



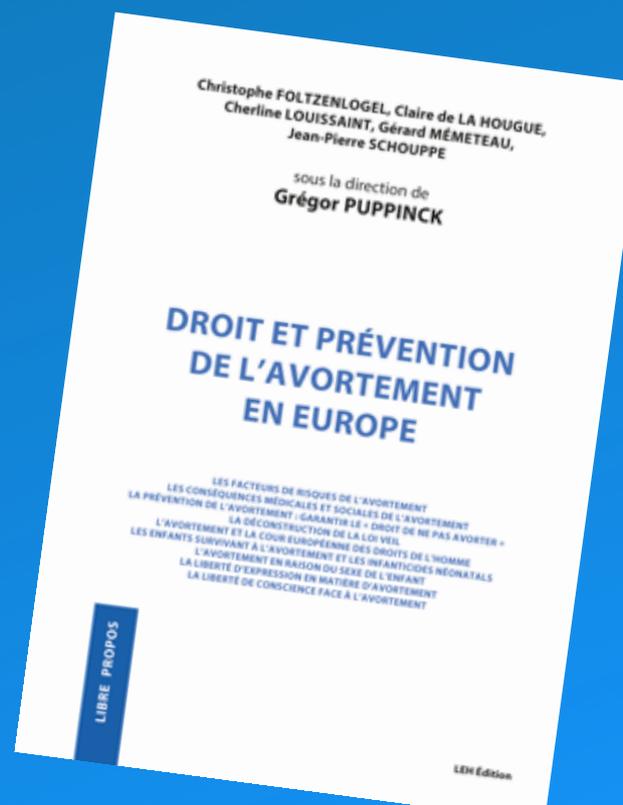
CENTRE EUROPÉEN POUR LE DROIT ET LA JUSTICE

Enfants survivant à l'avortement et infanticides néonataux en Europe

Claire de La Hougue & Grégor Puppinck

Cet article est un extrait révisé du livre "Droit et prévention de l'avortement en Europe" publié en 2017 sous la direction de Grégor Puppinck chez LEH Editions, collection Libre Propos.

Vous pouvez commander ce livre en version papier chez l'éditeur ou directement auprès de l'ECLJ en nous écrivant à secretariat@eclj.org



Enfants survivant à l'avortement et infanticides néonataux en Europe

Grégor PUPPINCK et Claire de LA HOUGUE¹.

Version de travail d'un chapitre publié dans

Droit et prévention de l'avortement en Europe, sous la direction de Grégor Puppink, LEH Editions, 2016.

I- Le cadre de l'avortement tardif en Europe.....	4
A- Le cadre légal	4
B- Quelques chiffres européens	6
II- Les enfants nés vivants lors d'avortements tardifs.....	8
A- Les données sur les naissances vivantes lors d'avortements	9
B- Le sort des enfants nés vivants lors d'avortements.....	11
III- Les méthodes d'avortement et la souffrance fœtale.....	15
A- La preuve médicale de la souffrance fœtale	16
B- Des fœtus animaux mieux protégés que les êtres humains en Europe.....	18
C- Législation aux États-Unis.....	18
Conclusion.....	19

¹ Ce chapitre est issu d'un article publié dans la Revue générale de droit médical (RGDM), n° 57, décembre 2015.

Introduction

Un sujet très délicat et douloureux a fait l'objet d'un examen par le Bureau de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe : la question des enfants nés vivants lors d'avortements tardifs. En effet, une pétition a été remise à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe (APCE), conformément à l'article 65 du Règlement et à la Directive n° 342 du 22 janvier 1974 de l'Assemblée, signée par près de 225 000 personnes et diverses ONG dont le Centre européen pour le droit et la justice (ECLJ). La pétition demandait à l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe :

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

Le 24 avril 2015, le Bureau de l'APCE a demandé à la Commission des questions juridiques et des droits de l'homme de se prononcer sur la recevabilité formelle de la pétition. Un premier examen a eu lieu le 19 mai suivant au terme duquel la Commission a estimé qu'il était préférable de rejeter cette pétition car son examen serait susceptible de diviser l'Assemblée en raison de la sensibilité du sujet. Le 28 septembre 2015, le Bureau de l'Assemblée suivit cet avis, après avoir reporté sa décision à plusieurs reprises. C'est pour un motif d'inopportunité politique que l'Assemblée a refusé d'examiner la question soulevée par la pétition. Elle n'est pas la seule.

Le 31 janvier 2014, un membre de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, M. Angel Pintado, avait posé au Comité des Ministres la question suivante : « *Quelles dispositions spécifiques le Comité des Ministres prendra-t-il pour garantir que des fœtus qui survivent à un avortement ne soient pas privés des soins médicaux auxquels ils ont droit (en leur qualité de personnes vivantes au moment de leur naissance) en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme ?* ». Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe n'a pas réussi à résoudre cette situation malgré un délai de réponse inhabituellement long. Le 9 juillet 2014, le Comité a déclaré que « *faute de consensus, il n'a pas été possible d'adopter une réponse à la Question écrite n° 655 de M. Pintado* ».

Le 20 novembre 2014, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a refusé d'examiner le problème des enfants nés vivants lors d'une interruption de grossesse, estimant qu'il n'entrait pas dans son mandat. Pourtant, selon la Résolution (99) 50 du Comité des Ministres qui fixe le mandat du Commissaire aux droits de l'homme, celui-ci non seulement « *contribue à la promotion du respect effectif et de la pleine jouissance des droits de l'homme dans les États membres* » mais aussi « *identifie d'éventuelles insuffisances dans le droit et la pratique des États membres en ce qui concerne le respect des droits de l'homme tels qu'ils ressortent des instruments du Conseil de l'Europe, encourage la mise en œuvre effective de ces normes par les États membres et les aide, avec leur accord, dans leurs efforts visant à remédier à de telles insuffisances* ». Le « *Commissaire peut intervenir sur la base de toute information pertinente au regard de ses fonctions* », notamment celles que lui adressent les ONG, et peut émettre des recommandations, avis et rapports. On voit donc mal pourquoi certains enfants seraient exclus de ce mandat.

Différentes instances des Nations unies également saisies de ce sujet, comme le Comité des droits de l'enfant ou le Rapporteur spécial sur la torture, ont gardé un silence absolu sur ce sujet.

La réticence à aborder cette question s'explique sans doute par une gêne devant ces êtres que l'on laisse mourir, souvent sans soins, dans notre société civilisée, et par la crainte de s'opposer à l'avortement. Pourtant, il s'agit bien en l'occurrence d'enfants nés vivants, or « *tous les êtres humains naissent et demeurent égaux en dignité et en droits* » d'après la Déclaration universelle des droits de l'homme. Néanmoins, s'agissant des enfants prématurés, l'égalité dépend des circonstances de leur naissance. Lorsqu'un enfant naît spontanément grand prématuré, tout est mis en œuvre pour le sauver². Si ce n'est pas possible, il reçoit des soins de confort, et il est entouré jusqu'à son décès. Des soins palliatifs néonataux se développent ainsi dans les hôpitaux, conformément à la résolution 1649 (2009) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe.

Grâce aux progrès de la médecine, des bébés prématurés peuvent être sauvés dès 21 semaines, soit avant même le seuil de viabilité défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui est de 22 semaines ou 500g. Cela signifie qu'un enfant né à ce terme a des chances de survie s'il reçoit les soins idoines. D'ailleurs, l'avortement est défini par rapport au seuil de viabilité par le Comité pour l'Etudes des Problèmes Éthiques en Reproduction Humaine de la Fédération internationale de gynécologues-obstétriciens (FIGO) : « *L'Interruption Volontaire de Grossesse peut se définir comme une interruption médicamenteuse ou chirurgicale de la grossesse provoquée entre le moment de la nidation et la date de viabilité ou de l'autonomie fœtale (fixée par l'OMS à 22 semaines d'aménorrhée ou plus)*³ ». En conséquence, selon la FIGO, au-delà de 22 semaines, il ne s'agit plus *stricto sensu* d'un avortement ; mais alors d'un « fœticide » ou d'un infanticide néonatal, y compris en cas de malformation ou de maladie de l'enfant. Si la poursuite de la grossesse présente un risque sérieux pour sa mère ou pour lui, la naissance peut être décidée en assumant le risque de décès de l'enfant, ce qui se pratique déjà.

Selon l'OMS, « *la naissance vivante est l'expulsion ou l'extraction complète du corps de la mère, indépendamment de la durée de la gestation, d'un produit de la conception, qui, après cette séparation, respire ou manifeste tout autre signe de vie, tel que battement de cœur, pulsation du cordon ombilical ou contraction effective d'un muscle volontaire, que le cordon ombilical ait été coupé ou non ou que le placenta soit ou non demeuré attaché; tout produit d'une telle naissance est considéré comme enfant né vivant* »⁴. Cette définition s'applique que la naissance soit spontanée, ou provoquée dans un but d'avortement. Citant cette définition, les « Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil » établis au sein des Nation Unies disposent que « *tous les enfants nés vivants devront être enregistrés ou comptés comme tels, quelle que soit la durée de la gestation, qu'ils soient morts ou vivants à l'époque de l'enregistrement ; ceux d'entre eux qui décèdent à n'importe quel moment après la naissance devront également être enregistrés et comptés comme décédés* »⁵.

² « En France, la grande prématurité concerne chaque année 9 000 enfants qui naissent avant 33 semaines de gestation, sur 750 000 naissances », in Expertise collective, « Grande prématurité, Dépistage et prévention du risque », INSERM, 1997, p. 1.

³ « Recommandations éthiques concernant les interruptions volontaires de grossesse », Comité de la FIGO pour l'Etudes des Problèmes Éthiques en Reproduction Humaine, *Les aspects éthiques de la gynécologie et de l'obstétrique*, octobre 2012, p. 285.

⁴ *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10th Revision, Vol 1, World Health Organization, 1992.

⁵ Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations unies, *Principes et recommandations pour un système de statistiques de l'état civil*, Révision 3, 2015, p. 3.

Les statistiques publiées au Royaume-Uni⁶ montrent que cinq bébés nés à moins de 22 semaines sur 247 nés vivants ont vécu pendant au moins un an⁷. 11 des 171 nés à 22 semaines ont survécu, et 76 sur 332 nés à 23 semaines également. En France ou en Suisse, il est rare de réanimer des bébés de 22 ou 23 semaines, mais à partir de 24 semaines la réanimation est toujours entreprise car les chances de survie même sans séquelle sont élevées⁸.

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

Chaque année en Europe, de nombreux enfants naissent vivants lors d'avortements volontaires, en particulier lorsqu'ils sont pratiqués au-delà de la 20^e semaine, mais cela arrive dès 16 semaines. La survie étant contraire au but recherché par l'avortement, le but est alors atteint par d'autres moyens : asphyxie, injection létale ou abandon de l'enfant nu dans une bassine laissée à l'écart jusqu'à ce que mort s'ensuive. Compte tenu du cadre légal qui permet des avortements tardifs dans de nombreux pays (I), de tels cas ne sont pas exceptionnels (II). Pour éviter les naissances vivantes, certains utilisent la méthode dite de « dilatation-évacuation » qui consiste à extraire l'enfant par morceaux, souvent sans analgésie ni fœticide préalable (III).

I- Le cadre de l'avortement tardif en Europe

A- Le cadre légal

L'avortement est légal dans la plupart des pays d'Europe à des conditions et pendant une durée variables. Si beaucoup le limitent au moins théoriquement au premier trimestre de la grossesse, d'autres l'admettent au-delà, pour des motifs définis plus ou moins strictement. Ainsi, la **Suède** autorise l'avortement sur demande, quel qu'en soit le motif, jusqu'à 18 semaines. Il est encore possible après pour motif médical, théoriquement au maximum jusqu'à 22 semaines (seuil de viabilité fixé par l'OMS) mais des cas sont signalés au-delà⁹. Les médecins n'ont pas le droit de refuser de pratiquer un avortement, même s'il a pour seul motif le sexe de l'enfant¹⁰.

⁶ Rebecca Smith, "One in ten babies born under abortion limit survives", *The Telegraph*, 11 octobre 2012, <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/9598649/One-in-ten-babies-born-under-abortion-limit-survives.html>.

⁷ On peut aussi signaler Amilia, née en octobre 2006, au Baptist Children's Hospital de Miami. Ce « bébé miracle », selon les termes des médecins américains qui l'ont prise en charge, est née à 22 semaines de grossesse et, à sa naissance, elle ne mesurait que 24,1 centimètres, et ne pesait que 284 grammes. Elle a survécu sans séquelle.

⁸ « *Les enfants les plus jeunes hospitalisés en réanimation néonatale ont 22 semaines d'âge gestationnel en France. À cet âge, l'enfant est à la limite de la viabilité et il n'y a aucune survie chez les enfants de 22 à 23 semaines d'âge gestationnel ainsi qu'une mortalité de 50 % au moins jusqu'à 25 semaines d'âge gestationnel.* » in Laurence Henry, « *On ne peut imposer ça à personne* », Collection Carte Blanche, Salvator, 2013, p.96.

⁹ Il est légalement possible de pratiquer un avortement au-delà de 22 semaines de grossesse en principe uniquement si le fœtus ne peut survivre en-dehors du ventre de sa mère, même s'il naît à terme. Loi sur l'avortement, n° 1974-595, §§ 3 et 6.

¹⁰ Pourtant, la communauté internationale lutte au moins depuis la Conférence du Caire sur la Population et le Développement de 1994 contre les avortements en fonction du sexe. La Suède a été critiquée sur ce point dans le rapport de Mme Stump à l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe qui a donné lieu à la Résolution

Aux **Pays-Bas**, l'avortement est libre sur demande jusqu'à 13 semaines, mais jusqu'à 24 semaines il suffit d'un état de détresse défini par la femme et le médecin, c'est-à-dire qu'en pratique il est assez libre¹¹. En **Grande-Bretagne** l'avortement est légal sur demande jusqu'à 24 semaines. Théoriquement, seul l'avortement pour raison médicale est dépenalisé. Les conditions prévues par la loi britannique exigent en effet que deux médecins estiment de bonne foi que la grossesse ne dépasse pas 24 semaines, et que sa poursuite entraînerait un risque plus important que son interruption d'atteinte à la santé physique ou mentale de la mère, ou des autres enfants de la famille, ou qu'il y a un risque substantiel que l'enfant soit atteint de graves anomalies¹². En pratique, ces conditions ne font l'objet d'aucun contrôle, des médecins allant jusqu'à avoir des formulaires en blanc pré-signés par un confrère.

Beaucoup de pays, dont la France¹³ et le Royaume-Uni, ne fixent pas de limite en cas de danger pour la vie ou la santé de la mère ou en cas de grave malformation du fœtus. Il peut y avoir une procédure relativement contraignante, comme en France, mais la difficulté réside dans l'interprétation des conditions. Ainsi, selon les lieux et les personnes décisionnaires, la santé de la mère peut inclure sa santé mentale, qui serait affectée en cas de handicap de l'enfant ou de difficultés matérielles ou sociales (tel est le cas en Italie¹⁴). La gravité de la malformation du fœtus est aussi interprétée de diverses manières, elle n'est pas nécessairement fatale. Des maladies certes incurables mais n'empêchant pas de vivre, comme la trisomie 21, certaines formes de nanisme ou des malformations cardiaques opérables donnent lieu, la plupart du temps, à des avortements. Ainsi en France, 90 % des fœtus porteurs de la trisomie 21 détectés sont avortés¹⁵, certaines statistiques indiquant un taux de plus de 95 %¹⁶. En 2012, selon les statistiques officielles du Royaume-Uni, il y a eu quatre cas d'avortement (avant 24 semaines) en raison d'une fente labiale ou palatine (bec-de-lièvre),

1829 (2011) sur la sélection prénatale en fonction du sexe. Enfin, le Commissaire aux droits de l'homme du Conseil de l'Europe a rappelé le 15 janvier 2014, que « *Les avortements sélectifs en fonction du sexe sont discriminatoires et doivent être interdits* ».

¹¹ Loi sur l'interruption de grossesse, 1^{er} mai 1981, Décrets du 17 mai 1984. Si la femme atteste d'un état de stress, conjointement établi avec le médecin, l'avortement est possible jusqu'au seuil de viabilité (24 semaines) (traduction libre).

¹² Abortion Act 1967: "(a)that the pregnancy has not exceeded its twenty-fourth week and that the continuance of the pregnancy would involve risk, greater than if the pregnancy were terminated, of injury to the physical or mental health of the pregnant woman or any existing children of her family; or

(b)that the termination is necessary to prevent grave permanent injury to the physical or mental health of the pregnant woman; or

(c)that the continuance of the pregnancy would involve risk to the life of the pregnant woman, greater than if the pregnancy were terminated; or

(d)that there is a substantial risk that if the child were born it would suffer from such physical or mental abnormalities as to be seriously handicapped." <http://www.legislation.gov.uk/ukpga/1967/87/contents>

¹³ Code de la santé publique, article L-2213-1, § 1 : « *L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.* »

¹⁴ Legge 22 maggio 1978, n. 194, in *materia di Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*, article 6 : « *L'interruption volontaire de grossesse après les quatre-vingt-dix premiers jours peut être pratiquée : a) lorsque la grossesse ou l'accouchement constituent un grave danger pour la vie de la femme; b) en cas de processus pathologique avéré, d'anomalies importantes ou de malformations, qui constituent un grave danger pour la santé physique ou mentale de la femme.* » (Traduction libre)

¹⁵ B. Guidicelli, « Les interruptions de grossesse après 23 semaines », *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, Performances médicales, n° 167, janvier-février 2013 ; Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, Avis n° 107, *Avis sur les problèmes éthiques liés aux diagnostics anténatals : le diagnostic prénatal (DPN) et le diagnostic préimplantatoire (DPI)*, 15 octobre 2009, pages 12 et 13.

¹⁶ Laurence Henry, « *On ne peut imposer ça à personne* », Collection Carte Blanche, Salvator, 2013, p. 97.

191 pour des anomalies du système cardiovasculaire, dont 12 après 24 semaines, alors que beaucoup auraient pu être traités par chirurgie, 149 pour le spina-bifida, dont 5 après 24 semaines, et 544 pour trisomie 21, dont 3 après 24 semaines¹⁷.

B- Quelques chiffres européens

En **Finlande** en 2013, il y a eu 10 120 avortements¹⁸ dont 195 entre 18 et 22 semaines. En 2012, sur les 10 178 avortements effectués, 213 l'ont été entre 18 et 22 semaines¹⁹.

En 2012, 37 366 avortements ont été pratiqués en **Suède**. Parmi eux, 2 551 ont eu lieu après la 12^e semaine, dont 405 après 18 semaines²⁰. Les statistiques provisoires pour 2014 indiquent 447 avortements après 18 semaines, sur 36 629, soit 1,2 % des avortements (au milieu des années 1990, la proportion d'avortements au-delà de 18 semaines était de 0,5 %).

En Suède, l'avortement est possible après 18 semaines avec l'autorisation du *Socialstyrelsen*, en principe à condition que le bébé ne soit pas viable. En 2014, sur 578 demandes, 548 ont été accordées : toutes celles concernant la santé physique (3) ou mentale (13) de la mère, toutes celles liées à une malformation ou une anomalie chromosomique (336), et la grande majorité (86,7 %) des 226 demandes fondées sur des problèmes sociaux (196 autorisations accordées sur ce fondement)²¹.

En 2014 en **Norvège**, 408 avortements furent pratiqués entre 13 et 18 semaines, 124 entre 19 et 21 semaines et 11 ont été effectués après 22 semaines²². En janvier 2014, la Norvège a renforcé sa réglementation pour interdire tout avortement après 22 semaines.

En 2012, sur les 15 608 avortements pratiqués au **Danemark**²³, 738 le furent au cours du deuxième trimestre. En 2013, 680 avortements sur 15 834 ont été pratiqués pendant le deuxième trimestre. Parmi ceux-ci, 47 en raison de la santé de la mère, 392 en raison d'une anomalie fœtale et 235 pour une cause sociale²⁴.

¹⁷ Department of Health, "Abortion Statistics, England and Wales: 2012", National Statistics, April 2014. Accessible à l'adresse suivante : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/307650/Abortion_statistics_England_and_Wales.pdf

¹⁸ Statistiques Officielles sur la Finlande, 16 octobre 2014, Raskaudenkeskeytykset 2013 (Induced abortions 2013), http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116832/Tr25_14.pdf?sequence=1

¹⁹ *Induced Abortions*, NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND WELFARE, Database report: Induced abortions, whole country <https://www.thl.fi/en/web/thlfi-en/statistics/statistics-by-topic/sexual-and-reproductive-health/abortions/induced-abortion>.

²⁰ Statistique sur l'avortement en Suède en 2012, Socialstyrelsen, Abortstatistik 2014 p. 22, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19915/2015-9-4.pdf>

²¹ Socialstyrelsen, Abortstatistik 2014 p. 14, <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19915/2015-9-4.pdf>

²² Folkehelseinstituttet, Norvège, mars 2015 "Rapport om svangerskapsavbrot for 2014" (Rapport sur l'avortement en 2014), <http://www.fhi.no/dokumenter/c8d6191ba2.pdf>

²³ Statistiques sur le Danemark, *Abortion by age*, 15 juin 2015, www.statbank.dk/ABORT

²⁴ Øjvind Lidegaard, Tidlig graviditet og abort, Årsrapport for året 2013 *Early Pregnancy and Abortion: Annual Report for the Year 2013*, LANDSDÆKKENDE KLINISK KVALITETSDATABASE [NATIONWIDE CLINICAL DATABASE] p. 38, https://www.sundhed.dk/content/cms/67/4667_14-07-11-%C3%A5rsrapport-2013.pdf (7 novembre, 2014).

Sur 30 577²⁵ avortements aux **Pays-Bas** en 2012, 19 % ont été pratiqués au deuxième trimestre soit 5800, dont 2 352 entre la 18^e et la 23^e semaine de grossesse²⁶. Les avortements très tardifs, après la limite légale de 24 semaines, ne sont pas inclus dans les statistiques.

En 2012, il y a eu 106 815 avortements en **Allemagne**. Parmi eux, 2 746 après 12 semaines, dont 443 ont été effectués entre 19 et 21 semaines et 447 après la 22^e semaine. Alors que le nombre d'avortements diminue régulièrement depuis 2000 (de 134 609 en 2000 à 99 715 en 2014), le nombre d'avortements très tardifs a augmenté ces dernières années : en 2014, sur 2 780 avortements après 12 semaines, il y en a eu 495 entre 19 et 21 semaines, et 584 après 22 semaines²⁷. Une sage-femme allemande nous a confirmé que la procédure était d'euthanasier l'enfant né vivant.

Au **Royaume-Uni**, les chiffres du Département de la santé²⁸ indiquent que sur 185 122 avortements en Angleterre et au Pays de Galles en 2012, 2 860 furent pratiqués à 20 semaines ou plus. 160 avortements ont été réalisés à 24 semaines, et même 38 entre 28 et 31 semaines, et 28 après la 32^e semaine. 66 bébés furent ainsi avortés après la 28^e semaine, qui était le seuil de viabilité défini par l'OMS jusqu'en 1975 : un enfant né à cet âge gestationnel peut survivre sans aide médicale.

En **France**, en 2010, d'après les statistiques de l'INED, 3 245 avortements se sont déroulés à partir de la 15^e semaine de grossesse, sans que les statistiques précisent à quel terme²⁹. Seules 1 078 entraient dans les critères légaux de l'interruption médicale de grossesse, ce que l'INED a attribué à des erreurs de saisie informatique. Les années suivantes, l'INED n'a comptabilisé au-delà de 14 semaines que les avortements répondant aux critères légaux de l'IMG, si bien qu'un peu plus de 1 000 avortements tardifs sont pris en compte pour les années suivantes. Pourtant, selon des témoignages convergents, certains hôpitaux n'hésiteraient pas à pratiquer des avortements après 14 semaines sans raison médicale, en particulier sur les jeunes filles mineures.

En **Italie**, alors que le nombre total d'avortements baisse, la proportion d'avortements au-delà de la 12^e semaine a augmenté régulièrement de 0,9 % en 1990 à 3,4 % en 2010. Cette année-là, sur 115 372 avortements³⁰, presque 900 ont été réalisés après la 21^e semaine, représentant 0,8 % des avortements réalisés dans ce pays³¹.

En 2013, 108 690 avortements ont été pratiqués en **Espagne**, parmi lesquels 2,63 % (soit 2 858) entre 17 et 20 semaines, et 1,33 % (soit 1 145) après 21 semaines. En 2012, le nombre

²⁵ 26 871 sur des femmes résidant aux Pays-Bas, le reste étant constitué par des étrangères qui viennent aux Pays-Bas pour avorter. Les plus nombreuses sont les Françaises, 1 352 en 2012 (Jaarrapportage 2012 van de Wet afbreking zwangerschap, december 2013, p. 37).

²⁶ IGZ, Dec. 2013, « Jaarrapportage 2012 van de wet afbreking zwangerschap », IGZ (Netherlands), <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/12/06/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap.pdf>, pp. 7, 24, 39

²⁷ Gesundheit, Schwangerschaftsabbrüche, 2011, Destatis, Statistisches Bundesamt, 2012. Disponible sur: <https://www.gbe-bund.de/stichworte/SPAETABTREIBUNGEN.html>

²⁸ « Abortion Statistics, England and Wales: 2012 », Department of Health, April 2014. Disponible sur: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/307650/Abortion_statistics_England_and_Wales.pdf

²⁹ Avortements suivant la durée de gestation et le motif médical, INED, Tableau 23, France entière, 2010, mis à jour le 23 janvier 2013 http://www.ined.fr/Xtradocs/statistiques_ivg/2010/T23_2010.html

³⁰ W. Robert Johnston, *Abortion statistics and other data*: <http://www.johnstonsarchive.net/policy/abortion/ab-italy.html>

³¹ Carlo Principe, *Boom degli aborti tardivi: triste segnale di una società sempre più eugenetica (Boom of the late abortions: sad sign of a increasingly eugenic society)*, ROMA <http://www.marciaperlavita.it/articoli/boom-degli-aborti-tardivi-triste-segnale-di-una-societa-sempre-piu-eugenetica/>

d'avortements était de 112 390. Parmi eux, 1,28 % ont été pratiqués après 21 semaines, soit 1 438 avortements très tardifs³².

La **Russie** a le plus fort taux d'avortement d'Europe, même s'il est en baisse. De plus de 54 avortements pour 1 000 femmes entre 15 et 44 ans en 2000, elle est passée à moins de 30 pour 1 000 femmes en 2012³³, encore loin devant la Roumanie et la Bulgarie (19 pour 1 000)³⁴. Le nombre d'avortements (y compris les fausses couches spontanées) est passé de près de deux millions en 2000 à 935 500 en 2012 d'après le ministère de la santé (les chiffres de Rosstatt étant un peu plus élevés), dont 6 600 entre 12 et 21 semaines³⁵. Depuis 2012, suite à l'application de la loi du 21 novembre 2011 réduisant notamment à 12 semaines le délai légal pour avorter³⁶, les avortements après 22 semaines sont comptabilisés dans les naissances prématurées. En 2011, sur 989 375 avortements³⁷, plus de 16 000 avaient été réalisés entre 22 et 27 semaines de gestation³⁸.

II- Les enfants nés vivants lors d'avortements tardifs

L'avortement tardif est techniquement difficile à réaliser (à 20 semaines, le taux de complications est dix fois supérieur à celui avant 10 semaines, selon les statistiques officielles du Royaume-Uni³⁹) et il arrive que les bébés viables qui étaient censés être avortés naissent vivants. Après 21 semaines, certains peuvent respirer sans aide pendant un long moment.

Naître vivant après un avortement n'a rien d'exceptionnel. Cette possibilité est recensée sur la liste des maladies publiée (en anglais) par l'OMS, au chapitre XVI intitulé *Certain conditions originating in the perinatal period*, rubrique P96-4, *Termination of pregnancy affecting foetus and newborn*⁴⁰.

Lorsqu'il est mis fin à une grossesse à partir de seize semaines, la méthode employée est souvent de provoquer la naissance. La plupart du temps, le cœur du bébé s'arrête pendant les contractions et il naît mort. Il arrive cependant que certains survivent au travail, et leur nombre augmente avec l'âge gestationnel. À partir de 22-24 semaines, comme il est fréquent que l'enfant naisse vivant, le plus souvent un fœticide est pratiqué : une injection dans le cordon ou parfois directement dans le cœur du bébé, précédée ou non d'une anesthésie, pour

³² http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/tablas_figuras.htm#Tabla5.

³³ Boris Denisov & Viktoria Sakevich, *АБОРТЫ В ПОСТСОВЕТСКОЙ РОССИИ: ЕСТЬ ЛИ ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ОПТИМИЗМА* [Abortion in Post-Soviet Russia: Are there any Grounds for Optimism?] p. 146 www.hse.ru/data/2014/07/15/1312456972/5_Денисов_Сакевич_Аборты%20в%20России.pdf.

³⁴ IGZ, Dec. 2013, "Jaarrapportage 2012 van de wet afbreking zwangerschap," IGZ (Netherlands), disponible sur: <http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/rapporten/2013/12/06/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap/jaarrapportage-2012-van-de-wet-afbreking-zwangerschap.pdf>

³⁵ Boris Denisov & Viktoria Sakevich, précit. p. 154.

³⁶ Loi fédérale, Fédération de Russie, « Sur la Base de la santé des Citoyens de la Fédération de Russie », n° 323-FZ, adoptée par la Douma d'État le 1^{er} novembre 2011, approuvé par le Conseil de la Fédération le 9 novembre 2011 et ratifiée par le Président Dimitri Medvedev le 21 novembre 2011.

³⁷ Единая межведомственная информационно-статистическая система, [United Interagency Information-Statistical System: The Number of Abortions, Federation of Russia], <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do?id=41696> et B. Denisov & V. Sakevich, précit.

³⁸ Boris Denisov & Viktoria Sakevich, précit. p. 154.

³⁹ Department of Health, "Abortion Statistics, England and Wales: 2011", National Statistics, May 2012, page 22, tableau 8.

⁴⁰ <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/P90-P96>; les statistiques canadiennes suivent ces catégories.

arrêter le cœur. C'est un acte techniquement difficile, qui peut par conséquent avoir un taux d'échec élevé⁴¹. L'enfant naît alors vivant. Il arrive aussi que l'injection soit pratiquée pendant l'expulsion, c'est-à-dire alors que l'enfant est partiellement né.

A- Les données sur les naissances vivantes lors d'avortements

Des naissances involontairement vivantes se produisent dans tous les pays autorisant l'avortement tardif sur demande ou pour raison médicale.

Ainsi, par exemple, au moins 622 enfants sont nés vivants au **Canada** lors d'interruptions de grossesse entre 2000 et 2011⁴², et 362 entre 2001 et 2010 aux **États-Unis**⁴³ où une loi a été adoptée en 2002, le *Born Alive Infant Protection Act*⁴⁴, pour protéger ces enfants. En **Norvège**, de 2001 à 2009, cinq bébés ont été avortés après la limite de 22 semaines. Entre 2010 et 2011, 12 avortements tardifs de la sorte ont été effectués ; le cœur de certains de ces enfants avortés a continué à battre pendant 45 à 90 minutes⁴⁵. À la suite de cela, en janvier 2014, la Norvège a décidé de préciser sa réglementation pour interdire tout avortement après 22 semaines⁴⁶. En 2010 en **Italie**, un bébé avorté à cause d'un bec-de-lièvre à 22 semaines, a été découvert vivant 20 heures après sa naissance et a vécu un jour de plus. Un cas similaire s'était déjà produit en 2007, lorsqu'une petite fille avortée au même terme avait vécu trois jours⁴⁷. Aux **Pays-Bas**, après 24 semaines et en cas de grave malformation, non seulement l'avortement est possible mais aussi l'infanticide⁴⁸. Au **Danemark**, d'après une étude menée à l'Hôpital Universitaire Skejby entre Août 2011 et Novembre 2012, sur les 877 fœtus avortés après la 12^e semaine depuis 2010, 140 auraient présenté des signes de vie⁴⁹. Les statistiques du deuxième plus grand hôpital du Danemark montrent que sur 70 avortements tardifs entre

⁴¹ Selon une étude, le taux de succès est 87 %, autrement dit il y a 13 % d'échecs : Nucatola D, Roth N, Gatter M. [A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafœtally prior to second-trimester surgical abortion](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004276). *Contraception*. 2010 Jan;81(1):67-74. doi: 10.1016/j.contraception.2009.08.014. Epub., consultable à l'adresse suivante : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004276>

⁴² Décès selon la cause, Chap. XVI, certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, Tableau 102-0536 : <http://www5.statcan.gc.ca/subject-sujet/resultat-resultat?pid=3867&id=3871&lang=fra&type=ARRAY&pageNum=1&more=0> Autres affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, cliquer sur 'ajouter/enlever des données' puis sélectionner Cause de décès "Interruption de la grossesse impliquant le fœtus et le nouveau-né" [P96.4] ; les statistiques ne concernent que les hôpitaux et excluent le Québec.

⁴³ <http://aclj.org/planned-parenthood/362-infants-born-alive-result-botched-abortions-died-decade>

⁴⁴ 107th Congress, "Born-Alive Infants Protection Act", Pub.L. 107-207, 116 Stat. 926, adopté le 5 août 2002.

⁴⁵ <http://www.newsenglish.no/2014/01/02/total-ban-on-late-term-abortions/> La cote P96-4 est issue de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes publiée par l'OMS.

⁴⁶ "Norway tightens law after late abortions revealed", *The Local*, 2 janvier 2014. Accessible à l'adresse suivante : <http://www.thelocal.no/20140102/norway-to-tighten-law-after-late-abortions-revealed>.

⁴⁷ Simon Cadwell, "Baby boy survives for nearly two days after abortion", *The Telegraph*, 28 avril 2010 <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/italy/7646540/Baby-boy-survives-for-nearly-two-days-after-abortion.html> ; Simon Cadwell "Baby that survived botched abortion was rejected for cleft lip and palate" *The Telegraph*, 29 avril 2010, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/italy/7652889/Baby-that-survived-botched-abortion-was-rejected-for-cleft-lip-and-palate.html>

⁴⁸ <http://leblogdejeannesmits.blogspot.fr/2014/07/pays-bas-vers-lajustement-des-regles-de.html> ; cf. A. Giubilini et F. Minerva, « After birth abortion: why should the baby live? » *J Med Ethics* doi:10.1136/medethics-2011-100411 <http://jme.bmj.com/content/early/2012/03/01/medethics-2011-100411.full>

⁴⁹ Julian Isherwood, Dec 4, 2012, *Abortion: Every sixth fetus showed signs of life*. Article disponible : <http://politiken.dk/news/english/ECE1842893/abortion-every-sixth-fetus-showed-signs-of-life/> Voir aussi Kirsten Andersen, *As many as 1 in 6 babies aborted after 12 weeks born alive: Danish study*, LifeSite, <https://www.lifesitenews.com/news/as-many-as-1-in-6-babies-aborted-after-12-weeks-born-alive-danish-study>

août 2011 et novembre 2012, 11 bébés sont nés vivants, soit 16 %⁵⁰. Pourtant, l'avortement au-delà de 12 semaines n'est possible qu'avec une autorisation spéciale, en principe donnée seulement si l'enfant n'est pas viable ou pour une raison grave concernant la mère. La majorité des pays ne donne aucune information sur ces événements. Il est très difficile d'obtenir des données précises car rares sont les États qui reconnaissent cette situation et donnent des informations.

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

Au Royaume-Uni, en 2005, le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* a publié les conclusions du Dr. Shantala Vadeyar, chercheur au St. Mary Hospital de Manchester, qui affirme que des enfants âgés de 18 semaines ont survécu pendant un certain temps hors de l'utérus après une tentative d'avortement⁵¹. Le Dr. Vadeyar a révélé que dans le Nord-Ouest, entre 1996 et 2001, au moins 31 enfants ont survécu à des tentatives d'avortements. En 2007, une autre étude publiée dans le *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*⁵² a conclu qu'environ un avortement sur 30 au-delà de 16 semaines donne lieu à la naissance d'un enfant vivant. À 23 semaines, le taux d'enfants nés vivants atteint 9,7 %.

Le rapport du *Confidential Enquiry into Maternal and Child Health* (CEMACH) de 2007 « *Perinatal Mortality report* », réunissant des données d'hôpitaux d'Angleterre et du Pays de Galles en 2005, a révélé que : « *Soixante-six des 2 235 décès néonataux déclarés en Angleterre et au Pays de Galles faisaient suite à un avortement légal (principalement à cause d'anomalies congénitales). C'est-à-dire que l'enfant né montrait des signes de vie et mourait au cours de la période néonatale. Seize sont nés à vingt-deux semaines de grossesse ou plus tard et la mort s'est produite entre une et 270 minutes après la naissance (médiane : 66 minutes). Les 50 fœtus restants sont nés avant vingt-deux semaines de grossesse et la mort a eu lieu entre 0 et 615 minutes après la naissance (médiane : 55 minutes)*⁵³ ». En d'autres termes, l'un de ces nouveau-nés a respiré sans assistance pendant plus de dix heures.

⁵⁰ Kirsten Andersen, Dec 18, 2012, *As many as 1 in 6 babies aborted after 12 weeks born alive: Danish study*, <https://www.lifesitenews.com/news/as-many-as-1-in-6-babies-aborted-after-12-weeks-born-alive-danish-study>

⁵¹ Shantala Vadeyar, Tracey A. Johnston, Mary Sidebotham and Jean Sands "Neonatal death following termination of pregnancy", *BJOG*, Volume 112, Issue 8, August 2005, Pages 1159–1162, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2005.00648.x/full>

⁵² MP Wyldes* and AM Tonks, "Short communication: Termination of pregnancy for fetal anomaly: a population-based study 1995 to 2004", *BJOG*, Volume 114, Issue 5, pages 639–642, May 2007 <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2007.01279.x/full>

⁵³ Traduction libre <http://www.hqip.org.uk/assets/NCAPOP-Library/CMACE-Reports/41.-April-2007-Perinatal-Mortality-2005.pdf> p. 28.

Le directeur du CEMACH Richard Congdon a affirmé que l'injection létale n'a pas été donnée dans les 16 cas d'avortement lors de ces grossesses de 22 semaines et plus parce que la mort était « inévitable »⁵⁴. On les a donc laissé mourir⁵⁵.

En 2004, les délégués à la conférence annuelle de la *British Medical Association* à Llandudno ont voté à 65 % en faveur d'une motion disposant que les enfants nés vivants après une tentative d'avortement devraient être soignés et traités comme n'importe quel autre enfant⁵⁶.

Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* a publié de nouvelles recommandations en mai 2010. Selon cette institution, « une naissance vivante devient de plus en plus fréquente après 22 semaines de gestation et, quand une décision a été prise de mettre fin à la grossesse en raison d'une anomalie fœtale après 21 + 6 semaines, le fœticide doit être systématiquement proposé. [...] Lorsque l'anomalie fœtale n'est pas mortelle et que l'interruption de grossesse est en cours après 21 + 6 semaines de gestation, la non-exécution d'un avortement pourrait entraîner la naissance vivante et la survie de l'enfant, un résultat contraire à l'intention de l'avortement. Dans de telles situations, l'enfant doit bénéficier des soins intensifs néonataux dans son meilleur intérêt, selon son état et selon les directives publiées en matière néonatale. Un fœtus né vivant présentant des anomalies incompatibles avec la vie doit être maintenu dans un état de confort et de dignité au travers de soins palliatifs (article 8)⁵⁷ ».

Cependant, ce ne sont que des recommandations. La réanimation dépend en grande partie du souhait des parents, et il est évident que, dans le cas d'un avortement manqué, les parents ne souhaitent pas que leur bébé reçoive des soins intensifs. En outre, puisque les enfants nés vivants après une interruption de grossesse ne figurent plus dans les statistiques, il n'est pas possible de contrôler la façon dont ils sont traités.

B- Le sort des enfants nés vivants lors d'avortements

La question qui surgit dès lors que des enfants avortés naissent vivants est : que fait-on d'eux ?

Selon une étude⁵⁸, 73 % des médecins français en néonatalogie déclareraient qu'ils ont, dans leur carrière, administré aux nouveau-nés des produits médicamenteux pour les tuer. Pour la même question faite aux médecins, le résultat est de 47 % aux Pays-Bas, 4 % en Allemagne et au Royaume-Uni, et 2 % en Espagne, Italie et Suède.

⁵⁴ Beezy Marsh "66 babies in a year left to die after NHS abortions that go wrong" 4 février 2008 <http://www.dailymail.co.uk/health/article-512129/66-babies-year-left-die-NHS-abortion-wrong.html> ; voir aussi Hilary White, "66 British Babies Survived Abortion - All Were Left to Die Without Medical Aid", 4 février 2008 <http://www.lifesitenews.com/news/66-british-babies-survived-abortion-all-were-left-to-die-without-medical-ai>

⁵⁵ En raison du scandale causé par la publication de ces informations, le Royaume-Uni a procédé à un changement de méthode de façon à ce qu'aucune mention des décès néonataux suite à un avortement n'apparaisse. Désormais, les enfants nés vivants lors d'un avortement tardif ne sont plus mentionnés. Toutes les statistiques sont données « à l'exclusion des avortements déclarés ».

⁵⁶ Celia Hall, "Care call for babies who survive abortion", *The Telegraph*, 2 juillet 2004.

⁵⁷ Traduction libre *Termination of pregnancy for foetal abnormality*, Chapter 8, p. 31 : <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>

⁵⁸ EURONIC study group, "End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries", *The Lancet*, Vol. 355 (9221): 2112 – 2118, 17 juin 2000, <http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol355no9221/PIIS0140-6736%2800%29X0195-X>

Il existe peu de données sur ces faits qui demeurent le plus souvent dans la confidentialité. Afin de vérifier leur existence et de mieux en connaître la réalité, l'ECLJ, ONG à l'origine de la pétition adressée au Conseil de l'Europe, a enquêté auprès du personnel médical et lancé un appel à témoignages.

Plusieurs témoignages reçus directement de médecins et de sages-femmes confirment l'existence de ces pratiques. Voici quelques-uns de leurs témoignages (les noms de lieux et de personnes ont été supprimés à la demande des témoins)⁵⁹.

Une étudiante sage-femme en troisième année confie :

« Cela s'est passé en 2015, à l'hôpital en salle de naissance. Une patiente était présente, elle était à 22 semaines d'aménorrhée + 3 jours et était là pour une fausse couche tardive.

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

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

Une autre sage-femme témoigne : *« Sage-femme depuis bientôt 9 ans, je peux témoigner que les bébés nés d'avortement tardif (cas des ITG) sans fœticide, c'est à dire le plus souvent entre 20 et 24 semaines d'aménorrhée, peuvent naître vivants. L'équipe médicale est alors souvent mal à l'aise et soit met le bébé dans un plateau dans une pièce à part jusqu'à ce qu'il arrête de montrer des signes de vie, soit demande au gynécologue, anesthésiste ou pédiatre de faire une injection de morphine dans le cordon ce que certains acceptent... ou non.*

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

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

⁵⁹ Ils ont demandé que leur nom ne soit pas rendu public. Les auteurs de la présente étude disposent de leurs coordonnées.

L'utilisation des enfants avortés et la modulation des méthodes d'avortement en fonction des besoins des laboratoires ont été confirmées récemment aux États-Unis par le scandale des fœtus vendus à des laboratoires qui recherchent des tissus fœtaux⁶⁰.

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

Témoignage d'un autre médecin sur ce dont il a été témoin dans un centre hospitalier universitaire du nord de la France en 1999, pendant son internat d'anesthésiste : « La sage-femme me raconta rapidement comment le gynécologue avait mis fin à la vie de l'enfant dans le ventre de sa mère, en faisant un repérage échographique et en injectant du produit afin de faire arrêter de battre le cœur de l'enfant. Puis l'accouchement par voie basse avait été déclenché. Au moment où l'enfant sortait, la sage-femme était seule. Lorsque l'enfant fut complètement sorti, il cria, il était vivant. La sage-femme disait combien elle fut saisie et étouffa les cris de l'enfant avec la main et sortit rapidement pour que les parents n'entendent pas leur enfant. Elle se dirigea vers la salle de réanimation néonatale. C'est à ce moment précis qu'elle m'appela sur mon téléphone de garde et que je ne pus répondre. Le médecin anesthésiste raconta à son tour qu'il fut appelé par la sage-femme en salle de réanimation néonatale.

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

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

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

Autres témoignages, dans lesquels l'enfant est asphyxié :

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

Lors d'une garde en salle d'accouchement, une femme était en travail dans le cadre d'une ITG à 5 mois de grossesse. L'accouchement est imminent, l'interne de gynécologie se

⁶⁰ <http://edition.cnn.com/2015/07/15/health/planned-parenthood-undercover-video/>; vidéos disponibles sur <http://www.centerformedicalprogress.org/cmp/investigative-footage/>.

prépare. Le gynécologue sénior de garde qui s'apprête à regagner son lit, s'approche de l'interne et lui dit à voix basse, mais suffisamment fort pour que je l'entende : « si l'enfant respire à l'arrivée, tu appuies fort ici sur la trachée jusqu'à ce qu'il arrête totalement de respirer » et se tournant vers moi : « et toi, tu n'as rien entendu ».

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

Selon des témoignages, des nouveau-nés auraient été envoyés avec les déchets organiques malgré des signes de vie. Dans certains pays, les déchets organiques hospitaliers sont brûlés comme combustibles pour le chauffage d'hôpitaux. Des journaux britanniques ont ainsi révélé en 2014 que les corps de milliers de fœtus ont été brûlés pour le chauffage (au moins 15 500 en deux ans)⁶¹.

Il arrive aussi que ces enfants soient simplement abandonnés à la mort, dans une bassine laissée à l'écart jusqu'à ce qu'il n'y ait plus aucun signe de vie. C'est ce qui est arrivé au bébé affecté d'un bec-de-lièvre né en 2010 en Italie à 22 semaines. Il a été retrouvé encore vivant plus de vingt heures après la naissance⁶². En Suède, selon le témoignage d'un pédiatre, lors de la naissance vivante une petite fille avortée en mars 2014 à plus de 22 semaines, soit de façon illégale, les sages-femmes ont reçu l'ordre de ne pas informer le pédiatre de garde, si bien que l'enfant n'a reçu aucun soin ni traitement de la douleur, alors que son état le justifiait.

Cela arrive aussi en France : « *Je suis étudiante sage-femme en dernière année, et j'ai vu, au cours d'un stage dans une maternité du Nord de la France, un enfant naître vivant d'une IMG. Il était âgé de 24SA et la sage-femme a laissé l'enfant lutter pour respirer, en le laissant seul sur la table de réanimation bébé.* »

Ces enfants luttent pour respirer et meurent seuls, d'épuisement, de faim et de froid.

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

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

⁶¹ Reissa Su, "Thousands of Dead Fetuses Burned Without Parents' Permission to Heat British Hospitals", *International Business Times*, 24 mars 2014.

<http://au.ibtimes.com/thousands-dead-fetuses-burned-without-parents-permission-heat-british-hospitals-1335740#.UzK4CKh5Ogy>

⁶² Simon Caldwell, "Baby boy survives for nearly two days after abortion", *The Telegraph*, 28 avril 2010, <http://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/italy/7646540/Baby-boy-survives-for-nearly-two-days-after-abortion.html>

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

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

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

Le tabou qui entoure ces enfants est propice aux abus puisqu'aucun contrôle n'est possible, la plupart des informations provenant de témoignages ou de faits divers. Le plus souvent, les personnels médicaux dissimulent aux parents le fait que l'enfant est né vivant, afin de les préserver. Pourtant, des témoignages de spécialistes en soins palliatifs néonataux indiquent que l'information des parents et la possibilité pour eux d'accompagner leur enfant peut grandement les aider à surmonter l'épreuve ; ces soins palliatifs peuvent aussi réduire la souffrance de l'enfant. À défaut, ces nouveau-nés sont tués ou abandonnés à la mort dans des conditions inhumaines, tandis que dans une pièce voisine, les médecins tentent de sauver des enfants prématurés du même âge gestationnel. Ces situations sont en outre profondément traumatisantes pour les personnels médicaux.

III- Les méthodes d'avortement et la souffrance fœtale

En France, le fœtus est généralement tué par injection létale dans le cœur ou dans le cordon ombilical, puis la naissance est provoquée. Les naissances vivantes sont donc rares, arrivant quand cette injection est mal réalisée ou ne produit pas ses effets⁶³. Dans certains pays, une méthode radicale est employée en cas d'avortement tardif, appelée dilatation-évacuation. En Angleterre et au Pays de Galles, on recourt à cette méthode dans 76 % des avortements entre 15 et 19 semaines de grossesse et dans 44 % des avortements après la 20^e semaine de grossesse⁶⁴. Elle est couramment employée aux Pays-Bas et au Canada.

Le col de l'utérus est dilaté puis « le contenu de l'utérus » ou « le produit de la conception », selon les euphémismes en vigueur, est extrait avec une pince. Pour terminer la procédure, le médecin s'assure qu'il ne manque rien. Cela signifie que le corps du fœtus est assemblé comme un puzzle car il a été démembré pendant l'opération. S'il n'y a pas eu d'injection préalable pour causer le fœticide (comme en Angleterre, où il n'y a pas de fœticide avant une dilatation-évacuation), ou si l'injection n'a pas causé la mort du fœtus⁶⁵, cela signifie que le

⁶³ B. Guidicelli, « Les interruptions de grossesse après 23 semaines », *Réalités en Gynécologie-Obstétrique*, Performances médicales, n° 167, janvier-février 2013 ; voir également les témoignages rassemblés par l'ECLJ : « *L'avortements tardifs et les infanticides néonataux en Europe* », juin 2015, pages 13-20.

⁶⁴ Department of Health, Abortions Statistics, England and Wales: 2013, Table 7a p. 25, published June 2014.

⁶⁵ Selon une étude, l'injection provoque vraiment la mort dans 87 % des cas. Ce qui signifie que dans 13 % des cas, l'enfant survit. Nucatola D, Roth N, Gatter M. "A randomized pilot study on the effectiveness and side-

foetus était vivant pendant qu'il était démembré. Au mieux il a reçu une partie de l'anesthésie administrée à sa mère. Cette méthode effrayante et cruelle est inhumaine et constitue une véritable torture.

A- La preuve médicale de la souffrance fœtale

Longtemps, la communauté médicale était d'avis que les enfants, avant la 29^e - 30^e semaine, n'étaient pas capables de ressentir la douleur lors des procédures invasives, comme l'avortement⁶⁶. Par conséquent, le personnel médical a pratiqué de manière habituelle des avortements sur des enfants, même dans leur 20^e semaine, sans s'inquiéter d'infliger une quelconque souffrance ou douleur au fœtus, malgré des études scientifiques qui démontraient que les fœtus et les nouveau-nés peuvent ressentir la douleur tout aussi bien, voire mieux que les adultes⁶⁷. Néanmoins, depuis une dizaine d'années, le regard de la communauté médicale sur la capacité de l'enfant à naître de 20 semaines ou moins à sentir la douleur a changé⁶⁸.

Ceux qui affirment que le fœtus est incapable de sentir la douleur avant la 29^e ou 30^e semaine se basent sur 3 facteurs : (1) la nécessité d'un cortex fonctionnel ou de connexions entre la périphérie et le cortex afin de percevoir la douleur. Ils soutiennent que le fonctionnement du cortex ne survient pas avant la 23^e - 24^e semaine. (2) Les réactions de comportement de l'enfant prématuré confronté à la douleur peuvent être stimulées sans douleur et qu'en conséquence il n'y a pas de preuve que l'enfant expérimente la douleur. (3) Il n'est pas démontré que les enfants prématurés peuvent se souvenir et interpréter la douleur comme le font les adultes⁶⁹.

Plusieurs études ont été menées et contredisent directement ces affirmations. Une de ces études est celle du Dr. K.J.S. Anand, un des experts ayant témoigné devant la Commission judiciaire de la Chambre des Représentants sur la loi sur la protection de l'enfant à naître capable de sentir la douleur de 2005⁷⁰. Le Dr. Anand a découvert que : « *La densité de terminaisons nerveuses nociceptives dans la peau des nouveau-nés est similaire ou supérieure à celle de la peau des adultes. Les récepteurs sensoriels cutanés apparaissent dans la zone péri-orale du fœtus humain dans la 7^e semaine de gestation ; ils se propagent au reste du visage, les paumes des mains et la plante des pieds dans la 11^e semaine ; dans le tronc et les parties proximales des bras et des jambes dans la 15^e semaine ; et dans toutes les surfaces cutanées et muqueuses dans la 20^e semaine. La propagation de récepteurs cutanés est*

effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion". Janvier 2010 ;81(1):67-74. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20004276>

⁶⁶ Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge, JC, Rosen, MA, A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence, 294 JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION 8, 947-954 (2005).

⁶⁷ Anand and Hickey, "Pain And Its Effects In The Human Neonate And Fetus" *The New England Journal Of Medicine*, Volume 317, Number 21: Pages 1321-1329, 19 November 1987. Available at <http://www.cirp.org/library/pain/anand/>

⁶⁸ *Pain of the Unborn: Hearing before the Subcomm. on the Constitution, Comm. on the Judiciary House of Rep.*, 109th Cong., 1st Session, No. 109-57, 15 (Nov. 1, 2005); Pain-capable Unborn Child Protection Act, H.R. 36, 114th Cong., 1st Session, §2 (6) (May 14, 2015).

⁶⁹ Lee SJ, Ralston HJP, Drey EA, Partridge, JC, Rosen, MA, A Systematic Multidisciplinary Review of the Evidence, 294, JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 8, 947-954 (2005); *Fetal Awareness: Review of Research and Recommendations for Practice, Report of a Working Party, ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS*, (March 2010).

⁷⁰ D'autres médecins de haut niveau, ayant une longue expérience sur les prématurés ont témoigné que les nouveau-nés de 20 semaines ou moins ont la capacité de sentir la douleur. Parmi eux, Dr. Jean Wright (Mercer University Pediatrics) et Dr. Arthur Caplan (Center for bioethics, Chair of the Department of Medical Ethics-University of Pennsylvania). *Pain of the Unborn: Hearing before the Subcomm. on the Constitution, Comm. on the Judiciary House of Rep.*, 109th Cong., 1st Session, No. 109-57, 15 (Nov. 1, 2005).

précédée par le développement des synapses entre les fibres sensibles et des interneurons dans la corne dorsale de la moelle épinière, qui apparaissent en premier lors de la sixième semaine de grossesse. Des études récentes utilisant la microscopie électronique et les méthodes « immunocytochimiques » montrent que le développement de différents types de cellules dans la corne dorsale (ainsi que leur agencement laminaire, les interconnexions synaptiques, et des vésicules spécifiques de neurotransmetteurs) commence avant 13 à 14 semaines de gestation et est complétée à la 30^e semaine⁷¹ ».

D'autres études scientifiques montrent également que le fœtus est sensible au toucher dès 8 semaines, et qu'il ressent la souffrance dès la 14^e semaine. À 20 semaines, il a ses « structures physiques nécessaires pour éprouver de la douleur⁷² ». Les chercheurs ont observé que « le fœtus réagit à la stimulation d'une aiguille sur la veine intrahépatique par un mouvement du corps et de la respiration vigoureux, ce qui n'est le cas lorsque la stimulation a lieu sur le cordon placentaire⁷³ ».

Aux États-Unis, la communauté médicale a adopté le nouveau point de vue dominant⁷⁴, à savoir : « les connaissances actuelles suggèrent que des considérations humanitaires doivent s'appliquer aux soins des nouveau-nés et des enfants qui ne parlent pas encore de la même manière que pour les enfants et les adultes se trouvant dans des situations douloureuses⁷⁵ ». Les médecins américains reconnaissent également la capacité de l'enfant prématuré de ressentir la douleur car ils administrent de manière habituelle l'anesthésie avant toute opération chirurgicale sur les enfants se trouvant dans l'utérus⁷⁶.

D'autres refusent ces conclusions. Le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* continue d'affirmer que le fœtus ne ressent pas la douleur et conclut que l'analgésie n'est pas nécessaire, au moins jusqu'à 24 semaines. Il soutient que jusqu'à la naissance le fœtus est maintenu dans un état d'inconscience ou de sédation⁷⁷.

⁷¹ K.J.S. ANAND, M.B.B.S., D.PHIL., AND P.R. HICKEY, M.D, Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus, *The New England Journal of Medicine*, Volume 317, Number 21, 19 November 1987, pages 1321-1329, Traduction libre.

⁷² Glover V. "The fetus may feel pain from 20 weeks"; in *The Fetal Pain Controversy*, *Conscience*. 25:3 (2004) 35-37.

⁷³ En outre, Dr. Anand a découvert que l'absence de myélinisation, utilisée comme prétexte pour le manque de maturité dans le système nerveux néonatale, implique seulement une vitesse plus lente de conduction plutôt que l'incapacité totale de ressentir la douleur. En outre, cette connexion lente est compensée par la plus courte distance que l'impulsion de la douleur doit traverser dans le corps de l'enfant. Non seulement il y a des indicateurs biologiques que la douleur peut et est vécue par les enfants prématurés avant la 20^e semaine, mais aussi d'autres facteurs tels que: la présence de la substance P utilisée dans la transmission et le contrôle des impulsions de douleur dans la moelle épinière de 12 à 16 semaines de développement, les changements cardio-respiratoires de la fréquence cardiaque et la pression artérielle en réponse à des stimuli douloureux, hormonal et des changements métaboliques dans la réaction au stress, et des réponses motrices telles que bouger les membres, pleurer, grimacer, etc. Anand KJS & Hickey PR, *Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus*, 317 NEW ENGL. J. MED. 21, 1321-1329 (1987); Vivette Glover & Nicholas M. Fisk, *Fetal Pain: Implications for Research and Practice*, 106 BRIT. J. OBSTETRICS & GYNAECOLOGY 881 (1999).

⁷⁴ Note, *The Science, Law, and Politics of Fetal Pain Legislation*, 115 HARV. L. REV. 2011 (2002).

⁷⁵ Anand KJS & Hickey PR, *Pain and its Effects in the Human Neonate and Fetus*, 317 NEW ENGL. J. MED. 21, 1329 (1987). Traduction libre.

⁷⁶ *Complex Science at Issue in Politics of Fetal Pain*, Pam Belluck, NEW YORK TIMES, http://www.nytimes.com/2013/09/17/health/complex-science-at-issue-in-politics-of-fetal-pain.html?_r=0 (Sept. 16, 2013).

⁷⁷ RCOG, *Fetal Awareness* 2010, <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/rcogfetalawarenesswpr0610.pdf>

B- Des fœtus animaux mieux protégés que les êtres humains en Europe

Pourtant, la souffrance fœtale et même embryonnaire est reconnue chez les animaux. La directive 2010/63/UE du Parlement européen et du Conseil de l'Union européenne relative à la protection des animaux utilisés à des fins scientifiques⁷⁸ a établi une protection pour ces animaux en raison de la reconnaissance par la recherche scientifique qu'ils peuvent ressentir la douleur et la souffrance (§ 6). Par conséquent, parce que les animaux sont considérés comme ayant « *une valeur intrinsèque qui doit être respectée* » (§ 12), l'Union européenne a décidé que les animaux doivent être traités d'une manière respectueuse. En outre, la directive a également assimilé les animaux à des créatures « *sensibles* », y compris les fœtus. La directive n'est pas applicable aux êtres humains, cependant, elle reconnaît qu'il est « *scientifiquement démontré* » que les « *formes fœtales des mammifères* » (qui comprennent aussi les êtres humains) ont « *une aptitude à éprouver de la douleur, de la souffrance de l'angoisse* », même avant le troisième tiers de la grossesse⁷⁹.

Si les preuves scientifiques montrent que les mammifères peuvent ressentir la douleur dans l'utérus, ce qui est reconnu en droit européen, pourquoi le même genre de preuve ne serait pas pris en considération concernant la capacité d'un humain de ressentir la douleur avant la naissance⁸⁰ ?

C- Législation aux États-Unis

En réponse à cette prise de conscience de la communauté médicale aux États-Unis, les autorités politiques américaines se penchent depuis plusieurs années sur ce sujet. Dès 2005, la Commission judiciaire de la Chambre des Représentants a tenu une audition durant laquelle différents experts médicaux ont présenté leurs recherches montrant que les enfants à naître de moins de 20 semaines sont capables de sentir la douleur pendant l'avortement⁸¹. La Chambre des représentants a récemment voté une loi sur la protection de l'enfant à naître capable de ressentir la douleur (*Pain-Capable Unborn Child Protection Act*)⁸² qui reconnaît que les enfants peuvent ressentir la douleur au plus tard à leur 20^e semaine et qu'il y a un intérêt légitime de l'État à protéger la vie des enfants qui sont capables de sentir la douleur. Le projet de loi prévoit également qu'un avortement ne peut pas être pratiqué ou tenté si l'enfant a 20 semaines ou plus (22 semaines d'aménorrhée), que la méthode doit être celle qui donne le

⁷⁸ Directive 2010/63/UE du Parlement européen et du Conseil du 22 septembre 2010 relative à la protection des animaux utilisés à des fins scientifiques, JOUE 20 octobre 2010, L 276/33. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2010:276:0033:0079:fr:PDF>

⁷⁹ Voir par exemple le § 9 : « *Il convient que la présente directive s'applique aussi aux formes fœtales des mammifères, car certaines données scientifiques montrent que ces formes, dans le dernier tiers de leur période de développement, présentent un risque accru d'éprouver de la douleur, de la souffrance et de l'angoisse, qui peuvent aussi affecter négativement leur développement ultérieur. Il est aussi démontré scientifiquement que des procédures appliquées à des formes embryonnaires et fœtales à un stade de développement plus précoce peuvent occasionner de la douleur, de la souffrance, de l'angoisse ou un dommage durable si on laisse vivre ces formes au-delà des deux premiers tiers de leur développement.* »

⁸⁰ Certaines lois des États des États-Unis ont utilisé cette comparaison entre les animaux sensibles et les enfants à naître ; les États-Unis ont aussi des lois qui régissent l'utilisation des animaux de laboratoire, les méthodes d'abattage du bétail et des lois concernant les méthodes de chasse. Glenn Cohen & Sadath Sayeed, *Fetal Pain, Abortion, Viability and the Constitution*, Harvard Law School, Public Law and Legal Theory (Harvard Law Working Paper Series, Paper No.11-26, 2011) <http://dash.harvard.edu/bitstream/handle/1/12025606/SSRN-id1805904.pdf?sequence=1>

⁸¹ *Pain of the Unborn: Hearing before the Subcomm. on the Constitution, Comm. of the Judiciary, House of Rep.*, 109th Cong., 1st Session, No. 109-57, 15-39 (1^{er} novembre 2005).

⁸² La loi sur la protection de l'enfant à naître capable de sentir la douleur (*Pain-Capable Unborn Child Protection Act*, H.R. 36, 114th Cong., 1st Session, adoptée le 13 mai 2015).

plus de chances à l'enfant de naître vivant et que s'il naît vivant les mêmes soins doivent lui être donnés qu'à un prématuré né naturellement.

Aux États-Unis, 13 États ont récemment adopté une législation directement inspirée de ces principes : l'Alabama, l'Arizona, l'Arkansas, la Géorgie, l'Indiana, le Kansas, la Louisiane, le Nebraska, la Caroline de Nord, le Dakota de Nord, l'Oklahoma, le Texas, et la Virginie de l'Ouest⁸³. Ainsi, ces États prohibent l'avortement des enfants de 20 semaines ou plus qui « sont capables de sentir la douleur [...] d'après les preuves médicales »⁸⁴. D'autres États, comme New York et la Californie, ont également introduit des normes similaires⁸⁵. La douleur fœtale est une question débattue dans beaucoup d'États aux États-Unis. Au total, 43 États interdisent l'avortement à partir d'un certain stade⁸⁶.

Conclusion

L'avortement tardif et l'infanticide néonatal ne posent pas que des problèmes médicaux et éthiques, mais aussi juridiques.

La plus élémentaire humanité veut que tous les enfants nés vivants bénéficient des soins requis par leur état, y compris des soins palliatifs s'ils ne peuvent vivre, le minimum étant qu'ils soient couverts, entourés et traités avec le respect dû à leur dignité d'êtres humains.

Tous les enfants nés vivants, en tant que personnes humaines sont sujet des droits de l'homme et doivent bénéficier de toute leur protection, comme toute autre personne, ainsi que le rappelle le pédiatre Michel Dehan : « *Le principe fondateur de notre approche repose sur la reconnaissance du nouveau-né. Quels que soient son poids, son âge gestationnel, son aspect, il possède un statut d'être humain, et cela lui octroie, de facto, des droits, particulièrement celui d'être soigné*⁸⁷ ». Mettre en cause ce principe sape l'un des fondements de l'édifice des droits de l'homme, à savoir l'égalité. Ne pas secourir certains nouveau-nés ou les laisser mourir sans soins simplement parce qu'ils sont porteurs d'un handicap ou parce qu'ils ne sont pas désirés est inhumain et constitue une violation inacceptable de leurs droits les plus fondamentaux et de leur dignité.

Le Professeur Israël Nisand, lors de son audition par la commission parlementaire de révision de la loi de bioéthique avait admis sans détour l'eugénisme actuel : « *La génétique d'aujourd'hui est juste et le but des couples est simplement d'avoir un enfant en bonne santé. Les deux programmes [le nazi et le nôtre] sont eugéniques, mais placés aux deux extrémités*

⁸³ *Constitutionality of West Virginia Bill "Protecting Unborn Children who are Capable of Experiencing Pain by Prohibiting Abortion after 20 Weeks,"* ALLIANCE DEFENDING FREEDOM, disponible sur <http://www.adfmedia.org/files/HB4588letter.pdf> (March 18, 2014); *Pain Capable Unborn Child Protection Act Fact Sheet* NATIONAL RIGHT TO LIFE, disponible sur <http://www.nrlc.org/uploads/stateleg/PCUCPAfactsheet.pdf> (June 1, 2015).

⁸⁴ *The State of Abortion in the United States*, NATIONAL RIGHT TO LIFE, pg. 29 available at <http://www.nrlc.org/uploads/communications/stateofabortion2015.pdf> (January 2015).

⁸⁵ *Note: The Science, Law, and Politics of Fetal Pain Legislation*, 115 HARV. L. REV. 2019 (2002).

⁸⁶ Guttmacher Institute, *State Policies in Brief*, State Policies on Later Abortions, 1^{er} octobre 2015, page 2. Accessible à l'adresse suivante : http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_PLTA.pdf

⁸⁷ Michel Dehan, « Grands prématurés : enjeux éthiques de la décision en néonatalogie », *Lettre de l'Espace éthique* n° 9-10-11, « Fin de vie et pratiques soignantes », 17 juin 2003.

*du spectre. Oui, nous choisissons les enfants à naître dans notre pays, même si cela ne vous plaît pas*⁸⁸ ».

Tuer les nourrissons ou les laisser mourir seuls et sans soins relève de l'infanticide aggravé de tortures. Ces pratiques constituent des violations manifestes des droits de l'homme universels, notamment de la Convention relative aux droits de l'enfant qui déclare que « *l'enfant, en raison de son manque de maturité physique et intellectuelle, a besoin d'une protection spéciale et de soins spéciaux, notamment d'une protection juridique appropriée, avant comme après la naissance* » et par laquelle les États se sont engagés à respecter et garantir les droits des enfants « *sans distinction aucune* » notamment « *de naissance* » (article 2). La même Convention garantit à l'article 6 que « *Les États parties reconnaissent que tout enfant a un droit inhérent à la vie* » et « *assurent dans toute la mesure possible la survie et le développement de l'enfant* », d'autre part à l'article 24 : « *Les États parties reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services* ».

Tuer les nourrissons ou les laisser mourir sans soin est aussi une violation flagrante de la Convention européenne des droits de l'homme, en particulier de leur droit à la vie (article 2) et un traitement inhumain (prohibé par l'article 3 de la CEDH). C'est de plus une discrimination dans l'accès aux services de soins⁸⁹ de santé fondée sur les circonstances de leur naissance⁹⁰ (contraire aux articles 8 et 14 de la CEDH). Par ailleurs, selon la Charte sociale européenne, les enfants ont droit à une protection spéciale contre les dangers physiques et moraux auxquels ils sont exposés ainsi qu'à une protection sociale, juridique et économique appropriée, et toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre.

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

La décision de plusieurs États occidentaux de ne plus autoriser l'avortement au-delà de 22 semaines d'aménorrhée⁹¹ constitue certainement un progrès tant dans la pratique médicale que dans la protection des droits de l'homme. À ce jour, de nombreux États américains⁹² et plusieurs européens, notamment l'Estonie, la Finlande, l'Allemagne⁹³, la Norvège, la Russie⁹⁴ ou encore l'Ukraine, ont fait ce choix, manifestant ainsi une plus grande humanité.

⁸⁸ Jean Leonetti, *Rapport de la mission d'information sur la révision des lois bioéthiques*, rapport n° 2235, tome 2, Assemblée nationale, 20 janvier 2010, page 600.

⁸⁹ Sans être directement protégé par la Convention européenne, le droit à l'accès aux soins est inclus dans le droit à la vie privée protégé par l'article 8 de la Convention.

⁹⁰ Article 14 de la CEDH : « *La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur [...] la naissance ou toute autre situation.* »

⁹¹ Si la vie de la mère est directement menacée, il peut être nécessaire d'interrompre la grossesse si cette mesure est de nature à sauver sa vie. Il ne s'agira alors pas d'un avortement – dont le but est la mort de l'enfant – mais d'une mesure nécessaire pour sauver sa vie, qui peut avoir pour conséquence la perte de l'enfant.

⁹² 43 États américains interdisent l'avortement très tardif selon des modalités variées (nombre de semaines ou seuil de viabilité). http://www.gutmacher.org/statecenter/spibs/spib_PLTA.pdf

⁹³ Le § 97 du Code pénal allemand prévoit une exemption de responsabilité pour les avortements réalisés après 3 mois de gestation si la grossesse pose un danger immédiat pour la vie de la femme enceinte, ou un risque sérieux d'un préjudice grave pour sa santé physique ou mentale, ou que la femme n'avait pas encore 14 ans lorsqu'elle est tombée enceinte, ou s'il y a un risque sérieux pour que l'enfant naisse gravement handicapé (traduction libre).

⁹⁴ Loi fédérale, Fédération de Russie, « Sur La Base de la santé des Citoyens de la Fédération de Russie », n° 323-FZ, adoptée par la Douma d'État le 1^{er} novembre 2011, article 56, § 4.