, Law of 7 Jan. 1993 (4)(2), *available at* http://www.hsph.harvard.edu/population/annual_review.htm abortion, Poland.

¹⁷⁹ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁸⁰ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 12, (citing Portuguese Constitution Art. 41(6)); *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Portugal, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Portugal/LawPortugal.html>.

¹⁸¹ *Id.*

¹⁸² *Id.* (citing Art. 12, Law No. 16/2001(1)) (emphasis added); *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Portugal, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Portugal/LawPortugal.html>.

¹⁸³ *Id.*

¹⁸⁴ Portugal. Law No. 32/2006 of 26 July 2006, chapt. 2 art. 11 on medically assisted procreation. (Diário da República, Part I, 26 July 2006, No. 143. pp. 5245-5250), *available only in Portuguese at* <http://www.dre.pt/pdfgratis/2006/07/14300.pdf>.

¹⁸⁵ Portugal Law 16/2007 [Penal Code] § 42(6), *available at* <http://www.hsph.harvard.edu/population/abortion/PORTUGAL.abo.htm> (available only in Portuguese.)

¹⁸⁶ *Id.*

¹⁸⁷ FIGO Members, *supra* note 68.

35. Romania

The Romanian Constitution provides, “[f]reedom of thought, opinion, and religious belief shall not be restricted in any form whatsoever.”¹⁸⁸ The Constitution further provides that although “[f]reedom of conscience is guaranteed; it must be manifested in a spirit of tolerance and mutual respect.”¹⁸⁹

The *Romanian Society of Obstetric and Gynecology* is a member of FIGO.¹⁹⁰

36. Russian Federation

Russian Federal Law recognizes¹⁹¹ and regulates individuals’ rights to freedom of conscience, faith, and religious associations.¹⁹²

The *Russian Society of Obstetricians and Gynaecologists* is a member of FIGO.¹⁹³

37. San Marino

Abortion is illegal in San Marino with the criminal law principle of necessity interpreted to permit abortion to save the life of the mother.¹⁹⁴ “Under Articles 153 and 154 of the Penal Code of San Marino, abortion is generally prohibited. . . . Nonetheless, under general criminal law principles of necessity, an abortion can be performed to save the life of the pregnant woman.”¹⁹⁵

38. Serbia

The Serbian Constitution provides “freedom of thought, conscience, beliefs and religion . . . as well as the right to stand by one’s belief or religion or change them by choice.”¹⁹⁶ However, these freedoms “may be restricted by law only if that is necessary in a democratic society to protect lives and health of people, morals of democratic society, freedoms and rights guaranteed by the Constitution, public safety and order, or to prevent inciting of religious, national, and racial hatred.”¹⁹⁷

The *Association of Gynecologists and Obstetricians of Serbia, Montenegro and Republic Srpska* (UGOSCGRS) is a member of FIGO.¹⁹⁸

39. Slovak Republic

On September 22, 2004, the National Council of the Slovak Republic passed an act regulating healthcare and related services. Under Section 12 of the Act, Legal Relations in Healthcare Provision, a healthcare provider may refuse to agree to perform certain procedures if the “provision [of the procedures] is prevented by personal belief of a medical worker, who is to provide the healthcare.”¹⁹⁹ The exemption from providing services due to “personal belief” only applies to “artificial abortion, sterilization and assisted reproduction.”²⁰⁰ If medical treatment is

¹⁸⁸ The Republic of Romania Const. art. 29(1), available at <http://diasan.vsat.ro/legislatie/eng/vol65eng.pdf>.

¹⁸⁹ *Id.* at art. 29(2).

¹⁹⁰ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁹¹ Russian Federation, Federal Law, No. 125-FZ of September 26, 1997, art. 3(1), available at <http://www.legislationline.org/documents/action/popup/id/4187>.

¹⁹² *Id.* art. 2(2).

¹⁹³ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁹⁴ 3 Abortion Policies, *supra* note 88, at 71, U.N. Doc. ST/ESA/SER.A/196, Sales No. E.02.XIII.5.

¹⁹⁵ *Id.* at 72.

¹⁹⁶ Serbia Const. art. 43, available at <http://www.legislationline.org/documents/section/constitutions> (Serbia Const).

¹⁹⁷ *Id.*

¹⁹⁸ FIGO Members, *supra* note 68.

¹⁹⁹ Slovak, Act No. 576/2004 Coll. § 12(2)(c) (22 September 2004), available at http://www.privireal.org/content/rec/documents/Slovakia_ActNo576_Healthcare_2004.pdf.

²⁰⁰ *Id.* at § 12(3).

refused because of personal beliefs, the proposed patient may seek to induce the “pertinent self-governing region doctor” to investigate to ensure that the denial of treatment was due in fact to the beliefs held by the provider.²⁰¹ “The decision of the self-governing region doctor is binding for the provider.”²⁰²

The *Slovak Society of Gynecology and Obstetrics* is a member of FIGO.²⁰³

40. Slovenia

The Constitution of Slovenia states that the right of conscientious objection shall be permitted in such circumstances as are determined by statute, to the extent that the rights and freedoms of others are not affected.²⁰⁴ “Healthcare workers may not refuse to provide emergency medical assistance.”²⁰⁵ Healthcare workers are required to report their conscientious objections to the healthcare institution.²⁰⁶ The healthcare institution considers these objections, but “must ensure that patients’ healthcare rights are exercised without disruption.”²⁰⁷ Healthcare workers may refuse to perform “a medical intervention if they believe that it is not in accordance with their conscience and with international rules of medical ethics.”²⁰⁸

The Slovenian Code of Medical Deontology Practice provides “[p]hysicians may not refuse to provide emergency medical assistance appropriate to their professional capabilities, irrespective of whether it is their work duty and whether they have been expressly asked for assistance.”²⁰⁹ Physicians are required to apply and respect the principles of freedom of choice of other physicians, healthcare institutions, and the rights of patients.²¹⁰ However, physicians are “obliged to reject any intervention that according to their professional convictions and conscience could be unethical or harmful to the patient.”²¹¹ Physicians may not refuse to carry out an abortion or sterilization in the case of emergency medical assistance, but may refuse to perform the procedures in situations not involving an emergency, if the procedure is not “in accordance with the physician’s beliefs and conscience.”²¹²

The *Slovene Association of Gynaecologists and Obstetricians* is a member of FIGO.²¹³

41. Spain

Spain provides extensive regulation for healthcare workers’ right of conscientious objection in the healthcare industry. Spain’s Constitution provides for the Freedom of Religion under Article 16.²¹⁴ Although there is no specific provision for conscientious objection under the Organic Law 7/1980 on freedom of religion, Article 16 is “to be interpreted in accordance with international and European human rights treaties.”²¹⁵ Further, the Constitutional Court has interpreted Article 16 to

²⁰¹ *Id.* at (4).

²⁰² *Id.*

²⁰³ FIGO Members, *supra* note 68.

²⁰⁴ Slovenia Const. art. 46, available at <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Slovenia/Conscience-Laws-Slovenia-01.html>.

²⁰⁵ Slovenia Health Services Act, art. 45, available at <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Slovenia/Conscience-Laws-Slovenia-01.html>.

²⁰⁶ *Id.*

²⁰⁷ *Id.*

²⁰⁸ *Id.*

²⁰⁹ Slovenian Code of Medical Deontology Practice, art. 6, available at <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Slovenia/Conscience-Laws-Slovenia-01.html>.

²¹⁰ *Id.* at art. 19.

²¹¹ *Id.* at art. 14.

²¹² *Id.* at art. 42.

²¹³ FIGO Members, *supra* note 68.

²¹⁴ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 13-14, (citing Spanish Constitution, art. 16); see also Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Spain, available at <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Spain/LawSpain.html>.

²¹⁵ *Id.*

permit health care practitioners to refuse to “perform certain operations which would violate their religious beliefs.”²¹⁶ However, the High Courts of the Communities have limited that right to conscientious objection when a patient’s right to access medical services is endangered.²¹⁷ Another court, the High Court of Castilla-La Mancha (11 June 1999) ruled that a gynaecologist must find a replacement to perform an operation to which he or she objects.²¹⁸

Additionally, various communities within Spain have adopted laws that recognize the right of pharmacologists to refuse to perform their duties based upon their religious beliefs, limited however, by a threat to the patient’s health.²¹⁹ The 2000 Statutes of the Professional Order of Pharmacologists in La Rioja, for example, provides further regulation, ensuring that a patient will receive assistance despite a conscientious objection.²²⁰ In Valencia, medical professionals may conscientiously object to the ending of life support for a terminal patient.²²¹ The statute allows the patient’s medical request to be carried out without requiring the healthcare worker to be instrumental in executing the patient’s “living will.”²²² In Cantabria, a pharmacist’s right to conscientious objection is limited to situations where exercising conscientious objection does not threaten the rights of the patients.²²³

The *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia* is a member of FIGO.²²⁴

42. Sweden

Swedish law does not provide for conscientious objection by physicians.²²⁵ Physicians as well as other healthcare workers have a contractual obligation to assist in the termination of pregnancy.²²⁶ The *Svensk Förening För Obstetrik & Gynekologi* (The Swedish Society of Obstetrics and Gynecology) is a member of FIGO.²²⁷

43. Switzerland

The Swiss Constitution guarantees the freedom of religion and philosophy and the freedom to profess their religious or philosophical convictions.²²⁸ However, fundamental rights may be limited if the limitations are justified by public interest, or serve for the protection of fundamental rights of other persons.²²⁹

²¹⁶ *Id.* (citing STC 53/1985, judgment of 26 August 1988).

²¹⁷ *Id.*

²¹⁸ *Id.*

²¹⁹ Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Spain, (citing STC 53/1985, judgment of 26 August 1988), *available at* www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Spain/LawSpain.html.

²²⁰ Law 8/1998 (16 June, 1998) On Pharmacologists, Article 5(10) (Ley 8/1998, de 16 de junio, de ordenacion farmaceutica de la Comunidad Autonoma de La Rioja (BOLR de 20 de junio)), *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Spain/LawSpain.html>.

²²¹ Law 1/2003 (28 January, 2003) on the Rights and Information of the Patient, Article 17(2) (Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat, de Derechos e Informacion al Paciente de la Comunidad Valenciana (DOGV de 31 de enero)), *available at* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Spain, <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Spain/LawSpain.html>.

²²² *Id.*

²²³ Law 8/1998 (16 June, 1998) On Pharmacologists, Article 5(10) (Ley 8/1998, de 16 de junio, de ordenacion farmaceutica de la Comunidad Autonoma de La Rioja (BOLR de 20 de junio)), *available at* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, Spain, <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-Spain/LawSpain.html>.

²²⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

²²⁵ Saunders, *supra* note 113, at 9.

²²⁶ *Id.*

²²⁷ FIGO Members, *supra* note 68.

²²⁸ Switzerland Const., Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft [BV] [18 April 1999, art. 15, ¶¶ 1,2 (Switz).

²²⁹ *Id.* art. 36.

The *Schweizerische Gesellschaft für Gynäkologie and Geburtshilfe/Société Suisse de Gynécologie & Obstétrique* is a member of FIGO.²³⁰

44. The former Yugoslav Republic of Macedonia

Healthcare workers may not invoke conscientious objection, even if the procedure violates their cultural or religious beliefs.²³¹

The *Association of Gynecologists and Obstetricians of Macedonia* is a member of FIGO.²³²

45. Turkey

Article 24 of the Constitution of Turkey provides everyone with the right “to freedom of conscience, religious belief and conviction.”²³³ These freedoms however are subject to Article 14, which states “[n]one of the rights and freedoms embodied in the Constitution shall be exercised with the aim of violating the indivisible integrity of the state with its territory and nation, and endangering the existence of the democratic and secular order of the Turkish Republic based upon human rights.”²³⁴

The *Turkish Society of Obstetrics and Gynecology* is a member of FIGO.²³⁵

46. Ukraine

Article 35 of the Ukrainian Constitution provides that every “person has the right to freedom of conscience and religion.”²³⁶ This right however can be limited by law, but only to protect the “public order, the health and morality of the population, or for the protection of the rights and freedoms of other individuals.”²³⁷

The *Ukrainian Association of Obstetricians and Gynaecologists* is a member of FIGO.²³⁸

47. United Kingdom

The United Kingdom recognizes the right to religious conscientious objection in the British Abortion Act of 1967 for doctors and nurses, limited by a requirement to provide emergency treatment when the life of the woman is threatened.²³⁹ Other regulatory limits apply as well, requiring participation in other portions of treatment which are not part of the abortion, such as giving advice or “various participatory steps, including the signing of the certificate required from a medical practitioner before an abortion can occur.”²⁴⁰ Moreover, there is governmental guidance regarding exemptions for ancillary staff involved in handling aborted children and provisions for medical students wishing to opt out of witnessing abortions.²⁴¹ The British Medical Association also “expects” doctors to refer patients to another willing doctor where there is a conscientious

²³⁰ FIGO Members, *supra* note 68.

²³¹ Law on Termination of Pregnancy June 1972, Amended May 1976 (Published in Official Journal of Socialist Republic of Macedonia).

²³² FIGO Members, *supra* note 68.

²³³ Turkey Const., art. 24, *available at*

<http://www.legislationline.org/download/action/download/id/1650/file/d24f120df114ba9003796ee0f617.htm/preview>.

²³⁴ *Id.*, art. 14.

²³⁵ FIGO Members, *supra* note 68.

²³⁶ Ukraine Const., art. 35, *available at* <http://www.brama.com/ua-gov/conste.html#r2>.

²³⁷ *Id.*

²³⁸ FIGO Members, *supra* note 68.

²³⁹ E.U. Network of Indep. Experts of Fundamental Rights, *supra* note 95, at 14 (citing Abortion Act 1967 § (4)(1)-(3)); *see also* Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, United Kingdom, *available at* <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-United-Kingdom/LawUK01.html>.

²⁴⁰ *Id.* (citing *Janaway v. Salford Health Authority*, 1988).

²⁴¹ *Id.*

objection to providing contraception.²⁴² A person may assert a conscientious objection to participating in any activity governed by the Human Fertilization and Embryology Act of 1990.²⁴³ The *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (UK) is a member of FIGO.²⁴⁴

III. Protection of Conscience for Health Care Professionals under the Laws of the United States & Individual States

The federal government and forty-seven states, in addition to Guam and the Virgin Islands, provide various degrees of legal protection for health care professionals who refuse to participate in abortion procedures based on religious or conscientious grounds.

A. Federal Legal Protection

42 U.S.C. § 300a-7 Sterilization or Abortion

(b) Prohibition of public officials and public authorities from imposition of certain requirements contrary to religious beliefs or moral convictions

The receipt of any grant, contract, loan, or loan guarantee under the Public Health Service Act [42 U.S.C. 201 et seq.], the Community Mental Health Centers Act [42 U.S.C. 2689 et seq.], or the Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Act [42 U.S.C. 6000 et seq.] by any individual or entity does not authorize any court or any public official or other public authority to require—

(1) such individual to perform or assist in the performance of any sterilization procedure or abortion if his performance or assistance in the performance of such procedure or abortion would be contrary to his religious beliefs or moral convictions; or

(2) such entity to—

(A) make its facilities available for the performance of any sterilization procedure or abortion if the performance of such procedure or abortion in such facilities is prohibited by the entity on the basis of religious beliefs or moral convictions, or

(B) provide any personnel for the performance or assistance in the performance of any sterilization procedure or abortion if the performance or assistance in the performance of such procedures or abortion by such personnel would be contrary to the religious beliefs or moral convictions of such personnel.

(c) Discrimination prohibition

(1) No entity which receives a grant, contract, loan, or loan guarantee under the Public Health Service Act [42 U.S.C. 201 et seq.], the Community Mental Health Centers Act [42 U.S.C. 2689 et seq.], or the Developmental Disabilities Services and Facilities Construction Act [42 U.S.C. 6000 et seq.] after June 18, 1973, may—

(A) discriminate in the employment, promotion, or termination of employment of any physician or other health care personnel, or

²⁴² *Id.*

²⁴³ Human Fertilisation and Embryology Act 1990 (c. 37), available at Protection of Conscience Project, Protection of Conscience Laws, United Kingdom, <http://www.consciencelaws.org/Conscience-Laws-United-Kingdom/LawUK01.html>.

²⁴⁴ FIGO Members, *supra* note 68.

(B) discriminate in the extension of staff or other privileges to any physician or other health care personnel, because he performed or assisted in the performance of a lawful sterilization procedure or abortion, because he refused to perform or assist in the performance of such a procedure or abortion on the grounds that his performance or assistance in the performance of the procedure or abortion would be contrary to his religious beliefs or moral convictions, or because of his religious beliefs or moral convictions respecting sterilization procedures or abortions.

(2) No entity which receives after July 12, 1974, a grant or contract for biomedical or behavioural research under any program administered by the Secretary of Health and Human Services may—

(A) discriminate in the employment, promotion, or termination of employment of any physician or other health care personnel, or

(B) discriminate in the extension of staff or other privileges to any physician or other health care personnel, because he performed or assisted in the performance of any lawful health service or research activity, because he refused to perform or assist in the performance of any such service or activity on the grounds that his performance or assistance in the performance of such service or activity would be contrary to his religious beliefs or moral convictions, or because of his religious beliefs or moral convictions respecting any such service or activity.

(d) Individual rights respecting certain requirements contrary to religious beliefs or moral convictions

No individual shall be required to perform or assist in the performance of any part of a health service program or research activity funded in whole or in part under a program administered by the Secretary of Health and Human Services if his performance or assistance in the performance of such part of such program or activity would be contrary to his religious beliefs or moral convictions.

(e) Prohibition on entities receiving Federal grant, etc., from discriminating against applicants for training or study because of refusal of applicant to participate on religious or moral grounds

No entity which receives, after September 29, 1979, any grant, contract, loan, loan guarantee, or interest subsidy under the Public Health Service Act [42 U.S.C. 201 et seq.], the Community Mental Health Centers Act [42 U.S.C. 2689 et seq.], or the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act of 2000 [42 U.S.C. 15001 et seq.] may deny admission or otherwise discriminate against any applicant (including applicants for internships and residencies) for training or study because of the applicant's reluctance, or willingness, to counsel, suggest, recommend, assist, or in any way participate in the performance of abortions or sterilizations contrary to or consistent with the applicant's religious beliefs or moral convictions.

42 U.S.C. § 238n Abortion-related discrimination in governmental activities regarding training and licensing of physicians

(a) In general.

The Federal Government, and any State or local government that receives Federal financial assistance, may not subject any health care entity to discrimination on the basis that—

(1) the entity refuses to undergo training in the performance of induced abortions, to require or provide such training, to perform such abortions, or to provide referrals for such training or such abortions;

(2) the entity refuses to make arrangements for any of the activities specified in paragraph (1); or

(3) the entity attends (or attended) a post-graduate physician training program, or any other program of training in the health professions, that does not (or did not) perform induced abortions or require, provide or refer for training in the performance of induced abortions, or make arrangements for the provision of such training.

B. State Legal Protection

Only three (3) states in the United States do not provide for the civil rights of healthcare providers with regard to conscience laws: Alabama, New Hampshire, and Vermont. Below are the laws in the remaining states and territories.

ALASKA

ALASKA STAT. § 18.16.010(b) (LexisNexis 2010):

Nothing in this section requires a hospital or person to participate in an abortion, nor is a hospital or person liable for refusing to participate in an abortion under this section.

ARIZONA

ARIZ. REV. STAT. § 36-2154(A)-(B) (LexisNexis 2010):

A. A hospital is not required to admit any patient for the purpose of performing an abortion. A physician, or any other person who is a member of or associated with the staff of a hospital, or any employee of a hospital, doctor, clinic or other medical or surgical facility in which an abortion has been authorized, who states in writing an objection to the abortion on moral or religious grounds is not required to facilitate or participate in the medical or surgical procedures that will result in the abortion.

B. A pharmacy, hospital or health professional, or any employee of a pharmacy, hospital or health professional, who states in writing an objection to abortion, abortion medication, emergency contraception or any medication or device intended to inhibit or prevent implantation of a fertilized ovum on moral or religious grounds is not required to facilitate or participate in the provision of an abortion, abortion medication, emergency contraception or any medication or device intended to inhibit or prevent implantation of a fertilized ovum. The pharmacy, hospital or health professional, or an employee of the pharmacy, hospital or health professional, shall return to the patient the patient's written prescription order.

ARKANSAS

ARK. CODE ANN. § 20-16-601(a)-(b) (LexisNexis 2010):

(a) No person shall be required to perform or participate in medical procedures which result in the termination of pregnancy. The refusal of any person to perform or participate in these medical procedures shall not be a basis for civil liability to any person nor a basis for any disciplinary or any other recriminatory action against him or her.

(b) No hospital, hospital director, or governing board shall be required to permit the termination of human pregnancies within its institution, and the refusal to permit the procedures shall not be grounds for civil liability to any person nor a basis for any disciplinary or other recriminatory action against it by the state or any person.

ARK. CODE ANN. § 20-16-304 (LexisNexis 2010) (emphasis added):

Public policy—Availability of procedures, supplies, and information--Exceptions.

It shall be the policy and authority of this state that:

(1) All medically acceptable contraceptive procedures, supplies, and information shall be available through legally recognized channels to each person desirous of the procedures, supplies, and information regardless of sex, race, age, income, number of children, marital status, citizenship, or motive;

(2) Medical procedures for permanent sterilization, when performed by a physician on a requesting and consenting person eighteen (18) years of age or older, or less than eighteen (18) years of age if legally married, be consistent with public policy;

(3) Dissemination of medically acceptable contraceptive information in this state and in state and county health and welfare departments, in medical facilities, at institutions of higher learning, and at other agencies and instrumentalities of this state be consistent with public policy;

(4) Nothing in this subchapter shall prohibit a physician, pharmacist, or any other authorized paramedical personnel from refusing to furnish any contraceptive procedures, supplies, or information; and

(5) No private institution or physician, nor any agent or employee of the institution or physician, nor any employee of a public institution acting under directions of a physician, shall be prohibited from refusing to provide contraceptive procedures, supplies, and information when the refusal is based upon religious or conscientious objection. No such institution, employee, agent, or physician shall be held liable for the refusal.

CALIFORNIA

CAL. HEALTH & SAFETY CODE § 123420(a)-(d) (LexisNexis 2009):

(a) No employer or other person shall require a physician, a registered nurse, a licensed vocational nurse, or any other person employed or with staff privileges at a hospital, facility, or clinic to directly participate in the induction or performance of an abortion, if the employee or other person has filed a written statement with the employer or the hospital, facility, or clinic indicating a moral, ethical, or religious basis for refusal to participate in the abortion.

No such employee of a hospital, facility, or clinic that does not permit the performance of abortions, or person with staff privileges therein, shall be subject to any penalty or discipline on account of the person's participation in the performance of an abortion in other than the hospital, facility, or clinic.

(b) No medical school or other facility for the education or training of physicians, nurses, or other medical personnel shall refuse admission to a person or penalize the person in any way because of the person's unwillingness to participate in the performance of an abortion for moral, ethical, or religious reasons. No hospital, facility, or clinic shall refuse staff privileges to a physician because of the physician's refusal to participate in the performance of abortion for moral, ethical, or religious reasons.

(c) Nothing in this article shall require a non-profit hospital or other facility or clinic that is organized or operated by a religious corporation or other religious organization and licensed pursuant to Chapter 1 (commencing with Section 1200) or Chapter 2 (commencing with Section 1250) of Division 2, or any administrative officer, employee, agent, or member of the governing board thereof, to perform or to permit the performance of an abortion in the facility or clinic or to provide abortion services. No such non-profit facility or clinic organized or operated by a religious corporation or other religious organization, nor its administrative officers, employees, agents, or members of its governing board shall be liable, individually or collectively, for failure or refusal to participate in any such act. The failure or refusal of any such corporation, unincorporated association or individual person to perform or to permit the performance of such medical procedures shall not be the basis for any disciplinary or other recriminatory action against such corporations, unincorporated associations, or individuals. Any such facility or clinic that does not permit the performance of abortions on its premises shall post notice of that proscription in an area of the facility or clinic that is open to patients and prospective admittees.

(d) This section shall not apply to medical emergency situations and spontaneous abortions.

CAL BUS & PROF CODE § 733(a), (b)(3) (LexisNexis 2009) (pertaining to pharmacists) (emphasis added):

733. *Health care licentiate* required to dispense drugs and devices pursuant to lawful order or prescription; *Specified exceptions*; Violation as unprofessional conduct

(a) No licentiate shall obstruct a patient in obtaining a prescription drug or device that has been legally prescribed or ordered for that patient. A violation of this section constitutes unprofessional conduct by the licentiate and shall subject the licentiate to disciplinary or administrative action by his or her licensing agency.

(b) Notwithstanding any other provision of law, a licentiate shall dispense drugs and devices, as described in subdivision (a) of Section 4024, pursuant to a lawful order or prescription unless one of the following circumstances exists:

...

(3) *The licentiate refuses on ethical, moral, or religious grounds to dispense a drug or device pursuant to an order or prescription. A licentiate may decline to dispense a prescription drug or device on this basis only if the licentiate has previously notified his or her employer, in writing, of the drug or class of drugs to which he or she objects, and the licentiate's employer can, without creating undue hardship, provide a reasonable accommodation of the licentiate's objection. The licentiate's employer shall establish protocols that ensure that the patient has timely access to the prescribed drug or device despite the licentiate's refusal to dispense the prescription or order. For purposes of this section, "reasonable accommodation" and "undue hardship" shall have the same meaning as applied to those terms pursuant to subdivision (l) of Section 12940 of the Government Code.*

COLORADO

COLO. REV. STAT. § 18-6-104 (LexisNexis 2009):

A person who is a member of or associated with the staff of a hospital or any employee of a hospital in which a justified medical termination has been authorized and who states in writing an objection to the termination on moral or religious grounds is not required to participate in the medical procedures which result in the termination of a pregnancy, and the refusal of any such person to participate does not form the basis for any disciplinary or other recriminatory action against the person.

CONNECTICUT

REGS. CONN. STATE AGENCIES § 19-13-D54(f) (LexisNexis 2010):

No person shall be required to participate in any phase of an abortion that violates his or her judgment, philosophical, moral or religious beliefs.

DELAWARE

DEL. CODE ANN. tit. 24, § 1791 (LexisNexis 2010):

(a) No person shall be required to perform or participate in medical procedures which result in the termination of pregnancy; and the refusal of any person to perform or participate in these medical procedures shall not be a basis for civil liability to any person, nor a basis for any disciplinary or other recriminatory action against the person.

(b) No hospital, hospital director or governing board shall be required to permit the termination of human pregnancies within its institution, and the refusal to permit such procedures shall not be grounds for civil liability to any person, nor a basis for any disciplinary or other recriminatory action against it by the State or any person.

(c) The refusal of any person to submit to an abortion or to give consent shall not be grounds for loss of any privileges or immunities to which such person would otherwise be entitled, nor shall submission to an abortion or the granting of consent be a condition precedent to the receipt of any public benefits.

FLORIDA

FLA. STAT. ANN. § 390.0111(8) (LexisNexis 2009):

(8) **REFUSAL TO PARTICIPATE IN TERMINATION PROCEDURE.** – Nothing in this section shall require any hospital or any person to participate in the termination of a pregnancy, nor shall any hospital or any person be liable for such refusal. No person who is a member of, or associated

with, the staff of a hospital, nor any employee of a hospital or physician in which or by whom the termination of a pregnancy has been authorized or performed, who shall state an objection to such procedure on moral or religious grounds shall be required to participate in the procedure which will result in the termination of pregnancy. The refusal of any such person or employee to participate shall not form the basis for any disciplinary or other recriminatory action against such person.

GEORGIA

GA. CODE ANN. § 16-12-142(a)-(b) (LexisNexis 2009) (emphasis added):

(a) Nothing in this article shall require a hospital or other medical facility or physician to admit any patient under the provisions of this article for the purpose of performing an abortion.

(b) Any *pharmacist* who states in writing an objection to any abortion or all abortions on moral or religious grounds shall not be required to fill a prescription for a drug which purpose is to terminate a pregnancy; and the refusal of the person to fill such prescription shall not form the basis of any claim for damages on account of such refusal or for any disciplinary or recriminatory action against the person; provided, however, that the pharmacist shall make all reasonable efforts to locate another pharmacist who is willing to fill such prescription or shall immediately return the prescription to the prescription holder. The written objection shall remain in effect until the person revokes it or terminates his or her association with the facility with which it is filed. Nothing in this subsection shall be construed to authorize a pharmacist to refuse to fill a prescription for birth control medication, including any process, device, or method to prevent pregnancy and including any drug or device approved by the federal Food and Drug Administration for such purpose.

HAWAII

HAW. REV. STAT. ANN. § 453-16(e) (LexisNexis 2009):

Nothing in this section shall require any hospital or any person to participate in an abortion nor shall any hospital or any person be liable for a refusal.

IDAHO

IDAHO CODE ANN. § 18-612 (LexisNexis 2009):

Nothing in this act shall be deemed to require any hospital to furnish facilities or admit any patient for any abortion if, upon determination by its governing board, it elects not to do so. Neither shall any physician be required to perform or assist in any abortion, nor shall any nurse, technician or other employee of any physician or hospital be required by law or otherwise to assist or participate in the performance or provision of any abortion if he or she, for personal, moral or religious reasons, objects thereto. Any such person in the employ or under the control of a hospital shall be deemed to have sufficiently objected to participation in such procedures only if he or she has advised such hospital in writing that he or she generally or specifically objects to assisting or otherwise participating in such procedures. Such notice will suffice without specification of the reason therefor. No refusal to accept a patient for abortion or to perform, assist or participate in any such abortion as herein provided shall form the basis of any claim for damages or recriminatory action against the declining person, agency or institution.

ILLINOIS

720 ILL. COMP. STAT. ANN. 510/13 (LexisNexis 2010):

No physician, hospital, ambulatory surgical center, nor employee thereof, shall be required against his or its conscience declared in writing to perform, permit or participate in any abortion, and the failure or refusal to do so shall not be the basis for any civil, criminal, administrative or disciplinary action, proceeding, penalty or punishment. If any request for an abortion is denied, the patient shall be promptly notified.

INDIANA

BURNS IND. CODE ANN. § 16-34-1-4 (LexisNexis 2009):

No:

- (1) Physician; or

(2) Employee or member of the staff of a hospital or other facility in which an abortion may be performed;

shall be required to perform an abortion or to assist or participate in the medical procedures resulting in or intended to result in an abortion, if that individual objects to such procedures on ethical, moral, or religious grounds.

IOWA

IOWA CODE § 146.1 (LexisNexis 2008):

An individual who may lawfully perform, assist, or participate in medical procedures which will result in an abortion shall not be required against that individual's religious beliefs or moral convictions to perform, assist, or participate in such procedures. A person shall not discriminate against any individual in any way, including but not limited to employment, promotion, advancement, transfer, licensing, education, training or the granting of hospital privileges or staff appointments, because of the individual's participation in or refusal to participate in recommending, performing, or assisting in an abortion procedure. For the purposes of this chapter, "abortion" means the termination of a human pregnancy with the intent other than to produce a live birth or to remove a dead fetus. Abortion does not include medical care which has as its primary purpose the treatment of a serious physical condition requiring emergency medical treatment necessary to save the life of a mother.

KANSAS

KAN. STAT. ANN. § 65-443 (LexisNexis 2008) (emphasis added):

No person shall be required to perform or participate in medical procedures which result in the termination of a pregnancy, and the refusal of any person to perform or participate in those medical procedures shall not be a basis for civil liability to any person. No hospital, hospital administrator or governing board of any hospital shall terminate the employment of, prevent or impair the practice or occupation of or impose any other sanction on any person because of such person's refusal to perform or participate in the termination of any human pregnancy.

KENTUCKY

KY. REV. STAT. ANN. § 311.800 (LexisNexis 2010):

(1) No publicly owned hospital or other publicly owned health care facility shall perform or permit the performance of abortions, except to save the life of the pregnant woman.

(2) In the event that a publicly owned hospital or publicly owned health facility is performing or about to perform an abortion in violation of subsection (1) of this section, and law enforcement authorities in the county have failed or refused to take action to stop such a practice, any resident of the county in which the hospital or health facility is located, may apply to the Circuit Court of that county for an injunction or other court process to require compliance with subsection (1) of this section.

(3) No private hospital or private health care facility shall be required to, or held liable for refusal to, perform or permit the performance of abortion contrary to its stated ethical policy.

(4) No physician, nurse staff member or employee of a public or private hospital or employee of a public or private health care facility, who shall state in writing to such hospital or health care facility his objection to performing, participating in, or cooperating in, abortion on moral, religious or professional grounds, be required to, or held liable for refusal to, perform, participate in, or cooperate in such abortion.

(5) It shall be an unlawful discriminatory practice for the following:

(a) Any person to impose penalties or take disciplinary action against, or to deny or limit public funds, licenses, certifications, degrees, or other approvals or documents of qualification to, any hospital or other health care facility due to the refusal of such hospital or health care facility to perform or permit to be performed, participate in, or cooperate in, abortion by reason of objection thereto on moral, religious or professional grounds, or because of any statement or other manifestation of attitude by such hospital or health care facility with respect to abortion; or,

(b) Any person to impose penalties or take disciplinary action against, or to deny or limit public funds, licenses, certifications, degrees, or other approvals or documents of qualification to any physician, nurse or staff member or employee of any hospital or health care facility, due to the willingness or refusal of such physician, nurse or staff member or employee to perform or participate in abortion by reason of objection thereto on moral, religious or professional grounds, or because of any statement or other manifestation of attitude by such physician, nurse or staff member or employee with respect to abortion; or,

(c) Any public or private agency, institution or person, including a medical, nursing or other school, to deny admission to, impose any burdens in terms of conditions of employment upon, or otherwise discriminate against any applicant for admission thereto or any physician, nurse, staff member, student or employee thereof, on account of the willingness or refusal of such applicant, physician, nurse, staff member, student or employee to perform or participate in abortion or sterilization by reason of objection thereto on moral, religious or professional grounds, or because of any statement or other manifestation of attitude by such person with respect to abortion or sterilization if that health care facility is not operated exclusively for the purposes of performing abortions or sterilizations.

LOUISIANA

LA. REV. STAT. ANN. § 40:1299.31 (LexisNexis 2010):

A. No physician, nurse, student or other person or corporation shall be held civilly or criminally liable, discriminated against, dismissed, demoted, or in any way prejudiced or damaged because of his refusal for any reason to recommend, counsel, perform, assist with or accommodate an abortion.

B. No worker or employee in any social service agency, whether public or private, shall be held civilly or criminally liable, discriminated against, dismissed, demoted, in any way prejudiced or damaged, or pressured in any way for refusal to take part in, recommend or counsel an abortion for any woman.

MAINE

ME. REV. STAT. ANN. tit. 22, § 1591 (LexisNexis 2009) (emphasis added):

No physician, nurse or *other person* who refuses to perform or assist in the performance of an abortion, and no hospital or health care facility that refuses to permit the performance of an abortion upon its premises, shall be liable to any person, firm, association or corporation for damages allegedly arising from the refusal, nor shall such refusal constitute a basis for any civil liability to any physician, nurse or other person, hospital or health care facility nor a basis for any disciplinary or other recriminatory action against them or any of them by the State or any person.

No physician, nurse or *other person*, who refuses to perform or assist in the performance of an abortion, shall, because of that refusal, be dismissed, suspended, demoted or otherwise prejudiced or damaged by a hospital, health care facility, firm, association, professional association, corporation or educational institution with which he or she is affiliated or requests to be affiliated or by which he or she is employed, nor shall such refusal constitute grounds for loss of any privileges or immunities to which such physician, nurse or other person would otherwise be entitled nor shall submission to an abortion or the granting of consent therefore be a condition precedent to the receipt of any public benefits.

MARYLAND

MD. CODE ANN. HEALTH-GEN. § 20-214(a)-(c) (LexisNexis 2010):

(a) In general. –

(1) A person may not be required to perform or participate in, or refer to any source for, any medical procedure that result in artificial insemination, sterilization, or termination of pregnancy.

(2) The refusal of a person to perform or participate in, or refer to a source for, these medical procedures may not be a basis for:

(i) Civil liability to another person; or

(ii) Disciplinary or other recriminatory action against the person.

(b) Hospitals. –

(1) A licensed hospital, hospital director, or hospital governing board may not be required:

(i) To permit, within the hospital, the performance of any medical procedure that results in artificial insemination, sterilization, or termination of pregnancy; or

(ii) To refer to any source for these medical procedures.

(2) The refusal to permit or to refer to a source for these procedures may not be grounds for:

(i) Civil liability to another person; or

(ii) Disciplinary or other recriminatory action against the person by this State or any person.

(c) Patients. –

(1) The refusal of an individual to submit to or give consent for an abortion or sterilization may not be grounds for loss of any privileges or immunities to which the individual otherwise would be entitled.

(2) Submitting to or granting consent for an abortion or sterilization may not be a condition precedent to the receipt of any public benefits.

MASSACHUSETTS

MASS. ANN. LAWS. ch. 112, § 12I (LexisNexis 2009):

A physician or any other person who is a member of or associated with the medical staff of a hospital or other health facility or any employee of a hospital or other health facility in which an abortion or any sterilization procedure is scheduled and who shall state in writing an objection to such abortion or sterilization procedure on moral or religious grounds, shall not be required to participate in the medical procedures which result in such abortion or sterilization, and the refusal of any such person to participate therein shall not form the basis for any claim of damages on account of such refusal or for any disciplinary or recriminatory action against such person. The refusal of any person who has made application to a medical, premedical, nursing, social work, or psychology program in the commonwealth to agree to counsel, suggest, recommend, assist, or in any way participate in the performance of an abortion or sterilization contrary to his religious beliefs or moral convictions shall not form the basis for any discriminatory action against such person. Conscientious objection to abortion shall not be grounds for dismissal, suspension, demotion, failure to promote, discrimination in hiring, withholding of pay or refusal to grant financial assistance under any state aided project, or used in any way to the detriment of the individual in any hospital, clinic, medical, premedical, nursing, social work, or psychology school or state aided program or institution which is supported in whole or in part-by the commonwealth.

MICHIGAN

MICH. COMP. LAWS SERV. § 333.20181 (LexisNexis 2009):

A hospital, clinic, institution, teaching institution, or other health facility is not required to admit a patient for the purpose of performing an abortion. A hospital, clinic, institution, teaching institution, or other health facility or a physician, member, or associate of the staff, or other person connected therewith, may refuse to perform, participate in, or allow to be performed on its premises an abortion. The refusal shall be with immunity from any civil or criminal liability or penalty.

MINNESOTA

MINN. STAT. § 145.414(a)-(b) (LexisNexis 2009):

(a) No person and no hospital or institution shall be coerced, held liable or discriminated against in any manner because of a refusal to perform, accommodate, assist or submit to an abortion for any reason.

(b) It is the policy of the state of Minnesota that no health plan company as defined under section 62Q.01, subdivision 4, or health care cooperative as defined under section 62R.04, subdivision 2, shall be required to provide or provide coverage for an abortion. No provision of this chapter; of chapter 62A, 62C, 62D, 62H, 62L, 62M, 62N, 62R, 64B, or of any other chapter; of Minnesota

Rules; or of Laws 1995, chapter 234, shall be construed as requiring a health plan company as defined under section 62Q.01, subdivision 4, or a health care cooperative as defined under section 62R.04, subdivision 2, to provide or provide coverage for an abortion.

MISSISSIPPI

MISS. CODE ANN. § 41-107-5 (LexisNexis 2009) (Health-Care Providers):

(1) Rights of Conscience. A health-care provider has the right not to participate, and no health-care provider shall be required to participate in a health-care service that violates his or her conscience. However, this subsection does not allow a health-care provider to refuse to participate in a health-care service regarding a patient because of the patient's race, colour, national origin, ethnicity, sex, religion, creed or sexual orientation.

(2) Immunity from Liability. No health-care provider shall be civilly, criminally, or administratively liable for declining to participate in a health-care service that violates his or her conscience. However, this subsection does not exempt a health-care provider from liability for refusing to participate in a health-care service regarding a patient because of the patient's race, colour, national origin, ethnicity, sex, religion, creed or sexual orientation.

(3) Discrimination. It shall be unlawful for any person, health-care provider, health-care institution, public or private institution, public official, or any board which certifies competency in medical specialties to discriminate against any health-care provider in any manner based on his or her declining to participate in a health-care service that violates his or her conscience. For purposes of this chapter, discrimination includes, but is not limited to: termination, transfer, refusal of staff privileges, refusal of board certification, adverse administrative action, demotion, loss of career specialty, reassignment to a different shift, reduction of wages or benefits, refusal to award any grant, contract, or other program, refusal to provide residency training opportunities, or any other penalty, disciplinary or retaliatory action.

MISS. CODE ANN. § 41-107-7 (LexisNexis 2009) (Health-Care Institutions):

(1) Rights of Conscience. A health-care institution has the right not to participate, and no health-care institution shall be required to participate in a health-care service that violates its conscience. However, this subsection does not allow a health-care institution to refuse to participate in a health-care service regarding a patient because of the patient's race, colour, national origin, ethnicity, sex, religion, creed or sexual orientation.

(2) Immunity from Liability. A health-care institution that declines to provide or participate in a health-care service that violates its conscience shall not be civilly, criminally or administratively liable if the institution provides a consent form to be signed by a patient before admission to the institution stating that it reserves the right to decline to provide or participate in a health-care service that violates its conscience. However, this subsection does not exempt a health-care institution from liability for refusing to participate in a health-care service regarding a patient because of the patient's race, colour, national origin, ethnicity, sex, religion, creed or sexual orientation.

(3) Discrimination. It shall be unlawful for any person, public or private institution, or public official to discriminate against any health-care institution, or any person, association, corporation, or other entity attempting to establish a new health-care institution or operating an existing health-care institution, in any manner, including, but not limited to, any denial, deprivation or disqualification with respect to licensure, any aid assistance, benefit or privilege, including staff privileges, or any authorization, including authorization to create, expand, improve, acquire, or affiliate or merge with any health-care institution, because such health-care institution, or person, association, or corporation planning, proposing, or operating a health-care institution, declines to participate in a health-care service which violates the health-care institution's conscience.

(4) Denial of Aid or Benefit. It shall be unlawful for any public official, agency, institution, or entity to deny any form of aid, assistance, grants or benefits, or in any other manner to coerce, disqualify or discriminate against any person, association, corporation or other entity attempting to

establish a new health-care institution or operating an existing health-care institution because the existing or proposed health-care institution declines to participate in a health-care service contrary to the health-care institution's conscience.

MISS. CODE ANN. § 41-107-9 (LexisNexis 2009) (Health-Care Payers):

(1) Rights of Conscience. A health-care payer has the right to decline to pay, and no health-care payer shall be required to pay for or arrange for the payment of a health-care service that violates its conscience. However, this subsection does not allow a health-care payer to decline to pay or arrange for the payment of a health-care service regarding a patient because of the patient's race, colour, national origin, ethnicity, sex, religion, creed or sexual orientation.

(2) Immunity from Liability. No health-care payer and no person, association, corporation or other entity that owns, operates, supervises or manages a health-care payer shall be civilly or criminally liable by reason of the health-care payer's declining to pay for or arrange for the payment of a health-care service that violates its conscience. However, this subsection does not exempt from liability a health-care payer, or the owner, operator, supervisor or manager of a health-care payer, for declining to pay or arranging for the payment of a health-care service regarding a patient because of the patient's race, colour, national origin, ethnicity, sex, religion, creed or sexual orientation.

(3) Discrimination. It shall be unlawful for any person, public or private institution, or public official to discriminate against any health-care payer, or any person, association, corporation, or other entity (a) attempting to establish a new health-care payer, or (b) operating an existing health-care payer, in any manner, including, but not limited to, any denial, deprivation, or disqualification with respect to licensure, aid, assistance, benefit, privilege or authorization, including, but not limited to, any authorization to create, expand, improve, acquire, affiliate or merge with any health-care payer, because a health-care payer, or a person, association, corporation or other entity planning, proposing or operating a health-care payer declines to pay for or arrange for the payment of any health-care service that violates its conscience.

(4) Denial of Aid or Benefits. It shall be unlawful for any public official, agency, institution or entity to deny any form of aid, assistance, grants, or benefits or in any other manner coerce, disqualify or discriminate against any health-care payer, or any person, association, corporation or other entity attempting to establish a new health-care payer or operating an existing health-care payer because the existing or proposed health-care payer declines to pay for, or arrange for the payment of, any health-care service that is contrary to its conscience.

MISS. CODE ANN. § 41-107-3(d) (LexisNexis 2009):

"Health-care payer" means any entity or employer that contracts for, pays for, or arranges for the payment of, in whole or in part, a health-care service, including, but not limited to, health maintenance organizations, health plans, insurance companies or management services organizations.

MISSOURI

MO. REV. STAT. § 188.105 (LexisNexis 2009):

1. It shall be unlawful:

(1) For an employer:

(a) To fail or refuse to hire or to discharge any individual, or otherwise to discriminate against any individual with respect to his or her compensation, terms, conditions, or privileges of employment, because of such individual's refusal to participate in abortion;

(b) To limit, segregate, or classify his, her, or its employees or applicants for employment in any way which would deprive or tend to deprive any individual of employment opportunities or otherwise adversely affect his or her status as an employee, because of such individual's refusal to participate in abortion;

(c) To discharge, expel, or otherwise discriminate against any person because he or she has opposed any practices forbidden under sections 188.100 to 188.120 or because he or she has filed a complaint, testified, or assisted in any legal proceeding under sections 188.100 to 188.120;

(2) For any person, whether an employer or employee, or not, to aid, abet, incite, compel, or coerce the doing of any of the acts forbidden under sections 188.100 to 188.120, or to attempt to do so.

2. Notwithstanding any other provision of sections 188.100 to 188.120, the acts proscribed in subsection 1 of this section shall not be unlawful if there can be demonstrated an inability to reasonably accommodate an individual's refusal to participate in abortion without undue hardship on the conduct of that particular business or enterprise, or in those certain instances where participation in abortion is a bona fide occupational qualification reasonably necessary to the normal operation of that particular business or enterprise.

3. Nothing contained in sections 188.100 to 188.120 shall be interpreted to require any employer to grant preferential treatment to any individual because of such individual's refusal to participate in abortion.

MO. REV. STAT. § 188.110 (LexisNexis 2009):

1. No public or private college, university or hospital shall discriminate against any person for refusal to participate in abortion.

2. No applicant, student, teacher, or employee of any school shall be required to pay any fees that would in whole or in part fund an abortion for any other applicant, student, teacher, or employee of that school, if the individual required to pay the fee gives written notice to the proper school authorities that it would be in violation of his or her conscience or beliefs to pay for or fund abortions. The school may require the individual to pay that part of the fees not funding abortions, if the school makes reasonable precautions and gives reasonable assurance that the fees that are paid are segregated from any fund for the payment of abortions.

MONTANA

MONT. CODE ANN. § 50-20-111(2) (LexisNexis 2009):

(1) No private hospital or health care facility shall be required contrary to the religious or moral tenets or the stated religious beliefs or moral convictions of its staff or governing board to admit any person for the purpose of abortion or to permit the use of its facilities for such purpose. Such refusal shall not give rise to liability of such hospital or health care facility or any personnel or agent or governing board thereof to any person for damages allegedly arising from such refusal or be the basis for any discriminatory, disciplinary, or other recriminatory action against such hospital or health care facility or any personnel, agent, or governing board thereof.

(2) All persons shall have the right to refuse to advise concerning, perform, assist, or participate in abortion because of religious beliefs or moral convictions. If requested by any hospital or health care facility or person desiring an abortion, such refusal shall be in writing signed by the person refusing, but may refer generally to the grounds of "religious beliefs and moral convictions". The refusal of any person to advise concerning, perform, assist, or participate in abortion shall not be a consideration in respect of staff privileges of any hospital or health care facility or a basis for any discriminatory, disciplinary, or other recriminatory action against such person, nor shall such person be liable to any person for damages allegedly arising from refusal.

(3) It shall be unlawful to interfere or attempt to interfere with the right of refusal authorized by this section. The person injured thereby shall be entitled to injunctive relief, when appropriate, and shall further be entitled to monetary damages for injuries suffered.

(4) Such refusal by any hospital or health care facility or person shall not be grounds for loss of any privileges or immunities to which the granting of consent may otherwise be a condition precedent or for the loss of any public benefits.

(5) As used in this section, the term "person" includes one or more individuals, partnerships, associations, and corporations.

NEBRASKA

NEB. REV. STAT. ANN. § 28-338 (LexisNexis 2009):

No person shall be required to perform or participate in any abortion, and the refusal of any person to participate in an abortion shall not be a basis for civil liability to any person. No hospital, governing board, or any other person, firm, association, or group shall terminate the employment or alter the position of, prevent or impair the practice or occupation of, or impose any other sanction or otherwise discriminate against any person who refuses to participate in an abortion.

NEVADA

NEV. REV. STAT. ANN. § 632.475.1 (LexisNexis 2009):

1. An employer shall not require a registered nurse, a licensed practical nurse, a nursing assistant or any other person employed to furnish direct personal health service to a patient to participate directly in the induction or performance of an abortion if the employee has filed a written statement with the employer indicating a moral, ethical or religious basis for refusal to participate in the abortion.

2. If the statement provided for in subsection 1 is filed with the employer, the employer shall not penalize or discipline the employee for declining to participate directly in the induction or performance of an abortion.

3. The provisions of subsections 1 and 2 do not apply to medical emergency situations.

4. Any person violating the provisions of this section is guilty of a misdemeanour.

NEW JERSEY

N.J. STAT. ANN. § 2A:65A-1 (LexisNexis 2010):

No person shall be required to perform or assist in the performance of an abortion or sterilization.

NEW MEXICO

N.M. STAT. ANN. § 30-5-2 (LexisNexis 2009):

This article does not require a hospital to admit any patient for the purposes of performing an abortion, nor is any hospital required to create a special hospital board. A person who is a member of, or associated with, the staff of a hospital, or any employee of a hospital, in which a justified medical termination has been authorized and who objects to the justified medical termination on moral or religious grounds shall not be required to participate in medical procedures which will result in the termination of pregnancy, and the refusal of any such person to participate shall not form the basis of any disciplinary or other recriminatory action against such person.

NEW YORK

N.Y. CIV. RIGHTS LAW § 79-i(1) (LexisNexis 2010):

1. When the performing of an abortion on a human being or assisting thereat is contrary to the conscience or religious beliefs of any person, he may refuse to perform or assist in such abortion by filing a prior written refusal setting forth the reasons therefor with the appropriate and responsible hospital, person, firm, corporation or association, and no such hospital, person, firm, corporation or association shall discriminate against the person so refusing to act.

A violation of the provisions of this section shall constitute a misdemeanour.

2. No civil action for negligence or malpractice shall be maintained against a person so refusing to act based on such refusal.

NORTH CAROLINA

N.C. GEN. STAT. § 14-45.1(e)-(f) (LexisNexis 2009):

(e) Nothing in this section shall require a physician licensed to practice medicine in North Carolina or any nurse who shall state an objection to abortion on moral, ethical, or religious grounds, to perform or participate in medical procedures which result in an abortion. The refusal of such physician to perform or participate in these medical procedures shall not be a basis for damages for such refusal, or for any disciplinary or any other recriminatory action against such physician.

(f) Nothing in this section shall require a hospital or other health care institution to perform an abortion or to provide abortion services.

N.C. BOARD OF PHARMACY POLICY, CONSCIENCE CONCERNS IN PHARMACIST DECISIONS, <http://www.ncbop.org/LawsRules/ConscienceClause.pdf>.

A pharmacist should function by serving the individual, community and societal needs while respecting the autonomy and dignity of each patient. The best practice by a pharmacist is to promote the good for every patient in a caring, compassionate and confidential manner. Pharmacists should discuss and resolve any questions about emergency contraception prior to employment. Compassionate care and conscientious objection are not mutually exclusive.

A pharmacist has the right to avoid being complicit in behaviour that is inconsistent with his or her morals or ethics. It is unacceptable, however, for pharmacists to impose their moral or ethical beliefs on the patients they serve. Pharmacists who object to providing a medication for a patient on this basis alone, therefore, should take proactive measures so as not to obstruct a patient's right to obtain such medication.

The Board notes that although pharmacists have a right to avoid moral or ethical conflict, they do not have a right to obstruct otherwise legitimate prescription dispensing or delivery solely on the basis of conscientious objection.

Board of Pharmacy staff interprets this policy to mean that if a pharmacist refuses to fill a prescription for emergency contraception then that pharmacist has an obligation to get the patient and the prescription to a pharmacist who will dispense that prescription in a timely manner.

NORTH DAKOTA

N.D. CENT. CODE § 23-16-14 (LexisNexis 2009):

No hospital, physician, nurse, hospital employee, nor any other person is under any duty, by law or contract, nor may such hospital or person in any circumstances be required to participate in the performance of an abortion, if such hospital or person objects to such abortion. No such person or institution may be discriminated against because the person or institution so objects.

OHIO

OHIO REV. CODE ANN. § 4731.91 (LexisNexis 2010):

(A) No private hospital, private hospital director, or governing board of a private hospital is required to permit an abortion.

(B) No public hospital, public hospital director, or governing board of a public hospital is required to permit an abortion.

(C) Refusal to permit an abortion is neither a ground for civil liability nor a basis for disciplinary or other recriminatory action.

(D) No person is required to perform or participate in medical procedures which result in abortion, and refusal to perform or participate in the medical procedures is neither a ground for civil liability nor a basis for disciplinary or other recriminatory action.

(E) Whoever violates division (D) of this section is liable in civil damages.

OKLAHOMA

OKLA. STAT. ANN. tit. 63, § 1-741 (LexisNexis 2009):

A. No private hospital, hospital director or governing board of a private hospital in Oklahoma, is required to permit abortions to be performed or induced in such hospital. Refusal to permit an abortion, in accordance with a standard policy, is neither a ground for civil liability nor a basis for disciplinary or other recriminatory action.

B. No person may be required to perform, induce or participate in medical procedures which result in an abortion which are in preparation for an abortion or which involve aftercare of an abortion patient, except when the aftercare involves emergency medical procedures which are necessary to protect the life of the patient, and refusal to perform or participate in such medical procedures is not grounds for civil liability nor a basis for disciplinary or other recriminatory action.

C. The rights and immunities granted by this section shall not include medical procedures in which a woman is in the process of the spontaneous, inevitable abortion of an unborn child, the death of the child is imminent, and the procedures are necessary to prevent the death of the mother.

OREGON

OR. REV. STAT. § 435.485(2) (LexisNexis 2007):

(1) No physician is required to give advice with respect to or participate in any termination of a pregnancy if the refusal to do so is based on an election not to give such advice or to participate in such terminations and the physician so advises the patient.

(2) No hospital employee or member of the hospital medical staff is required to participate in any termination of a pregnancy if the employee or staff member notifies the hospital of the election not to participate in such terminations.

PENNSYLVANIA

18 PA. CONS. STAT. § 3213(d) (LexisNexis 2009)

(d) PARTICIPATION IN ABORTION. --Except for a facility devoted exclusively to the performance of abortions, no medical personnel or medical facility, nor any employee, agent or student thereof, shall be required against his or its conscience to aid, abet or facilitate performance or an abortion or dispensing of an abortifacient and failure or refusal to do so shall not be a basis for any civil, criminal, administrative or disciplinary action, penalty or proceeding, nor may it be the basis for refusing to hire or admit anyone. Nothing herein shall be construed to limit the provisions of the act of October 27, 1955 (P.L. 744, No. 222), known as the "Pennsylvania Human Relations Act." Any person who knowingly violates the provisions of this subsection shall be civilly liable to the person thereby injured and, in addition, shall be liable to that person for punitive damages in the amount of \$ 5,000.

RHODE ISLAND

R.I. GEN. LAWS § 23-17-11 (2010):

A physician or any other person who is a member of or associated with the medical staff of a health care facility or any employee of a health care facility in which an abortion or any sterilization procedure is scheduled, and who shall state in writing an objection to the abortion or sterilization procedure on moral or religious grounds, shall not be required to participate in the medical procedures which result in the abortion or sterilization, and the refusal of the person to participate in the medical procedures shall not form the basis for any claim of damages on account of the refusal or for any disciplinary or recriminatory action against the person.

SOUTH CAROLINA

S.C. CODE ANN. § 44-41-50(a)-(c) (LexisNexis 2009):

(a) No physician, nurse, technician or other employee of a hospital, clinic or physician shall be required to recommend, perform or assist in the performance of an abortion if he advises the hospital, clinic or employing physician in writing that he objects to performing, assisting or otherwise participating in such procedures. Such notice will suffice without specification of the reason therefor.

(b) No physician, nurse, technician or other person who refuses to perform or assist in the performance of an abortion shall be liable to any person for damages allegedly arising from such refusal.

(c) No physician, nurse, technician or other person who refuses to perform or assist in the performance of an abortion shall because of that refusal be dismissed, suspended, demoted, or otherwise disciplined or discriminated against by the hospital or clinic with which he is affiliated or by which he is employed. A civil action for damages or reinstatement of employment, or both, may be prosecuted by any person whose employment or affiliation with a hospital or clinic has been altered or terminated in violation of this chapter.

SOUTH DAKOTA

S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-12 (LexisNexis 2009):

No physician, nurse or other person who refuses to perform or assist in the performance of an abortion shall be liable to any person for damages arising from that refusal.

S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-13 (LexisNexis 2009):

No physician, nurse or other person who performs or refuses to perform or assist in the performance of an abortion shall, because of that performance or refusal, be dismissed, suspended, demoted, or otherwise prejudiced or damaged by a hospital or other medical facility with which he is affiliated or by which he is employed.

S.D. CODIFIED LAWS § 34-23A-14 (LexisNexis 2009):

No hospital licensed pursuant to the provisions of chapter 34-12 is required to admit any patient for the purpose of terminating a pregnancy pursuant to the provisions of this chapter. No hospital is liable for its failure or refusal to participate in such termination if the hospital has adopted a policy not to admit patients for the purpose of terminating pregnancies as provided in this chapter.

S.D. CODIFIED LAWS § 36-11-70 (LexisNexis 2009):

No pharmacist may be required to dispense medication if there is reason to believe that the medication would be used to:

- (1) Cause an abortion; or
 - (2) Destroy an unborn child as defined in subdivision 22-1-2(50A); or
 - (3) Cause the death of any person by means of an assisted suicide, euthanasia, or mercy killing.
- No such refusal to dispense medication pursuant to this section may be the basis for any claim for damages against the pharmacist or the pharmacy of the pharmacist or the basis for any disciplinary, recriminatory, or discriminatory action against the pharmacist.

S.D. CODIFIED LAWS § 22-1-2(50A) (LexisNexis 2009) (emphasis added):

(50A) “Unborn *child*,” an individual organism of the species homo sapiens from *fertilization until live birth*.

TENNESSEE

TENN. CODE ANN. § 39-15-204 (LexisNexis 2010):

No physician shall be required to perform an abortion and no person shall be required to participate in the performance of an abortion. No hospital shall be required to permit abortions to be performed therein.

TEXAS

TEX. OCC. CODE ANN. § 103.001 (LexisNexis 2009):

A physician, nurse, staff member, or employee of a hospital or other health care facility who objects to directly or indirectly performing or participating in an abortion procedure may not be required to directly or indirectly perform or participate in the procedure.

UTAH

UTAH CODE ANN. § 76-7-306 (LexisNexis 2009):

(1) A physician, or any other person who is a member of or associated with the staff of a hospital, or any employee of a hospital in which an abortion has been authorized, who states an objection to an abortion or the practice of abortion in general on moral or religious grounds shall not be required to participate in the medical procedures which will result in the abortion, and the refusal of any person to participate shall not form the basis of any claim for damages on account of the refusal or for any disciplinary or recriminatory action against such person, nor shall any moral or religious scruples or objections to abortions be the grounds for any discrimination in hiring in this state.

(2) Nothing in this part shall require any private and/or denominational hospital to admit any patient for the purpose of performing an abortion.

VIRGINIA

VA. CODE ANN. § 18.2-75 (LexisNexis 2010):

Nothing in §§ 18.2-72, 18.2-73 or § 18.2-74 shall require a hospital or other medical facility or physician to admit any patient under the provisions hereof for the purpose of performing an abortion. In addition, any person who shall state in writing an objection to any abortion or all abortions on personal, ethical, moral or religious grounds shall not be required to participate in procedures which will result in such abortion, and the refusal of such person, hospital or other medical facility to participate therein shall not form the basis of any claim for damages on account of such refusal or for any disciplinary or recriminatory action against such person, nor shall any such person be denied employment because of such objection or refusal. The written objection shall remain in effect until such person shall revoke it in writing or terminate his association with the facility with which it is filed.

WASHINGTON

WASH. REV. CODE ANN. § 9.02.150 (LexisNexis 2010):

No person or private medical facility may be required by law or contract in any circumstances to participate in the performance of an abortion if such person or private medical facility objects to so doing. No person may be discriminated against in employment or professional privileges because of the person's participation or refusal to participate in the termination of a pregnancy.

WEST VIRGINIA

W. VA. CODE § 16-2F-7 (LexisNexis 2009):

Nothing in this article, or in any order issued pursuant thereto, shall require that a physician perform an abortion or that any person be required to assist in the performance of an abortion if such physician or person, for any reason, medical or otherwise, does not wish to perform or assist in such abortion.

WISCONSIN

WIS. STAT. ANN. § 253.09 (LexisNexis 2009):

(1) No hospital shall be required to admit any patient or to allow the use of the hospital facilities for the purpose of performing a sterilization procedure or removing a human embryo or fetus. A physician or any other person who is a member of or associated with the staff of a hospital, or any employee of a hospital in which such a procedure has been authorized, who shall state in writing his or her objection to the performance of or providing assistance to such a procedure on moral or religious grounds shall not be required to participate in such medical procedure, and the refusal of any such person to participate therein shall not form the basis of any claim for damages on account of such refusal or for any disciplinary or recriminatory action against such person.

(2) No hospital or employee of any hospital shall be liable for any civil damages resulting from a refusal to perform sterilization procedures or remove a human embryo or fetus from a person, if such refusal is based on religious or moral precepts.

(3) No hospital, school or employer may discriminate against any person with regard to admission, hiring or firing, tenure, term, condition or privilege of employment, student status or staff status on the ground that the person refuses to recommend, aid or perform procedures for sterilization or the removal of a human embryo or foetus, if the refusal is based on religious or moral precepts.

(4) The receipt of any grant, contract, loan or loan guarantee under any state or federal law does not authorize any court or any public official or other public authority to require: (a) Such individual to perform or assist in the performance of any sterilization procedure or removal of a human embryo or foetus if the individual's performance or assistance in the performance of such a procedure would be contrary to the individual's religious beliefs or moral convictions; or (b) Such entity to:

1. Make its facilities available for the performance of any sterilization procedure or removal of a human embryo or foetus if the performance of such a procedure in such facilities is prohibited by the entity on the basis of religious beliefs or moral convictions; or

2. Provide any personnel for the performance or assistance in the performance of any sterilization procedure or assistance if the performance or assistance in the performance of such

procedure or the removal of a human embryo or fetus by such personnel would be contrary to the religious beliefs or moral convictions of such personnel.

WYOMING

WYO. STAT. ANN. § 35-6-106 (LexisNexis 2010):

No person shall, in any way, be required to perform or participate in any abortion or in any act or thing which accomplishes or performs or assists in accomplishing or performing a human miscarriage, euthanasia or any other death of a human fetus or human embryo. The refusal of any person to do so is not a basis for civil liability to any person. No hospital, governing board or any other person, firm, association or group shall terminate the employment of, alter the position of, prevent or impair the practice or occupation of, or impose any other sanction or otherwise discriminate against any person who refuses to perform or participate in any abortion or in any act or thing which accomplishes, performs or assists in accomplishing or performing a human miscarriage, euthanasia or any other death of a human fetus or embryo.

GUAM

9 GUAM CODE ANN. § 31.22(a) (2009):

(a) No employer or other person shall require a physician, a registered nurse, a licensed vocational nurse, or any person employed or with staff privileges at a hospital, facility or clinic to directly participate in the induction or performance of an abortion, if such employee or other person has filed a written statement with the employer or the hospital, facility or clinic indicating a moral, ethical or religious basis for refusal to participate in the abortion.

No such employee or other person with staff privileges in a hospital, facility, or clinic shall be subject to any penalty or discipline by reason of his refusal to participate in an abortion. No such employee of a hospital, facility or clinic which does not permit the performance of abortions, or person with staff privileges therein, shall be subject to any penalty or discipline on account of such person[']s participation in the performance of an abortion in other than such hospital, facility or clinic.

No employer shall refuse to employ any person because of such person's refusal for moral, ethical or religious reasons to participate in an abortion, unless such person would be assigned in the normal course of business of any hospital, facility or clinic to work in those parts of the hospital, facility or clinic where abortion patients are cared for. No provision of this Chapter prohibits any hospital, facility or clinic which permits the performance of abortions from inquiring whether the employee or prospective employee would advance a moral, ethical or religious basis for refusal to participate in an abortion before hiring or assigning such a person to that part of a hospital, facility or clinic where abortion patients are cared for.

The refusal of a physician, nurse, or any other person to participate or aid in the induction or performance of an abortion pursuant to this subsection shall not form the basis of any claim for damages.

(b) No hospital, facility, or clinic shall refuse staff privileges to a physician because of such physician [']s refusal to participate in the performance of an abortion for moral, ethical, or religious reasons.

(c) Nothing in this Chapter shall require a non-profit hospital or other facility or clinic which is operated by a religious corporation or other religious organization or any administrative officer, employee, agent, or member of the governing board thereof, to perform or permit the performance of an abortion in such facility or clinic or to provide abortion services. No such non-profit facility or clinic organized or operated by a religious corporation or other religious organization, nor its administrative officers, employees, agents, or members of its governing board shall be liable, individually or collectively, for failure or refusal to participate in any such act.

The failure or refusal of any such corporation, unincorporated association or individual person to perform or to permit the performance of such medical procedures shall not be the basis for any disciplinary or other recriminatory action against such corporations, unincorporated associations,

or individuals. Any such facility or clinic which does not permit the performance of abortions on its premises shall post notice of such proscription in an area of such facility or clinic which is open to patients and prospective admittees.

(d) This section shall not apply to medical emergency situations and spontaneous abortions.

Any violation of this section is a misdemeanour.

VIRGIN ISLANDS

14 V.I. CODE ANN. § 154 (2010): Except in case of emergency, no physician, nurse or any other hospital personnel shall be required to perform, assist or in any other way associate himself with the performance of an abortion, and no such physician, nurse or other hospital personnel may be held civilly or criminally liable for his refusal to participate in the performance of an abortion.

Annexe 2

Les conséquences de l'avortement chez les adolescentes

Source www.ivg.net :

1. Des risques plus élevés de santé chez les adolescentes que chez les femmes :

- **Les suicides d'adolescentes (ou tentatives) sont 6 fois plus élevés dans les 6 mois qui suivent un avortement que chez celles qui n'ont pas avorté²⁴⁵.**
- **Problèmes de stérilité :** Par rapport aux adolescentes ayant mené leur grossesse à terme, celles qui ont avorté rencontrent davantage des risques de complications immédiates et de risques de stérilité à long terme²⁴⁶.
- **Risque plus élevé de MIP (maladie inflammatoire pelvienne), risque d'endométrite 2,5 fois plus élevé** Les risques d'infections dangereuses comme les MIP et endométrites sont supérieurs chez les adolescentes ayant avorté. Ces infections augmentent les risques de stérilité, d'hystérectomie, de grossesses extra utérines et autres complications sérieuses²⁴⁷.

2. Etude américaine sur les conséquences de l'avortement sur les adolescents, publiée dans le *Journal Youth and Adolescence*

Cette étude nationale américaine montre que les adolescentes qui avortent sont plus susceptibles d'éprouver ultérieurement des **problèmes psychologiques** par rapport à celles qui donnent naissance à un enfant non désiré. Les adolescentes ayant accouché d'un enfant

²⁴⁵ B. Garfinkle, *Stress, Depression and Suicide: A Study of Adolescents in Minnesota* (Minneapolis: University of Minnesota Extension Service, 1986).

²⁴⁶ Wadhera, "Legal Abortion Among Teens, 1974-1978", *Canadian Medical Association Journal* 122:1386-1389, June 1980.

²⁴⁷ Burkman, et al., "Morbidity Risk Among Young Adolescents Undergoing Elective Abortion" *Contraception* 30:99-105, 1984; R.T. Burkman, et al., "Culture and treatment results in endometritis following elective abortion," *American J. Obstet. & Gynecol.*, 128:556, 1997; and D. Avontsand P. Piot, "Genital infections in women undergoing induced abortion," *European J. Obstet. & Gynecol. & Reproductive Biology*, 20:53, 1985; W. Cates, Jr., "Teenagers and Sexual Risk-Taking: The Best of Times and the Worst of Times," *Journal of Adolescent Health*, 12:84, 1991; and "Teenage Pregnancy: Overall Trends and State-by-State Information," Report by the Alan Guttmacher Institute, Washington, DC, Radberg, et al., "Chlamydia Trachomatis in Relation to Infections Following First Trimester Abortions," *Acta Obstetrica Gynaecologica (Supp.93)*, 54:478, 1980; L. Westergaard, "Significance of Cervical Chlamydia Trachomatis Infection in Post-abortal Pelvic Inflammatory Disease," *Obstetrics and Gynecology* 60(3):322-325, 1982; M. Chacko, et al., "Chlamydia Trachomatis Infection in Sexually Active Adolescents: Prevalence and Risk Factors," *Pediatrics* 73(6), 1984; M. Barbacci, et al., "Post-Abortal Endometritis and Isolation of Chlamydia Trachomatis," *Obstetrics and Gynecology* 68(5):668-690, 1986; S. Duthrie, et al., "Morbidity After Termination of Pregnancy in first-Trimester," *Genitourinary Medicine* 63(3):182-187, 1987. G.M. Smith, et. al., "Pain of first-trimester abortion: Its quantification and relationships with other variables," *American Journal Obstetrics & Gynecology*, 133:489, 1979; R.T. Burkman, et. al., "Morbidity Risk Among Young Adolescents Undergoing Elective Abortion," *Contraception*, 30(2):99, 1984; and K.F. Schulz, et. al., and "Measures to Prevent Cervical Injury During Suction Curettage Abortion," *The Lancet*, 1182-1184, May 28, 1993.

non désiré s'en sortent mieux que celles ayant avorté. Les adolescentes qui avortent sont cinq fois plus susceptibles de **demander de l'aide ultérieurement pour des problèmes psychologiques et émotionnels** par rapport à celles qui mènent une grossesse non désirée à terme, selon une étude publiée dans le Journal Youth and Adolescence.

Le Dr. Priscilla Coleman, une chercheuse en psychologie à Bowling Green State University, a également constaté que les adolescentes qui ont subi un avortement étaient trois fois plus susceptibles d'avoir des **troubles du sommeil**, et neuf fois plus susceptibles de **consommer de la drogue ultérieurement**. Cette étude a pris en compte les antécédents de problèmes psychologiques et les facteurs familiaux qui pourraient également influencer des problèmes psychologiques ultérieurs.

Ces données viennent d'une étude menée par le gouvernement fédéral sur tout le territoire américain auprès d'adolescentes dans deux séries d'entretiens en 1995 et 1996. Environ 76 % des filles ayant avorté et 80 % des filles ayant accouché avaient entre 15 et 19 ans au moment de l'enquête, le reste étant plus jeune.

Le chercheur Dr. David Reardon, qui a contribué à plus d'une douzaine d'études sur les résultats psychologiques après un avortement, a déclaré que l'étude du Dr Coleman a été particulièrement importante parce qu'elle prend en compte l'aspect désiré ou non de la grossesse, en plus d'un grand nombre d'autres variables de contrôle. «Au cours des six dernières années, de nombreuses études ont formellement noté un taux plus élevé de **maladies mentales et de problèmes comportementaux** liés à l'avortement » dit le Dr Reardon. Mais les défenseurs de l'avortement ont généralement rejeté ces conclusions, insistant sur le fait que si les femmes qui avortent peuvent se porter moins bien que celles qui accouchent d'enfants désirés, elles s'en sortent mieux que les femmes qui mènent à terme des grossesses non désirées. Le Dr Coleman rejette cet argument et montre que les faits vont à l'encontre de spéculations partisans de l'avortement.

Selon l'institut Alan Guttmacher, qui suit les statistiques sur l'avortement aux Etats-Unis, environ un quart des avortements qui ont lieu chaque année sont pratiqués sur des jeunes filles de moins de 20 ans. Des études antérieures ont montré que les très jeunes femmes ayant avorté peuvent éprouver **plus de difficultés d'adaptation** après un avortement que des femmes plus âgées, **soit parce qu'elles sont plus susceptibles de subir des pressions en faveur de l'avortement alors qu'elles étaient prêtes à garder l'enfant, soit parce qu'elles avortent tardivement dans la grossesse, entraînant plus de risques physiques et émotionnels**.

Un sondage effectué en 2004 auprès de femmes américaines et russes publié dans le Medical Science Monitor a révélé que **64 % des femmes américaines interrogées ont déclaré être poussées à l'avortement**. Le Dr Priscilla Coleman a déclaré que pour les adolescentes, la pression vient probablement du fait qu'on les trouve trop jeunes pour être parents, l'avortement étant souvent perçu par leur entourage comme la meilleure solution. «Les femmes se sentant **contraintes par autrui ou par les circonstances de la vie**, à l'avortement en subissent davantage les conséquences négatives", écrit-elle. « Les adolescentes sont généralement beaucoup moins bien préparées à assumer une charge familiale et sont logiquement poussées à avorter. »

Dr Coleman a fait remarquer que **si avoir un bébé quand on est adolescente est un vrai problème, "les risques de l'interruption de grossesse semblent être encore plus prononcés."** D'autres études comparant les conséquences de l'avortement par rapport aux conséquences des grossesses non désirées menées à terme, pour les femmes ont montré des taux plus élevés de **dépressions cliniquement avérées, d'anxiété, de toxicomanie, de comportements suicidaires, de problèmes psychiatriques, de symptômes de stress post-traumatique et de troubles du sommeil** chez les femmes ayant avorté. Le Dr Reardon, a également déclaré que même si on avait longtemps pensé que ces problèmes étaient liés à des

problèmes de santé mentale existant avant l'avortement, une étude à grande échelle menée en Nouvelle-Zélande en a constaté que ce n'était pas le cas.

En effet, cette étude a été menée en Nouvelle-Zélande afin de vérifier si les problèmes psychologiques constatés chez les femmes ayant avortés, préexistaient chez ces femmes car il y a une hypothèse selon laquelle les femmes ayant des problèmes d'adaptation après un avortement étaient probablement déjà mentalement instables avant l'avortement. Les conclusions de cette étude ont montré que même les femmes mentalement stables avant l'avortement étaient plus susceptibles que les autres femmes de développer des troubles psychologiques après l'avortement, infirmant ainsi cette hypothèse. « La preuve scientifique est maintenant assez solide et convaincante », a déclaré Dr Coleman. « **L'avortement est plus risqué pour les femmes que le fait de donner naissance à un enfant non désiré** ».

Toutes les études citées ont été réalisées avec une méthodologie scientifique et ont été soumises à un contrôle rigoureux avant leur publication. Bien que le taux de grossesses chez les adolescentes américaines ait chuté de façon constante au cours des dernières décennies, les USA conserve le taux le plus élevé de grossesses et d'accouchements chez les adolescentes parmi les pays développés.

Dans son document, Dr Coleman a mis en évidence un besoin de recherches supplémentaires sur cette question. Bien que « des centaines de milliers » d'adolescentes fassent encore l'expérience d'une grossesse non désirées chaque année, son étude est l'une des rares à examiner l'impact sur la jeune femme d'un avortement par rapport à celui d'une grossesse non désirée menée à terme. Ces études montrent toutes que l'avortement a des conséquences souvent plus graves qu'une grossesse menée à terme même si celle-ci n'est pas désirée.

Beaucoup de médecins réclament davantage de recherches et les chercheurs insistent sur la nécessité d'informer les femmes sur tous les risques liés à l'avortement. « Toutes ces études montrent que l'avortement a des conséquences négatives pour de nombreuses femmes, indépendamment de savoir si la grossesse était prévue ou désirée », dit Reardon. « **En effet, aucune étude n'a jamais démontré statistiquement les avantages significatifs liés à l'avortement par rapport à la naissance. En termes de bénéfice pour la santé des femmes et de leur bien-être, les données scientifiques indiquent plutôt qu'il est préférable de mener une grossesse, même non désirée à terme, plutôt que d'avorter.** »

Sources : Priscilla K. Coleman, "Resolution of Unwanted Pregnancy During Adolescence Through Abortion Versus Childbirth: Individual and Family Predictors and Psychological Consequences," *Journal of Youth and Adolescence* (2006). VM Rue et. al., "Induced abortion and traumatic stress: A preliminary comparison of American and Russian women," *Medical Science Monitor* 10(10): SR5-16 (2004).

David M. Fergusson, et. al., "Abortion in young women and subsequent mental health," *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 47(1): 16-24 (2006).

Annexe 3

L'IVG chez les mineures en France : analyse et perspectives

Source : www.alliancevita.org

Les pouvoirs publics s'inquiètent de l'augmentation des IVG chez les mineures : + 22 % entre 2002 et 2006 ce qui représentait 13 230 avortements chez les 15 – 17 ans, et 848 pour les moins de 15 ans pour l'année 2006. Les dernières statistiques, qui datent de 2009, montrent que le nombre d'avortements chez les mineures demeure élevé, même s'il a tendance à se stabiliser (11 670 pour les 15-17 ans). Plusieurs rapports gouvernementaux parus en 2010 et 2011 se sont fait l'écho de cette situation. Depuis plusieurs années, les pouvoirs publics se sont essentiellement engagés dans des politiques de préventions axées sur l'information sur la sexualité et la contraception, et à nouveau fin octobre 2011 par des spots télévisés. On constate aujourd'hui leur échec, puisqu'elles n'ont endigué ni le nombre d'IVG chez les jeunes, ni la montée de la violence sexiste et sexuelle chez les garçons.

1. Les rapports publics sur l'IVG de 2010 et 2011

Des documents publiés en 2010 et 2011 proposent des recommandations pour réduire le recours à l'IVG par les mineures.

- Le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) sur l'évaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées, rendu public en février 2010 à la demande du ministère de la Santé.
- Le rapport de la Délégation aux droits des femmes sur la contraception des mineures (mai 2011), établi par la députée UMP Bérengère Poletti.
- La note du Centre d'analyse stratégique (juin 2011) « Comment améliorer l'accès des jeunes à la contraception ? », demandé par la secrétaire d'État à la jeunesse Jeannette Bougrab.

Ces rapports convergent pour :

- proposer l'anonymat et la gratuité de la contraception
- diversifier les modes de contraception
- renforcer l'éducation sexuelle dans les établissements scolaires
- dénoncer un tabou qui pèserait sur la sexualité des adolescents, spécialement du côté des parents.

Un nouveau rapport est attendu à l'automne 2011 : à la demande de Jeannette Bougrab, secrétaire d'Etat à la jeunesse et la vie associative dépendant du ministère de l'Education nationale, une mission a été confiée au professeur Israël Nisand sur la contraception et l'avortement des jeunes filles. Cette mission a pour objet d'explorer la question de l'anonymat et d'une gratuité générale de la contraception, de dresser un état des lieux des actions engagées en France et dans d'autres pays européens, et de formuler des propositions pour améliorer la situation en France.

2. Des conséquences psychologiques qui peuvent être difficiles à vivre

Le rapport de l'IGAS souligne qu'à tout âge « le vécu de l'IVG par les femmes et notamment la douleur sont mal connus et insuffisamment pris en compte ». Il est noté que la HAS (Haute Autorité de Santé) constate également qu'« il existe peu de données concernant le retentissement psychologique de l'IVG ».

Des psychiatres et des psychologues étudient le sujet depuis plusieurs années. Dans son livre *Quel âge aurait-il, le tabou des grossesses interrompues* paru en 2006, le docteur Stéphane Clerget décrit les symptômes de l'IVG chez certaines femmes, jeunes et moins jeunes. Lors d'un colloque organisé le 7 mars 2011 sur l'IVG à Paris, le docteur Sophie Marinopoulos,

psychologue et psychanalyste plaidait pour une prise en charge de la douleur psychique chez les femmes ayant vécu une IVG. Interrogée par le magazine *La Vie* le 2 mars 2011 avant ce colloque sur la souffrance post IVG, Sophie Marinopoulos précise: « Elle ne se voit pas, ne s'entend pas, n'est pas rationnelle. Pourtant elle s'exprime ! Sur le mode somatique, comportemental, relationnel, à travers des maux de ventre, de tête, des pleurs, ou une certaine irritabilité. Les femmes en souffrance sont tristes ou se replient sur elles-mêmes, longtemps parfois après une IVG. Il ne faut pas banaliser ces symptômes, mais au contraire mettre ces maux en mots ».

Des conséquences accentuées pour les jeunes

Le professeur Israël Nisand, gynécologue obstétricien au CHU de Strasbourg (Bas-Rhin), a multiplié les interventions médiatiques pour tirer la sonnette d'alarme : « Il est déplorable de devoir commencer sa vie sexuelle par une IVG. (...) Chez une petite ado de 16 ans, une IVG, surtout faite en secret, peut laisser des séquelles à vie! » (*Le Nouvel Observateur* – 21 juillet 2011). « Terminer sa première histoire d'amour par une IVG, c'est un chemin initiatique désolant et potentiellement traumatisant ». (*Le Figaro* – 7 mars 2011)

Politiquement, à droite comme à gauche des voix s'élèvent pour exprimer l'aspect traumatique que peut revêtir l'IVG, particulièrement chez les jeunes.

Pour Bérengère Poletti, députée UMP des Ardennes et membre de la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale : « Derrière la froide statistique d'un taux d'IVG des mineures de 10,8 % en 2007 pour la métropole et de 25 % dans les départements d'Outre-mer, se cachent des séquelles psychologiques ultérieures constatées par tous les professionnels de santé sans compter la solitude et la détresse extrêmes des filles qui y recourent en cachette de leur famille et dont le nombre demeure inconnu ». (*Rapport sur contraception des mineures* – mai 2011).

Ségolène Royal, présidente du Conseil régional de Poitou-Charente déclarait le 13 novembre 2009 dans une interview au quotidien *Libération* : « La détresse et le drame humain que représentent les avortements sur les jeunes filles méritent une action courageuse. [...] C'est une question de santé publique, de justice sociale ».

3. Les écueils des politiques de prévention

A) Les limites de la prévention de l'IVG par la contraception.

Un accès à l'information généralisé

Aujourd'hui l'information sur la contraception est accessible, notamment à l'école et sur Internet. L'accès à la contraception gratuite et anonyme pour les mineurs est disponible dans les centres de planification. Cependant, cette politique du « tout contraceptif » présente des limites qu'il est important de signaler.

Les limites du « tout contraceptif »

- La France est l'un des pays au monde où la contraception est la plus répandue, toutes techniques confondues. Selon le baromètre santé 2010 de l'INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé), les taux de contraception des Françaises de 15 à 19 ans sexuellement actives est de 91,2 %.
- Les campagnes de prévention de l'avortement par la contraception ont montré leurs limites : « 72 % des femmes qui recourent à l'IVG utilisaient une méthode de contraception » quand la grossesse a commencé (rapport de l'IGAS février 2010).
- Ce « paradoxe contraceptif français » s'explique par la différence entre l'efficacité théorique des méthodes et leur efficacité pratique : oubli (« ambivalent ») de pilule, rupture de préservatif, grossesse sous stérilet, etc.

- « Plus que jamais l'idée que la diffusion de la contraception dite 'moderne' devrait permettre une maîtrise parfaite de la fécondité apparaît comme une illusion [...] dangereuse » (Rapport de l'IGAS 2010).

Les campagnes successives sur la contraception, ces dernières années, visent à diversifier les modes de contraception, après que la France ait promu le « tout pilule » depuis les années 70. Pourtant depuis 2007, le nombre global d'IVG ne fléchit pas.

On constate que les jeunes ont du mal à adopter des modes de contraception envisagés sur le long terme. Le développement de la diffusion de la pilule du lendemain rend les jeunes moins responsables de la prise de contraception.

Globalement, les jeunes ne sont pas correctement informés des accidents possibles de contraception et des situations délicates auxquelles ils sont confrontés en cas de survenue d'une grossesse. Dans ces cas, l'IVG est souvent considérée par l'entourage, les professionnels et les jeunes eux-mêmes comme l'ultime recours, dans une sorte de fatalité. Or, les conséquences d'avortements précoces sur les jeunes filles sont loin d'être anodines pour elles-mêmes et pour leurs relations futures, spécialement quand elles se sont senties seules et sous pression de leur entourage et du garçon.

B) Une éducation sexuelle essentiellement « hygiéniste »

Les adolescents sont « surinformés » sur les techniques de « protection » des grossesses imprévues ou des MST (maladie sexuellement transmissible), mais mal formés affectivement et psychologiquement.

Un certain désintérêt des jeunes pour une contraception imposée comme un précepte « moral »

On note un désintérêt de certains jeunes pour une contraception perçue comme une injonction. Les adultes font irruption dans le monde des jeunes en leur faisant la morale sur ce qu'il faut utiliser pour une sexualité dite « sécurisée ». On assiste à un phénomène de rejets des préceptes : « Plus les normes parentales, sanitaires ou éducatives sont présentes, plus la sexualité est appréhendée par les adolescents sur un mode transgressif ou d'affirmation de soi conduisant à des prises de risques » souligne la note du Centre d'analyse stratégique de juin 2011. Des intervenants en collèges et lycées ont noté une corrélation entre la résistance des jeunes à utiliser une contraception et le manque de compréhension des cycles de fécondité.

La dimension affective et relationnelle oubliée

Bien souvent, les filles et les garçons ignorent le fonctionnement psychique des jeunes de l'autre sexe. Et vivent des malentendus majeurs qui culpabilisent les uns comme les autres. Faciliter l'accès à la sexualité précoce en proposant la contraception sans écouter ce que souhaitent vivre les filles est une violence faite aux femmes.

On voit des garçons abandonner l'usage du préservatif sous prétexte de prise de contraception de leur « copine ». Or, il semblerait d'après les acteurs de terrain en Seine-Saint-Denis que l'on connaît une augmentation des MST (Chlamidia).

Un impact de la relation différent chez les garçons et les filles

Une relation sexuelle n'est pas un acte anodin. Le tout premier rapport sexuel est souvent vécu dans le malentendu : « Tandis que les femmes vivent cette expérience comme un engagement affectif, il représente davantage pour les hommes une simple étape de la jeunesse ». (Les Français et la sexualité – Drees – 2009)

Des infirmières scolaires confient le cas de jeunes qui ont suivi à la lettre les indications contraceptives (préservatif et pilule) et qui souffrent gravement d'être abandonnées par le garçon quelques jours après. Pourtant elles pensaient que c'était une manière de s'attacher son amour.

Les jeunes sont aujourd'hui soumis à une nouvelle pression due à l'information systématique sur la sexualité qui tend à banaliser la relation sexuelle et ne favorise pas la liberté.

Pour les Françaises, « les relations sexuelles trop précoces » sont la première cause de l'IVG chez les plus jeunes (Sondage IFOP 2010 Les Françaises et l'IVG). Or, ce sujet est largement occulté lors des cours d'éducation sexuelle.

Des conseillères conjugales et sexologues confient combien des relations sexuelles trop précoces peuvent être une source de difficulté par la suite, dans une vie de couple. Des filles peuvent se sentir désabusées, traumatisées par des premiers rapports vécus sous la contrainte. Le corps mémorise spécialement les premières expériences.

Les jeunes, garçons ou filles, doivent pouvoir ne pas se sentir « marginalisés » s'ils n'ont pas de relations sexuelles. Ils doivent rester libres de cultiver l'amitié avant de se lancer dans des relations plus intimes, une fois qu'ils auront acquis la maturité nécessaire. Des jeunes témoignent de leur détresse, « ils se pensent nuls s'ils n'ont pas eu une expérience ».

Les jeunes ont besoin d'une parole qui aide à la réflexion, et pas uniquement d'un discours sanitaire voire incitatif. On peut s'interroger sur la qualité des interventions dans les écoles et sur l'existence d'un dialogue avec les parents. Pour toute transmission de formation ou d'information, la qualité de la communication dépend de la crédibilité de l'émetteur, de l'écoute du récepteur et de la pertinence des informations transmises. La question est donc triple :

- Qui sont les émetteurs crédibles ?
- Qu'est-ce que le récepteur désire ou peut entendre ?
- Est-ce que l'information répond à son besoin ?

Une circulaire de 2003 sur l'éducation à la sexualité dans les écoles, collèges et lycées prévoyait en plus des préventions « sanitaires » une véritable éducation à l'altérité, au respect de l'autre, ainsi qu'une aide à l'analyse critique des multiples messages médiatiques et sociaux qui assaillent les jeunes quotidiennement. Cet aspect devrait largement être développé.

Des jeunes sous « pression pornographique »

Les jeunes sont confrontés à une société hyper sexualisée et ont accès à des images pornographiques très tôt, souvent malgré eux. Notre société semble passée du tabou de la sexualité à sa « libération », pour virer aujourd'hui à une sorte d'obsession. Or, la pornographie est souvent devenue la première éducation sexuelle pour les garçons. Les enseignants témoignent par exemple des nombreuses références pornographiques dans les cours de récréation. Un enfant de 11 ans sur deux a vu des images pornographiques (Rapport du Collectif Inter associatif Enfance Médias –CIEM-2002) : les psychologues découvrent des angoisses liées à la sexualité dès le CM2. Ils parlent de « rapt » de la période de latence pour les 7-11 ans, à l'époque où l'enfant n'est pas préoccupé par les questions de sexualité avant la puberté. Les relations sexuelles ne sont pas anodines et surtout les premières. Et elles peuvent être très violentes pour les filles. On assiste à de nouvelles soumissions des filles par rapport aux garçons.

Plusieurs graves conséquences sont observables. La pornographie conduit à des prises de risque du point de vue sanitaire. L'image des filles est dégradée. On parle aujourd'hui de maltraitance des filles qui sont modélisées : bien souvent elles se soumettent à des postures dégradantes, croyant que ce soit le seul moyen de s'attacher un garçon. Elles pensent que c'est signe d'amour de se laisser faire. Des femmes ont des troubles de la sexualité suite à des pratiques dégradantes. Les garçons s'identifient au « sexe de performance », qui conduit à des angoisses et une mésestime de soi qui sont souvent source de violence. Les sexologues observent des troubles de l'érection et du désir : des garçons qui ne sont jamais assez satisfaits par les filles. Cela peut conduire à des violences conjugales dans les couples.

Il devient urgent que la société protège les jeunes des images et de films pornographiques qui les abiment et leur donne une vision de la sexualité spécialement dégradante pour les filles.

C) L'IVG comme issue « fatale » des grossesses adolescentes

Un besoin d'accompagnement ajusté

Tout se passe comme si on laisse les jeunes « jouer au sexe » et qu'on les fait avorter « si ça dérape ». Or, certaines jeunes vivent mal cette situation. L'enjeu est donc aujourd'hui d'informer les jeunes filles sur les aides publiques auxquelles elles ont droit, et de les prévenir des conséquences psychologiques de l'IVG. On assiste à des pressions fortes qui peuvent être assimilées à des avortements sous la contrainte. On peut s'interroger aujourd'hui sur l'IVG comme nouvelle violence faite aux femmes, particulièrement aux plus jeunes.

En effet, les mineures ont aujourd'hui la possibilité de faire une IVG anonymement et gratuitement, alors qu'elles ne peuvent poursuivre leur grossesse à l'insu de leurs parents. Or, il est impératif que la décision d'IVG ne soit pas imposée à une mineure enceinte par ce déséquilibre. Comme il serait également injuste que ce soit son entourage, des professionnels de santé ou des services sociaux qui induisent l'IVG. D'où la nécessité d'un accompagnement respectueux et bienveillant. Les parents de mineures enceintes peuvent par ailleurs, également, en avoir besoin pour accepter et accueillir la décision de leur fille.

Un déséquilibre dans l'information et l'accompagnement des mineures

Les structures publiques d'information aux jeunes, spécialement les centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) sont les lieux prévus pour cet accueil. Mais ils ne proposent pas d'accompagnement, d'écoute, d'orientation et de suivi des mineures en vue de la poursuite de leur grossesse, pourtant indispensable pour assurer un libre choix. Eviter les traumatismes liés à une IVG subie sous la pression, voire la contrainte, est crucial. Or, les CPEF ont développé des protocoles pour l'IVG, mais pas pour accompagner la grossesse. Cela peut orienter d'emblée la décision des mineures qui s'adressent à eux. Un guichet unique est par ailleurs nécessaire pour limiter le nombre des interlocuteurs, du fait de la sensibilité et de la fragilité des plus jeunes.

4. Proposer l'anonymat et la gratuité de la contraception, est-ce la solution ?

La pratique existe déjà et n'a pas fait ses preuves

Il est paradoxal de prétendre vouloir lever un tabou sur la sexualité des jeunes, et en même temps de le laisser perdurer en offrant une contraception anonyme.

De plus, cette mesure présentée comme une nouveauté n'en est pas une, et elle n'a pas fait ses preuves pour réduire les IVG des mineures. En effet, la contraception anonyme et gratuite est disponible pour les mineures dans les centres de planification, et ce n'est pour autant que ce dispositif est efficace.

À titre d'exemple, un article du Monde du 24 octobre 2011 souligne le désintérêt des lycéens pour le Pass contraception proposé aux élèves de classe de seconde par la Région Ile de France depuis quelques mois : l'offre « fait un flop ». Ce pass permet d'avoir accès à une consultation gynécologique gratuite et anonyme, et de recevoir une prescription contraceptive pour 6 mois.

Une infirmière scolaire d'un lycée francilien impute cet échec au « nombre de centres de planification parisiens (vingt-deux, dont la géolocalisation est disponible par smartphone via un flashcode sur Jeunes.paris.fr) où les adolescents peuvent, gratuitement, obtenir une contraception. ». Pourtant la région Ile-de-France a un taux d'IVG supérieur à la moyenne nationale.

La question de la déresponsabilisation parentale

Cet accès à la contraception à l'insu des parents institue socialement un secret des enfants vis-à-vis des parents. Etendu à l'ensemble des acteurs de santé, cette mesure met en porte à faux des médecins de famille ou des pharmaciens, témoins et acteurs de la prise de contraception sans que le soient les parents. On constate une nouvelle intrusion de l'Etat dans la vie privée.

Les propositions d'Alliance VITA pour prévenir l'IVG des mineures

- Conduire une étude approfondie sur les conséquences de l'IVG chez les mineures.
- Développer une éducation affective, relationnelle et sexuelle qui implique une connaissance du corps, une écoute des difficultés des adolescents et un apprentissage de l'amitié.
- Conduire des campagnes publiques pour dénoncer les dangers de la pornographie (vers les jeunes et les parents).
- Ajouter aux missions des centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) la mission d'accompagnement, d'écoute, d'orientation et de suivi des mineures en vue de la poursuite de leur grossesse.

27 octobre 2011.

Annexe 4

Les témoignages des adolescentes qui ont avorté

Pendant des années, l'avortement était présenté comme la panacée et la souffrance des femmes totalement occultée. Aujourd'hui, cette souffrance est davantage reconnue et des sites permettent aux femmes et aux jeunes filles de donner leur témoignage sur le traumatisme qu'elles ont subi. Ce qui en ressort pour les jeunes filles est d'une part **le manque de liberté dans la décision d'avorter**, beaucoup y étant obligées par leur parents, d'autre part **le regret incurable et l'idée de ce que serait leur vie avec cet enfant**, ce regret les faisant parfois plonger dans la dépression.

Des témoignages des adolescentes étaient recueillis sur les sites www.teenabortionissues.com et www.ivg.net :

Hi my name is Ashley. I am 18 and I got pregnant at age 17, I was pushed into my abortion. When I found out I was pregnant I was actually excited, until I had to tell my mother. She threatened that if I didn't get an abortion she would leave my family and I would never see her again.

After my abortion I felt upset and depressed. It's been a year and I am worse than ever. I am planning on getting pregnant by the end of the month so I can be happy because all I want is a baby now. I always think about "what if's" ... 4-1-2012

I am 19 and had my abortion on November 3. I was 3 months and a day. I was pushed into it. My baby's father had one and one on the way, so he and my mom thought it was best. So I just went along with it. I was happy about it, but they weren't. I even had names set out for the baby. So I went in did what I was told was right. I cry every night and think what could have happened.

I just wish I could tell him/her I'm sorry. I didn't want this to happen. I know their soul is out there, and I want them to know mommy is sorry. (1-12-2011)

I feel so horrible about it every day, and I always wonder what would life have been like if I kept my baby. I knew in my heart the only thing to do was get an abortion because I'm not strong enough to give my baby up for adoption. I wouldn't have been able to keep the baby, so that was my only option. I knew that, but today and every other day I feel like the reason I got the abortion was because I still wanted to get high, and I feel horrible about it. It tears me apart to think about what I did to my poor baby. My baby didn't deserve what I did, and I don't know how to get over all the pain I have caused myself and my baby. I don't remember the exact day I got my abortion, and I think it's because I don't want to remember that day.... (5-12-2011)

Me and my boyfriend were only together for a few months before I found out I was pregnant...with twins! We planned to keep them despite our financial situation. Then it came time to tell my parents. I was guilted into it. I was told that I wouldn't only ruin my life but my children's as well. I didn't want to ruin their lives so I had an abortion.

I regret it everyday. I regret not even giving them a chance or giving me and my boyfriend a chance to have a family. I can't look at my boyfriend without wondering if our children would've looked like him. It's so hard. (22-12-2011)

There was no way for me to raise it on my own. My family gave no support to me wanting to keep it at all. With nowhere to turn I had an abortion. Pressured by my mom, dad, and two of my aunts, I made the final decision to have it done. It was a Saturday in March and it was so cold outside. Lying to my boyfriend, I said I was going somewhere else. Everything is a blur but I remember all of it. The sounds, lights, shadows, and senses and feelings that I felt when it happened.

To this day I cannot handle the sound of an air pump. The burning sensation from a cramp makes me cry to this day. The day I had the procedure done, I found out I was bearing twins. They were bouncing around and looked so happy fluttering around in their womb which felt like home to them and a safe place where no one could hurt them. I let them be hurt and killed. It makes me upset to this day, (...) The regret, guilt, remorse, and pain still remain. I am 18 now, then I was 16. (...). About a year after everything, I tried to kill myself. The test of weed, pills, and alcohol was a joy to me. Don't go down that path. Get help and support. (23-12-2011)

I'm 17, and I've been in a relationship with my boyfriend for about 4 months now, and my Dad does not approve of him at all. But still I would sneak around to see him. Just a few weeks ago I took a pregnancy test and it came out positive, I took another one and that too came out positive. At first I wasn't going to tell my parents at all. I knew I wanted to keep the baby, I wanted to start a family with my boyfriend. I knew I could handle it. WE could handle it. But then I told my mom and she then told my dad and he forced me to get the abortion.

I feel like I put up a good fight but not good enough because if it was good enough I would still be pregnant. I didn't try hard enough to protect my baby and now I live with this heavy regret on my heart. I should've tried harder to keep it. (...) Babies are meant to be born not thrown away. I wish I was strong enough to stand up for what I believe... (1-11-2011)

Killing my child was the worse thing that I could have done in my life. My mother pressured me into killing it and my dad is dead. My baby's father and I are not together but we had made our decision to take care of our child no matter what. Days and weeks went by and my mother would talk to me. The only thing she would say was are you ready, and I would always ignore her. I finally gave in after I saw our relationship was getting worse.

I made it to the clinic and I gave in more. I thought there was nothing left to do. After the procedures I could feel nothing but pain inside of me. It felt like a part of me was missing and I knew my baby's father would never forgive me. Till this day I still regret getting an abortion because I can imagine right now what my child and I could have been doing. I thought about did my child have any feelings when I was killing it. Now that it's gone I will never forgive myself and I regret every minute of it. (31-10-2011)

I am almost 17. I was 15 when I was pregnant. I never knew it til my mom noticed I was getting "fat." My mom made me take a pregnancy test, and it came out positive. We all sobbed and had to call his parents in the middle of night. She forced me to have abortion when my baby's father, his family and I are truly 100% against abortion. My mom thought it was such a good idea. I never forgave her.

It was a painful procedure! Not one day goes by without my baby on my mind. This month I would have my baby in my arms. This month has gone worse than I thought it'd be. My boyfriend, who is the father of the baby, and I have been in depression ever since. We can't say one word to each other, yet we still love each other. Never a day goes by without saying that I love my baby. (23-10-2011)

Melanie

Je m'appelle Mélanie j'ai 21 ans. Il y a environ 5 ans, j'ai fait un choix qui bouleversera ma vie jusqu'à maintenant. J'allais avoir presque 16 ans lorsque j'appris qu'un petit bébé était en train de pousser dans mon ventre. Je suis tombée enceinte fin novembre 2004. J'ai su très vite que j'attendais un bébé par de fortes nausées mais je ne voulais pas y croire. Je préférais me dire que c'était normal, que je n'étais pas enceinte. J'avais peur d'en parler à ma mère car on n'avait pas de bonnes relations. Puis les jours et les mois passèrent... 1er test de grossesse en janvier... négatif... 2eme test de grossesse le 10 mars 2005... positif... Je me souviens que ce jour là, déconnection du monde fut réelle. Je me disais : "Je dois être enceinte de peu de temps... le test en janvier étant négatif" Le père du bébé, lui en revanche, était heureux de cette nouvelle...

Le lendemain, à midi, j'envoie un sms à ma mère, lui annonçant ma grossesse. La réaction fut celle que j'attendais...L'après-midi même, elle m'emmena pour une échographie... je vois enfin mon bébé. Il est beau... c'est un garçon... J'ai entendu son petit cœur battre, je l'ai vu bouger... quel bonheur... je ne veux pas avorter... de toute façon, aux yeux de la loi française je ne peux plus avorter car j'étais enceinte de 4 mois et demi.

Ma mère n'a pas apprécié cette nouvelle... *"Que vont dire les gens ? Moi, sa fille enceinte a 16 ans quelle honte pour elle ! »*

Elle demanda au gynéco où il y avait les meilleurs établissements pour les avortements tardifs... En rentrant, la décision a été prise sans mon avis. J'avorterai le 17 mars 2005 soit une semaine après le test.

Je suis allé au planning familial avec ma mère qui au lieu de m'aider à bien prendre MA décision, m'a engueulée comme une "merde" alors que j'avais besoin d'être écoutée. Je passe les détails... Jeudi 17 mars, départ pour la Hollande puis arrivé à l'hôpital "spécialisé" dans l'avortement en chaîne... échange de la vie de mon fils contre environ 800 euros en liquide... arrivée dans la chambre, on me donne un cachet pour dilater mon utérus... je « profite » de ces derniers instants avec mon bébé pour lui dire au revoir et le sentir bouger pour les dernière fois de ma vie... je lui dit "je t'aime" et lui chante une berceuse qui sera la toute première et la toute dernière de sa petite vie...

11h20, on vient me chercher, j'entre dans la salle, des odeurs de sang envahissent mes poumons. On m'installe sur une table d'accouchement... on me pique pour l'anesthésie générale... je sens mon bras s'engourdir... le noir m'emporta, ainsi que la vie de mon bébé Depuis, je souffre, je pleure, je suis seule, je n'arrive plus à vivre, je n'ai plus le gout à rien...
Mélanie le 19 janvier 2011

J'ai subi une IVG par aspiration le 25 novembre dernier. Les deux semaines qui précèdent l'acte et l'acte en lui-même restent encore flou à mes yeux. Comme si j'avais un black-out total. Je me souviens apprendre la nouvelle un matin chez moi, j'en étais à 2 mois et demi de grossesse, aller acheter des vêtements, des jouets, même si la relation que j'ai avec mon ami n'est que récente (1 an et demi), j'étais décidée, ayant les moyens financiers, etc...

Et puis le soir même, l'annonce au "père" ... Et c'est là que mon black-out a commencé, je me souviens de ses cris, de son refus, puis d'une salle d'attente dans un hôpital, de tonnes de papiers, d'un stylo dans ma main qui signe presque à ma place, mon "ami" qui n'arrête pas de parler sans cesse, je ne peux plus respirer, il ne me laisse pas une seconde.

Une semaine après, un hôpital, un lit, je ne réalise pas, mon cerveau est sur OFF, mon ami devant ce lit qui continue à me parler, ne me laisse pas une seconde de répit ! Un calmant, un bloc opératoire, une douleur de piqûre dans le bas du dos et le regard doux d'une infirmière qui a perçu ma détresse et mon total effacement face à cette situation, puis le noir !

On me réveille "Tout va bien, tout est fini.", ces mots résonnent en moi, je reprends "conscience", je ne comprends pas, mais je réalise. On repart de l'hôpital, je suis tétanisée, maintenant mon ami ne dit plus rien. On rentre, je vais prendre une douche, je saigne, je tombe, je pleure, je me frappe, je ne comprends pas comment je n'ai pas réalisée, comment

j'ai pu laisser faire ça. Ce que je dis, me paraît à moi aussi étrange, mais j'étais comme "absente". Je ne mangeais plus, parlais plus, dormais plus, comme si mon âme s'était absentée, et que mon corps "survivait" malgré une "absence" psychique. J'ai suivi un psy de 17 ans à mes 19 ans, j'ai déjà été soignée pour dépression à cette époque. (...) Je me décide à retourner voir mon ancien psy, qui a été génial avec moi, mais j'y retourne, la mort dans l'âme car je m'étais jurée de ne plus avoir recours aux psys, mais je sens que je tombe, et que cela peut devenir grave. S'enchaînent cauchemars (cris d'enfants, meurtre de mon ami, mon ami tenant un fœtus en sang et en rigolant...), je n'arrive plus à dormir, je ne peux plus sortir de chez moi, la simple vue d'une poussette, d'un parc à enfants, d'une femme enceinte me fais éclater en sanglot, et me fais vomir.
Andrea. le 23 juin 2011

Noemie

Bonjour,

Le jeudi 14 septembre 2006, j'ai subi une IVG. Je dis bien subi car cela fut une IVG « forcée ».

C'était l'année de mon bac, mon copain de l'époque était en école militaire pour devenir sous-officier.

J'ai passé une partie des vacances d'été avec mon copain et nous avons eu des rapports, car cela faisait six mois que nous étions ensemble mais je prenais la pilule. Je ne m'inquiétais pas, je pensais à mes vacances, à la rentrée de ma terminale... J'avais remarqué mon retard de règles, mais ayant toujours des règles très irrégulières je n'en parlais pas et de toute façon je ne voulais pas en parler.

Un matin, ma mère me dit que cela faisait un moment que je n'avais pas eu mes règles (elle le sait quand je les ai car je suis vraiment très malade à chaque fois), alors je lui ai dit que c'était sûrement un retard comme souvent. Elle m'a demandé si je prenais bien ma pilule, je lui ai répondu que oui... Puis quelques jours plus tard, nous sommes rentrés et j'ai passé le week-end chez les parents de mon copain. Je lui ai dit que je m'inquiétais de ne pas avoir mes règles et que je voudrais faire un test de grossesse pour en avoir le cœur net... Nous avons acheté un test et la pharmacienne m'a conseillée d'attendre le lendemain matin... J'attendais mais je n'y arrivais plus... je devais savoir... Dans la soirée je suis allée aux toilettes et je l'ai fait. J'ai patienté... et là au bout d'un moment je vois les deux barres... j'ai fondu en larmes... Je savais que personne ne me laisserai garder mon enfant mais je ne voulais pas avorter... Quand je l'ai dit à mon copain, il l'a bien pris, et m'a dit qu'on ne pouvait pas garder cet enfant... Je ne sais pas si c'est psychologique mais dès que j'ai eu fait le test j'ai « senti » mon enfant... Une sensation indescriptible. J'ai eu des maux de ventres et des nausées le matin. Mon copain prenait la situation à la légère. J'ai fait une prise de sang qui s'est révélée être bien évidemment positive mais je n'arrivais pas à le dire à mes parents... Ma mère l'attendait et je lui ai simplement dit « oui... c'est positif ! » Ce à quoi elle m'a répondu « je le savais ! tu rappelles, Mme L. (ma gynéco) et tu vois pour avorter ! » Entre temps j'avais rendez-vous chez mon médecin traitant pour autre chose. J'avais des examens sanguins et à leur lecture, il m'a regardé droit dans les yeux et il m'a dit « il y a quelque chose qui ne va pas... » je ne répondais rien. Puis il m'a dit « tu es enceinte ? »... je ne pouvais pas répondre mais ma mère qui était là lui a dit oui et que j'allais avorter. Et puis je me suis mise à lui parler de mes douleurs. Il m'a répondu « c'est soit le début d'une fausse couche, soit l'embryon qui s'accroche. J'espère pour toi Noémie que c'est une fausse couche ! Psychologiquement ce sera moins dur »... En urgence, j'ai vu ma gynécologue qui m'a prescrit l'échographie de datation et aussi pour être sûr que je ne fasse pas une grossesse extra-utérine.

Cette échographie fut une rude épreuve. Celui qui l'a faite m'a dit au final que « mon bébé allait bien ». Et le bruit du cœur... je l'ai toujours en tête. J'ai gardé cette échographie car

c'est la seule trace qui reste de mon enfant. Je peux y voir entre autre écrit : « il existe une vésicule vitelline d'aspect normal ainsi qu'un écho embryonnaire de 2 mm, présentant une activité cardiaque régulière à 117 battements par minute » « conclusion : grossesse évolutive intra-utérine estimée à cinq semaines et cinq jours d'aménorrhée doit un début de grossesse échographique datant du 29/07/06 (+5 ou - 5 jours). »

Ma gynécologue m'a proposé l'IVG médicamenteuse, j'ai refusé catégoriquement, je ne voulais pas être consciente ! j'ai donc pris rendez-vous à l'hôpital... le 7 septembre premier entretien, anesthésiste, ... devant la dame, j'ai pleuré, je lui disais que je ne voulais pas avorter mais que si je gardais cet enfant mes parents me mettraient à la porte, qu'ils ne me laissaient pas le choix, que je voulais garder mon bébé. Tout ce qu'elle a trouvé à dire c'est « vous voulez un mouchoir ? »

J'éprouve de la rage envers cette dame qui a perçu mon désespoir et surtout mon désir de garder mon bébé et qui ne m'a pas aidé. J'avais repris les cours et seule une amie de l'internat était au courant. Avec elle, je parlais beaucoup...

Je pleurais énormément, mon copain que j'avais chaque jour au téléphone ne m'aidait pas. Il me disait « mais ce n'est pas encore un enfant c'est seulement un tas de cellules »... Lorsque le 13 arriva, mon père vint me chercher au lycée. Ma mère avait juste donné un mot « intervention bénigne ». Evidemment le CPE me demanda de quoi il s'agissait je lui ai dit « rien de grave ». Le matin du 14 septembre, j'étais mal, je n'avais pas dormi de la nuit, j'avais beaucoup de nausées.

Mon père m'amena à l'hôpital, je vomis en cours de route... c'était comme si mon bébé comprenait qu'il allait se passer quelque chose... Une fois arrivée, j'eus un appel de mon copain... je sortis pour répondre et je vis le portail qui menait à la route, j'eus l'envie de le franchir et de partir... Oui... mais pour aller où ? Je suis rentrée, nous étions plusieurs femmes.

Il y a eu une petite réunion, puis on nous attribua nos chambres... Une fois seule dans la chambre je me mis à pleurer toutes les larmes de mon corps. Douche à la Bétadine, et j'étais la première à avorter de la matinée. L'anesthésiste essaya de plaisanter avec moi mais je n'en avais pas le cœur.

Celui qui allait pratiquer l'IVG a dit une phrase qui m'a marqué « Lorsque nous serons des gens civilisés, des humains, on arrêtera de juger les personnes qui avortent ».

Et voilà... j'ai été endormie... Réveil en salle de réveil... j'ai mis mes mains au bas de mon ventre et j'ai pleuré... Je me sentais comme une coquille vide.

J'ai eu très mal physiquement, mais le mal moral ne guérirait pas lui. On m'avait enlevé mon enfant... mon bébé... Je voulais pouvoir parler à mon enfant, le porter dans mes bras, m'occuper de lui... Mon bébé je ne pourrais jamais te porter dans mes bras mais je te porte dans mon cœur pour l'éternité.

Je me sens comme une Maman en deuil. J'ai tué mon bébé mais je n'avais personne pour m'aider.

Maintenant mon désir le plus cher qui tourne d'ailleurs à l'obsession est de tomber enceinte. Les années qui ont suivies n'ont pas été glorieuses... J'ai obtenu mon bac avec mention. Mais 2006 restera l'année de la mort de mon bébé... par la suite j'ai rompu avec mon copain car son manque de soutien, sa froideur vis à vis de l'IVG m'ont éloigné de lui, en fait je ne l'aimais plus à cause de cela.

J'ai fait des tentatives de suicide. Par la suite j'ai rencontré par hasard un couple qui tenait un petit magasin et au fil des mois ils me sont devenus très proche. Lui, Pierre, je le considérais comme un second Papa ! J'arrivais à leur parler de tout alors qu'à la maison il n'y a aucun dialogue.

J'ai réussi il y a deux ans, un concours d'aide soignante.

Lorsque je n'avais pas de moral je savais que dans ce petit magasin j'y trouverai du réconfort.

Mais au mois de Mai, Pierre que j'aimais énormément est décédé d'un malaise cardiaque. J'ai fais une TS, qui m'a conduite aux urgences... puis j'en ai refais une autre alors en stage en maison de retraite... trop de pression.. trop de tristesse...j'ai craqué... J'ai été hospitalisée en clinique psychiatrique un mois et demi... J'ai repris l'école pour un jour et j'ai abandonné, les cachets me fatiguaient trop..

Mon bébé et Pierre hantaient mes pensées constamment... J'ai été hospitalisée deux autres fois, en clinique psy et en hôpital psychiatrique.

Maintenant je suis en foyer, un centre post-cure psychiatrique pour jeunes adultes de 18 à 30 ans. Mon bébé ne quitte pas mes pensées. Maintenant, j'ai peur de faire un enfant alors que je suis assez malade... Malgré tout oui, je veux un autre enfant ! Je veux fonder ma famille mais personne ne remplacera mon premier enfant, mon ange qu'on m'a enlevé.

Noémie le 18-11-11

Floriane, posté en Novembre 2010

Je peux apporter mon témoignage sur le vécu de mon IVG. J'aurais aimé découvrir votre site quand j'étais dans cette situation... J'avais 19 ans, 1ere année de faculté de Droit, J'étais en train de me séparer du garçon avec qui j'étais depuis 4 ans. Une séparation "compliquée" car nous ne pouvions plus être ensemble, mais nous n'arrivions pas à nous séparer et on ne cessait pas de se revoir ! Le 30 Novembre après un mois de retard de règle, je me décide enfin à faire un test de grossesse seule chez moi. Je repoussais l'échéance, je sentais bien « quelque chose » en moi. Je ne voulais simplement pas l'admettre. Je me rappelle de tout comme si c'était hier.

Je fais le test et je le pose le temps des 3 min. J'oublie presque de regarder le résultat, en me disant que ce genre de chose « n'arrive qu'aux autres » ! Le verdict tombe : test positif. Je ne réalise pas. Mes pensées vont dans tous les sens et je pleure en souriant. Une sensation étrange m'envahie comme une espérance. Le soir même je vois le papa, je le lui annonce. Il a du mal à y croire, l'effet de "surprise" passé, il me prend dans ses bras et me dit « on le garde, on va l'élever ensemble, on va être heureux etc.. ». Je rentre chez moi avec des rêves plein la tête. L'euphorie a duré 24h.

Le lendemain, son comportement à changé radicalement. Il ne parle que d'avortement et d'avenir gâché. Il ne me reste plus beaucoup de temps. Je suis déjà enceinte de 8 semaines, deux de mes amies sont au courant, et elles ont le même discours "je vais gâcher ma vie, celle de mon bébé, le bel avenir qui m'attend" etc... Le papa se fait de plus en froid, distant. Il ne me parle que d'avortement. Je suis psychologiquement atteinte. Ma détermination s'affaiblit de jour en jour. Je vais à mes rendez-vous. Je tombe sur le « mauvais » Dr X , qui ne me parle uniquement que d'avortement, et qui ne me propose aucune alternative en tant qu'éventuelle future maman célibataire. Parce que c'est ce que j'aurais été si je l'avais gardé. Le « papa » était très clair là dessus : c'était soit lui, soit le bébé et ne voulait pas en entendre parler. Je ressorts de mon rdv avec la date prévue de l'ivg, le 22 Décembre...

La semaine d'attente me paraît interminable, je ne fais que pleurer, je suis seule, avec mon hésitation, mes "je le garde"- j'avorte". Je n'avais aucun soutien, tous le monde donnait son avis, sans me demander une seule fois le mien. J'étais affaiblie psychologiquement et physiquement, perdue et surtout seule...

Le papa m'a accompagné le matin de l'avortement. Enfin, « accompagné » est un bien grand mot. Il m'a déposé plutôt, devant l'hôpital. Il ne "se sentait pas" de venir.... Il est 7 h du matin. Mes larmes coulent sur mon visage, je ne les contrôle pas et je ne cesse de pleurer jusqu'à ce que l'on vienne me chercher vers les 11h.

L'attente était interminable. J'ai bien pensé partir, mais je ne l'ai pas fait ! J'ai subi cette IVG, par lâcheté, manque de courage. Pourtant ce bébé, je le voulais vraiment, et je ne suis pas du genre à me laisser influencer par les autres. Même 5 ans après, je ne peux toujours pas expliquer ce revirement de situation et mon absence de détermination. Peut-être parce que personne, à aucun moment ne m'a dit " oui, c'est possible d'élever un enfant seule à 19ans", Mais je ne me cherche pas d'excuses et j'assume le choix que j'ai fait.

L'après IVG a été difficile. J'ai beaucoup pleuré, beaucoup regretté et culpabilisé. Chaque date anniversaire est un cauchemar. Je déteste Noël depuis, et toute la période qui précède. Une année passe, une deuxième, mais la douleur est toujours là. On apprend à vivre avec. On l'apprivoise. Aujourd'hui les regrets et la culpabilité s'estompent un peu. Le temps "fait son travail" ...

Aujourd'hui 5 ans après, je me rappelle de tous les détails comme si c'était hier. La douleur est toujours présente. C'est évident, je n'oublierai jamais, C'est une douleur qui fait partie de moi. Il n'y a pas un jour où je ne pense pas à mon petit ange.

Si j'ai appris quelque chose de tout ça, c'est qu'il ne faut pas laisser les autres décider. Parce que ce n'est pas eux qui devront vivre avec le poids des regrets et de la culpabilité qu'un avortement génère. Déjà, si c'est votre choix, c'est très difficile, alors quand c'est subi... !

En plus notre couple n'a bien sûr pas résisté à cette épreuve.

Aujourd'hui, j'ai 24 ans et j'ai quitté la France. J'ai un super boulot, et une belle carrière qui m'attend. Mais, je n'oublie pas... L'avenir que je construis en ce moment même, est pour mes futurs enfants, c'est en quelque sorte "ma revanche" pour lui, pour cet enfant que je n'aie pas eu. J'ai été maman à 19 ans pendant presque 3 mois. Ce petit ange est et restera dans mon cœur mon 1er enfant. Merci de créer des forums comme celui-ci pour nous exprimer, et qui sait, peut-être même pour aider d'autres jeunes femmes dans ma situation...

Annexe 5

Les témoignages des adolescentes qui ont gardé leur enfant

Source www.ivg.net

Cloé, posté le 10 novembre 2010

Je m'appelle Chloé. Si j'écris mon histoire aujourd'hui c'est parce que, sans doute comme vous actuellement en train de lire mon témoignage, je suis passée par la case « test pipi » et prise de sang qui vous annonce que : « oui, un bébé est là au creux de mon ventre ».

Alors c'est la panique, enceinte oui ! Mais depuis combien de temps ? Est-ce que je peux encore avorter ? Et moi, je veux quoi ? Le garder ou non... ? Et on se pose des tas de questions: Est ce que je vais pouvoir assumer ? Que vont penser les gens ? Horreur ! Comment le dire à maman ? Et niveau finances ? Est ce que je suis prête ? Et mon copain ? Mon avenir ? Et j'en passe. J'ai passé des nuits blanches à chercher des réponses à ces questions sans jamais les trouver...

Quand je suis tombée enceinte, je venais de fêter mes 18 ans, en décembre 2009. Le 21 janvier n'ayant toujours pas mes règles, j'ai décidé de faire un test. Accompagnée d'une copine, on va à la pharmacie et je fais le test chez elle. Pas eu le temps d'attendre les 3 minutes recommandées que les deux petites barres roses étaient déjà là. Je regarde la notice, 2 barres = ENCEINTE !

Le monde s'écroule et là je m'effondre en larmes, on pense toujours que ça n'arrive qu'aux autres, que nous on est à l'abri. Mais on n'est à l'abri de rien et on est là avec notre test à la main à se demander quoi faire ... A se poser les questions posées plus haut.

Ma première réaction a été d'appeler ma gynécologue pour avoir un rendez vous en urgence. Sur le coup je voulais qu'elle me donne les cachets pour avorter qu'on en finisse et que je n'ai pas la corvée de dire à ma mère " maman je suis enceinte ". Le rendez vous est fixé au lendemain 11 heures. Oui, mais moi à 11 heures j'ai cours... Je suis en première littéraire. Je me fais un mot pour ma CPE lui expliquant que je devrais rater deux heures de cours. Pas la peine de lui expliquer dans les détails, elle a compris. 11 heures, me voila dans la salle d'attente, pleine à craquer comme d'habitude et j'ai l'impression que tous les regards sont braqués sur moi, comme si c'était marqué sur mon front.

Mon tour. Elle me pose un tas de questions auxquelles je n'ai pas les réponses. Dates des dernières règles ? etc... Peut importe ! Elle m'examine... et elle me fait une échographie. Je tourne la tête vers l'échographe et je le vois, mon bébé, si petit, une petite tache blanche sur une grosse tache noire, un haricot minuscule mais là, en moi, qui vit. Elle estime que je suis enceinte de 7/8 semaines soit deux mois déjà ! Elle me prescrit une prise de sang et une échographie de datation.

La prise de sang révélera que je suis enceinte de 8 semaines tout comme l'échographie de datation par rapport aux mesures.

Son cœur bat déjà et à partir de ce jour où je l'ai « vu » pour la première fois chez la gynécologue, il me semblait impossible d'avorter. Mais seulement voilà... Maman est au courant puisque c'est avec elle que je suis allé au laboratoire pour ma prise de sang et mon échographie. Hors de question de le garder ! Elle ne me parle que d'avortement et elle prend même rendez-vous au centre d'orthogénie pour avorter. Là, je vois un médecin qui me parle de toutes les méthodes de contraceptions ! Et je n'avais qu'une envie, c'était de crier pour qu'il se taise. De toute façon mon bébé est déjà là ! Alors, il en vient enfin aux différentes méthodes d'avortement. Trop tard pour la méthode médicamenteuse et il continue son speech. Je ne l'écoute même pas, ce qu'il me dit je m'en contre fiche. Mon bébé je le garde! Mais pour faire plaisir à maman, je prends son rendez-vous pourri et je m'en vais.

A la maison plus personne ne parle. Mes parents attendent que j'avorte et moi je lutte pour ne pas leur dire qu'ils espèrent « du vent ».

La veille de l'intervention je devais prendre 2 cachets pour faciliter l'avortement, ils ont fini aux toilettes, pareil pour les deux autres le jour de L'ivg. Je devais être à 07h à l'hôpital et au lieu de me préparer je me suis enfermée dans ma chambre et j'y suis restée toute la journée. Je n'avais pas avorté, j'étais heureuse. J'allais garder mon bébé. Mais il me restait encore une semaine pour le faire, une semaine pendant laquelle ma mère n'a pas arrêté de me saouler en me disant " ce n'est pas encore trop tard " ! Puis vint la date où je ne pouvais plus avorter.

Mes parents sont restés de marbre pendant presque 3 semaines sans me parler... Et moi, je prenais mes rendez vous et j'y allais en bus ou avec une copine. Puis ma mère a enfin compris que ce bébé je le voulais vraiment et petit à petit elle m'a reparlé et elle venait aux rendez vous avec moi.

Elle se faisait à l'idée. Puis avec le temps elle a complètement accepté.

J'ai tenu le coup aussi grâce à M. de SOS IVG qui m'a toujours soutenue. J'appelais quand ça n'allait pas et qui m'a écoutée comme personne. J'ai eu aussi un contact avec une fille dans mon cas, Maylis, avec qui elle m'avait mis en contact.

J'avais mon bébé en moi, qui grandissait évoluait jusqu'à ma douzième semaine ou j'ai appris que mon bébé avait une clarté nucale de 5.5 mm au lieu de 3 maximum ce qui voulait dire que j'avais 50% de risque que mon bébé soit atteint de trisomie...

J'ai subi une biopsie de trophoblaste (prélèvement de placenta) pour étudier les chromosomes de mon petit bout. Après tout ce que j'avais du faire pour le garder, ce qu'il m'arrivait me semblait bien injuste! Et le résultat est tombé, 46XX, mon bébé n'a rien et c'est UNE FILLE!!!

Explosion de joie, de larmes, de bonheur. Mais il reste encore le risque qu'elle ait une malformation cardiaque (toujours a cause de la mauvaise clarté nucale). J'ai donc eu une échographie plus tôt que la date prévue (16 eime semaine au lieu de 22) et son petit cœur était parfaitement formé et il allait bien. Ma grossesse avançait. Mon bébé grandissait et je continuais d'aller au lycée avec des vêtements plus large que d'habitudes. Mes copines les plus proches dans ma classe savaient et tout allait pour le mieux. Je n'ai jamais eu une réflexion déplacée de leur part, RIEN!!

J'ai passé mes épreuves anticipée du baccalauréat enceinte de 6mois et demi et l'oral de français a 7 mois de grossesse! Tout ça pour vous dire que rien n'est impossible ! J'en suis la preuve vivante! Et quand j'ai eu mes résultats, j'ai eu la joie de voir que j'avais quelques points d'avance pour l'année prochaine.

Septembre! C'est la rentrée pour tout le monde sauf pour moi. Je dois bientôt accoucher. Je ne vais donc pas en cours mais j'ai des amies formidables qui me prennent les cours et me les passent. Je ne prends donc aucun retard.

J'ai mis ma puce au monde le 14 septembre 2010. Une merveille de petite fille toute mimi qui fait la plus grande joie de mes parents (comme quoi... !) et qui me remplit de bonheur. Une vraie bouffée d'oxygène, mon rayon de soleil!

J'ai parcourue toute ma grossesse seule car le papa de ma fille m'a quitté avant de savoir que j'étais enceinte et quand il l'a su, il n'a pas voulu en savoir plus. Il ne l'a pas reconnue mais entre temps j'ai trouvé quelqu'un de formidable qui accepte ma fille et qui me rend heureuse. Cela dure encore :)

Pour ce qui est de mes cours, une amie me les prends et j'ai les profs a la maison (les même que ceux de mes camarades) jusqu'au mois de janvier (le 3) cela grâce au SAPAD. Ensuite, ma fille ira chez la nounou et moi je retournerai au lycée.

Aujourd'hui j'ai bientôt 19ans, ma fille a 2 mois et je ne regrette rien. Face à toutes ces épreuves, elle me le rend bien. Et chacun de ses sourires me font dire que j'ai fait le bon choix, celui de lui laisser sa chance de vivre. Parce que dans le fond, si bébé est là, ce n'est pas pour rien. Et pourquoi cela serait-il à nous de décider s'il doit vivre ou non ? Elle n'avait

pas demandé à « être là ». Alors moi, j'ai décidé que ce serait « comme ça ». Maintenant, j'ai des réponses à mes questions. Oui, je l'assume, mieux que je ne l'aurais pensé! Et ce que les autres pensent, je n'en ai rien à faire !

Prête ? On ne l'est jamais ! Mon copain est parti ? Tant pis, je suis heureuse avec mon nouvel ami.

Et, quand on vous dit qu'en gardant votre enfant votre vie et votre jeunesse est fichue, c'est faux ! Je sais de quoi je parle. Et si vous avez pris la peine de tout lire c'est bien qu'au fond de vous, l'idée de « le garder » n'est pas totalement exclue....

Angélique. (extraits)

Je m'appelle Angélique, j'ai 22 ans et je suis maman d'un petit garçon de 2 ans. Trois semaines avant d'accoucher, Monsieur décide de me quitter.

J'ai accouché, j'ai assumé, j'ai retrouvé un appartement. Oui j'ai souffert, c'était dur ! Mais mon dieu, que mon fils est un amour. Je n'arrive pas à regretter. Bref, aujourd'hui je suis de nouveau enceinte, cette fois de 14 semaines et 2 jours... Avec mon copain on a beaucoup de hauts et de bas...il m'a tout de même quitté 3 ou 4 fois en un an ! Du coup, j'ai flippé par peur d'assumer seule un deuxième enfant. Un c'est dur, mais deux.... non ! Alors, je voulais arrêter ma grossesse. J'ai bien réfléchi puis j'ai décidé de le garder car j'avais avorté à 19 ans. Tout le monde me disait "tu es trop jeune, tu n'es pas consciente, tu es en train de rater ta vie, tu ne peux pas, tu ne dois pas.....". Et avec tout leur bourrage de crâne, j'ai avorté...Mon dieu, j'ai pleuré jusqu'au moment où le médecin a placé un masque sur ma bouche pour m'endormir..... « Ils » me l'ont quand même pris...Quelle douleur ! Quand je l'écris et j'en ai encore l'envie de pleurer...

Amina, posté en Juin 2011

Bonjour. Je m'appelle Amina. J'ai 17 ans. Et j'ai appris le jeudi 31 mars que j'étais enceinte de 2 semaines. A ce moment là, je n'ai rien senti de spécial. Ni joie, ni tristesse, ni peur. Mais à ce moment là, je savais bien qu'il fallait que je fasse un choix qui changerait ma vie de toutes les façons.

A partir de ce moment, tout un tas de questions se posent : si je le garde, comment vais-je l'élever, alors que je ne travaille pas encore? Et mes études? N'étant qu'en 1ère, je ne peux pas arrêter maintenant. Je n'ai même pas encore le bac. Et ma famille, pourrais-je y renoncer? Car étant de confession musulmane je sais très bien que si je décide de garder cet enfant, j'aurais à « choisir » entre ma famille et ce bébé car ils ne l'auraient pas accepté. TOUT UN TAS DE QUESTIONS!!!

Quant au père du bébé, il a été super avec moi. Il m'a dit que c'était à moi de décider mais que dans les deux cas il serait là. Etant en couple avec lui depuis seulement 1 an, je pensais que c'était bien tôt.

Finalement, je décide d'appeler SOS IVG et là je tombe sur Marie. Une femme Incroyable! Elle trouve une réponse à toutes mes interrogations, elle me rassure. A la fin de la conversation c'est décidé : JE GARDE MON BEBE!!!! Personne ne m'en empêchera. Ce petit bout, je l'aime déjà!

Malheureusement, 1 mois plus tard je fais une fausse couche (Ce fut très dur moralement et physiquement). J'avais l'impression de ne plus servir à rien. Les premiers jours je le vis très mal mais petit à petit, je m'en remets.

Aujourd'hui ça fait 4 semaines que j'ai fait ma fausse couche. Et si je me décide à témoigner c'est pour dire à toutes les jeunes filles qui doutent qu'il y a souvent des solutions à tous les problèmes. En espérant vous avoir aidé.

Jenifer, posté en février 2011

Bonjour à tous. Je souhaite raconter mon histoire non pas pour influencer votre choix mais pour vous ouvrir les yeux sur certaines phases de l'IVG. Tout a commencé il y deux ans et demi. A l'époque, j'avais 17 ans, j'étais en deuxième année de cap coiffure et je venais de rencontrer mon premier amour. Tout se passait bien lorsqu'un retard des règles est survenu. J'étais sous pilule depuis 5 jours mais personne ne m'avait vraiment expliqué que l'on était protégée qu'une semaine après. Ce qui devait arriver, arriva : Enceinte de 5 SA d'après l'écho. J'ai mis tout de suite au courant mon copain qui voulait le garder. Ma mère, elle, a directement pensée à l'avortement sans savoir ce que je pensais vraiment. Puis les rendez-vous furent pris soigneusement par ma mère qui ne me laissa pas le choix de réfléchir. 1er rdv avec le psy, puis l'écho, puis le fameux moment de la première prise de médicament. Le plus dur selon moi. Deux petites pastilles blanches qui vous changent totalement la vie. L'IVG s'est mal passée avec hémorragie. Mon copain m'abandonna et rentra à l'île de la Réunion. Ma famille ne me donnait aucun soutien. J'étais anéantie, vidée, trahie par ma vulnérabilité de jeune adolescente et par ce gros chagrin d'amour.

Les mois s'écoulèrent et mon mal être grandissait, j'étais dans un trou noir à penser tous les jours à ce petit bébé que j'avais "tué". Personne ne comprenait mes réactions et c'est en lisant sur internet que j'ai compris que je faisais un "syndrome Post IVG". Ca m'a empêché d'avoir une adolescence épanouie, d'être heureuse. Je me cachais sous des sourires mais mon mal-être était toujours là.

Puis les jours, les années passent et mon bébé est toujours dans la tête. Je vous jure : pas une journée sans penser à cette ivg et à ce jour qui a détruit ma jeunesse.

Aujourd'hui, j'ai rencontré un homme. J'ai maintenant 19 ans et suis enceinte de deux mois. Cette grossesse est imprévue même si inconsciemment je l'ai souhaitée. Après mon IVG, je n'ai pas voulu reprendre de contraceptif car psychologiquement j'avais peur de ne plus arriver à concevoir une nouvelle vie. Ma famille ne l'approuve pas du tout, mon entourage non plus. J'ai passé une écho avec la peur au ventre de repenser à une nouvelle IVG.

Entendre son cœur battre même si c'est tout petit et que ca mesure 7mm, fait qu'on s'accroche. A ce moment la, je me suis dit que je lui donnerai tout l'amour qu'une mère puisse donner à son enfant. Et que refaire une IVG serait grave pour mon état psychologique et physique. Je ne pense pas être égoïste. Et comme j'ai pu lire sur les témoignages du site, c'est pas « lui » qui a décidé d'être là ! Alors pourquoi faire du mal à lui et à moi ? Quand on veut on peut, même si au début, on n'est jamais sûr de rien ...

Mon ami est militaire de carrière donc part beaucoup en déplacement pour des durées maximum de 9 mois. Mais, il aura des moyens financiers pour ce petit bout au chaud dans mon bidon. Même si je sais qu'il ne sera pas là souvent, que je passerai la grande part de ma grossesse seule, j'assumerai totalement ; Je sais que j'en suis capable ! N'ayant pas de travail, je vais me donner tous les moyens, pour me créer une situation. Et puis je vais essayer d'avoir des maintenant le RSA et d'autres primes de grossesse

Donc Mesdemoiselles, Mesdames réfléchissez bien ! Une ivg n'est pas sans conséquence ; Quoi qu'il arrive, pensez à vous-même. ! N'écoutez pas trop les gens autour de vous. Ce ne sont pas eux qui vont subir l'IVG. Ecoutez votre cœur et votre intuition féminine! Prenez contact avec les conseillères de ce site. Je remercie Marie d'ailleurs qui m'a beaucoup aidée à y voir clair.

Si vous n'avez pas de situation, si vous êtes dans la galère, il existe des aides, et des personnes à votre écoute, des gens qui sont là pour vous aider le temps d'une grossesse pour vous préparer à l'arrivée de votre bébé. Tant que le bébé ne manque de rien et qu'il est en bonne santé et heureux c'est l'essentiel ! Voilà j'espère que mon témoignage vous aidera à y voir plus clair.

Une adolescente préfère donner la vie à soigner son cancer : posté le 1er janvier 2012 sur leblogdejeannesmits

Jenni Lake n'avait que 17 ans lorsqu'elle est morte d'une tumeur cérébrale le 21 novembre dernier à Pocatello, Idaho (Etats-Unis)). 12 jours plus tôt, elle avait donné le jour à un bébé en pleine santé Chad Michael Lake Wittman. Et c'est pour lui qu'elle a déposé sa vie : elle se savait atteinte depuis octobre 2010 d'un cancer grave, un astrocytome, qui ne lui laissait que 30 % de chances de survie sur 2 ans. En apprenant qu'elle était enceinte de 10 semaines, en mai dernier, elle a exigé l'arrêt de tout traitement chimiothérapique ou irradiant par crainte des effets néfastes sur son enfant.

Son médecin oncologue lui avait exposé la situation en termes bruts : soit elle acceptait de faire avorter son bébé pour continuer de bénéficier de la chimiothérapie qui avait déjà commencé à réduire sa tumeur, soit elle devait arrêter tout traitement de son cancer qui risquait dès lors de s'étendre.

Jenni, 3e d'une famille de huit enfants, n'a pas envisagé une seconde d'avorter son enfant, bien qu'elle ait été bouleversé par la nouvelle de son arrivée : dès le début de son traitement, les soignants lui avaient dit que la chimiothérapie la rendrait stérile.

Juste avant la naissance de Chad, Jenni a dit à l'infirmière qui l'accueillait à la maternité : « Je suis au bout, j'ai fait ce que je devais faire. Mon bébé va arriver ici sain et sauf. »

Très affaiblie, elle savait à ce moment-là qu'elle n'aurait guère de chance de voir sa santé s'améliorer avec la reprise des traitements après la naissance. Des examens pratiqués après l'accouchement allaient montrer que la tumeur avait grossi et fait des métastases : Jenni était perdue et elle est rentrée chez elle pour passer les derniers jours de sa vie dans sa famille, demandant simplement que son fils soit couché près d'elle lorsqu'elle mourrait.

A ce moment-là son cancer l'avait rendue quasi aveugle. Ses dernières paroles furent pour son père, pour dire à propos de son bébé : « J'arrive d'une certaine façon à le voir. »

Le petit garçon a été reconnu par son père Nathan Wittman, 19 ans, qui s'en occupe avec sa mère, tandis que la famille de Jenni voit Chad autant qu'elle veut.

Cette histoire poignante est présentée par ses proches non comme une tragédie, mais comme le sacrifice d'une mère qui préfère risquer la mort que de laisser faire du mal à son enfant.

Et elle révèle l'étonnante maturité que peut donner le fait d'attendre un enfant, conçu dans l'insouciance mais accueilli par deux jeunes encore adolescents comme un don précieux.

Annexe 6

Enquête sur l'IVG médicamenteuse

IVG médicamenteuse : moins on en parle, plus ça fait mal

Enquête 26/12/2011 à 15h37 Sur rue 89 : <http://www.rue89.com/rue69/2011/12/26/ivg-medicamenteuse-moins-en-parle-plus-ca-fait-mal-227743>

Frangine coupée court, regard bleu un peu triste, Ania, 19 ans, ne s'est pas encore remise de cette expérience qu'elle a vécue dans une grande solitude : il y a deux mois elle a subi un [avortement médicamenteux](#), comme près de 110 000 femmes cette année.

Avant, pendant et après l'avortement, elle dit avoir été trop peu conseillée et entourée. Que ça soit par le Planning familial ou le personnel hospitalier.

« On ne m'a pas dit lorsque j'ai choisi la méthode médicamenteuse que je perdrai des poches de sang, que je verrai le fœtus [à ce stade de gestation, il s'agit d'un [embryon](#), ndlr] et que j'aurai des contractions. »

[Depuis 2004](#), les médecins de ville (hors hôpital) peuvent prescrire les médicaments qui provoquent l'avortement. La prise du premier médicament, le Mifépristone, a lieu en présence du personnel médical. Le deuxième médicament, le Misoprostol, peut être pris chez soi, avec la possibilité de téléphoner à son médecin traitant si besoin.

C'est la partie la plus impressionnante de l'avortement, qui comprend l'expulsion de l'embryon.

« C'est long, ça dure quatre jours en tout »

Elle a bien rencontré une psychologue avant la prise des médicaments, mais leur entretien n'a porté que sur les moyens de contraception. Rien sur les éventuelles conséquences psychologiques de l'avortement.

L'avortement médicamenteux en France

- Les IVG par voie médicamenteuse sont pratiquées jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse (soit sept semaines d'aménorrhée)
- Sur les 220 000 IVG pratiqués en France, la moitié sont désormais des avortements médicamenteux.
- En région parisienne, 11 % des avortements ont lieu en ville et donc par voie médicamenteuse.
- Trois parcours sont possibles pour se faire avorter par médicaments : l'hôpital, le centre de planification ou le médecin de ville.

Un accompagnement est prévu par la loi, mais le souci vient plutôt d'une perception faussée de cet acte médical.

Sophie Eyraud, médecin généraliste et co-présidente de l'Association nationale des centres d'interruption de grossesse et de contraception (ANCIC), explique :

« On a l'impression que l'on va prendre des médicaments et que pouf ! C'est comme prendre un cachet d'aspirine. Or cela provoque une fausse couche. Et puis c'est long, ça dure quatre jours en tout. »

Le choix de la méthode d'IVG est donc crucial, et c'est ce sur quoi insiste Danielle Gaudry, du Planning familial :

« On est là pour leur montrer que la prise de médicaments n'est pas forcément plus simple. Les femmes vivent l'avortement en direct, donc il faut qu'elles soient bien informées sur les contraintes liées à l'IVG médicamenteux pour se prononcer. »

« Ma libido a beaucoup baissé »

Les suites de cette IVG, perçue comme se situant à la frontière entre un acte de contraception – la prise de comprimés – et l'intervention chirurgicale, sont peu abordées. Les femmes vont

alors plutôt chercher des informations sur Internet. Le [forum de Doctissimo](#) recueille les inquiétudes. Les femmes s’y rassurent et partagent leurs expériences.

« L’intérêt de la méthode médicamenteuse c’est aussi d’éviter les regards des gens à l’hôpital. Si on peut faire ça via un médecin généraliste et rester chez soi, je vais voir... » écrit delfine11.

Ania aurait aimé que l’on parle avec elle de la sexualité, après.

« J’ai perdu beaucoup de sang lors de l’avortement. Pendant un mois, mon corps était juste destiné à expulser cet œuf, et je ne me sentais même plus femme.

Dans les semaines qui ont suivi, lorsque mon copain me touchait, je ne voulais pas en entendre parler. Aujourd’hui, on recommence à avoir une vie intime. Mais ma libido a beaucoup baissé... “

Un manque d’aide dont profitent les anti-IVG

Les associations de soutien psychologique aux femmes qui choisissent l’avortement médicamenteux sont toutes issues des milieux religieux anti-avortement.

Elles avancent plus ou moins masquées, derrière une facade très ‘psy’, avec des mots et des récits qui touchent précisément celles qui n’ont pas trouvé d’écoute.

Témoignages poignants à l’appui, le [site IVG.net](#) parle de l’IVG médicamenteuse et du syndrome ‘post-abortif’. Tout est prévu : numéros verts, permanences téléphoniques assurées par des jeunes femmes ayant connu ou réussi à ‘refuser’ l’IVG, hébergements dans des foyers pour mener la grossesse à terme.

Ces mouvements profitent du vide. Ainsi, quand on tape [‘IVG médicamenteuse’ sur Google](#), on trouve souvent, parmi les ‘liens sponsorisés’ en haut de la page, ce type d’annonce : ‘Des questions sur l’IVG ? Toutes les informations utiles, une écoute 7j/7 anonyme et gratuite...’

Cliquer sur le lien proposé mène sur le site de IVG.net, ‘centre de documentation médicale sur l’avortement’, qui regorge de pages sur les ‘risques’ de l’avortement.

□

[oiselet](#)

J’ai vécu il y a quelques semaines une IVG médicamenteuse.

C’était un choix réfléchi, mais comme une majorité de femmes, se fut une épreuve douloureuse, moralement et physiquement.

Irsey tente de nous expliquer que l’IVG médicamenteuse est une sorte de « moindre mal » comparée à l’IVG par aspiration. Médicalement, c’est certain, pas d’anesthésie, pas de complications post op, etc...

Psychologiquement il n’en est rien. Je reverrai toute ma vie ses 2 comprimés posés sur la table, ce verre d’eau, et ce médecin me disant « allez y, prenez les ». J’ai réellement eu l’impression de tout faire, et malgré mes certitudes quant à la décision que j’avais prise, j’ai trouvé ce moment terrifiant. Je provoquais moi-même l’interruption de cette vie.

Les jours suivant, j’ai vraiment été malade, et la prise des seconds comprimés n’ont rien arrangés.

Contrairement à la jeune fille de l’article, je n’ai pas été incommodée par de longs saignements, seulement le jour de l’expulsion. Mais il est certain que ces caillots de sang perdus, ou l’on sait très bien que l’un d’eux comprennent un embryon sont impressionnant. Se dire que cette grossesse se termine finalement dans les toilettes, car oui quand on est à la maison, c’est « réellement le cas, est une sensation horrible.

Et à toutes ses étapes, personne ne vous prépare. Le gynéco vous explique dans les grandes lignes ce qui va se passer, mais en pratique, les choses sont bien plus difficiles à vivre.

J’estime que l’IVG médicamenteuse devrait être mieux encadrée, et bénéficier d’un suivi psychologique obligatoire. A ce jour, il ne se passe pas une journée sans que des images me hantent. Et je suis certaine de ne pas être la seule.

irsey

Etudiant

Évidemment qu'un avortement n'est pas anodin. Bien sûr qu'il faudrait plus en parler. Mais en ce qui concerne l'avortement par Mifépristone c'est un peu la course contre la montre, la limite étant de sept semaines d'aménorrhée, comptons : quatre semaines normales ; une semaine pour s'en rendre compte, faire les tests et en discuter avant son copain ; puis prise de rendez-vous avec un médecin et une semaine entre deux consultations, et finalement prise du RU. Cela fait 6 semaines. Ce qui signifie qu'une petite semaine de retard ne laisse même plus le choix de la méthode.

Et honnêtement, l'IVG médicalisée est autrement plus complexe et angoissante...

Nicius

Plutôt conservateur et pro-vie, vous me mettriez dans la catégorie « la Boutin, les curés, imams et autres pétés du casques »

seulement voilà, nous sommes face à une conséquence bien réelle de l'avortement. Soit on se cache tous dans nos positions et on diabolise les autres, soit on traite le sujet.

C'est un problème que seule les associations pro-vie (qui contrairement à ce qui est dit plus haut, ne sont pas du tout subventionnées !) informent sur les difficultés/inconvénients/traumatismes (selon les situations et point de vue). Cela devrait être du ressort des plannings familiaux, seulement, croyant bien faire, ils facilitent au maximum l'avortement, quel que soit sa forme afin selon eux de limiter la souffrance.

Ils devraient donner toutes les cartes en main de la femme concernée, afin qu'elle puisse faire un choix réfléchi, et lui donner les moyens de l'assumer.

ps pour couper court aux stéréotypes : quand je dis pro-vie, je (et c'est la position de beaucoup) défend pas l'interdiction d'avorter, mais bien l'égal information des possibilités, sans se voiler la face ET des moyens d'aide supplémentaire pour que les femmes qui aimeraient garder leur enfant, puissent le garder. Histoire que ce ne soit pas une question de moyen, mais bien de vouloir.

En résumé, ce qui me désole, c'est qu'une femme doive avorter, contrainte par la pression financière ou sociale.

□

Numerosix

Prisonnier dans le village (...)

« J'ai perdu beaucoup de sang lors de l'avortement. Pendant un mois, mon corps était juste destiné à expulser cet œuf, et je ne me sentais même plus femme.

Dans les semaines qui ont suivi, lorsque mon copain me touchait, je ne voulais pas en entendre parler. Aujourd'hui, on recommence à avoir une vie intime. Mais ma libido a beaucoup baissé... »

C'est clair que son copain va pas tarder à se tirer la.

Hé ben elle marche du tonnerre cette pilule médicamenteuse (on se doute bien que c'est pas du sucre en poudre qu'il y a dedans) , plus jamais d'autres avortements à prévoir par la suite donc..

□

dotchka

Salarié

Malheureusement, l'avortement est à l'image des soins pratiqués en France, que ce soit chez le généraliste ou à l'hôpital. On vous vend des médicaments comme des bonbons, on vous pique, perce, tranche et découpe sans complexe et rarement avec explication. Quant à l'impact psychologique et physique sur les patients, il n'en est jamais question. On se contente de vous donner le bonbon pour la douleur, le bonbon pour dormir et le bonbon pour sourire.

P. and S. against Poland: STATEMENT OF FACTS PROVIDED BY THE REGISTRAR OF THE EUROPEAN COURT

FOURTH SECTION

Application no. 57375/08
by P. and S. against Poland
lodged on 18 November 2008

STATEMENT OF FACTS

THE FACTS

The applicants, Ms P. and S. are Polish nationals who were born in 1993 and 1974 respectively. They are represented before the Court by Ms M. Gąsiorowska and Ms I. Kotiuk, lawyers practising in Warsaw.

A. The circumstances of the case

The facts of the case, as submitted by the applicants, may be summarised as follows.

The first applicant was raped on 8 April 2008, when she was 14 years old, by a boy of her age. On 9 April 2008 the applicants reported the rape to the police. The first applicant was not offered emergency contraception. Bruises on her body were confirmed by a family doctor several days after the alleged event took place, between 9 and 14 April 2008.

The rape resulted in pregnancy. The applicants decided together that abortion would be the best option for the family, having considered that the first applicant was a very young minor, that the pregnancy was a result of forced intercourse and that she wanted to pursue her education.

On 19 May 2008 the first applicant was questioned by the police. Her mother and the alleged perpetrator's defence lawyer were present during the questioning. The first applicant stated that the perpetrator had used force to hold her down and to overcome her resistance.

On 20 May 2008 the District Prosecutor issued a certificate indicating that the first applicant's pregnancy had resulted from unlawful sexual intercourse with a minor under 15 years of age.

1. Attempts to obtain abortion in Lublin hospitals

The second applicant went to a public hospital (the Ministry of Internal Affairs and Administration hospital) in Lublin asking for a referral for an abortion. She was advised there to ask Dr O., the regional consultant on gynecology and obstetrics. Other doctors whom the second applicant contacted privately were also of the view that a referral from the regional consultant was necessary.

The second applicant also went to Jan Boży hospital in Lublin and contacted a chief physician there, Dr W.S. The doctor proposed that the applicants meet with a Catholic priest. The second applicant refused.

The second applicant contacted Dr O. He told her that he was not obliged to issue a referral and advised the second applicant to “get her daughter married”. She left his office, but shortly afterwards came to see him again as she was afraid that, without his referral, it would not be possible to obtain an abortion. He told her to report to the Jan Boży hospital.

On 26 May 2008 the applicants reported to that hospital. They were received by the acting chief physician. They clearly stated their intention to have the pregnancy terminated. They were told that they would have to wait until the head of the gynecological ward had returned from holidays. They were told that it would be best for the first applicant to be hospitalised, with a view to blood and urine tests and an ultrasound scan being carried out. On the same day the first applicant was admitted to the hospital.

On 30 May 2008 Dr W.S. returned from holiday and told the applicants that she needed time to make a decision. She asked them to return on 2 June. She then called the second applicant separately to her office and asked her to sign the following statement: “*I am agreeing to the procedure of abortion and I understand that this procedure could lead to my daughter’s death.*” On the same day the first applicant was discharged from the hospital for the weekend.

On 2 June 2008 the first applicant returned to the hospital alone in the morning as her mother was working. Dr W.S. took her for a talk with a Catholic priest, K.P. The first applicant was not asked what her faith was and whether she wished to see a priest. During the conversation it transpired that the priest had already been informed about the pregnancy and about the circumstances surrounding it. He tried to convince the first applicant that she should carry the pregnancy to term. The first applicant told him that she could not make the decision herself and that she relied on her parents in that matter. The priest asked her to give him her mobile phone number which she did. She was given a statement written by Dr W. S. to the effect that she wanted to continue the pregnancy and she signed it. She submits that she signed it as she did not want to be impolite to the doctor.

When the second applicant arrived later, the priest spoke to her. She told him about the family’s decision to terminate the pregnancy. Dr W.S. told the second applicant that she was a bad mother. She presented her with the document signed by the first applicant and told her that the first applicant had decided to continue the pregnancy. An argument broke out between the doctor and the second applicant. The first applicant, who was present in the room started to cry. The doctor told them that she would adopt both the first applicant and the baby.

Subsequently Dr W.S. told the applicants that she would not perform the abortion, that under communism when abortion was freely available no one had made her perform abortions and that no doctor would give permission for an abortion to be performed. According to the applicants, she also implied that all doctors in the hospital would not perform an abortion.

The applicants left the hospital. The second applicant contacted the Federation for Women and Family Planning [*Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny*-hereinafter, the Federation] in Warsaw for help as after their experience in Lublin she was afraid that no one in that town would perform an abortion.

On an unspecified date the Jan Boży hospital issued a press release to the effect that it would not perform an abortion in the applicants’ case.

2. Attempts to obtain abortion in Warsaw

On 3 June 2008 the applicants went to Warsaw and contacted a doctor recommended by the Federation. They were informed about the procedure and about the available options. In

the afternoon the first applicant was admitted to a hospital in Warsaw. She submitted to the hospital the certificate issued by the prosecutor and a medical certificate issued by the national consultant in gynecology to the effect that she had a right to a lawful abortion. She signed a consent form to undergo an abortion and her parents also gave their written consent. Shortly afterwards the deputy head of the gynecological ward informed the applicants that he had received information from the Lublin hospital that the first applicant did not wish to have an abortion.

On 4 June 2004 the applicants were told that the first applicant was obliged by law to wait for another three days before having an abortion. On the same day the first applicant received a text message from Catholic priest K.P. that he was working on her case and that people from all over the country were praying for her. She also received numerous text messages along the same lines from unknown persons. That priest came to the Warsaw hospital later in the day together with Ms H.W., an anti-abortion activist. They talked to the first applicant in her mother's absence and tried to persuade her to change her mind. In the evening an unidentified woman came to her room and tried to convince her to continue the pregnancy. The first applicant was upset about this and about the fact that the hospital apparently had no control over who could approach her.

On the same day the first applicant's father came to the hospital, apparently as he had been informed that his consent to an abortion was also necessary. A psychologist spoke with the first applicant's parents and then with the applicant. She apparently prepared an opinion on the case. The second applicant was not given access to it. The doctor who had admitted the first applicant to the hospital told her that a lot of pressure had been put on the hospital with a view to discouraging it from performing the abortion and that the hospital was receiving numerous e-mails from persons criticising the applicants for having decided to allow the first applicant to have an abortion.

Feeling manipulated and helpless, the applicants wished to leave the hospital. When they were leaving it on 5 June 2008, they were harassed by Ms H.W. and Mr M. N.-K., anti-choice activists waiting at the hospital's entrance. The mother stopped a taxi but the anti-choice activists told the driver that her parental rights had been taken away and that she was trying to kidnap the first applicant. The driver refused to take them. Ms H.W. called the police. The police arrived promptly and took both applicants to the police station where they were questioned.

3. The first applicant's placement in a juvenile shelter

The applicants were questioned on 5 June 2008 from approximately 4 p.m. until 10 p.m. No food was offered to them. The officers showed the applicants the family court decision which the police had received by fax around 7 p.m. from the Warsaw hospital. That decision, given by the Lublin Family Court, restricted the second applicant's parental rights and ordered the first applicant to be placed in a juvenile shelter immediately.

Subsequently the police took the first applicant to a car. She was driven around Warsaw in search of a juvenile shelter that would accept her. The second applicant was not permitted to accompany her daughter. As no place was found in Warsaw, the police drove the girl to Lublin where she was placed in a shelter at approximately 4 a.m. on 6 June 2008. She was put in a locked room and her cell phone was taken from her. On 6 June 2008 priest K.P. visited her there and told her that he would file a petition with the court requesting it to transfer her to a single mother's home.

Later in the morning of that day the first applicant felt pain and was bleeding. The psychologist and the education specialist talked to the first applicant. She summarised the conversation thus:

“They wanted to know the entire story and the Assistant Principal was present. I told them again about the entire affair with the hospitals and abortion. They said that it would be better for me to give birth. They

did not ask me about my view. I stayed locked in the room all day. I felt as though in a correctional facility, I had bars on the window and locked door, it was not very pleasant.”

In the late afternoon the first applicant was taken to the Lublin Jan Boży hospital. She was admitted to the pregnancy ward. A number of journalists came to look at her and tried to talk to her.

4. Proceedings before the Family and Custody Court

On an unspecified date the Lublin Family and Custody Court instituted proceedings to divest the second applicant of her parental rights. On 3 June 2008 that court, sitting *in camera*, ordered the first applicant’s placement in a juvenile shelter. It referred to her pregnancy and to information from the hospital, in particular from Doctor W.S., that she did not wish to have an abortion. The court considered that the first applicant was under pressure from her mother and that it was necessary to separate her from her family. It relied on Article 109 of the Family and Custody Code.

On 6 June 2008 the second applicant appealed against that decision. On 9 June 2008 she filed with the court a written consent to her daughter’s abortion. She also submitted it to the Lublin hospital. On 10 June 2008 she submitted a declaration by the first applicant that she wanted to have an abortion and that she had not been coerced into it.

On 13 June 2008 the first applicant was questioned at the hospital by a criminal judge in the presence of a prosecutor and a psychologist, in the context of the proceedings concerning allegations of coercion against the first applicant with a view to making her terminate the pregnancy. The first applicant testified that she had been forced into a sexual act which had resulted in pregnancy and that her mother had not forced her to make the decision to have a termination. The questioning started at 7:30 p.m. and lasted for three hours. The first applicant’s parents were not permitted to be present. The first applicant did not have legal assistance or any other adult present to represent her as a minor. Later on the same day the court allowed the second applicant to take her daughter home. On 14 June 2008 she was discharged from the hospital.

On 18 June 2008 the Lublin Family Court quashed its decision concerning the placement and discontinued the proceedings.

On 17 September 2009 the Warsaw-Sródmieście District Court dismissed the first applicant’s appeal against a decision given on 26 May 2009 by the Warsaw-Sródmieście District Prosecutor to discontinue criminal proceedings against the police officers who had detained the applicant at the police station on the basis of the placement order. The prosecutor and the court found that the police officers had no case to answer.

5. The applicants’ contacts with the Ministry of Health

From 9 to 13 June 2008 the second applicant filed a complaint with the Office of Patients’ Rights of the Ministry of Health asking them to help her daughter obtain a lawful abortion and submitted relevant documents, in particular the prosecutor’s certificate. An official of the Ministry, K.U., informed the second applicant that the daughter’s statement consenting to an abortion would have to be witnessed by 3 persons. When the second applicant informed him that the statement had in fact been signed in the presence of three witnesses, he told her that the witnesses’ identification numbers were required and that the faxed copy had to be notarised.

On 16 June 2008 the second applicant was informed by phone by a Ministry official that the issue has been resolved and that her daughter could undergo an abortion. She was notified that she would have to go to Gdańsk, in northern Poland, approximately 500 kilometers from their home in Lublin.

On 17 June 2008 the Ministry of Health sent a car for the applicants and they were driven to Gdańsk. The first applicant had an abortion in a public hospital there. The applicants were

not given information on post-abortion care. The applicants submit that the trip to Gdansk and the abortion were carried out in a clandestine manner, despite the termination being lawful. When the applicants came back home, they realised that information about her journey to Gdańsk had been put on the internet by the Catholic Information Agency on 17 June 2008 at 9 a.m.

6. Criminal proceedings

On 1 July 2008 the Lublin District Court instituted proceedings against the first applicant on suspicion that she had committed a criminal offence punishable under Article 200 § 1 of the Criminal Code (sexual intercourse with a minor under 15 years of age). The first applicant was summoned to appear in court on 25 September 2008.

Following receipt of this summons, on 28 August 2008 the second applicant complained to the prosecutor about her daughter's rape. She submits that she was not aware that reporting the rape to the prosecuting authorities in May was not sufficient for an investigation to be instituted.

On 14 July 2008 the Warsaw-Śródmieście District Prosecutor discontinued two sets of criminal proceedings. The first set had been instituted against the second applicant, the first applicant's father, Mrs W. N. and K.K., working for the Federation for Women and Family Planning. It concerned a suspicion that the first applicant has been coerced into having an abortion against her will. The prosecutor found that they had no case to answer and observed that it was not open to doubt, in the light of the documents submitted by the applicants to the Warsaw hospital, that she had a right to a lawful abortion.

The second set of proceedings concerned a suspicion that unknown persons, including doctors from Lublin and Warsaw, Catholic priests and members of anti-abortion organisations, had exerted pressure on the first applicant. The prosecutor found that there was no case to answer, because the criminal law did not penalise attempts to persuade a pregnant woman to carry the pregnancy to term, if no physical violence was used.

The second applicant appealed against this decision.

On 21 November 2008 the Warsaw-Śródmieście District Prosecutor discontinued the proceedings against Ms H.W. and Mr M. N.-K., finding that they had accosted the applicants when they were leaving the hospital in Warsaw on 4 June 2008, but they had no case to answer because no physical violence was involved. On 19 September 2009 the Warsaw-Śródmieście District Court dismissed the applicants' appeal.

B. Relevant domestic law

The applicable provisions of domestic law have been extensively summarised in the judgments *Tysiyc v. Poland*, no. 5410/03, 20 March 2007 and *R.R. v. Poland*, no. 27617/04, 26 May 2011.

COMPLAINTS

Article 3 of the Convention

The applicants complain under Article 3 of the Convention that they were subjected to physical and mental suffering, amounting to inhuman and degrading treatment, by medical and law enforcement authorities. The first applicant was denied emergency contraception during her visit to the health clinic a day after the rape. Following the decision of the Lublin District Court, she was taken from the custody of her mother, put in a police car, and was

driven around for hours without proper food, water or access to a toilet. In the shelter she was locked in a room and given no prompt medical assistance despite vaginal bleeding and intense pains. When she was finally allowed to have a legal termination of pregnancy, she was driven in secret by the Ministry of Health to a hospital approximately 500 kilometers from her home. The applicants were not provided with information on post-abortion care and immediately after the abortion they were driven back home. The first applicant was unnecessarily and repeatedly questioned about the circumstances concerning the rape, which was traumatic for her. The circumstances of the case, seen as a whole, exposed the applicants to serious uncertainty, fear and anguish.

Deprivation of liberty

The applicants complain, referring to Article 5 and Article 2 of Protocol No. 4 to the Convention, about the unlawful removal of the first applicant from the custody of her mother and her placement in a juvenile shelter and later in the hospital. This amounted to a deprivation of liberty. Considering the first applicant's age, her distress and her unwanted pregnancy, the decision on placement was manifestly unjustified, excessive and extremely stressful for both applicants.

They complain that the first applicant was also deprived of her liberty when she was ordered to stay in the Lublin hospital from 26 to 30 May just to wait for the chief physician to return from holiday. They were also deprived of their liberty of movement when they were forced to remain in a room with the Catholic priest and obtain unwanted and manipulative counselling.

Article 6 of the Convention

The applicants further allege a violation of that provision in that the decision placing the first applicant in a juvenile centre was based on insufficient evidence. The court had failed to question the applicants in connection with that order. Further, the first applicant was questioned for the purposes of the investigation into the offence of rape without legal representation being offered and in the absence of her legal guardians. She was ordered once more to recount the circumstances concerning the rape, which was very distressing for her.

Article 8 of the Convention

The applicants complain that numerous facts gave rise to violations of the State's positive and negative obligations under Article 8 of the Convention.

Difficulties in obtaining access to legal abortion

The absence of a comprehensive legal framework governing the practice of conscientious objection and ensuring access to lawful termination of pregnancy in medical facilities allowed doctors to deny to the first applicant her right to terminate her pregnancy in a respectful, dignified and timely manner. The applicants were given contradictory and inaccurate information about the legal conditions that had to be met to obtain a lawful abortion (the waiting time, the necessary documents, formal requirements which such documents had to meet, about the necessity of parental consent given by both parents). They were hindered in taking a free decision on the matter of an abortion.

Breach of medical confidentiality

They complain that the Lublin hospital informed priest K.P. about their predicament without asking for their permission and allowed him to approach the first applicant, without her or her family having asked for such contact and without any thought having been given to the applicants' wishes. The applicants were subjected to pressure regarding their decision. Inappropriate and manipulative pressure was exerted on the family by Dr. W.S. No proper respect was shown for their own decisions and views. Information about the applicants' case was leaked to the public, including by way of a press release issued by the Lublin hospital. As a result, the applicants found themselves in the midst of a public controversy and the subject of a heated media debate. A hospital in Warsaw where they sought assistance received information about the case from the Lublin hospital without requesting it. While the first applicant was in the hospital in Warsaw, she was harassed by anti-choice activists. The case became national news and developments were closely followed by many newspapers.

Lack of medical assistance

The State's failure to provide the first applicant with emergency contraception which would have prevented her pregnancy violated her right to respect for her private life. Lack of access to medical assistance in the juvenile shelter also amounted to a violation of the same right.

Custody

The unjustified, excessive and ill-founded decision on the first applicant's placement in a juvenile shelter and restricting the second applicant's parental rights in connection with the planned abortion amounted to a breach of their right to respect for their family life. Neither the first nor the second applicant was heard by the court in the proceedings leading to the placement and the placement order was immediately executed. This decision caused enormous stress and anguish to the applicants.

Article 9 of the Convention

The applicants assert a violation of the right to freedom of thought, conscience and religion. The State in facilitating and encouraging Catholic priests to provide unwanted and manipulative counselling to the applicants in the setting of a public hospital and to exert pressure on them in order to make them change their minds as to the termination amounted to a breach of the applicants' right to freedom of conscience. Further, the State's failure to regulate the practice of conscientious objection in the health care setting, resulted in public hospitals relying on freedom of religion and refusing to perform lawful termination of pregnancies. It also resulted in an unlawful, unjustifiable and improper imposition of religious views on the applicants.

Violation of Article 13 of the Convention, in conjunction with Articles 3, 5, 6, 8 and 14 of the Convention

The applicants allege that they were denied effective remedies before the national authorities. The first applicant had no effective remedy at her disposal when she was refused a lawful abortion. The applicants had no remedy either in respect of the unwanted and manipulative counselling provided by the doctor in the Lublin hospital and by the priest, nor in respect of the misleading and confusing information concerning the availability of abortion

which they received. Further, they had no remedy in respect of breaches of medical confidentiality committed in their case.

Violation of Article 14 in connection with Articles 3, 5, 6, 8, 9, 13 and 14

The ill-treatment of the first applicant by health care providers, including misinformation about the availability of lawful abortion services, and by the law enforcement authorities, was driven by gender stereotypes and sex discrimination. The unjustified order to place the first applicant in a juvenile shelter was also a result of discrimination on grounds of her sex.

QUESTIONS TO THE PARTIES

1. May the first applicant claim to be a victim of a violation of Article 8 of the Convention, within the meaning of Article 34, given that she ultimately had an abortion?

2. Has the first applicant exhausted all effective domestic remedies, as required by Article 35 § 1 of the Convention, in respect of her complaints under Article 8 of the Convention?

3. Has the first applicant been subjected to inhuman or degrading treatment, in breach of Article 3 of the Convention?

4. Has there been an unjustified interference with, or failure to respect, the applicants' right to respect for their private life within the meaning of Article 8 of the Convention in connection with the applicants' efforts to have access to an abortion? Reference is made, in particular, to the following:

a) the applicants obtained a prosecutor's certificate stating that the pregnancy resulted from unlawful intercourse, but the abortion was ultimately carried out after a delay as a result of the unwillingness of the health care providers to provide it,

b) three public hospitals refused to carry out the abortion,

c) the applicants received contradictory information about the requirements that had to be complied with in order to have a lawful abortion.

5. Has there been failure to respect the applicants' private and the second applicant's family life within the meaning of Article 8 of the Convention in connection with the following:

- disclosure of information concerning the first applicant's pregnancy and her situation to priest K.P.;

- the pressure exerted on the applicants in the Lublin hospital to give up their intention to have an abortion;

- the press communiqué about the case issued by the Lublin hospital;

- communication of information to the hospital in Warsaw concerning the first applicant's identity, her situation and her and her mother's wish to have the first applicant's pregnancy terminated;

- the disclosure of the applicants' identity and whereabouts to the general public and the ensuing harassment?

If so, can the public authorities be said to have been responsible for the alleged interference or failure to respect? What remedies were available to the applicants in respect of these alleged violations? Did the applicants exhaust all effective domestic remedies, as required by Article 35 § 1 of the Convention, in respect of these complaints?

6. Was there an interference with the applicants' right to respect for their private and/or family life as a result of the order given on 3 June 2008 to place the first applicant in a juvenile shelter with a view to preventing the termination of the first applicant's pregnancy? If so, did that interference comply with the requirements of that provision?

7. Was the first applicant, as a result of that order, deprived of her liberty in breach of Article 5 § 1 of the Convention? Did the deprivation of liberty between 4 p.m. on 5 June 2008 when the applicants were first questioned at the police station in Warsaw and 14 June 2008 when the first applicant was discharged from the Lublin Jan Boży hospital fall within any of the paragraphs of that provision? If so, which paragraph was applicable to her detention?

8. Having regard to previous cases against Poland regarding access to lawful abortion in which the Court has found breaches of the Convention (see *Tysic v. Poland*, no. 5410/03, ECHR 2007-I; *R.R. v. Poland*, no. 27617/04, 26 May 2011; not final), do the circumstances of the instant case disclose a failure to ensure an effective procedural mechanism accompanied by safeguards for determining whether the conditions for obtaining a lawful abortion have been met?