



European
Social
Charter

Charte
sociale
européenne

COUNCIL OF EUROPE



CONSEIL DE L'EUROPE

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

9 janvier 2014

Pièce n° 6

Fédération des Associations familiales catholiques en Europe (FAFCE)
c. Suède
Réclamation n° 99/2013

MEMOIRE DU GOUVERNEMENT SUR LE BIEN-FONDE

enregistré au Secrétariat le 19 décembre 2013



19 décembre 2013

Ministère suédois de l'Emploi

Regis Brillat
Chef du Service de la Charte sociale
européenne et du Code européen de
sécurité sociale, Secrétaire exécutif du
Comité européen des droits sociaux,
Conseil de l'Europe
F-67075 Strasbourg

COMITE EUROPEEN DES DROITS SOCIAUX

Réclamation n° 99/2013
Fédération des Associations familiales catholiques en Europe
c.
Suède

OBSERVATIONS DU GOUVERNEMENT DE LA SUEDE SUR LE BIEN-FONDE

1. Introduction

1. Les présentes observations sur le bien-fondé de la réclamation formée par la Fédération des Associations familiales catholiques en Europe, ci-après « la FAFCE », sont présentées au nom du Gouvernement suédois, ci-après « le Gouvernement ».

2. Droit et pratique internes

2. En vertu de l'**Instrument de gouvernement (1974 :152**, ci-après « l'Instrument »), partie intégrante de la Constitution suédoise, les institutions publiques de Suède doivent promouvoir la participation et

Adresse postale
SE-103 33 Stockholm
SUEDE

Adresse physique
Master Samuelsgatan 70

Téléphone
+46 8 405 10 00

Télécopieur
+46 8 411 36 16

Courriel : a.registrator@regeringskansliet.se

l'égalité de tous les citoyens dans la société et veiller à protéger les droits de l'enfant. Elles doivent lutter contre toute discrimination fondée sur le sexe, la couleur de la peau, l'origine nationale ou ethnique, la langue, la religion, le handicap fonctionnel, l'orientation sexuelle, l'âge ou autre facteur propre à chaque personne (chapitre 1^{er}, article 2, par. 5).

3. L'Instrument protège notamment la liberté fondamentale de culte, c.-à-d. la liberté de pratiquer sa religion, seul ou en compagnie d'autres personnes (chapitre 2, article 1^{er}). Tous les citoyens suédois ainsi que tous les ressortissants étrangers présents dans le Royaume bénéficient de cette protection (chapitre 2, article 25).

4. La Convention européenne des droits de l'homme (ci-après, « la Convention ») ainsi que les Protocoles additionnels à la Convention ratifiés par la Suède font partie intégrante de la législation suédoise depuis 1995. La Convention ayant rang de loi dans l'ordre juridique suédois, elle peut être invoquée directement par les tribunaux et les pouvoirs publics de ce pays (voir le projet de loi 1993/94 :117 du Gouvernement, p. 33). La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme est directement liée à l'interprétation des dispositions de la Convention, et les tribunaux suédois ont fréquemment à connaître de questions touchant à la Convention, comme en atteste leur jurisprudence.

5. La Suède a ratifié la Charte sociale européenne révisée (ci-après, « la Charte ») en mai 1998. Il lui faut de ce fait, au regard du droit public international, s'assurer que la Charte soit respectée en droit et dans l'application de la loi. Contrairement à la Convention, la Charte n'a pas été coulée dans le droit interne. Néanmoins, en vertu du principe voulant que l'interprétation du droit national soit conforme aux traités, les institutions publiques – tribunaux et organes législatifs, par exemple – sont tenues par une vaste obligation qui leur impose d'interpréter les textes de loi nationaux en s'inspirant des dispositions de la Charte, de façon à éviter tout conflit entre le droit interne et la Charte. Le Gouvernement est fermement convaincu que la législation suédoise est conforme aux dispositions de la Charte.

Services médico-sanitaires

6. Le système de soins de santé suédois est régi par de nombreux textes, parmi lesquels la loi n° 1982 :763 relative aux services médico-sanitaires (ci-après, « la LSSM ») revêt une importance particulière en ce qu'elle fixe des règles essentielles qui s'appliquent auxdits services en Suède. Elle précise notamment certaines responsabilités qui incombent en la matière aux conseils de comté et aux municipalités. Cela étant, les conseils de comté et les municipalités jouissent d'une liberté considérable pour l'organisation de ces services.

7. L'objectif des services médico-sanitaires est, globalement, de veiller à ce que tous les citoyens aient accès, dans les mêmes conditions, à des dispositifs de santé et de soins de bonne qualité. Ces soins et services doivent être dispensés dans le respect des principes de l'égalité de tous les êtres humains et de la dignité de l'individu (article 2 de la LSSM).

8. Aux termes de la LSSM (principalement ses articles 3, 3b, 3c, 3d, 17 et 18), les conseils de comté et, dans une certaine mesure, les municipalités doivent mettre à la disposition de la population vivant en Suède des services médico-sanitaires. Les dispositions précitées de la LSSM ne concernent pas les prestataires de soins du secteur privé, mais le texte comporte d'autres dispositions qui leur sont applicables.

9. La LSSM exige que les soins de santé et les services médicaux soient d'un haut niveau et prennent en compte la nécessaire sécurité des patients, qu'ils soient aisément accessibles, reposent sur le respect du droit du patient à l'auto-détermination et à l'intégrité, et permettent une bonne communication entre le patient et les personnels de santé (article 2a).

10. La LSSM oblige par ailleurs les prestataires de soins à fournir aux patients des informations individualisées sur leur état de santé et les solutions alternatives de traitement (article 2b). Lorsqu'il existe d'autres formes de traitement conformes aux données tirées de la science et de l'expérience, le conseil de comté doit autoriser le patient à choisir celle qu'il préfère. Il est tenu de permettre au patient de suivre le traitement de son choix dès lors qu'il semble justifié eu égard à l'affection ou à la lésion dont souffre l'intéressé et compte tenu du coût de ce traitement (article 3a, paragraphe 1^{er}). De même, le conseil de comté doit donner aux patients atteints d'une affection ou d'une lésion engageant leur pronostic vital ou présentant une gravité particulière la possibilité d'obtenir, dans ou en dehors du territoire dudit comté, un deuxième avis médical s'il s'avère que la décision envisagée pourrait comporter des risques importants pour l'intéressé ou affecter considérablement sa qualité de vie par la suite. Le patient doit se voir proposer le traitement qui pourrait ressortir du deuxième avis médical (article 3a, par. 2).

11. La LSSM impose donc aux prestataires de soins de santé un certain nombre d'obligations. D'autres textes comportant des dispositions applicables aux prestataires de services médico-sanitaires viennent compléter la loi précitée. S'y ajoutent encore divers textes régissant les personnels de santé (voir plus avant).

12. La **loi n° 2010 :659 relative à la sécurité des patients** (ci-après, « la LSP ») établit les fondements nécessaires à la protection de la sécurité des patients. On y trouve notamment des dispositions qui s'appliquent aux prestataires de soins, et d'autres applicables au personnel médico-sanitaire.

13. Le chapitre 3 de la LSP comprend des dispositions qui prévoient plusieurs obligations faites aux prestataires de soins

concernant la sécurité dont le patient doit toujours être entouré. Il leur faut ainsi planifier, gérer et contrôler leurs activités de façon à respecter le critère de qualité des soins édicté dans la LSSM. Ils doivent prendre les mesures nécessaires pour empêcher que les patients ne contractent une affection liée à la fourniture des soins de santé. Ils sont tenus de faire la lumière sur tout incident survenu dans le cadre de leur activité qui est ou aurait pu être à l'origine d'une affection liée à la fourniture des soins de santé, et doivent donner aux patients et à leurs proches la possibilité de prendre part aux efforts déployés pour assurer la sécurité des patients. De même, les prestataires de soins ont l'obligation d'avertir dans les plus brefs délais les **services de l'Inspection des affaires sociales et sanitaires** (ci-après, « l'Inspection ») s'ils ont raisonnablement lieu de craindre qu'une personne habilitée à exercer une profession touchant aux services médico-sanitaires et qui a ou a été un prestataire de soins en activité pourrait mettre en danger la sécurité des patients.

14. Le personnel médico-sanitaire doit s'acquitter des tâches qui lui sont confiées dans le respect des données tirées de la science et de l'expérience. Le patient doit bénéficier d'une prise en charge médico-sanitaire assurée avec professionnalisme et attention, et conforme à ces exigences. La prise en charge doit, dans toute la mesure du possible, être structurée et mise en œuvre en concertation avec le patient. Ce dernier doit être entouré de considération et de respect (chapitre 6, article 1^{er} de la LSP).

15. Tout membre du personnel médico-sanitaire est personnellement responsable de la façon dont il exécute les tâches qui lui sont confiées. Cette responsabilité n'enlève rien à celle qui pèse sur le prestataire de soins en vertu de la LSP ou de tout autre texte de loi (chapitre 6, article 2 de la LSP).

16. Le personnel médico-sanitaire doit contribuer à préserver un niveau élevé de sécurité des patients. Aussi est-il tenu de signaler tout risque d'affection ou d'incident liés à la fourniture de soins de santé dont a ou aurait pu pâtir le prestataire de soins (chapitre 6, article 4, paragraphe 1^{er} de la LSP).

17. La personne chargée d'assurer la prise en charge médico-sanitaire d'un patient doit veiller à ce que celui-ci reçoive des informations qui lui soient adaptées concernant son état de santé, les méthodes utilisées pour les examens, soins et traitements proposés, le libre choix du prestataire de soins et des prestataires de services médico-sanitaires du secteur public, ou encore la garantie en matière de soins de santé (chapitre 6, article 6, paragraphe 1^{er} de la LSP).

18. Lorsqu'il existe plusieurs solutions alternatives de traitement conformes aux données tirées de la science et de l'expérience, la personne responsable de la prise en charge médico-sanitaire du patient doit faire en sorte que ce dernier ait la possibilité de choisir la solution qu'il préfère (chapitre 6, article 7, paragraphe 1^{er}).

Avortement

19. La teneur de la loi n° 1974 :595 relative à l'avortement telle que l'expose la FAFCE semble correcte. Le Gouvernement souhaite cependant compléter comme suit la présentation qui en est faite.

20. La législation suédoise sur l'avortement découle du droit à la procréation planifiée. Il est tenu compte, pour des raisons sociales et humanitaires, du stress et de la pression qu'une grossesse non désirée et un enfant non souhaité entraînent pour la femme ou pour les deux parents. Le droit qu'a l'enfant d'être désiré et bien accueilli est également pris en considération. En outre, la législation entend refléter le principe de base qui donne aux femmes le droit de disposer de leur corps. Elle repose sur l'idée que la personne la mieux placée pour évaluer sa situation et mesurer sa capacité à élever un enfant est la femme elle-même. Cela ne veut pas dire pour autant qu'elle soit seule à devoir décider (voir le projet de loi du Gouvernement n° 1974 :70, p. 61). Dans la mesure où le droit suédois dispose qu'il faut proposer aux femmes une consultation avant et après un avortement, la société leur garantit aide et assistance en pareil cas. Voir aussi le paragraphe 24 ci-dessous.

21. D'autre part, la législation suédoise en matière d'avortement ambitionne aussi de minimiser les risques sanitaires que courent les femmes qui doivent faire face à une grossesse involontaire. A ce sujet, on notera que, dans les pays où l'avortement légal est entouré d'importantes restrictions, le recours à l'avortement clandestin est fort répandu. C'était le cas en Suède avant l'entrée en vigueur de la loi relative à l'avortement en 1975, et il en est encore ainsi dans bien des régions du monde. L'Organisation mondiale de la Santé estime que 70 000 femmes meurent chaque année des suites d'un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions, et qu'il en résulte pour beaucoup de graves lésions. L'Afrique et l'Amérique latine, où l'avortement est strictement réglementé, sont les premières touchées. Des jeunes femmes risquent leur santé et leur vie car elles doivent s'en remettre à des avorteurs qui n'ont aucune qualification et qui recourent, souvent dans des conditions insalubres, à des techniques dangereuses. Dans les Etats où l'avortement est légal et réalisé selon des méthodes sûres, les complications sont rares, y compris dans les pays en développement. (Rapport officiel du Gouvernement suédois n° 2005 :90, p. 25)

22. L'un des éléments essentiels de la législation suédoise relative à l'avortement est l'équilibre entre, d'une part, le droit des femmes à l'avortement et, de l'autre, le développement du fœtus au fil de la grossesse. Il faut savoir que chaque avortement pose des risques plus ou moins sérieux pour la femme enceinte (voir le projet de loi du Gouvernement n° 1974:70, p. 62). Un avortement est considéré comme une solution de dernier recours et ne doit pas apparaître comme une alternative aux moyens contraceptifs qui aurait pour but premier de réguler la natalité (voir le projet de loi du Gouvernement n° 1974:70, p. 2).

23. Le Gouvernement tient également à souligner qu'au

terme de la huitième semaine de grossesse, 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 délivrée qu'en présence de motifs exceptionnels justifiant l'interruption de grossesse. Néanmoins, même lorsque de tels motifs existent, l'avortement peut ne pas être autorisé s'il y a lieu de penser que le fœtus est viable (article 3 de la loi relative à l'avortement).

24. Toute femme qui sollicite une interruption de grossesse doit être reçue en consultation (article 2 de la loi relative à l'avortement). Le règlement du Conseil national de la santé et de la protection sociale (SOSFS 2009 :15) précise que le prestataire de soins doit veiller à proposer aux femmes, avant et après l'avortement, des services de conseil (chapitre 3, article 2). Le Gouvernement s'est procuré auprès de l'Hôpital universitaire de Karolinska un exemplaire des consignes actuellement données aux prestataires de soins en cas d'interruption de grossesse (S2013/8379/FS). Dans ce document, il est indiqué que les patientes doivent bénéficier d'une consultation psychosociale et être mises en relation avec un travailleur social ; des conseils doivent également leur être prodigués concernant leur contraception. Les moins de 18 ans font l'objet d'une note spéciale qui stipule que ces patientes doivent être incitées à aborder la question avec leurs parents ou tuteurs.

25. Le Conseil national de la santé et de la protection sociale a adopté un règlement et un document d'orientation générale (SOSFS 2012 :20) concernant le diagnostic prénatal et le diagnostic génétique pré-implantatoire. Ce règlement demande aux prestataires de soins de s'assurer qu'un diagnostic prénatal ne soit proposé qu'au cas où son utilité médicale l'emporte sur les risques prévisibles. Un diagnostic prénatal ne peut être envisagé s'il n'a pas de finalité médicale et n'a d'autre but que de photographier ou de filmer un fœtus. De même, il ne peut être proposé aux fins de déterminer le sexe du fœtus, à moins qu'il ne soit établi que l'un des parents génétiques est porteur d'une maladie héréditaire liée au sexe. Si le sexe du fœtus vient à être connu lors d'un examen, cette information ne peut être divulguée qu'à la demande de la femme enceinte, conformément aux dispositions du chapitre 4, article 1^{er}, par. 3, de la **loi n° 2006 :351 relative à l'intégrité génétique**.

Supervision et sanctions

26. Les services médico-sanitaires et leur personnel sont placés sous le contrôle de l'Inspection des affaires sociales et sanitaires. C'est donc essentiellement à cet organisme ministériel qu'il revient de vérifier que les prestataires de soins et le personnel médical respectent les obligations légales en vigueur en matière de soins de santé et de services médicaux.

27. Si l'Inspection a connaissance qu'il a été contrevenu à une disposition portant sur une activité placée sous son contrôle, elle est tenue de prendre des mesures pour la faire respecter et, au besoin, de signaler l'infraction pour que des poursuites soient engagées (chapitre 7, article 23 de la LSP). Les particuliers – des patients, par exemple – peuvent également s'adresser à la police pour dénoncer

d'éventuelles infractions.

28. L'Inspection peut prendre différentes mesures à l'encontre d'un prestataire de soins ou d'un membre du personnel médical qui ne remplirait pas ses obligations en matière de soins de santé et de services médicaux (chapitre 7 de la LSP). Si elle considère que le prestataire ne s'acquitte pas des obligations qui lui incombent au regard du chapitre 3 de la LSP et qu'il faut craindre que cela ne mette en danger la sécurité de la patiente ou celle d'autrui, elle peut ordonner au prestataire ou à l'unité concernée de s'exécuter, sauf lorsque cela s'avèrerait manifestement inutile. L'ordre ainsi donné peut être assorti d'une sanction pécuniaire provisoire et les licences et autres autorisations requises pour l'exercice d'une profession touchant aux services médico-sanitaires peuvent être retirées (chapitre 7, article 24 de la LSP). De plus, s'il y a lieu de soupçonner le personnel médico-sanitaire d'avoir commis dans l'exercice de leur pratique professionnelle une infraction frappée d'une peine d'emprisonnement – agissements ayant entraîné le décès d'une personne ou ayant occasionné un préjudice corporel ou une maladie, par exemple – (chapitre 3, articles 7 et 8 du code pénal [loi n° 1962 :700]), l'Inspection ou le Conseil de l'Ordre des médecins est tenu de rapporter ces faits pour permettre l'engagement de poursuites (chapitre 7, article 29, par. 2, et chapitre 9, article 17 de la LSP).

29. En conclusion, il ressort de ce qui précède que les prestataires de services médico-sanitaires et les membres du personnel médico-sanitaire qui enfreindraient les textes de loi dans l'exécution de leurs missions doivent supporter les conséquences qui pourraient en résulter – amende, réprimande, avertissement écrit, mutation, mise à pied, retrait de licence professionnelle, voire poursuites judiciaires.

30. L'instruction n° 1986 :765 relative aux **médiateurs parlementaires** dispose que ces derniers sont principalement chargés de veiller au respect de la loi. Ils ont plus précisément pour mission de faire en sorte que les pouvoirs publics, notamment les organismes ministériels, et les tribunaux se conforment aux dispositions de l'Instrument en matière d'impartialité et d'objectivité, et de s'assurer que le secteur public n'attente pas aux libertés et droits fondamentaux des citoyens. Le contrôle qu'exercent les médiateurs entend également vérifier que les pouvoirs publics traitent leurs dossiers et, d'une manière générale, s'acquittent de leurs tâches conformément à la législation en vigueur.

31. Les médiateurs parlementaires peuvent intervenir à la suite d'une plainte déposée par un particulier ou de leur propre initiative. Les contrôles réguliers auxquels ils procèdent visent divers organismes publics et différentes juridictions du pays.

32. Les médiateurs parlementaires sont habilités à constater des infractions lorsque les mesures prises par un organisme public ou un fonctionnaire contreviennent à la législation en vigueur ou à tout autre texte de loi ou règlement, sont incorrectes, ou présentent à quelque autre titre un caractère inapproprié. Ils sont en droit de publier des avis consultatifs destinés à favoriser une application correcte et uniforme de la loi. En leur qualité de procureurs extraordinaires, ils peuvent intenter une action en

justice contre des fonctionnaires qui, au mépris des obligations liées à leurs fonctions ou à leur mission, auraient commis une infraction pénale autre qu'un manquement à la loi n° 1949 :105 relative à la liberté de la presse ou à la loi fondamentale relative à la liberté d'expression.

33. Toute personne qui, dans l'exercice de la puissance publique, par action ou par omission, de manière intentionnelle ou par négligence, méconnaît les devoirs de sa charge peut faire l'objet de poursuites pour abus de fonctions caractérisé de fonctions (chapitre 20, article 1^{er} du code pénal [loi n° 1962:700]).

Droit du travail

34. Quiconque signe un contrat d'emploi en Suède est réputé le faire de son plein gré. Le contrat d'emploi ordinaire est en grande partie régi par les dispositions contraignantes de la loi et par les conventions collectives, dont le but est, pour la majorité d'entre elles, de protéger le salarié par différents moyens. S'agissant de services médico-sanitaires, les dispositions figurant dans les divers textes de loi applicables à ces services et à leur personnel pèsent également sur le contenu du contrat d'emploi. D'autres règles de droit, notamment celles énoncées dans la loi n°2008/567 sur la discrimination, ont elles aussi une incidence sur la relation entre l'employeur et le salarié.

35. Dans une relation d'emploi, le principal engagement du salarié tient à l'obligation personnelle qui lui est faite de travailler. Elle signifie qu'il est tenu de s'acquitter d'un certain volume de travail qui doit être d'une qualité donnée, et de l'exécuter avec un degré normal de soin et de compétence.

36. C'est le contenu du contrat d'emploi qui détermine en premier le travail que le salarié est tenu d'effectuer. Les conditions d'emploi et de travail sont fixées par les textes de loi et les conventions collectives. Lorsqu'un contrat d'emploi ne précise pas clairement la portée de l'obligation de travail faite au salarié, la jurisprudence a établi un principe de base en vertu duquel l'intéressé doit accomplir pour le compte de l'employeur tous les types de tâches qui sont naturellement associées à l'activité de ce dernier et peuvent être réputées entrer dans le cadre des qualifications professionnelles générales du salarié en question. La condition exigeant une association naturelle à l'activité de l'employeur suppose que les tâches du salarié relèvent du champ d'application de la convention collective pertinente. Le salarié est donc tenu par une vaste obligation de travailler, dans les limites définies par le contrat d'emploi, et doit en principe exécuter toutes les tâches professionnelles qui sont conformes à la convention collective qui lui est applicable et qui correspondent à ses qualifications.

37. L'employeur est par ailleurs en droit de donner ses instructions quant à l'affectation des tâches confiées au salarié (droit de diriger le travail). Fort de ce droit, il est habilité à déterminer les modalités d'organisation des tâches, les méthodes d'exécution et les modes de production ; il peut également réaffecter les salariés, c.-à-d. leur confier des missions nouvelles et différentes dans le cadre de leur obligation de travailler. En cas de réaffectation d'un salarié opérée pour des raisons personnelles et ayant pour ce dernier de lourdes

conséquences, il doit pouvoir démontrer que sa décision repose sur des motifs valables.

38. Cela étant, l'employeur et le salarié peuvent en principe librement convenir d'apporter des modifications au contrat d'emploi, dans le respect des dispositions contraignantes de la loi et des conventions collectives. L'accord des deux parties est alors requis lorsqu'il est envisagé de modifier la teneur du contrat. A défaut d'un tel accord entre l'employeur et le salarié, il reste au premier la solution de licencier le second, option souvent combinée à une offre de ré-embauche sur la base de nouvelles conditions d'emploi et de travail. Si le licenciement est dicté par des motifs d'ordre personnel, ce qui est le cas lorsque le salarié invoque l'objection de conscience, la jurisprudence du Tribunal du travail montre que l'employeur doit d'abord et avant tout proposer au salarié d'autres tâches objectivement équivalentes à celles qu'il accomplissait auparavant, ou qui à tout le moins ne soient pas moins bien rémunérées. Ce licenciement peut en tout état de cause faire l'objet d'un recours judiciaire.

39. La question du refus de travailler pour des raisons religieuses a été examinée au regard de la Convention. Dans plusieurs décisions, la Commission européenne des droits de l'homme a considéré que les salariés devaient accepter les restrictions découlant d'un contrat d'emploi. Le salarié exerce sa liberté de religion au moment d'accepter un emploi et les règles qui l'entourent (X c. Danemark, affaire n° 7374/76, et Ahmad c. Royaume-Uni, affaire n° 10358/83). Lorsqu'un salarié vient à modifier ses opinions dans le cours d'une relation d'emploi déjà entamée, la jurisprudence indique que les engagements professionnels l'emportent (cf. Louise Stedman c. Royaume-Uni, affaire n° 29107/95). La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme comporte également des exemples illustrant l'application du droit de manifester ses convictions religieuses, au sens de la Convention, dans la sphère professionnelle (voir notamment Eweida et autres c. Royaume-Uni, requête n° 48420/10 et autres, en particulier l'arrêt concernant le quatrième requérant).

Discrimination

40. La loi relative à la discrimination a pour objet de lutter contre la discrimination et de promouvoir par d'autres biais l'égalité de droits et de chances, indépendamment du sexe, d'une identité ou expression transgenre, de l'origine ethnique, des croyances religieuses ou autres convictions, d'un handicap, de l'orientation sexuelle ou de l'âge (chapitre 1, article 1^{er}). Elle contient des dispositions qui interdisent la discrimination et les mesures de rétorsion, fixe des règles concernant les mesures actives, le contrôle, la compensation et l'invalidation des contrats, et définit les procédures judiciaires.

41. Les dispositions de la loi précitée qui visent à lutter contre la discrimination et les mesures de rétorsion s'inspirent largement des directives édictées en la matière par l'Union européenne et coulées dans la législation suédoise.

42. L'interdiction de la discrimination que prévoit la loi en question s'applique notamment dans les domaines de l'emploi et de l'éducation. L'employeur ne peut ainsi exercer une discrimination à l'encontre d'un individu qui fait partie de ses effectifs, qui demande des informations concernant un poste d'emploi ou s'y porte candidat, qui sollicite ou effectue un stage, ou encore qui propose ses services ou travaille comme temporaire ou intérimaire (chapitre 2, article 1^{er} de la loi). Toute personne physique ou morale qui dispense des activités visées dans la loi n° 2010 :800 relative à l'éducation ou autres activités pédagogiques (prestataires de services éducatifs) ne peut exercer aucune discrimination à l'égard d'un enfant, élève ou étudiant qui y participe ou demande à y participer. Les salariés et sous-traitants auxquels il est fait appel pour ces activités sont assimilés au prestataire lorsqu'ils interviennent dans le cadre de leur emploi ou de leur contrat (chapitre 2, article 5). A cela s'ajoutent, comme indiqué plus haut, des dispositions interdisant les mesures de rétorsion (chapitre 2, articles 18 et 19 de la loi relative à la discrimination).

43. Ce même texte proscribit aussi toute discrimination touchant à la prise en charge médico-sanitaire et autres services médicaux (chapitre 2, article 13-13b).

44. Il fait en outre obligation aux employeurs et aux prestataires de services éducatifs de faire la lumière sur tout cas de harcèlement et de prendre des mesures pour y remédier (chapitre 2, articles 3 et 7).

45. La loi relative à la discrimination contient par ailleurs des dispositions sur les mesures actives dans les domaines de l'emploi et de l'éducation. Les employeurs sont tenus de mettre en place, en tenant compte de leurs ressources et d'autres facteurs, des mesures visant à s'assurer que les conditions de travail conviennent à tous les salariés, quels que soient leur sexe, leur origine ethnique et leurs convictions religieuses ou autres (chapitre 3, article 4). Ils doivent également faire en sorte d'empêcher qu'un quelconque salarié puisse subir, pour des raisons liées à son appartenance à l'un des deux sexes, à son origine ethnique et à ses convictions religieuses ou autres, des actes de harcèlement moral ou sexuel, ou des mesures de rétorsion (chapitre 3, article 6). Les prestataires de services éducatifs doivent faire en sorte d'empêcher qu'un enfant, un élève ou un étudiant qui participe ou demande à participer aux activités qu'ils dispensent puissent subir, pour des raisons liées à son appartenance à l'un des deux sexes, à son origine ethnique, à ses convictions religieuses ou autres, à un handicap ou à son orientation sexuelle, des actes de harcèlement moral ou sexuel (chapitre 3, article 15).

46. La loi relative à la discrimination prévoit que toute personne physique ou morale doit, en cas d'infraction résultant du non-respect des interdictions proscrivant la discrimination et les mesures de rétorsion ou de manquement aux obligations imposant de faire la lumière sur tout cas de harcèlement moral et sexuel et de prendre des mesures

pour y remédier, verser des indemnités pour discrimination à titre de réparation (chapitre 5, article 1^{er}).

47. Elle frappe également de nullité les dispositions discriminatoires qui figureraient dans des contrats d'emploi individuels ou des conventions collectives, ainsi que les règles discriminatoires ou dispositions similaires en usage sur le lieu de travail (chapitre 5, article 3).

48. Lorsqu'une personne qui s'estime victime d'une discrimination ou de mesures de rétorsion peut faire état de faits donnant à croire qu'elle a effectivement subi de tels actes, il incombe la partie défenderesse de démontrer qu'il n'en a rien été (chapitre 6, article 3).

49. C'est au **Médiateur chargé des questions d'égalité** qu'il revient de vérifier le respect de la loi relative à la discrimination. Il doit, dans un premier temps, chercher à inciter ceux qui sont visés par la loi à s'y conformer de leur plein gré (chapitre 4, article 1^{er}, par. 1). Il peut aussi intenter une action en justice pour le compte d'autrui, avec l'accord de l'intéressé (chapitre 6, article 2).

Autres voies de recours ouvertes aux étudiants

50. Aux termes de la loi relative à l'enseignement supérieur, une commission spéciale de recours est chargée d'examiner les réclamations formées contre certaines décisions intéressant le secteur de l'enseignement supérieur (chapitre 5, article 1^{er}, par. 1). L'ordonnance n° 1993 :100 relative à l'enseignement supérieur dispose que certaines décisions émanant d'un établissement d'enseignement supérieur peuvent être contestées devant la Commission de recours de l'enseignement supérieur. Il s'agit notamment des décisions tendant à rejeter une demande d'exemption d'un module obligatoire dans un cours ou un programme d'études, ou une demande d'obtention d'un diplôme ou certificat attestant de la participation d'un étudiant à un cours (chapitre 12, article 2, point 4 et chapitre 12, article 2, point 6). Ces recours ne doivent pas être fondés sur des motifs tenant à la discrimination.

51. La décision n° 42-300-03 rendue le 15 août 2003 par ladite Commission dans une affaire qui portait sur la demande faite par un étudiant en médecine vétérinaire d'être dispensé de l'obligation d'effectuer certaines opérations sur des animaux pour des raisons de conscience a fait ressortir les principes généraux sur lesquels elle se fonde en matière d'exemption. *Chaque cas doit être examiné au vu des conditions qui lui sont propres, ce qui signifie qu'il faut prendre en considération un ensemble de circonstances telles que la gravité des motifs invoqués par l'étudiant, la possibilité pour lui de suivre un autre cours, l'importance donnée à ce module au regard de l'activité professionnelle envisagée, etc.* » Et la Commission d'ajouter dans sa décision : « Si des connaissances équivalentes peuvent être acquises par le biais d'un autre cours ou si la réalisation de la tâche demandée ne revêt qu'une importance secondaire au regard de l'activité professionnelle future, il devrait être possible, d'une manière générale, de faire droit au recours formé par

l'intéressé. Pour autant, l'exigence de formation devra toujours être mise en balance avec les raisons de conscience invoquées par l'étudiant, mission qui incombe à la Commission de recours. »

3. Sur le fond

A. Allégations relatives à l'objection de conscience et à la discrimination

52. La FAFCE allègue notamment dans sa réclamation que la Suède, en violation de l'article 11 de la Charte, ne s'est pas dotée 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. Elle soutient par ailleurs que la Suède, en violation de l'article 11 de la Charte, ne garantit pas 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.

53. De l'avis du Gouvernement, ces allégations ne relèvent pas de l'article 11 de la Charte.

54. L'article 11 de la Charte fait état d'une obligation de prendre des mesures appropriées en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé. Il n'apparaît pas au Gouvernement que les allégations reprises au par. 52 aient un quelconque rapport avec le droit à la santé visé à l'article 11 de la Charte, ni qu'il y ait une quelconque argumentation qui vienne appuyer ces dires. Ces allégations doivent donc être considérées comme irrecevables sous l'angle de cet article.

55. Elles sont davantage liées à l'article 9§1 de la Convention des droits de l'homme et des libertés fondamentales, qu'il n'appartient au Comité ni d'interpréter ni de faire appliquer.

56. Aux termes de l'article 9§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. La Cour européenne des droits de l'homme a compétence pour toutes les questions qui touchent à l'interprétation et à l'application de la Convention.

57. La Charte doit être considérée comme un complément à la protection judiciaire qu'offre la Convention. Vu sous cet angle, l'article 11 complète les articles 2 et 3 de la Convention tels qu'interprétés par la Cour européenne des droits de l'homme dans sa jurisprudence. Rien dans cette dernière ne soutient l'idée que l'article 11 de la Charte compléterait l'article 9 de la Convention.

58. De l'avis du Gouvernement, l'article 11 de la Charte ne complète pas l'article 9 de la Convention et n'est pas destiné à garantir les droits qui s'y trouvent énoncés.

59. Dans l'hypothèse où le Comité considérerait que l'article 11 de la Charte peut être interprété dans le sens indiqué par

l'organisation réclamate, le Gouvernement souhaite exposer les arguments, ci-après, pour étayer sa position selon laquelle il n'y a pas violation de cette disposition.

60. Dans le contexte de la Convention, le Gouvernement estime que le terme « loi » doit être compris comme un concept qui englobe les dispositions législatives et la jurisprudence. La Cour européenne des droits de l'homme a toujours privilégié, s'agissant du sens à donner au terme « loi », le fond à la forme. Ce terme recouvre donc aussi bien les textes de rang inférieur que les lois proprement dites et le droit non écrit.

61. Ainsi qu'il ressort de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, les droits garantis par l'article 9 de la Convention ne protègent pas tout acte motivé ou inspiré par une religion ou des croyances.

62. La jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme montre clairement que les mesures prises par les Etats qui empièteraient sur les droits protégés par l'article 9 de la Convention doivent être justifiées sur le principe et être proportionnées. Lorsque des droits protégés par l'article 9 de la Convention sont affectés, par exemple sur un lieu de travail, sans que cela soit directement imputable à l'Etat, les autorités nationales doivent veiller à ce que les droits en question soient entourés de garanties suffisantes dans l'ordre juridique interne. La Cour laisse aux Etats parties à la Convention une certaine marge d'appréciation pour déterminer si et dans quelle mesure cette immixtion dans les droits en question est nécessaire. S'agissant de l'équilibre à trouver entre des droits concurrents protégés par la Convention, elle laisse en général aux autorités nationales une ample marge d'appréciation. Il en va de même pour les tâches dont s'acquittent les prestataires de soins du secteur privé.

63. En Suède, les femmes sont en droit de recourir à l'avortement, comme le prévoit la loi y relative. Le responsable qui, dans une structure médicale pratiquant de tels actes, est en charge de l'organisation des tâches doit donc s'assurer qu'il dispose d'un personnel prêt à aider les patientes qui se présentent dans son établissement pour solliciter un avortement auquel la loi leur donne droit. Cela signifie que les avortements doivent être réalisés, conformément, qui plus est, à la réglementation applicable aux services médico-sanitaires ainsi qu'au personnel médico-sanitaire. Le principe fondamental qui doit ici être respecté est celui du droit de la patiente à être correctement prise en charge.

64. Il y a tout lieu de penser qu'en règle générale, quelqu'un qui est opposé, pour des raisons religieuses par exemple, à l'avortement ne sera guère porté à rechercher activement un emploi dans un service où il serait amené à participer à de tels actes et préférera solliciter un poste dans un autre secteur des services médico-sanitaires. Si cela devait néanmoins se produire, l'intéressé pourrait et devrait faire part à son employeur des scrupules qu'il éprouve à l'idée de pratiquer des avortements, de façon à éviter que des problèmes ne surgissent par la suite.

65. Le système de santé

suédois est en grande partie

financé par des fonds publics et décentralisé. Les hôpitaux sont, de ce fait, gérés pour la plupart par les conseils de comté, mais quelques-uns sont sous gestion privée. Des services médico-sanitaires non hospitaliers peuvent également être organisés par les conseils de comté ainsi que par des médecins et structures privées. Il arrive aussi que des prestataires privés assurent des soins de santé financés par l'Etat.

66. En Suède, certains services médico-sanitaires obéissent à des considérations d'ordre religieux ou spirituel. Ainsi, l'Hôpital Ersta (rattaché à l'association Ersta Diakoni), la Fondation Betania (liée à l'Eglise méthodiste), la Fondation Josephina (liée à l'Eglise catholique) sont autant d'établissements de soins qui s'inspirent de valeurs chrétiennes. La Clinique Vidar (*Vidarkliniken*) est un autre exemple de structure qui pratique la médecine anthroposophique. Cette médecine complémentaire qui repose sur la philosophie spirituelle de l'anthroposophie combine certaines méthodes thérapeutiques conventionnelles à l'homéopathie et à la naturopathie. Pour autant que le Gouvernement sache, l'Hôpital Ersta et la Clinique Vidar assurent l'un comme l'autre des services médico-sanitaires financés par des fonds publics.

67. Cela étant, on ne peut exclure la possibilité qu'une personne employée dans une unité où sont pratiqués des avortements change d'attitude et n'ait, pour l'un ou l'autre motif, une perception différente de ses responsabilités professionnelles. Il se peut ainsi qu'un médecin en poste dans une structure médicale pratiquant des avortements y devienne hostile alors qu'il n'y était pas opposé auparavant. La question qui se pose en pareil cas est de savoir s'il est raisonnable pour l'employeur d'exiger que le médecin continue malgré tout à participer à de tels actes.

68. Ainsi qu'il a été dit plus haut, les conseils de comté jouissent d'une liberté considérable pour l'organisation de leurs services médico-sanitaires. Cela vaut aussi pour les services chargés de réaliser des avortements. La façon dont les tâches confiées à une unité de soins sont organisées, la taille de cette unité et un certain nombre d'autres facteurs déterminent les options offertes à la direction pour régler les divers problèmes auxquels peuvent se heurter les activités de cette unité. Une solution simple peut être trouvée lorsque, par exemple, la possibilité existe de confier d'autres responsabilités à un salarié qui ne souhaite plus effectuer certaines tâches.

69. Si l'employeur et le salarié ne parviennent pas à s'entendre, l'employeur devra résoudre le problème en se conformant aux règles qui s'appliquent en pareil cas. Dans l'hypothèse où le salarié estimerait que l'employeur ne respecte pas les règles applicables en la matière, il peut, comme expliqué ci-dessus, saisir la justice.

70. En vue de l'élaboration de sa réponse à la présente réclamation, le Gouvernement a interrogé l'organisation patronale compétente (l'Association suédoise des collectivités locales et régionales) et les syndicats concernés (l'Association suédoise des professionnels de santé et l'Association médicale suédoise), c.-à-d. les acteurs

du marché du travail qui interviennent sur la plupart des dossiers qui touchent au droit du travail dans les services médico-sanitaires. Des demandes de renseignements ont également été adressées à la Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie. Aucune des organisations interrogées n'a pu fournir un seul exemple où il aurait été formellement question de la liberté de conscience dans la prise en charge d'un avortement (A2013/4473/ARM). Ce volet de la réclamation semble donc revêtir un intérêt essentiellement théorique.

71. Le Gouvernement considère que la législation en vigueur en Suède et la jurisprudence nationale, qui ont été en partie exposées dans le présent document, montrent clairement que les droits consacrés par l'article 9 de la Convention sont suffisamment protégés dans l'ordre juridique interne de la Suède, lequel offre de surcroît des garanties adéquates contre la discrimination fondée, notamment, sur la religion.

72. Le Gouvernement estime que la Suède protège correctement les droits inscrits à l'article 11 de la Charte sociale européenne et invite le Comité à dire qu'il n'y a eu violation d'aucun des articles de la Charte invoqués pour ce qui concerne les allégations reprise au par. 52 ci-dessus.

B. Allégations relatives à l'inaction face au risque d'incidents et dysfonctionnements graves

73. La FAFCE affirme notamment dans sa réclamation que la Suède ne fait rien pour prévenir le risque d'incidents graves qui peuvent survenir lorsque les femmes enceintes sont erronément informées par des médecins lors des examens échographiques que le fœtus a cessé de vivre. Elle prétend en outre que la Suède ne fait rien pour prévenir le 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. Pour la FAFCE, les omissions précitées constituent autant de violations de l'article 11 de la Charte.

74. Ici aussi, on peut se demander si l'article 11 de la Charte est purement et simplement applicable. Aux termes de cette disposition, les Etats parties s'engagent notamment, en vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la protection de la santé, à prévenir, dans la mesure du possible, les maladies épidémiques, endémiques et autres, ainsi que les accidents. Le Gouvernement ne trouve dans les allégations et exemples présentés par l'organisation réclamante, aucun argument qui tendrait à étayer une violation de l'article 11.

75. Il appert au Gouvernement que tous les incidents décrits dans la réclamation soumise par la FAFCE concernent des examens échographiques dont les résultats, mal interprétés, ont entraîné une analyse erronée quant à la viabilité du fœtus, laquelle aurait à son tour débouché sur des décisions ou recommandations thérapeutiques incorrectes qui ont eu pour effet d'accélérer une fausse couche qui serait survenue tôt ou tard si les résultats de l'examen avaient été exacts. Si regrettables ces

incidents soient-ils, rien n'indique que les médecins n'aient pas agi de bonne foi ou n'aient pas respecté les normes et pratiques médicales et scientifiques généralement reconnues. Qui plus est, les exemples fournis ne vont pas dans le sens d'une violation du droit à la santé.

76. Dans l'hypothèse où le Comité considérerait que l'article 11 de la Charte est ici applicable, le Gouvernement souhaite exposer les arguments ci-après pour étayer sa position selon laquelle il n'y a pas violation de cette disposition.

77. Ainsi qu'il a été dit plus haut, le personnel médico-sanitaire doit s'acquitter des tâches qui lui sont confiées dans le respect des données tirées de la science et de l'expérience. Ce sont les experts qui déterminent en quoi consistent, à tel ou tel moment, les données tirées de la science et de l'expérience dans un domaine particulier de la prise en charge médico-sanitaire. Ce ne sont pas seulement les observations scientifiques réalisées en Suède qui importent ici.

78. La Société suédoise d'obstétrique et de gynécologie compte un certain nombre de groupes de travail et de référence qui compilent des descriptions, axées sur l'observation, des différents examens et traitements possibles dans leurs divers domaines de spécialité. Chaque groupe de travail est composé d'experts dans le domaine en question, qui travaillent bénévolement.

79. Le groupe de travail et de référence de la Société en charge des examens par échographie a produit un rapport intitulé « Diagnostics gynécologiques réalisés par ultrasons » (*Gynekologisk ultraljudsdiagnostik*, rapport n° 42, 2000, pages 36 à 42), dans lequel sont exposées les techniques utilisées à cet effet et leurs résultats observés pour des grossesses normales et pathologiques, y compris des « grossesses non viables ». S'agissant de savoir ce qui constitue en l'espèce des données tirées de la science et de l'expérience, il convient également d'attirer l'attention sur les directives formulées par le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* au Royaume-Uni. Lors d'un examen gynécologique par échographie, le fait de se conformer aux éléments probants dont on dispose en la matière permet d'éviter les erreurs de diagnostic entre fœtus viables et non viables.

80. Si une erreur dans la prise en charge médico-sanitaire a été commise, les services d'inspection peuvent être amenés à décider des conséquences à en tirer. Comme indiqué au par. 28 ci-dessus, ces conséquences visent aussi bien les prestataires de soins que le personnel médico-sanitaire. Il arrive, dans certains cas, que la responsabilité pénale soit mise en cause.

81. Les cas signalés à l'Inspection n'entraînent pas systématiquement la mise en place d'une procédure demandant l'adoption de mesures. Ainsi, un accident lié à la prestation de soins peut survenir sans qu'il y ait eu d'erreur de la part du service de santé. Parfois, lorsque des erreurs ont été commises, des mesures ont déjà été prises par le

prestataire de soins (par exemple) au moment où les services d'inspection examinent le dossier. En pareil cas, si les services d'inspection considèrent que les mesures déjà prises sont appropriées et suffisantes, il n'y a pas lieu pour eux d'en exiger davantage - ils ne le font au demeurant que si cela s'avère justifié. Pour déterminer s'il convient de prendre une quelconque mesure, le dossier doit être examiné en passant au crible et en analysant toutes les circonstances qui pourraient entrer en ligne de compte.

82. En Suède, la sécurité des patients est hautement prioritaire. Comme le montrent les informations précédemment communiquées, ce pays est doté dans ce domaine d'un excellent système dont le principal but est de prévenir autant que possibles les erreurs et accidents que pourraient subir des patients dans les services médico-sanitaires. Ce même dispositif permet aussi de détecter les erreurs qui pourraient malgré tout être commises, et d'y remédier. Dans l'esprit du Gouvernement, il ne fait aucun doute que la Suède possède la législation nécessaire pour préserver un niveau élevé de sécurité des patients.

83. Le Gouvernement estime que la Suède protège correctement les droits énoncés à l'article 11 de la Charte sociale européenne et invite le Comité à dire qu'il n'y a eu violation d'aucun des articles de la Charte invoqués pour ce qui concerne les allégations reprise au par. 73 ci-dessus.

C. Allégations relatives à l'octroi d'autorisations illégales de pratiquer des avortements tardifs alors que le fœtus est viable et à l'absence de protection des fœtus/nouveau-nés viables

84. L'organisation auteur de la réclamation affirme que la Suède permet au Conseil national de la santé et de la protection sociale d'autoriser illégalement des avortements tardifs alors que le fœtus est viable. Elle soutient également que la Suède ne protège pas les fœtus/nouveau-nés viables.

85. De l'avis du Gouvernement, l'article 11 de la Charte ne peut s'appliquer aux arguments invoqués par l'organisation réclamante qu'en ce qui concerne les droits d'une femme enceinte et d'un nouveau-né/fœtus viable à la naissance. Pour ce qui est du fœtus à naître, le Gouvernement renvoie à la jurisprudence de la Cour, qui indique clairement que l'Etat jouit d'une marge d'appréciation pour déterminer quand commence le droit à la vie. Au regard de la législation suédoise, le droit à la vie débute au moment de la naissance. Néanmoins, pour des considérations essentiellement morales, le législateur n'autorise pas de pratiquer un avortement lorsque le fœtus est viable.

86. La Cour européenne des droits de l'homme a eu l'occasion, dans plusieurs affaires relatives à l'application de dispositions de la Convention, de statuer sur l'avortement et sur la question de savoir quand commence la vie. L'article 2 de la Convention dispose que le droit de toute personne à la vie est protégé par la loi et que la mort ne peut être infligée à

quiconque intentionnellement, sauf cas particulier. Comme l'a indiqué la Cour, l'article 2 est silencieux sur les limitations temporelles du droit à la vie et ne définit pas qui est la « personne » dont « la vie » est protégée par la Convention. Dans les décisions ou arrêts examinés, elle n'a pas fixé de limite temporelle quant au commencement de la « vie », ni tranché la question de savoir si le fœtus est, dans certaines circonstances, protégé par ledit article. Elle a déclaré que le point de départ du droit à la vie relève de la marge d'appréciation des Etats dont la Cour tend à considérer qu'elle doit leur être reconnue dans ce domaine, même dans le cadre d'une interprétation évolutive de la Convention, qui est « un instrument vivant, à interpréter à la lumière des conditions de vie actuelles ». Les raisons qui la poussent à ce constat sont selon la Cour, d'une part, que la solution à donner à ladite protection n'est pas arrêtée au sein de la majorité des Etats contractants eux-mêmes, et, d'autre part, qu'aucun consensus européen n'existe sur la définition scientifique et juridique des débuts de la vie. La Cour a également observé qu'il n'y avait pas de consensus au niveau européen sur le statut de l'embryon et/ou du fœtus. Elle a toutefois estimé qu'il existait bien, dans une majorité substantielle des Etats contractants, une tendance en faveur de l'autorisation de l'avortement. (Voir par exemple *Vo c. France*, requête n° 53924/00, paragraphes 75, 82 et 84, et *R.R. c. Pologne*, requête n° 27617/04, par. 186.)

87. Il convient aussi de souligner que la Suède a l'obligation, de par l'article 8 de la Convention, de garantir à chacun le droit au respect de sa vie privée. La Cour européenne des droits de l'homme a considéré, citant et entérinant la jurisprudence de l'ancienne Commission européenne des droits de l'homme, que la législation régissant l'interruption de grossesse touche au domaine de la vie privée en ce que lorsqu'une femme est enceinte, sa vie privée devient étroitement associée au fœtus qui se développe. Elle a indiqué que l'article 8 ne pouvait s'interpréter comme signifiant que la grossesse et son interruption relèvent exclusivement de la vie privée de la femme concernée et comme consacrant un droit à l'avortement. Le droit de la femme enceinte au respect de sa vie privée doit se mesurer à l'aune d'autres droits et libertés concurrents, y compris ceux de l'enfant à naître. (Voir par exemple *Boso c. Italie*, requête n° 50490/99, par. 2, *Tysiac c. Pologne*, requête n° 5410/03, par. 106, *Vo c. France*, requête n° 53924/00, paragraphes 76, 80 et 82, et *A, Band C c. Irlande*, requête n° 25579/05, paragraphes 213 et 214.)

88. Le Gouvernement est fermement convaincu qu'il ne faut pas accorder au droit à la santé protégé par la Charte une interprétation plus large que celle donnée au droit à la vie garanti par l'article 2 de la Convention. La question de savoir dans quelle mesure le fœtus à naître jouit du droit à la santé relève donc de la marge d'appréciation de chaque Etat. De l'avis du Gouvernement, l'article 11 de la Charte ne s'applique pas, en l'espèce, au fœtus à naître.

89. S'agissant de la femme enceinte, le Gouvernement ne trouve en l'espèce aucun argument qui vienne étayer la thèse d'un non-respect du droit à la santé, étant donné qu'une interruption tardive de grossesse ne peut être pratiquée qu'à la demande de l'intéressée et en tenant compte de ses droits à la vie, à la santé et à la vie privée. L'organisation

réclamante semblerait en réalité arguer que le droit à la santé concerne le fœtus à naître et le nouveau-né/fœtus viable à la naissance.

90. Concernant précisément le droit à la santé d'un nouveau-né/fœtus viable à la naissance, il est dit dans la loi relative à l'avortement que l'autorisation de réaliser une interruption de grossesse ne saurait être accordée s'il y a lieu de penser que le fœtus est viable. Mais si la vie ou la santé de la femme enceinte sont menacées, une telle autorisation peut être donnée (article 6 de la loi précitée). Le Gouvernement entend souligner que, lorsque tel est le cas, tout est fait pour sauver la vie de l'enfant comme de la mère.

91. La détermination de la viabilité ou de la non-viabilité d'un fœtus est une question médicale qui est appelée à évoluer sans cesse au fil du temps. Le moment à partir duquel un fœtus peut être réputé viable doit être régulièrement revu, à mesure que des avancées interviennent dans des domaines tels que l'obstétrique et les soins néonataux intensifs. Cette appréciation de la viabilité est nécessaire pour toute législation relative à l'avortement qui n'autorise pas une totale liberté en matière d'interruption de grossesse. Dès lors que, pour les raisons indiquées aux paragraphes 20 à 22, le Gouvernement souhaite protéger le droit à l'avortement, une appréciation de la viabilité devra toujours être faite.

92. Avant que la Commission consultative juridique du Conseil national de la santé et de protection sociale ne rende sa décision lorsqu'elle est saisie d'une demande d'avortement, elle fait établir le stade d'avancement de la grossesse. Cette évaluation de base de la viabilité du fœtus est réalisée dans la structure médico-sanitaire à laquelle la femme enceinte s'est adressée pour solliciter une interruption de grossesse et se fonde sur des analyses cliniques, un examen gynécologique, les résultats de l'échographie et, le cas échéant, d'autres diagnostics prénatals. Le seuil de viabilité actuellement retenu en Suède est de 22 semaines et 0 jour. Ce seuil a été fixé sur la base d'une étude suédoise, dite l'étude EXPRESS, qui a porté sur tous les enfants nés en Suède avant la 27^e semaine de gestation, et ce sur une période de trois ans (Qama, 3 juin 2009, 301 (21) 2225-33). On notera que, dans la mesure où l'étude EXPRESS a eu recours, pour la quasi-totalité des femmes examinées, à une échographie pratiquée au cours de la 18^e semaine suivant leurs dernières menstruations, elle a permis de mesurer avec une grande fiabilité la durée de la période de gestation à la naissance.

93. Depuis le début des années 90, l'une des méthodes d'avortement utilisées en Suède consiste à donner un anti-progestatif sous forme de comprimés et d'administrer ensuite de la prostaglandine par voie orale ou vaginale. Il s'agit là d'une méthode non invasive qui a le mérite d'accélérer le processus d'interruption de la grossesse, s'avère moins stressante pour la femme enceinte, et entraîne rarement des complications. Son inconvénient est qu'en cas d'avortement pratiqué à un stade déjà bien avancé de la grossesse, le fœtus peut manifester certains signes-réflexes de vie, comme le fait de chercher à respirer. Cela étant, la manifestation de ces signes-réflexes de vie ne signifie pas que le fœtus soit viable.

94. En 2010, 2011 et 2012, on a dénombré au total 55 demandes d'avortement pour lesquelles le stade de gestation était supérieur à 22 semaines. Une autorisation d'avorter a été accordée pour neuf d'entre elles et une autorisation d'interrompre la grossesse a été octroyée pour quatre autres. Le Gouvernement tient à souligner une nouvelle fois qu'une autorisation d'interrompre la grossesse peut être donnée (article 6 de la loi relative à l'avortement) après la 22^e semaine de gestation (c.-à-d. lorsque le fœtus peut être viable) dès lors que la vie ou la santé de la femme enceinte sont menacées. En pareil cas, tout est fait pour sauver à la fois la vie de l'enfant et celle de la mère.

95. Dans tous les dossiers qui ont abouti à l'octroi d'une autorisation d'avorter, il a été considéré que la survie extra-utérine du fœtus était exclue au motif que celui-ci présentait une anomalie. Dans deux cas, le fœtus n'avait pas de boîte crânienne (acrânie) ; dans un autre, l'anomalie était due à des troubles chromosomiques (trisomie 18). Dans deux autres cas, le fœtus présentait des malformations multiples. Dans deux autres encore, il a été constaté une hydrocéphalie prononcée, conjuguée, pour l'un, à l'absence de liquide amniotique et, pour l'autre, à un spina bifida. Une malformation cardiaque complexe a été découverte sur un autre fœtus; chez un autre, la paroi abdominale n'était pas fermée. Dans tous ces dossiers, exception faite des deux cas d'acrânie, l'ampleur de la malformation et ses conséquences en termes de viabilité du fœtus avaient été évaluées par des échographistes et des médecins de la spécialité concernée avant que la Commission ne soit saisie de la demande. Dans les quatre cas où une autorisation d'interrompre la grossesse a été accordée, le fœtus était jugé viable. Les conditions légales d'un avortement n'étant donc pas réunies, il n'a pas été délivré d'autorisation d'avorter.

96. Le Gouvernement estime que la législation nationale en matière d'avortement est conforme à la Charte. Ces dispositions de loi sont appliquées en prenant soin, pour les avortements tardifs, de mettre en balance, d'une part, le droit de la mère à recourir à l'avortement et, d'autre part, le stade d'évolution du fœtus et les risques qui pèsent sur la vie et la santé de la mère. Le Gouvernement n'a connaissance d'aucun cas où la Commission aurait autorisé un avortement qui aurait été contraire à la législation suédoise.

97. Le Gouvernement estime que la Suède protège correctement les droits énoncés à l'article 11 de la Charte sociale européenne et invite le Comité européen des droits sociaux à dire qu'il n'y a eu violation d'aucun des articles de la Charte invoqués pour ce qui concerne les allégations reprises au par. 84 ci-dessus.

D. Allégations relatives à l'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

98. La FAFCE affirme que l'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 constitue un manquement à l'article 11 de la Charte.

99. Le Gouvernement s'interroge tout d'abord sur l'applicabilité de l'article 11 à cet égard. Les arrêts de la Cour européenne des droits de l'homme mentionnés au par. 86 donnent des indications sur la question de savoir si le fœtus à naître bénéficie lui aussi de la protection offerte par l'article 11 de la Charte. Le Gouvernement souhaite ici attirer l'attention sur les déclarations formulées à ce sujet par la Cour, qui a estimé que la détermination du commencement de la vie devait être laissée à l'appréciation de chaque Etat. Le Gouvernement tient à souligner qu'il n'y a pas de consensus, au niveau européen, sur la définition juridique ou scientifique des débuts de la vie, mais qu'une majorité substantielle des Etats européens est favorable à l'autorisation de l'avortement.

100. Si le Comité devait estimer que l'article 11 s'applique dans le sens indiqué par la FAFCE, le Gouvernement entend opposer à la réclamation les arguments développés ci-après aux paragraphes 101 à 114.

101. L'avortement est une procédure ou mesure à laquelle il est recouru en raison d'une grossesse non désirée. Le système mis en place en Suède a pour objet de prévenir le problème premier, celui des grossesses non désirées ; aussi le Conseil de la santé et de la protection sociale n'édicte-t-il pas de directives nationales concernant les efforts à mener pour prévenir les avortements.

103. Les plans d'action et stratégies déployées en Suède visent donc à faire baisser le nombre de grossesses non désirées et à diminuer également, par voie de conséquence, le nombre d'avortements. Le travail de prévention principalement axé sur la réduction du nombre de grossesses non désirées est une action qui nécessite la mobilisation de multiples intervenants à des niveaux très divers et qui est mené au plan tant national que régional. Des consignes écrites ont été données aux prestataires de soins sur les consultations pré- et post-avortement. Au vu de la présente réclamation, le Gouvernement s'est procuré auprès de l'Hôpital universitaire de Karolinska un exemplaire de ces consignes (S2013/8379/FS). Elles

indiquent clairement que les femmes doivent bénéficier d'une assistance sous la forme, par exemple, d'un entretien téléphonique au cours duquel leur seront dispensés des conseils d'ordre psychosocial. Une orientation psychosociale ainsi que des conseils en matière de contraception doivent aussi être prodigués lors des rendez-vous auxquels sont conviées les patientes. Des consignes spéciales ont été prévues pour celles qui ont moins de 18 ans : elles rendent obligatoires l'intervention d'un travailleur social et le signalement aux services sociaux de toute mineure qui pourrait être exposée à un risque.

105. Au regard de la loi sur l'éducation, tous les élèves de l'enseignement préscolaire, de l'enseignement obligatoire et du cycle supérieur de l'enseignement secondaire doivent avoir accès aux services de soins de santé en milieu scolaire, qui englobent un médecin scolaire, une infirmière scolaire, un psychologue et un travailleur social, ainsi que du personnel formé à la prise en charge des enfants ayant des besoins particuliers. Cette même loi précise que les services sanitaires destinés aux élèves sont principalement axés sur la prévention et la promotion de la santé, et qu'il convient d'aider les élèves à réaliser les objectifs fixés dans les cours dispensés en la matière.

106. L'éducation à la sexualité et aux relations avec autrui est obligatoire en Suède depuis 1955. Les nouveaux programmes scolaires – celui destiné aux élèves de l'enseignement obligatoire, aux enfants de l'enseignement préscolaire et à ceux qui fréquentent les structures d'accueil ludique (Lgr11), de même que le programme destiné aux étudiants du cycle supérieur de l'enseignement secondaire (Lgy11) – consacrent une place plus grande qu'auparavant aux questions relatives à la sexualité, aux relations avec autrui et au sexe, et les traitent de façon plus claire. L'éducation à la sexualité et aux relations avec autrui ne constitue pas une matière en soi, mais est intégrée dans un grand nombre de cours et matières. Les directeurs d'établissements de l'enseignement obligatoire sont tenus de veiller tout particulièrement à ce que les domaines de connaissances interdisciplinaires, telles que la sexualité et les relations avec autrui, soient intégrés dans différentes matières. De même, les directeurs d'établissements du cycle supérieur de l'enseignement secondaire doivent s'assurer que cette éducation soit prévue dans les cours dispensés à leurs étudiants.

107. Les conseils de comté et les municipalités consacrent, sur le terrain de la santé publique, d'importants efforts aux questions qui touchent à la santé et aux droits relatifs à la sexualité et à la procréation. Ils contribuent, par divers moyens, à atteindre l'objectif général de la santé publique, qui est de créer les conditions permettant à toute la population d'être en bonne santé, et ce sur un pied d'égalité.

108. Dans le cadre des compétences qui sont leur sont dévolues, qui englobent notamment les établissements scolaires et les services médico-sanitaires, les conseils de comté et les municipalités jouissent d'une autonomie locale. Destinée à favoriser la démocratie locale et l'implication des citoyens, cette autonomie donne aussi la liberté de prendre des décisions au niveau local pour contribuer à l'essor et au bon fonctionnement de la société, et pour inciter à utiliser et à

préserver les ressources communes. Cela étant, il résulte de cette autonomie locale que les actions menées dans le domaine de la santé et des droits relatifs à la sexualité et à la procréation prennent des formes parfois variables.

109. L'autonomie locale signifie que ce sont les conseils de comté et les municipalités qui définissent leurs activités en la matière, ainsi que les plans d'action et les stratégies qui vont de pair. Les centres de santé pour les jeunes sont un exemple de cette autonomie dans le domaine précité: ils ne relèvent de la compétence d'aucune instance nationale, mais la plupart des comtés et communes en sont dotés.

110. Le travail de prévention mené pour éviter les grossesses non désirées repose lui aussi sur des documents d'orientation qui présentent certaines différences nationales, régionales ou locales. Des postes ont été spécialement créés dans les conseils de comté afin de coordonner les signaux envoyés en termes de gestion et faire en sorte qu'ils débouchent sur des mesures efficaces. Les conseils de comté ont pour la plupart mis en place un plan d'action d'envergure régionale pour tout ou partie des questions qui touchent la santé et aux droits relatifs à la sexualité et à la procréation. Le plus souvent, ces plans comportent des initiatives qui visent à faire baisser le nombre de grossesses non désirées. Les adolescentes y sont dans la plupart des cas considérées comme la catégorie de la population que ces efforts doivent cibler en priorité.

111. Chaque conseil de comté possède une ou deux sages-femmes coordinatrices et un ou deux coordinateurs pour les questions touchant au Sida et aux MST, qui ont ainsi une vision globale des mesures déployées dans le domaine de la santé et des droits relatifs à la sexualité et à la procréation. Cette coordination est nécessaire étant donné la multiplicité des intervenants : services de médecine et d'aide sociale en milieu scolaire, centres de santé pour les jeunes, centres SESAM (services de conseils pour les jeunes adultes sur les questions sexuelles), centres de consultation prénatale, services de maternité, centres de consultation pour les femmes et organisations à but non lucratif.

112. Le Gouvernement s'est aperçu que la coordination entre les différents acteurs qui s'occupent des questions touchant à la santé et aux droits en matière de sexualité et de procréation présentait certaines failles. Aussi a-t-il décidé en 2012 de confier au Conseil national de la santé et de la protection sociale, à l'Institut suédois de lutte contre les maladies transmissibles et à l'Institut national de santé publique le soin de proposer un document fixant la stratégie nationale dans ce domaine (S2009/4860/FS). L'un des principaux objectifs de cette initiative est d'améliorer et de faciliter la coordination des actions menées à ce titre.

113. Depuis 2006, le Gouvernement a alloué aux conseils de comté et aux municipalités une somme totale de 95 millions de couronnes pour financer leur action de prévention du Sida et des MST. Cette action prend appui sur le projet de loi du Gouvernement n° 2005/06 :60 intitulé « Stratégie nationale de lutte contre le VIH/Sida et certaines autres maladies

transmissibles, qui souligne également l'importance qu'il y a à intégrer la prévention du Sida et des MST dans les efforts axés sur la prévention des grossesses non désirées. A la suite d'un accord national passé en juin 2013 concernant l'octroi de subventions destinées à faciliter l'achat de moyens contraceptifs, l'Association suédoise des collectivités locales et régionales a adopté une recommandation commune aux termes de laquelle les femmes de moins de 25 ans doivent pouvoir se procurer des moyens contraceptifs à un coût qui n'excède pas, pour elles, 100 couronnes par an.

114. Le Gouvernement estime que la Suède protège correctement les droits énoncés à l'article 11 de la Charte sociale européenne et invite le Comité à dire qu'il n'y a eu violation d'aucun des articles de la Charte invoqués pour ce qui concerne les allégations reprises au par. 98 ci-dessus.

E. Allégations relatives à l'absence de prévention active des avortements à visée eugénique et des avortements sélectifs fondés sur le sexe

115. La FACFE soutient, entre autres, que la Suède ne fait rien pour prévenir activement les avortements à visée eugénique et les avortements sélectifs fondés sur le sexe, ce qui constitue un manquement à l'article 11 de la Charte.

116. Ici encore, le Gouvernement s'interroge sur l'applicabilité en l'espèce de l'article 11 et renvoie aux explications fournies plus haut au par. 99.

117. Si le Comité devait estimer que l'article 11 s'applique dans le sens indiqué par la FAFCE, le Gouvernement entend apporter les précisions qui suivent. La législation suédoise en matière d'avortement prévoit qu'une femme a en principe le droit de décider par elle-même, jusqu'à la dix-huitième semaine de gestation, d'interrompre sa grossesse sans qu'elle ait à indiquer les motifs de sa décision. Comme le montrent clairement les textes de loi décrits plus haut ainsi que le document d'orientation générale adopté par le Conseil national de la santé et de la protection sociale concernant le diagnostic prénatal et le diagnostic génétique pré-implantatoire, il ne peut être proposé de diagnostic prénatal aux fins de déterminer le sexe du fœtus, à moins qu'il ne soit établi que l'un des parents génétiques est porteur d'une maladie héréditaire liée au sexe. Si le sexe du fœtus vient à être connu lors d'un examen, cette information ne peut être divulguée qu'à la demande de la femme enceinte, conformément aux dispositions du chapitre 4, article 1^{er}, par. 3, de la loi n° 2006 :351 relative à l'intégrité génétique.

118. Il n'est pas possible de vérifier si une femme qui sollicite une interruption de grossesse a eu connaissance du sexe du fœtus lors d'un diagnostic prénatal réalisé à l'étranger.

119. En conséquence, le risque de recours à un avortement tenant non pas à des raisons médicales mais au choix du sexe de l'enfant ne peut être entièrement écarté. L'un des éléments qui montrerait clairement que l'on pratique des avortements sélectifs en fonction du sexe

en Suède serait un déséquilibre entre le nombre de nouveau-nés de chaque sexe dans l'ensemble de la population qu'aucun autre facteur ne viendrait expliquer. Or aucune déséquilibre de la sorte ne ressort du Registre médical des naissances de la Suède.

120. Le meilleur moyen de lutter contre l'incitation à recourir à des avortements sélectifs en fonction du sexe et de la nécessité économique d'avoir d'un enfant d'un sexe donné est de bâtir une société qui offre des chances égales aux hommes et aux femmes, aux filles comme aux garçons. L'objectif majeur de la politique suédoise en matière d'égalité des sexes est de faire en sorte que les femmes et les hommes aient le même pouvoir de façonner la société et de construire leur propre existence (projet de loi du Gouvernement n° 2005/06 :155). Cela signifie que la Suède revendique le droit et la possibilité de disposer de son corps, de décider de sa sexualité et de maîtriser sa procréation. Quatre objectifs secondaires guident la politique suédoise en matière d'égalité des sexes. Le premier est la répartition égale du pouvoir et de l'influence. Les femmes et les hommes doivent avoir les mêmes droits et les mêmes possibilités d'être des membres actifs de la société et de forger les conditions qui dictent le processus décisionnel. Le deuxième objectif secondaire est l'égalité économique. Les femmes et les hommes doivent avoir les mêmes possibilités et les mêmes conditions d'accès à l'éducation et à un travail rémunéré qui leur confère une autonomie matérielle tout au long de leur existence. Le troisième objectif secondaire est la répartition égale des tâches domestiques et familiales non rémunérées. Les femmes et les hommes doivent avoir les mêmes responsabilités pour ce qui concerne les travaux domestiques et pouvoir s'occuper d'autrui (ou être pris en charge par autrui) sur un pied d'égalité. Le quatrième objectif secondaire est la nécessité de mettre un terme aux violences que les hommes font subir aux femmes, et de faire en sorte que les femmes comme les hommes, les filles comme les garçons aient le même droit et la même possibilité de préserver leur intégrité physique.

121. La Suède combat le recours aux avortements sélectifs fondés sur le sexe et motivés par des raisons autres que purement médicales, et utilise pour ce faire les moyens décrits plus haut.

122. Le Gouvernement estime que la Suède protège correctement les droits énoncés à l'article 11 de la Charte sociale européenne et invite le Comité à dire qu'il n'y a eu violation d'aucun des articles de la Charte invoqués pour ce qui concerne les allégations reprises au par. 112 ci-dessus.

4. Conclusion

123. Pour conclure en l'espèce à une violation de la Charte, il faudrait donner à celle-ci une interprétation très large que ne vient pas clairement étayer son libellé et qui n'est pas conforme aux intentions manifestées par la Suède lors de son adhésion à cet instrument en tant qu'Etat partie. Pareille interprétation conférerait au droit à la santé une portée nettement plus grande que n'en a le droit à la vie dans la Convention européenne des droits de l'homme telle qu'interprétée par la Cour européenne des droits de

l'homme. La position du Gouvernement quant au bien-fondé de la présente réclamation est de conclure qu'il ne ressort pas des faits de la cause une quelconque violation des articles de la Charte qu'invoque l'organisation réclamante.

Salutations distinguées.

Monica Rodrigo

Directrice générale chargée des questions administratives et juridiques
