



European
Social
Charter

Charte
Sociale
Européenne



COUNCIL OF EUROPE
CONSEIL DE L'EUROPE

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

15 mars 2013

Pièce n° 1

**Fédération des Associations Familiales Catholiques en Europe (FAFCE) c.
Suède**
Réclamation n°99/2013

**RECLAMATION
(traduction)**

Enregistrée au Secrétariat le 7 mars 2013

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

Secrétariat de la Charte sociale européenne
Direction générale des droits de l'homme et des affaires juridiques
Direction du monitoring
F-67075 Strasbourg Cedex
France

7 mars 2013

RECLAMATION COLLECTIVE contre la SUEDE

présentée en application du Protocole additionnel de 1995 prévoyant un système de réclamations collectives ainsi que du Règlement du Comité

Article 11 (droit à la protection de la santé) et article E (non-discrimination) de la CHARTE SOCIALE EUROPEENNE

Table des matières

| | |
|---|-------------------------------------|
| 1. Identification des parties | Error! Bookmark not defined. |
| 2. Recevabilité | Error! Bookmark not defined. |
| 3. Observations liminaires sur l'objet de la réclamation | Error! Bookmark not defined. |
| 4. Aperçu sommaire de l'affaire sur le fond..... | Error! Bookmark not defined. |
| 5. Requête | Error! Bookmark not defined. |
| 6. Objet de la réclamation..... | Error! Bookmark not defined. |
| 6.1 Dispositions de la Charte sociale européenne invoquées dans la réclamation | Error! Bookmark not defined. |
| Bookmark not defined. | |
| 6.2 Résolution 1763 (2010) du Conseil de l'Europe | Error! Bookmark not defined. |
| 6.3 L'objection de conscience dans le droit européen et international relatif aux droits de l'homme | Error! Bookmark not defined. |
| 6.4 Loi suédoise relative à l'avortement (1974:595) | Error! Bookmark not defined. |
| 6.5 Atteintes au droit de la mère à la santé et au droit à la protection de la santé de la mère et du fœtus/nouveau-né..... | Error! Bookmark not defined. |
| 6.6 Atteintes au droit à la protection des femmes enceintes au regard de la loi sur la sécurité des patients..... | Error! Bookmark not defined. |
| 6.7 Non-respect des normes internationales d'éthique médicale en matière d'objection de conscience | Error! Bookmark not defined. |
| 6.8 Non-respect de la Résolution 1763 du Conseil de l'Europe.. | Error! Bookmark not defined. |
| 6.8 Non-respect du cadre juridique entourant l'objection de conscience en cas d'avortement sélectif fondé sur la détermination du sexe avant la naissance . | Error! Bookmark not defined. |
| 6.9 Discrimination exercée contre les prestataires de soins invoquant l'objection de conscience | Error! Bookmark not defined. |
| 6.10 Réglementation et recours à l'objection de conscience : comparaison des situations suédoise et norvégienne | Error! Bookmark not defined. |
| 6.11 Non-respect et non-promulgation d'instruments juridiques protégeant l'objection de conscience | Error! Bookmark not defined. |
| 6.12 Récapitulation de l'objet de la réclamation | Error! Bookmark not defined. |
| 6.13 Conclusions..... | Error! Bookmark not defined. |

Identification des parties

1.1. Etat défendeur

La présente réclamation est dirigée contre la Suède.

La Suède a ratifié la Charte sociale européenne le 17 décembre 1962 et le Protocole additionnel prévoyant un système de réclamations collectives le 29 mai 1985.

1.2. Statut de la FAFCE

La FAFCE, association dotée du statut consultatif auprès du Conseil de l'Europe, soumet, conjointement avec les organisations suédoises KLM et Pro Vita, la présente réclamation dirigée contre la Suède, au motif que ce pays ne respecte pas ou ne respecte pas de manière satisfaisante l'article 11 de la Charte sociale européenne (droit à la protection de la santé), lu seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination).

La FAFCE est une ONG européenne fondée en 1997 ; dotée du statut participatif auprès du Conseil de l'Europe depuis 2001, elle est membre, à ce titre, de la Conférence des OING du Conseil de l'Europe. Elle est actuellement inscrite sur la liste des organisations habilitées à présenter des réclamations collectives pour la période allant du 1^{er} juillet 2010 au 30 juin 2014. La FAFCE s'intéresse principalement à la politique familiale et aux droits de la famille. S'agissant de la Charte sociale européenne, elle porte une attention particulière aux articles qui concernent la protection et l'assistance dues à la famille (articles 16 et 19), la protection des parents (article 27) - et tout spécialement de la mère (articles 8 et 20) -, ainsi que la protection de l'enfant (articles 7 et 17).

KLM – Association chrétienne suédoise des praticiens et étudiants en médecine

La KLM intervient régulièrement dans le débat public sur les questions médicales et éthiques en Suède. Elle organise des symposiums et conférences, en liaison avec la Société suédoise de médecine, et est affiliée à l'*International Christian Medical and Dental Association* (Association médicale et dentaire chrétienne internationale – ICMDA). Elle publie en outre un bulletin trimestriel, intitulé *Ars Medicina*.

Pro Vita

Pro Vita est une organisation non gouvernementale qui se consacre à la protection de la vie et de la dignité humaines dans les pays scandinaves.

2. Recevabilité

La réclamation a été déposée conformément au Protocole additionnel de 1995 prévoyant un système de réclamations collectives et au Règlement du Comité. La Suède a ratifié la Charte sociale européenne et son Protocole de 1995 et a accepté, à cette occasion, d'être liée par les articles 11 et E. L'auteur de la réclamation est une ONG inscrite sur la liste des

organisations habilitées à former des réclamations collectives en vertu du Protocole de 1995 (annexe 1). Elle est, comme l'exige le Protocole, « particulièrement qualifiée » dans le domaine visé par la réclamation, à savoir le droit à la santé.

3. Observations liminaires sur l'objet de la réclamation

La législation internationale et européenne en matière de droits de l'homme respecte comme il se doit la liberté de conscience et le droit à l'objection de conscience. L'objection de conscience consiste, dans le domaine des soins de santé, en une pratique à laquelle le prestataire de soins recourt lorsqu'il se refuse à réaliser certains actes médicaux pour des motifs religieux, moraux ou philosophiques. Dans la majorité des Etats membres du Conseil de l'Europe, l'exercice de l'objection de conscience est bien réglementé. En Suède cependant, il n'existe strictement aucun cadre juridique ni politique qui régit, de façon exhaustive et précise, le recours à l'objection de conscience par les prestataires de soins. L'organisation auteur de la réclamation estime qu'il incombe à l'Etat défendeur de mettre en place des textes de loi en ce sens ; elle considère que l'Etat, faute de l'avoir fait, et dans la mesure où il tolère que les objecteurs de conscience soient traités de manière discriminatoire, ne respecte pas les obligations qui lui reviennent au regard de l'article 11.

L'auteur de la réclamation estime par ailleurs que l'Etat est responsable des atteintes portées aux droits des femmes enceintes au titre de la nouvelle loi sur la sécurité des patients (2010 :659) qui a pris effet au 1^{er} janvier 2011, texte qui vise à améliorer la sécurité des soins de santé. Ce faisant, l'Etat ne se conforme pas aux obligations qui sont les siennes sous l'angle de l'article 11 de la Charte sociale européenne.

En Suède, les prestataires de soins sont légalement tenus, conformément à la Lex Maria, de signaler les dommages corporels graves ainsi que les risques de tels dommages au Conseil national de la santé et de la protection sociale. Le personnel médical doit faire état des dommages corporels dus à des erreurs médicales. Le prestataire de soins a l'obligation d'enquêter sur ces faits et d'en rendre compte au Conseil national. Il doit également donner au patient ou à l'un de ses proches la possibilité de fournir des explications concernant la façon dont il les a personnellement vécus. Aux termes de la loi sur la sécurité des patients, les dommages corporels désignent, au sens de ce texte, les souffrances, les lésions, blessures ou maladies physiques ou mentales, ainsi que les décès qui auraient pu être évités si des mesures adéquates avaient été prises par les services de santé et les prestataires de soins. Les dommages corporels graves désignent quant à eux les dommages corporels permanents ayant nécessité des soins sensiblement plus importants ou ayant provoqué le décès du patient. La sécurité des patients désigne, selon l'article 6 de la loi, la protection contre les dommages corporels.

Aux yeux de l'organisation auteur de la réclamation, le fait que le Conseil suédois de la santé et de la protection sociale ne s'assure pas que les femmes ne soient pas erronément informées par les médecins, lors des examens échographiques, de ce que le fœtus a cessé de vivre ou ne soient incitées, sous de faux prétextes, à solliciter un avortement alors que le fœtus est parfaitement viable constitue une atteinte au droit à la protection des femmes

enceintes au regard de la loi sur la sécurité des patients. L'organisation réclamante considère par ailleurs que l'absence de protection des fœtus et nouveau-nés viables, de même que le fait que le Conseil national de la santé et de la protection sociale n'ait donné ni orientations ni directives claires et précises pour éviter que des dysfonctionnements et incidents similaires ne se reproduisent, portent atteinte au droit à la protection de la santé. Elle estime donc que l'Etat ne se conforme pas aux obligations qui sont les siennes sous l'angle de l'article 11 de la Charte sociale européenne.

Dans son 30^{ème} rapport national sur l'application de la Charte sociale européenne, le Gouvernement suédois attire l'attention sur un certain nombre de problèmes de santé publique particulièrement graves. L'un d'eux tient au nombre très élevé d'avortements recensé parmi les plus jeunes, qui y ont recours sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien. Le Gouvernement suédois n'a édicté aucune directive officielle quant aux moyens de faire baisser ces chiffres et de promouvoir la santé des jeunes femmes. L'organisation réclamante considère que le fait de ne pas donner de directives officielles sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire le nombre très élevé d'avortements pratiqués parmi les plus jeunes, sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien, constitue une atteinte au droit à la protection au regard de la loi sur la sécurité des patients.

Les Nations Unies ont posé des principes directeurs qui indiquent comment il convient d'interpréter les obligations des Etats concernant la limitation ou la suppression du recours à l'avortement. Le document issu de la Conférence du Caire déclare à ce sujet que : « Les gouvernements devraient prendre des mesures appropriées pour aider les femmes à éviter l'avortement, qui ne devrait en aucun cas être encouragé comme une méthode de planification familiale. »¹ S'il est effectivement dit dans le Programme d'action que « dans les cas où il n'est pas interdit par la loi, l'avortement devrait être pratiqué dans de bonnes conditions de sécurité »², il ajoute aussi que : « Toute mesure ou toute modification relatives à l'avortement au sein du système de santé ne peuvent être arrêtées qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales. »³

Aussi, plutôt que de considérer l'avortement comme un « droit » auquel qu'il faudrait être attaché et qu'il conviendrait de protéger, le document final de la Conférence du Caire appelle les gouvernements à chercher à « éliminer » et « réduire » la nécessité de recourir à l'avortement, et à s'efforcer d'aider les femmes à « éviter des avortements répétés ».⁴ On peut supposer que, si l'avortement était un « droit » au même titre que la liberté d'expression, les rédacteurs du texte issu de la Conférence du Caire n'auraient pas affirmé que les gouvernements devraient chercher à le « réduire » et à l'« éliminer ».⁵ Le document final de la Conférence de Beijing ne dit pas autre chose, à propos de l'avortement, que celui issu de la Conférence du Caire : on y lit notamment que toute modification relative à l'avortement au sein du système de santé « ne peut être arrêtée qu'à l'échelon national ou local conformément aux procédures législatives nationales ».⁶

Cela étant, il importe de tenir compte de cette obligation que pose le droit international et qui se trouve exprimée de manière implicite dans la Charte sociale européenne concernant

¹ Organisation des Nations Unies, Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), Programme d'action (1994), par. 7.24.

les droits des femmes et des mères, à savoir que, dans les pays où l'avortement est admis, la législation nationale doit chercher à réduire ou à éliminer la nécessité de recourir à l'avortement et aider les femmes à éviter des avortements répétés. Le système médical et éducatif suédois tel qu'il existe aujourd'hui suit, à cet égard, une direction diamétralement opposée. La mise en œuvre par la Suède des dispositions de l'article 11§2 de la Charte sociale européenne, qui demandent aux Etats de prévoir des services de consultation et d'éducation pour ce qui concerne l'amélioration de la santé et le développement du sens de la responsabilité individuelle en matière de santé (en particulier lorsqu'elles sont interprétées à la lumière des documents finaux des Conférences du Caire et de Beijing) va clairement à l'encontre des obligations qui sont les siennes au regard de la Charte).

4. Aperçu sommaire de l'affaire sur le fond

L'organisation réclamante affirme que l'Etat ne respecte pas les obligations énoncées aux articles 11 et E de la Charte, au motif qu'il n'a pas promulgué de texte de loi, qu'il a promulgué des textes de loi insuffisants ou qu'il supervise et contrôle de manière inefficace l'application des textes de loi existants.

Compte tenu des informations fournies dans la présente réclamation, l'organisation qui en est l'auteur allègue que les faits ci-après constituent des violations de l'article 11 de la Charte. Aux termes de celle-ci, en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

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

L'organisation réclamante considère que la responsabilité de l'Etat est engagée pour les faits ci-après qui constituent autant de violations de l'article 11 de la Charte :

- non-promulgation d'un cadre juridique et politique qui régit, de façon exhaustive et précise, le recours à l'objection de conscience par les prestataires de soins en Suède ;
- absence de garantie d'un traitement non discriminatoire à l'égard des personnels de santé, des praticiens et des étudiants en médecine qui revendiquent le droit à l'objection de conscience ;
- latitude laissée au Conseil suédois de la santé et de la protection sociale d'autoriser illégalement des avortements tardifs alors que le fœtus est viable ;
- inaction face au risque d'incidents graves pouvant survenir lorsque les femmes enceintes sont *erronément* informées par des médecins lors des examens échographiques que le fœtus a cessé de vivre ;

- inaction face au risque de graves dysfonctionnements pouvant survenir lorsque l'avortement est recommandé par des médecins alors qu'il s'avère par la suite, après un deuxième examen échographique, que le fœtus est viable ;
- absence de protection des fœtus / nouveau-nés viables ;
- absence d'orientations et directives claires et précises du Conseil national de la santé et de la protection sociale visant à s'assurer que des dysfonctionnements et incidents similaires ne puissent se reproduire ;
- absence de directives officielles sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire le nombre très élevé d'avortements pratiqués parmi les plus jeunes, sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien ;
- absence de prévention active des avortements à visée eugénique et des avortements sélectifs fondés sur le sexe.

L'organisation réclamante se réserve le droit de fournir des éléments et pièces supplémentaires, tant pour ce qui concerne la recevabilité que le bien-fondé de la réclamation, lors des phases ultérieures de la procédure, dans le respect des délais que le Comité aura fixés.

5. Requête

L'organisation auteur de la réclamation demande au Comité européen des droits sociaux :

1. de déclarer la présente réclamation recevable ;
2. de dire, après avoir procédé à un examen approfondi de la réclamation sur le fond, que l'Etat suédois a failli à ses obligations au regard de l'article 11, paragraphes 1, 2 et 3, ainsi qu'à l'obligation qui lui est faite sous l'angle de l'article E.

6. Objet de la réclamation

La présente réclamation demande au Comité européen des droits sociaux de dire que l'Etat suédois ne respecte pas ses obligations au regard de l'article 11, paragraphes 1, 2 et 3, lu seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination).

6.1 Dispositions de la Charte sociale européenne concernées par la réclamation

Les articles de la Charte sociale européenne dont la violation est alléguée sont les suivants :

Article 11 – Droit à la protection de la santé

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

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

Article E – Non-discrimination

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

6.2 Résolution 1763 (2010)

La Résolution 1763 adoptée le 7 octobre 2010 par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe pose le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux. Elle est libellée comme suit :

1. 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 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.
2. L'Assemblée parlementaire souligne la nécessité d'affirmer le droit à l'objection de conscience ainsi que la responsabilité de l'Etat d'assurer le droit de chaque patient à recevoir un traitement médical légal dans un délai approprié. L'Assemblée s'inquiète de la manière dont la non-réglementation de cette pratique touche de façon inégale les femmes, notamment celles qui ont de faibles revenus ou qui vivent dans les zones rurales.
3. Dans la grande majorité des Etats membres du Conseil de l'Europe, la pratique de l'objection de conscience est dûment réglementée. La pratique de l'objection de conscience par les professionnels de la santé fait l'objet d'un encadrement juridique et politique exhaustif et précis, qui permet d'assurer que les intérêts et les droits des individus souhaitant accéder à des services médicaux légaux sont respectés, protégés et réalisés.
4. Etant donné l'obligation faite aux Etats membres d'assurer l'accès à des soins médicaux légaux et de protéger le droit à la santé, ainsi que l'obligation de garantir le respect du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion des prestataires de soins de santé, l'Assemblée invite les Etats membres du Conseil de l'Europe à élaborer des réglementations

exhaustives et précises définissant et régissant l'objection de conscience eu égard aux soins de santé et aux services médicaux :

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

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

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

6.3 L'objection de conscience dans le droit européen et international relatif aux droits de l'homme

Convention européenne des droits de l'homme

Article 9

Liberté de pensée, de conscience et de religion

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

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

Article 14

Interdiction de discrimination

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

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne

Article 10

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

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

Pacte international relatif aux droits civils et politiques

Article 18

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

Déclaration universelle des droits de l'homme

Article 18

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

6.4 Loi suédoise relative à l'avortement (1974 :595)

Article

1er

Lorsqu'une femme demande à ce qu'il soit mis fin à sa grossesse, un avortement peut être pratiqué à condition que l'intervention soit réalisée avant la fin de la dix-huitième semaine de gestation et qu'il n'y ait pas lieu de penser que cet acte puisse mettre gravement en péril la vie ou la santé de l'intéressée en raison d'une maladie dont elle serait atteinte. Loi (1995:660).

Article 2

Lorsqu'une femme sollicite un avortement ou si la question de l'interruption de grossesse se pose dans le cadre des dispositions de l'article 6, l'intéressée doit se voir proposer des services de conseil avant que l'acte ne soit réalisé. Loi (1995:660).

Article 3

Au terme de la dix-huitième semaine de gestation, un avortement ne peut être pratiqué qu'avec l'autorisation du Conseil national de la santé et de la protection sociale. Cette autorisation ne sera donnée qu'en présence de motifs exceptionnels justifiant l'interruption de grossesse.

L'autorisation visée au premier paragraphe du présent article ne pourra être accordée s'il y a lieu de penser que le fœtus est viable.

Article 4

En cas de rejet d'une demande d'avortement dans les conditions visées à l'article 1^{er}, le dossier sera immédiatement transmis, pour examen, au Conseil national de la santé et de la protection sociale. Loi (1995:660).

Article 5

Seule une personne habilitée à l'exercice de la médecine peut pratiquer un avortement ou mettre fin à une grossesse dans les conditions visées à l'article 6.

L'intervention doit être réalisée dans un centre hospitalier général ou autre structure médicale agréée par le Conseil national de la santé et de la protection sociale. Loi (2007:998).

Article 6

S'il y a lieu de craindre que la grossesse mette gravement en danger la vie ou la santé d'une femme en raison d'une maladie ou d'une malformation dont elle serait porteuse, le Conseil national de la santé et de la protection sociale peut autoriser que la grossesse soit interrompue après la fin de la dix-huitième semaine, quel que soit le stade d'avancement de la gestation.

Si, en raison d'une maladie ou d'une malformation, une femme ne peut différer l'interruption de grossesse, l'intervention peut être réalisée nonobstant les dispositions du paragraphe qui précède et celles du deuxième paragraphe de l'article 5. Loi (2007:998).

Article 7

Les décisions du Conseil national de la santé et de la protection sociale relatives à l'autorisation d'avorter ou de mettre fin à une grossesse rendues en vertu des dispositions de l'article 6 ne sont pas susceptibles de recours. Loi (1995:660).

Article 8

A l'issue d'un avortement ou d'un acte mettant fin à la grossesse réalisé dans les conditions visées à l'article 6, l'intéressée doit se voir proposer des services de conseil. Le centre hospitalier ou la structure médicale qui a réalisé l'intervention devra s'assurer que la personne en charge de ces questions ait effectivement proposé ces services. Loi (1995:660).

Article 9

Quiconque réalise de manière intentionnelle, sans être autorisé à exercer la médecine, un avortement sur autrui est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement d'un an pour avortement illégal.

Si l'infraction visée au paragraphe qui précède est considérée comme grave, une peine d'emprisonnement d'une durée allant de six mois à quatre ans sera infligée. Pour déterminer la gravité de l'infraction, le fait que la pratique de tels actes soit habituelle, poursuive un but lucratif ou mette particulièrement en danger la vie ou la santé de l'intéressée sera plus spécialement pris en compte.

La tentative d'avortement illégal est réprimée par les dispositions du code pénal (chapitre 23).

Article 10

La non-application délibérée par un médecin des dispositions de l'article 4 ou - sous réserve du deuxième paragraphe de l'article 6 - des dispositions des articles 3 ou 5 est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement de six mois.

Article 11

Le produit tiré d'actes constitutifs d'une infraction au regard de la présente loi sera confisqué, sauf si pareille décision paraît manifestement abusive. Loi (2005:294).

6.4.1 Loi suédoise relative à l'avortement et Conseil national suédois de la santé et de la protection sociale

La loi suédoise relative à l'avortement actuellement en vigueur (SFS 1974 :595) a pris effet au 1^{er} janvier 1975 et a fait l'objet de modifications ultérieures en 1995 et en 2007. Aux termes de ce texte, lorsqu'une femme demande à ce qu'il soit mis fin à sa grossesse, un avortement peut être pratiqué à condition que l'intervention soit réalisée avant la fin de la dix-huitième semaine de gestation et qu'il n'y ait pas lieu de penser que cet acte puisse mettre gravement en danger la vie ou la santé de l'intéressée en raison d'une maladie dont elle serait atteinte. Après la dix-huitième semaine, un avortement peut être pratiqué moyennant avis favorable du Conseil national de la santé et de la protection sociale – organe de contrôle pour tout ce qui concerne les soins de santé en Suède.

La Commission consultative juridique du Conseil traite les demandes d'autorisation en matière d'avortement, de stérilisation, d'insémination artificielle et de changement de sexe. Dans d'autres types de dossiers, elle peut être amenée à présenter, à la demande des tribunaux ou d'autres instances, des observations qui ont le plus souvent trait à des questions de médecine générale et à des expertises psychiatriques médico-légales.

En 1989, le Conseil national de la santé et de la protection sociale a publié une notice générale sur la mise en œuvre de la loi (SOSFS 1989:6). Depuis septembre 2004, elle a été remplacée par une nouvelle notice de conseil et d'orientation (SOSFS 2004:4). Le Gouvernement suédois a fait modifier la loi 1974:595 en 2008 pour permettre aux femmes de nationalité étrangère, y compris les demandeuses d'asile et les résidentes non permanentes, d'obtenir un avortement en Suède - d'où le nouveau nom donné au texte, à savoir « loi relative au tourisme aux fins d'avortement ». A l'issue de cette modification juridique, de nouvelles notices ont été établies (SOSFS 2009:15).

6.5 Atteintes au droit de la mère à la santé et au droit à la protection de la santé de la mère et du fœtus/nouveau-né

Le droit à la protection de la santé garanti par l'article 11 de la Charte complète les articles 2 et 3 de la Convention européenne des droits de l'homme tels qu'interprétés par la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, en ce qu'il impose une série d'obligations positives en vue d'assurer l'exercice effectif dudit droit. L'article 11 prévoit une série de droits destinés à permettre à chacun de jouir du meilleur état de santé qu'il puisse atteindre. Ils se reflètent dans des mesures visant à promouvoir la santé et en une offre de soins de santé en cas de maladie, ainsi qu'en des mesures destinées à éliminer les causes d'une santé déficiente. Les Etats sont tenus de démontrer, par des mesures concrètes, qu'ils

ont mis en place une politique appropriée pour éduquer le grand public et les groupes de population touchés par des problèmes plus particuliers⁷.

Au regard de l'article 11 (droit à la protection de la santé), les Etats doivent s'efforcer de maîtriser la mortalité maternelle et infantile. Il leur faut tout faire pour obtenir un résultat aussi proche que possible du « risque zéro ». Le Comité européen des droits sociaux suit l'évolution des taux de mortalité maternelle et infantile. Il a estimé la situation contraire à la Charte au motif que la mortalité maternelle et/ou infantile était trop élevée.⁸ Comme l'indique le document d'information préparé par le Secrétariat de la Charte sociale européenne consacré à l'article 11, « le droit des femmes à la santé concerne plus directement la mère, mais touche également le fœtus ».

6.5.1. Mortalité infantile en Suède

La mortalité infantile, c'est-à-dire le nombre d'enfants qui décèdent durant leur première année de vie, est peu élevée en Suède et a régulièrement baissé, bien que l'on observe une certaine fluctuation d'une année sur l'autre. Selon le rapport officiel établi par les autorités, la mortalité infantile était de 2,1 décès pour 1.000 naissances vivantes en 2011, taux en recul comparativement à 2010 (2,6/1000). Les enfants qui décèdent durant la première année de vie meurent pour la plupart au cours de la première semaine.

6.5.2. Dysfonctionnements de la protection de la santé du fœtus/nouveau-né

Aux termes de la loi suédoise relative à l'avortement, les femmes sont légalement en droit d'avorter durant les dix-huit premières semaines de grossesse, sans avoir à justifier leur décision (avortement sur demande). Au terme de la dix-huitième semaine de gestation, un avortement ne peut être pratiqué qu'avec l'autorisation du Conseil national de la santé et de la protection sociale. Cette autorisation ne sera accordée qu'en présence de « motifs exceptionnels » justifiant l'interruption de grossesse. Si l'on en croit un représentant du Conseil national de la santé et de la protection sociale, 90% des demandes sollicitant un avortement à une date postérieure à la dix-huitième semaine sont, dans les faits, accordées ; cet accord est également donné pour la quasi-totalité des demandes lorsque le fœtus présente des signes de handicap.⁹ Au-delà de la vingt-deuxième semaine de gestation, il peut être mis fin à la grossesse si des « raisons spéciales » ou des « motifs exceptionnels » suffisamment impérieux le justifient. L'autorisation visée par les dispositions du présent article ne pourra être accordée s'il y a lieu de penser que le fœtus est viable.

En pareil cas, le Conseil national de la santé et de la protection sociale ouvre une enquête sur laquelle il se fonde pour décider d'autoriser ou non l'avortement. Certains dossiers particuliers sont tranchés par la Commission consultative juridique du Conseil national, qui se prononce sur des aspects juridiques, sociaux et médicaux.

En 2011, des membres du personnel de santé en poste dans des hôpitaux suédois avaient alerté la Direction des services sociaux sur l'existence de cas de nouveau-nés que l'on avait laissé mourir dans des chambres d'hôpital après des avortements tardifs.¹⁰ Il s'en était suivi

un débat éthique en Suède, au cours duquel un professeur de droit médical avait déclaré dans les médias que « si le fœtus est viable à la naissance, il est considéré comme un enfant en droit suédois, enfant qui a droit aux soins de santé, au même titre que tout autre enfant ». ¹¹ Des professionnels de la santé ont indiqué aux médias que, dans certains avortements pratiqués après la dix-huitième ou la vingt-deuxième semaine, le fœtus pouvait survivre jusqu'à une heure après l'intervention. ¹² Quelques professionnels ont déclaré avoir été amenés à démissionner de leur poste en raison d'avortements pratiqués sur des fœtus viables qui étaient ensuite abandonnés sur une couverture ou dans le local de nettoyage, où ils mouraient d'eux-mêmes. Les pressions et la détresse physiologique liées aux avortements tardifs ont fini par inciter une infirmière à saisir la Direction des services sociaux et le Conseil national de la santé et de la protection sociale. ¹³

Pour autant, aucun rapport officiel n'a été dressé pour indiquer comment veiller à ce qu'aucun avortement ne soit autorisé lorsque le fœtus est viable. La seule solution qui ait été envisagée est celle consistant à injecter dans le cœur ou le cerveau du fœtus un produit létal avant de réaliser l'avortement. ¹⁴ Des professionnels de la santé franchement hostiles à l'avortement, et plus particulièrement aux avortements tardifs pratiqués alors que le fœtus est viable, ont été contraints de participer à de tels actes contre leur conscience. Dans l'un de ces cas dont fait état la publication « *The Medicine Today* », l'infirmière déclare : « C'est un sentiment affreux que de savoir que nous autorisons des fœtus parfaitement viables à mourir sous nos yeux. Mais nous ne pouvons rien faire, sous peine d'enfreindre la loi. » ¹⁵

Selon les statistiques dont disposent les autorités pour l'année 2010, plus de 400 avortements ont été réalisés après la dix-huitième semaine pour des raisons médicales ou sociales. ¹⁶ Ainsi qu'il a été dit plus haut, pratiquement toutes les demandes sollicitant un avortement entre la dix-huitième et la vingt-deuxième semaine de gestation reçoivent une réponse favorable. Au-delà de la vingt-deuxième semaine, il peut être mis fin à la grossesse si des « raisons spéciales » ou des « motifs exceptionnels » suffisamment impérieux le justifient. Si l'autorisation prévue par les dispositions de la loi peut ne sera pas accordée lorsqu'il y a lieu de penser que le fœtus est viable, tout porte à croire que, dans plusieurs de ces cas, le fœtus était en réalité viable. La viabilité est fonction de capacités biomédicales et technologiques, qui ne sont pas les mêmes partout dans le monde. Cela étant, il ressort d'études internationales citées par l'association Endowment for Human Development qu'à compter de la vingt-et-unième ou vingt-deuxième semaine qui suit la fécondation, les poumons acquièrent une certaine capacité respiratoire. Ce stade est considéré comme l'âge de la viabilité car la survie hors du ventre de la mère devient alors possible pour certains fœtus. ¹⁷

6.5.3 30^{ème} Rapport national suédois sur l'application de la Charte sociale européenne

Dans le 30^{ème} rapport national sur l'application de la Charte sociale européenne soumis en 2012, le Gouvernement suédois attire l'attention sur un certain nombre de problèmes de santé publique particulièrement graves. Outre la hausse des infections par le VIH et des infections à chlamydias, il fait ainsi apparaître une augmentation des actes de suicide commis par de jeunes femmes ainsi qu'un accroissement du nombre d'avortements. Bien que l'on observe un recul du nombre d'avortements pratiqués par les plus jeunes, la Suède reste l'un des pays d'Europe qui affiche un taux d'avortement des plus élevés chez les

adolescentes.¹⁸ L'un des problèmes de santé publique les plus aigus tient au nombre très élevé d'avortements recensé parmi les plus jeunes, qui y ont recours sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien. Le Gouvernement suédois n'a édicté aucune directive officielle quant aux moyens de faire baisser ces chiffres et de promouvoir la santé des jeunes femmes.

6.5.4 Incidents majeurs signalés

En Suède, les plaintes concernant des dysfonctionnements dans l'organisation et la mise en œuvre des soins de santé peuvent être déposées auprès de la Commission de santé publique et des services médicaux ; elles peuvent aussi être adressées au Conseil national de la santé et de la protection sociale.¹⁹

En 2009, Radio Sweden, la société suédoise de radiodiffusion du service public, a révélé qu'à 24 reprises, des médecins avaient, lors d'exams échographiques, donné à des femmes enceintes des informations erronées selon lesquelles le fœtus avait cessé de vivre. Bien souvent, les médecins avaient recommandé à ces femmes un avortement pour raisons médicales et les intéressées s'étaient vu remettre une prescription pour une pilule abortive.²⁰ Il s'est avéré, à l'examen des rapports d'erreurs médicales (dis « rapports Lex Maria »)²¹ et des plaintes individuelles qui avaient été déposées, que nombre de ces femmes n'avaient pas utilisé la pilule abortive qui leur avait été conseillée et qu'une deuxième échographie avait révélé que l'enfant était vivant.²² Dans un cas, le médecin avait indiqué à la femme enceinte que le fœtus présentait de graves déficiences qui ne lui permettraient vraisemblablement pas de survivre et avait en conséquence vivement recommandé à l'intéressée d'avorter. Cette femme avait décidé d'attendre deux semaines, et un second examen échographique avait montré que le fœtus était parfaitement viable et ne présentait aucune déficience.²³

Le Conseil national de la santé et de la protection sociale avait promis d'ouvrir une enquête, de mettre en place un système de supervision et de préciser la conduite à tenir pour éviter que de tels dysfonctionnements ne se reproduisent. Pourtant, le 24 février 2012, il s'est avéré que ces incidents graves s'étaient répétés et qu'au moins six autres cas du même ordre s'étaient produits. Dans l'un d'entre eux, la femme enceinte avait reçu du médecin une pilule abortive après que l'examen échographique eut erronément conclu à l'« absence » de fœtus. Elle avait pris la pilule abortive qui lui avait été recommandée, sans résultat. Une deuxième échographie avait ensuite montré que l'enfant était vivant et présentait un bon rythme cardiaque. Dans le rapport et la décision rendue par le Conseil national de la santé et de la protection sociale, on peut lire que : « le médecin a commis une erreur en prescrivant une pilule abortive à l'issue du premier examen échographique. Mais la dose et l'effet de cette pilule étaient apparemment trop faibles dans le cas présent, ce qui a été une chance pour la patiente, puisqu'elle souhaitait avoir un enfant. »²⁴ Aucune mesure disciplinaire n'a été prise et les procédures habituelles n'ont pas été modifiées à la suite de cette affaire. Dans un autre cas similaire dont les médias ont rendu compte, il s'est avéré – faits particulièrement graves – que le médecin avait ici encore recommandé de pratiquer un avortement au motif que l'enfant « risquait une malformation » en raison de la prise de la pilule abortive.²⁵

Les rapports « Lex Maria » et les plaintes individuelles dont ont été saisis la Direction des services sociaux montrent que des erreurs médicales de ce type continuent de se produire. Mais les demandes de communication de dossiers, plaintes et rapports « Lex Maria » adressées au Conseil national de la santé et de la protection sociale se heurtent souvent à un refus, sous prétexte que ces documents ne font pas l'objet d'un classement systématique qui permettrait de les retrouver par des critères de recherche pertinents – avortement, échographie, ou autre.

6.5.5. Absence de protection des fœtus / nouveau-nés viables

Selon le document d'information établi par le Secrétariat de la Charte sociale européenne, la Charte garantit, pour ce qui est des questions abordées à l'article 11, les droits des enfants depuis et avant leur naissance jusqu'à l'âge de 18 ans. La protection de la santé maternelle affecte l'enfant avant sa naissance.

Il incombe à l'Etat de mettre en place, soit directement soit en coopération avec des prestataires de soins publics ou privés, des mesures appropriées en vue de protéger les fœtus et nouveau-nés viables. L'organisation réclamante estime que la responsabilité de l'Etat est engagée, au motif qu'il n'a pas promulgué de texte de loi, qu'il a promulgué des textes de loi insuffisants ou qu'il supervise et contrôle de manière inefficace l'application des textes de loi existants. L'article 6 de la Convention des Nations Unies relative aux droits de l'enfant, à laquelle la Suède est également partie, s'applique lui aussi en l'espèce puisqu'il dispose que : « [t]out enfant à un droit inhérent à la vie ... Les Etats parties assurent ... la survie et le développement de l'enfant. » Qui plus est, la Convention considère explicitement que l'enfant est, avant sa naissance, une personne détentrice de droits qui doit bénéficier d'une protection spéciale. On lit ainsi, dans le Préambule de la Convention, 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.*»²⁶ Bien que ce Préambule n'ait pas force contraignante, il fournit indubitablement le contexte interprétatif nécessaire.²⁷

6.6 Atteintes au droit à la protection des femmes enceintes au regard de la loi sur la sécurité des patients

Une nouvelle loi sur la sécurité des patients (2010 :659) a pris effet au 1^{er} janvier 2011, l'objectif de ce texte étant d'améliorer les soins de santé. L'un des volets majeurs de la nouvelle loi réside dans le fait qu'elle devrait favoriser l'autonomisation des patients. Elle met l'accent sur le rôle du prestataire de soins, qui doit systématiquement s'efforcer de créer des conditions qui contribuent à prévenir et à gérer de manière adéquate les incidents. Elle vise aussi à faciliter et encourager le signalement et la gestion des incidents. Elle confie principalement au Conseil suédois de la santé et de la protection sociale le soin de s'occuper des incidents ainsi rapportés au plan national.

En mars 2011, le Gouvernement suédois a mis en place une commission d'enquête qui a reçu pour mission de voir comment renforcer la position et l'influence des patients sur leur prise en charge, et de soumettre une proposition pour une nouvelle loi en la matière. Cette commission devrait livrer ses premiers résultats en janvier 2013 et présenter une proposition définitive en juin 2013 au plus tard.

Les prestataires de soins sont légalement tenus, conformément à la Lex Maria, de signaler les dommages corporels graves ainsi que les risques de tels dommages au Conseil national de la santé et de la protection sociale.²⁸ Le personnel médical doit signaler les dommages corporels dus à des erreurs médicales. Le prestataire de soins a l'obligation d'enquêter sur ces faits et d'en rendre compte au Conseil national. Il doit également donner au patient ou à l'un de ses proches la possibilité de fournir des explications concernant la façon dont il les a personnellement vécus.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la sécurité des patients (2010 :659), le Conseil national de la santé et de la protection sociale est chargé de traiter les plaintes déposées par ces derniers à titre individuel et de faire en sorte qu'il leur soit plus facile d'engager une telle démarche. Il peut ainsi être saisi de plaintes individuelles concernant des dysfonctionnements et des dommages corporels dus à des erreurs médicales.

- Aux termes de l'article 5 de la loi sur la sécurité des patients, les dommages corporels désignent, au sens de ce texte, les souffrances, les lésions, blessures ou maladies physiques ou mentales, ainsi que les décès qui auraient pu être évités si des mesures adéquates avaient été prises par les services de santé et les prestataires de soins. Les dommages corporels graves désignent quant à eux les dommages corporels permanents ayant nécessité des soins sensiblement plus importants ou ayant provoqué le décès du patient.
- La sécurité des patients désigne, selon l'article 6 de la loi, la protection contre les dommages corporels.

Aux yeux de l'organisation auteur de la réclamation, le fait que le Conseil suédois de la santé et de la protection sociale ne s'assure pas que les femmes ne soient pas erronément informées par les médecins, lors des examens échographiques, de ce que le fœtus a cessé de vivre constitue une atteinte au droit à la protection des femmes enceintes au regard de la loi sur la sécurité des patients.

L'organisation réclamante estime que l'inaction face au risque de graves dysfonctionnements pouvant survenir lorsque l'avortement est recommandé par des médecins alors qu'il s'avère par la suite, après un deuxième examen échographique, que le fœtus est viable, constitue une atteinte au droit à la protection au regard de la loi sur la sécurité des patients.

L'organisation réclamante considère par ailleurs que le fait que le Conseil national de la santé et de la protection sociale n'ait pas mis en place d'orientations et directives claires et précises pour éviter que des dysfonctionnements et incidents similaires ne se reproduisent,

porte atteinte au droit à la protection de la santé au regard de la loi sur la sécurité des patients.

L'organisation réclamante considère que le fait de ne pas donner de directives officielles sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire le nombre très élevé d'avortements pratiqués parmi les plus jeunes, sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien, constitue une atteinte au droit à la protection au regard de la loi sur la sécurité des patients.

6.7 Non-respect des normes internationales d'éthique médicale en matière d'objection de conscience

Le document d'information établi par le Secrétariat de la Charte sociale européenne explique, au point consacré à l'article 11, que la politique de santé publique doit poursuivre la promotion de la santé publique conformément aux objectifs fixés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La réglementation nationale doit prescrire l'information du public, son éducation et sa participation.

Les normes internationales en matière d'éthique médicale, notamment celles établies par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique (FIGO), donnent quelques indications sur l'encadrement du droit à l'objection de conscience. L'OMS et la FIGO considèrent toutes deux qu'un médecin qui se refuse en conscience à accomplir un acte a le devoir d'orienter le patient vers un autre prestataire de soins qui ne voit pas d'objection à le réaliser. Faute d'avoir prévu un cadre juridique précis pour les prestataires de soins objecteurs de conscience, la Suède ne respecte pas les normes internationales d'éthique médicale.

6.8 Non-respect de la Résolution 1763 du Conseil de l'Europe

La résolution 1763 de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe appelle expressément les Etats membres à garantir le droit à l'objection de conscience pour les soins médicaux légaux et considère 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 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.

Le rapport de Christine McCafferty intitulé « Accès des femmes à des soins médicaux légaux : le problème du recours non réglementé à l'objection de conscience », dont est issue la résolution 1763, a suscité une controverse en Suède sur la liberté de conscience du personnel de santé. L'avis de la Commission permanente suédoise quant au contenu de la

résolution est demeuré négatif et le Gouvernement a donné instruction à la délégation suédoise de prendre des mesures pour faire « changer » ce texte.

Le 11 mai 2011, le Parlement suédois a examiné le document de Mme McCafferty, la résolution 1763 ainsi que les recommandations qui y sont formulées, sur la base d'un rapport de la Commission des affaires étrangères. L'idée que les praticiens et le personnel de santé puissent exercer un droit à la liberté de conscience a fait débat. Le rapport de la Commission des affaires étrangères recommandait au Parlement de conseiller au Gouvernement de « dénoncer la teneur de la résolution 1763 » et de considérer que « la délégation devrait s'efforcer de faire modifier la nature de cette résolution ». ² Le Parti de gauche a ajouté à cela une « réserve » suggérant au Parlement de demander l'abrogation de la résolution. A l'inverse, les Démocrates suédois ont exprimé leur soutien en faveur du texte. Le Parlement suédois a suivi la recommandation de la Commission des affaires étrangères. La Suède s'est donc officiellement prononcée contre la liberté de conscience du personnel de santé et contre les objectifs poursuivis par l'article 11 de la Charte sociale européenne.

6.8 Non-respect du cadre juridique entourant l'objection de conscience en cas d'avortement sélectif fondé sur la détermination du sexe avant la naissance

Le rapport de Mme Doris Stump, membre de la Commission sur l'égalité des chances pour les femmes et les hommes, document dont est issue la résolution 1829 (2011) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe sur la sélection prénatale en fonction du sexe, fait état d'une affaire d'avortement sélectif fondé sur le sexe survenue en Suède. Le rapport explique qu'il avait été demandé au Conseil national de la santé et de la protection sociale de donner son avis sur ce cas particulier et de clarifier la question de savoir si le personnel médical était obligé de dévoiler le sexe du fœtus, y compris en l'absence de raison médicale, et de pratiquer un avortement même si la requête était formulée sur la seule base du sexe fœtal. Il avait répondu par l'affirmative.

Dans l'affaire en question, la mère avait déjà deux filles et avait sollicité une amniocentèse afin de connaître le sexe du fœtus. Les prestataires de soins d'un hôpital suédois se refusaient à réaliser des avortements répétés lorsque le sexe féminin du fœtus était l'unique raison invoquée à l'appui de la demande d'interruption de grossesse. Les médecins de cet établissement hospitalier ont fait état de ce problème qui les préoccupait et en ont appelé au Conseil national suédois de la santé et de la protection sociale pour qu'il fixe des directives sur la conduite à tenir face à de futures demandes qui leur donneraient le sentiment « d'être fortement incités à déterminer le sexe du fœtus » sans qu'aucun motif impérieux sur le plan médical ne le justifie. Le Conseil national a répondu que « l'on ne [pouvait] opposer de refus à de telles demandes » et que « il n'[était] pas possible de refuser un avortement à une femme jusqu'à la dix-huitième semaine de grossesse, même si sa requête [avait] pour seul fondement le sexe du fœtus. » ³⁰

² 2009/10:UU15 and 2011/12:KU14 http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Utskottens-dokument/Betankanden/Fri--och-rattigheter_GZ01KU14/

6.9 Discrimination exercée contre les prestataires de soins invoquant l'objection de conscience

Il n'existe en droit suédois aucune règle qui régit l'objection de conscience. Dans certains cas exceptionnels, la direction et le personnel de l'établissement hospitalier s'entendent pour éviter d'avoir à réaliser certains actes médicaux. Ainsi, le médecin-chef de l'hôpital de Norrtälje, près de Stockholm, a obtenu une autorisation écrite le dispensant d'assumer les fonctions d'anesthésiste principal lors d'un avortement, pourvu que d'autres anesthésistes possédant les connaissances et compétences nécessaires puissent le remplacer.³¹

De tels cas sont rares ; qui plus est, les prestataires de soins et les étudiants en médecine n'ont, d'une manière générale, pas le droit à l'objection de conscience. La plupart du temps, les membres des professions de santé qui élèvent des objections à l'avortement se voient rétorquer qu'ils ont mal choisi leur emploi, leur métier ou leur service d'affectation. Le Ministre de la Santé et des Affaires sociales, M. Göran Hägglund, a officiellement déclaré qu'il ne souhaitait pas reconnaître les droits des personnels de santé et a suggéré aux objecteurs de conscience d'envisager « un autre travail ». Les membres des professions de santé et les étudiants en médecine qui refusent d'accomplir certains actes tels que des avortements sont réprimandés, mutés ou désavantagés ; le rapport suédois consacré à la nécessité d'une clause de conscience pour les étudiants en médecine montre que le fait d'invoquer l'objection de conscience risquerait d'entraîner des refus de décerner un diplôme de médecine au motif qu'il n'existe pas de clause d'objection de conscience.³² Pour autant, le Gouvernement et le Parlement suédois ont rejeté à plusieurs reprises les propositions faisant état de la nécessité de prévoir une clause légale d'objection de conscience pour les étudiants et les personnels qui évoluent dans le secteur des soins de santé.³³

La Cour européenne des droits de l'homme a réfuté ce point de vue pour le moins anémique de la liberté de pensée, de conscience et de religion : « Compte tenu de l'importance de la liberté de religion dans une société démocratique, la Cour considère que, lorsqu'un individu se plaint d'une restriction de sa liberté de religion sur le lieu de travail, la meilleure approche serait, plutôt que de supposer qu'un éventuel changement d'affectation empêcherait toute atteinte à ce droit, de mettre cette possibilité en balance avec l'ensemble des éléments permettant de déterminer si cette restriction était ou non proportionnée. »³⁴ Ce sentiment de restriction ne doit pas davantage être un élément central des croyances religieuses ou des conceptions morales de celui qui cherche à manifester son droit à la liberté de conscience : « il n'est pas nécessaire que le requérant établisse avoir agi dans le respect d'une obligation dictée par la religion en question » pour qu'il y ait atteinte au droit à la liberté de religion. »³⁵

Lorsque l'on met en balance les droits des membres du personnel médical qui se refusent en conscience à pratiquer des avortements et les obligations qui leur parviennent d'un supérieur leur imposant de réaliser de tels actes, il faut bien voir que toute atteinte aux droits à la liberté de conscience n'est envisageable qu'à la condition qu'elle s'avère nécessaire dans une société démocratique et soit proportionnée à l'objectif poursuivi. L'ingérence dans la jouissance des droits reconnus par l'article 9 ne sera pas considérée comme étant « prévue par la loi » si elle est arbitraire et se fonde sur des dispositions légales accordant à une instance exécutive supérieure un pouvoir d'appréciation illimité.³⁶ Les

questions éthiques, notamment l'avortement et la définition du début de la vie, sont parmi les plus sensibles et renvoient aux valeurs morales profondes.³⁷ La Cour de Justice de l'Union européenne est même allée plus loin : évoquant la définition de la vie, elle a indiqué, dans le cadre du droit des brevets, que celle-ci commençait dès la conception.³⁸ Aucun autre organisme supragouvernemental n'a jamais rendu une décision en sens contraire, de sorte que l'arrêt *Brüstle* reste la référence jurisprudentielle la plus persuasive et la plus concluante en la matière. Enfin, la Cour européenne a par ailleurs incidemment indiqué dans la décision sur la recevabilité de l'affaire *Pichon et Sajous c. France*³⁹ qu'elle ne déclarerait pas recevable une requête formée au titre de l'objection de conscience arguant d'une opposition à la contraception, mais qu'elle aurait très bien pu statuer différemment si le dossier avait porté sur des produits abortifs.

Il est clair que l'abondante jurisprudence supragouvernementale qui garantit l'expression de convictions religieuses, pose explicitement un droit à la liberté de conscience⁴⁰ et entoure de solides protections l'enfant à naître s'est traduite, sous l'effet conjugué de la résolution McCafferty relative à la liberté de conscience et de la quasi-unanimité qui s'est dégagée au sein des Etats membres en faveur d'une protection de l'objection de conscience médicale, par l'émergence en Europe d'un puissant consensus affirmant que le personnel médical doit être autorisé à exercer ce droit qui constitue la manifestation la plus élémentaire et la plus profonde de l'article 9.

6.10 Réglementation et recours à l'objection de conscience : comparaison des situations suédoise et norvégienne

La Suède est restée très en retrait de la vieille tradition du respect de la liberté de conscience qui prévaut ailleurs en Scandinavie. Contrairement aux autres pays scandinaves, elle n'a pas satisfait à l'obligation de garantir l'accès aux soins médicaux légaux et de protéger le droit à la santé, ni à l'obligation de veiller au respect du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion des prestataires de soins.

En 2012, un rapport officiel et une enquête menée en Norvège ont révélé que le Conseil norvégien de la santé et de la protection sociale avait illégalement autorisé, à plusieurs reprises, des avortements tardifs alors que le fœtus était viable.⁴¹ L'enquête en question a suscité des protestations en grand nombre de la part des membres des professions de santé, qui ont revendiqué le droit à l'objection de conscience et ont sommé la Direction des Services sociaux de suspendre le Conseil national de la santé et de la protection sociale.

La loi norvégienne relative à l'avortement dispose que : « Les membres des professions de santé sont en droit d'invoquer l'objection de conscience lorsqu'il leur est demandé de réaliser un avortement ou d'apporter leur concours à l'exécution d'un tel acte. » Le champ d'application de ce texte englobe depuis 30 ans les médecins et autres professionnels de santé qui, pour des raisons de conscience, se refusent à prendre part à des interventions liées à un avortement.

6.11 Non-respect et non-promulgation d'instruments juridiques protégeant l'objection de conscience

Le droit à l'objection de conscience est un droit et une tradition bien respectés dans beaucoup de professions, et plus encore au sein de la profession médicale. Les conflits de conscience et la question de l'objection de conscience se retrouvent dans des domaines multiples et variés de la société. Cela ne concerne pas seulement les professionnels de santé et le service militaire, mais aussi le droit des étudiants de ne pas participer à certains travaux d'études pratiques pour des raisons de conscience, le droit d'un ministre d'objecter en conscience de célébrer certains mariages, ou encore le droit d'un pharmacien d'invoquer l'objection de conscience pour ne pas délivrer certains produits. Le dénominateur commun réside dans le fait que l'objection ne se borne pas à une opinion ou à une idée ; il s'agit d'une ferme conviction qui émane de la conscience.

Le droit à la liberté de conscience est aussi un droit collectif et peut être exercé en milieu institutionnel.⁴² L'interdiction de faire valoir l'objection de conscience dans un cadre institutionnel revient à priver de tout refuge les praticiens pro-vie. Cela ferme en outre la porte aux patientes qui cherchent précisément une prise en charge par des professionnels de santé qui partagent leurs valeurs.

Lors d'un sondage réalisé en janvier 2009 par The Polling Company, Inc., WomenTrend, 88% des personnes interrogées ont indiqué que le fait de partager un ensemble de valeurs morales similaires à celles des prestataires de soins auxquelles elles s'adressent leur paraissait très ou assez important.⁴³ Si l'on veut préserver la confiance des patientes et la satisfaction des femmes, il faut maintenir le droit à l'objection de conscience en milieu institutionnel.

D'autre part, les droits qui touchent à la conscience ne menacent pas l'accès des patientes ; ils le protègent. De nombreuses patientes souhaitent pouvoir s'adresser à des médecins qui exercent leur métier de manière intègre, en obéissant à leur conscience, et qui partagent les valeurs de leurs patientes quant au droit à la vie. Or les restrictions dont sont assortis en Suède les droits qui touchent à la conscience excluraient de la médecine tous les opposants à l'avortement en les contraignant à apporter leur aide pour un avortement ou à diriger des patientes vers des services proposant l'avortement, de sorte qu'ils priveraient du droit d'accès aux soins celles qui souhaitent s'adresser à des médecins pro-vie. Les règles du serment d'Hippocrate qui condamnent certaines pratiques médicales sont là pour donner aux patientes l'accès à des médecins qui, dans l'exercice de leur métier, ne portent pas atteinte à la vie humaine. La politique suédoise part toutefois du principe que seules les patientes qui soutiennent l'avortement sont en droit d'avoir accès aux soins médicaux ; les autres ne bénéficient pas d'un tel droit. Ce principe est injustifié et contraire à toute logique. Même si les souhaits des patients devaient l'emporter sur les droits à la liberté de conscience comme le laisse à penser, à tort, la politique suédoise, leur désir de pouvoir faire appel à des médecins habilités à exercer selon ce que leur dicte leur conscience ferait pencher la balance en faveur d'une protection de cette liberté – pour permettre à de tels médecins d'exister – , et non en sa défaveur, position que défend la politique suédoise et qui a pour effet d'évincer les médecins objecteurs de conscience.

La liberté de conscience est un droit fondamental respecté depuis fort longtemps, qui est apparu comme l'un des fondements d'une « société démocratique » au sens de la Convention européenne des droits de l'homme. La Cour européenne des droits de l'homme (ci-après, « la Cour ») a estimé que le droit consacré à l'article 9 de la Convention était, dans sa dimension religieuse, l'un des éléments les plus importants qui protègent l'identité des croyants et leur conception de la vie. Les Etats membres du Conseil de l'Europe ont pour la plupart édicté des lois, des codes d'éthique et, ponctuellement, des règlements ou directives qui garantissent le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins de santé, et les juridictions nationales de certains pays ont forgé une jurisprudence en la matière. La jurisprudence de la Cour est on ne peut plus claire sur ce point : l'article 9 de la Convention protège non seulement la sphère des convictions personnelles – le *forum internum* – mais aussi le *forum externum*, étant donné que « le témoignage, en paroles et en actes, se trouve lié à l'existence de convictions religieuses ». ⁴⁴

La Cour considère que le fait de garantir la liberté de pensée, de conscience et de religion est le signe de la neutralité d'un Etat. Aussi, lorsqu'il n'y a ni nécessité ni proportionnalité, l'Etat doit chercher à s'**adapter** aux convictions religieuses, même si elles ne lui plaisent pas. ⁴⁵ Cette notion résulte de la réticence de la civilisation européenne – bâtie sur les valeurs de respect, de clémence et de tolérance – à forcer nos concitoyens à s'humilier en trahissant leur propre conscience.

Afin de garantir le droit à la liberté de conscience, la Suède devrait veiller à ce qu'elle soit protégée sur le lieu de travail, en défendant les compétences et le dévouement du personnel, sans contraindre les objecteurs de conscience, sur des questions éthiques délicates, à prendre part à certaines activités. Comme l'a récemment indiqué la Cour dans l'affaire *Bayatyan c. Arménie* ⁴⁶, un système susceptible d'engendrer de graves conséquences pour les objecteurs de conscience sans pour autant autoriser aucune exemption pour des raisons de conscience et sanctionnant pénalement ceux qui objectent ne ménage pas un juste équilibre entre l'intérêt de la société dans son ensemble et celui des objecteurs. Cet arrêt a infirmé de précédentes décisions et réduit à néant une jurisprudence bien établie de la Commission européenne (« la Commission ») relative à l'objection de conscience en matière militaire. Dans l'affaire *X c. Autriche* ⁴⁷, la Commission avait indiqué que, pour interpréter l'article 9 de la Convention, elle avait aussi tenu compte du texte de l'article 4 § 3 b) de la Convention, aux termes duquel n'était pas considéré comme travail forcé ou obligatoire « tout service de caractère militaire ou, dans le cas d'objecteurs de conscience dans les pays où l'objection de conscience était reconnue comme légitime, un autre service à la place du service militaire obligatoire ». La Commission a avancé un important argument d'ordre textuel, à savoir que, dans la mesure où l'article 4 § 3 b) incluait les termes « dans les pays où l'objection de conscience est reconnue comme légitime », les Hautes Parties contractantes avaient le choix de reconnaître ou non l'objection de conscience en matière militaire et, si elles la reconnaissaient, de prévoir une forme de service de remplacement.

Nonobstant le fondement textuel de l'article 4 § 3 b) de la Convention, la Cour est parvenue à la conclusion que le fait de ne pas envisager l'objection de conscience en matière militaire « imposait aux citoyens une obligation susceptible d'engendrer de graves conséquences pour les objecteurs de conscience ; [ce système] n'autorisait aucune exemption pour des raisons de conscience et sanctionnait pénalement ceux qui, comme le requérant, refusaient

d'effectuer leur service militaire ». De l'avis de la Cour, « un tel système ne ménageait pas un juste équilibre entre l'intérêt de la société dans son ensemble et celui du requérant. »⁴⁸ Il devrait s'ensuire *a fortiori* que, dans le contexte des soins de santé, sauf indication textuelle claire apportant la preuve du contraire, le fait que le Gouvernement ne reconnaisse pas l'objection de conscience en matière de soins de santé va à l'encontre de la recherche d'un juste équilibre entre l'intérêt de la société et celui du plaignant.

Le droit à l'objection de conscience sur le lieu de travail est de la plus haute importance et constitue un aspect fondamental du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion inscrit dans un grand nombre de traités internationaux. Il est essentiel au fondement d'une société démocratique. La protection de ce droit garantit le droit de ne pas être soumis à la coercition de la part des autorités ou d'autres individus. En tant qu'Etat membre du Conseil de l'Europe, la Suède devrait se doter d'une réglementation claire et exhaustive qui définisse et régisse l'objection de conscience sur le lieu de travail, en particulier pour les prestataires de soins. L'absence de cadre juridique relatif à la pratique de l'objection de conscience en Suède représente une menace pour la liberté de conscience de tous les prestataires de soins et pour la liberté de conscience en général.

Faute d'un droit clairement défini par la loi autorisant le personnel médical à refuser de prendre part à des actes allant à l'encontre de ce que leur dicte leur conscience, la voie à suivre pour faire jouer le droit à la liberté de conscience est floue. Les membres des professions médicales, qui se voient réprimandés, mutés ou défavorisés pour avoir refusé d'exécuter certains actes tels que des avortements, soutiennent que les droits qui leur sont conférés par des traités internationaux sont bafoués. Cette absence de cadre juridique et la pratique qui en résulte ne sont pas seulement contraires aux principes énoncés dans la Convention européenne des droits de l'homme et dans la Résolution 1763 de l'APCE, ils vont également à l'encontre de ceux inscrits dans la Charte sociale européenne.

Qui plus est, et à titre de comparaison, les chercheurs de l'Institut Guttmacher, affilié à l'organisation Planned Parenthood, affirment qu'aux Etats-Unis, le nombre d'établissements hospitaliers qui proposent des avortements est tombé de 1 654 en 1977 à 603 en 2000.⁴⁹ Cette baisse a coïncidé avec une diminution de près de 50% du nombre de chirurgiens avorteurs. Comme le montrent clairement ces statistiques, la question de l'avortement suscite une très vive controverse morale au sein des professions médicales. Compte tenu de cette hostilité morale dont fait l'objet l'avortement dans les milieux médicaux, il serait totalement mal venu de demander au personnel médical de prendre le contre-pied de ces opinions très arrêtées.

La nature même de la liberté de pensée, de conscience et de religion fait que la conscience est subjective et est définie par l'individu, à travers sa foi religieuse, sa morale et son éthique. Si quelqu'un estime qu'un acte est moralement inacceptable, il serait tout aussi inacceptable que cette même personne encourage, tolère ou soit de quelque autre façon complice d'un tel acte. Le fait de n'avoir admis aucune exception fondée sur l'exercice de la liberté de conscience sur le lieu de travail et de sanctionner pénalement ceux qui se refusent à accomplir un acte en invoquant leur conscience constitue une atteinte à cette liberté de conscience.

Si l'on veut faire en sorte que la liberté de conscience soit effectivement un droit, il faut veiller à ce qu'aucune sanction ni mesure de représailles ne vienne frapper celui ou celle qui tenterait d'exercer ce droit, ou s'assurer que les sanctions soient à tout le moins proportionnées et justifiées. Avant que la pratique de l'objection de conscience ne soit dûment encadrée par le droit interne, il reste aux employeurs la faculté d'excuser les objecteurs de conscience et de les autoriser à occuper d'autres fonctions en lieu et place. Les Etats membres étant tenus de garantir le respect du droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion, il leur faut se doter d'une réglementation claire et exhaustive qui définisse et régisse l'objection de conscience sur le lieu de travail.

6.12 Récapitulation de l'objet de la réclamation

La législation internationale et européenne en matière de droits de l'homme respecte comme il se doit la liberté de conscience et le droit à l'objection de conscience. L'objection de conscience est une pratique observée dans le domaine des soins de santé, à laquelle le prestataire de soins recourt lorsqu'il se refuse à pratiquer certains actes médicaux pour des motifs religieux, moraux ou philosophiques. Dans certains pays, la liberté de conscience est inscrite dans la Constitution. Dans la majorité des Etats membres du Conseil de l'Europe, l'exercice de l'objection de conscience est bien réglementé. En Suède cependant, il n'existe strictement aucun cadre juridique ni et politique qui régisse, de façon exhaustive et précise, le recours à l'objection de conscience par les prestataires de soins de santé. Les membres des personnels de santé font l'objet de pressions, sont tenus responsables ou subissent des discriminations pour leur refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement.

Les praticiens et autres membres des personnels de santé suédois ont fait part de leurs préoccupations à la Direction des Services sociaux et en ont appelé au Conseil national de la santé et de la protection sociale pour qu'il fixe des directives sur la conduite à tenir face à de futures demandes qui leur donneraient le sentiment « d'être fortement incités à déterminer le sexe du fœtus » et d'être amenés à réaliser des avortements sélectifs fondés sur le sexe sans qu'aucun motif impérieux sur le plan médical ne le justifie. Le Conseil national de la santé et de la protection sociale a estimé qu'il n'y avait pas lieu d'établir de telles directives. Il est également arrivé que des membres des professions de santé ayant fait valoir leur droit à l'objection de conscience soient traités de manière discriminatoire.

En 2012, des médecins en poste dans des hôpitaux suédois avaient alerté la Direction des services sociaux sur l'existence de cas de nouveau-nés que l'on avait laissé mourir dans des chambres d'hôpital après des avortements tardifs. Pour autant, aucun rapport officiel n'a été dressé pour indiquer comment veiller à ce qu'aucun avortement ne soit autorisé lorsque le fœtus est viable. La seule question qui ait été évoquée est celle de savoir si un produit létal devrait être administré au fœtus par injection avant de réaliser l'avortement. Des professionnels de la santé franchement hostiles à l'avortement, et plus particulièrement aux avortements tardifs pratiqués alors que le fœtus est viable, ont été contraints de participer à de tels actes contre leur conscience. L'organisation réclamante estime que le Conseil suédois de la santé et de la protection sociale a illégalement autorisé, à plusieurs reprises, des avortements tardifs alors que le fœtus était viable.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la sécurité des patients (2010 :659) au 1^{er} janvier 2011, le Conseil national de la santé et de la protection sociale est chargé de traiter les plaintes déposées par des patients à titre individuel. Un certain nombre de plaintes formées par des patientes, de même que des informations rendues publiques par des médias officiels, ont révélé qu'à plusieurs reprises, des médecins avaient, lors d'examen échographiques, donné à des femmes enceintes des informations *erronées* selon lesquelles le fœtus avait cessé de vivre. Plusieurs femmes ont été incitées, sous de faux prétextes, à se faire avorter alors que le fœtus était viable. Les recommandations formulées par les médecins appelant ces femmes enceintes à avorter alors que le fœtus s'était avéré par la suite viable ont eu pour elles de lourdes conséquences. Le Conseil national de la santé et de la protection sociale avait promis d'ouvrir une enquête, de mettre en place un système de supervision et de préciser la conduite à tenir pour éviter que de tels dysfonctionnements ne se reproduisent. Selon des informations recueillies par la suite, ces graves incidents se sont néanmoins répétés.

Dans le 30^{ème} rapport national sur l'application de la Charte sociale européenne, le Gouvernement suédois attire l'attention sur un certain nombre de problèmes de santé publique particulièrement graves. L'un d'eux tient au nombre extrêmement élevé d'avortements recensé parmi les plus jeunes, qui y ont recours sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien. Le Gouvernement suédois n'a édicté aucune directive officielle quant aux moyens de faire baisser ces chiffres et de promouvoir la santé des jeunes femmes.

6.13 Conclusions

L'organisation réclamante affirme que l'Etat ne respecte pas les obligations énoncées aux articles 11 et E de la Charte au motif qu'il n'a pas promulgué de texte de loi, qu'il a promulgué des textes de loi insuffisants ou qu'il supervise et contrôle de manière inefficace l'application des textes de loi existants.

Compte tenu des informations fournies dans la présente réclamation, l'organisation qui en est l'auteur allègue que les faits ci-après constituent des violations de l'article 11 de la Charte. Aux termes de celle-ci, en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, les Parties s'engagent à prendre, soit directement, soit en coopération avec les organisations publiques et privées, des mesures appropriées tendant notamment:

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

L'organisation réclamante soutient que les faits ci-après constituent des violations de l'article 11 de la Charte et en tient l'Etat pour responsable :

- non-promulgation d'un cadre juridique et politique qui régit, de façon exhaustive et précise, le recours à l'objection de conscience par les prestataires de soins en Suède ;
- absence de garantie d'un traitement non discriminatoire à l'égard des personnels de santé, des praticiens et des étudiants en médecine qui revendiquent le droit à l'objection de conscience ;
- latitude laissée au Conseil suédois de la santé et de la protection sociale d'autoriser illégalement des avortements tardifs alors que le fœtus est viable ;
- absence d'intervention pour prévenir les incidents graves pouvant survenir lorsque les femmes enceintes sont *erronément* informées par des médecins lors des examens échographiques que le fœtus a cessé de vivre ;
- inaction face au risque de dysfonctionnements graves pouvant survenir lorsque l'avortement est recommandé par des médecins alors que le fœtus s'avère par la suite, après un deuxième examen échographique, viable ;
- absence de protection des fœtus / nouveau-nés viables ;
- absence d'orientations et directives exhaustives et précises du Conseil national de la santé et de la protection sociale visant à s'assurer que des dysfonctionnements et incidents similaires ne puissent se reproduire ;
- absence de directives officielles sur les moyens à mettre en œuvre pour réduire le nombre extrêmement élevé d'avortements pratiqués parmi les plus jeunes, sans l'accord des parents, sans consentement éclairé ou sans les conseils d'un service de soutien.

L'organisation réclamante se réserve le droit de fournir des éléments et pièces supplémentaires, tant pour ce qui concerne la recevabilité que le bien-fondé de la réclamation, lors des phases ultérieures de la procédure, dans le respect des délais que le Comité aura fixés. L'organisation auteur de la réclamation demande au Comité européen des droits sociaux :

1. de déclarer la présente réclamation recevable ;
2. de dire, après avoir procédé à un examen approfondi de la réclamation sur le fond, que l'Etat suédois a failli à ses obligations au regard de l'article 11, paragraphes 1, 2 et 3, lu seul ou en combinaison avec l'article E de la Charte sociale européenne.