



Fabio Cembrani

(direttore dell'Unità Operativa di Medicina legale
dell'Azienda provinciale per i Servizi sanitari di Trento)

Il Comitato europeo dei diritti sociali, lo stato di attuazione della legge italiana sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza e la sostenibilità pubblica dell'obiezione di coscienza¹

SOMMARIO: 1. Introduzione - 2. I diritti sociali in Europa e il Comitato europeo sui diritti sociali (CEDS) - 3. Le decisioni di merito del Comitato europeo dei diritti sociali sull'attuazione nel nostro Paese della legge n. 194 del 1978 - 4. L'obiezione di coscienza e l'interruzione volontaria della gravidanza in Italia - 5. Le strade possibili per dare una sostenibilità pubblica all'obiezione di coscienza - 6. Alcune brevi considerazioni di sintesi.

1 - Introduzione

È notizia recente che il Comitato europeo dei diritti sociali (CEDS) presieduto dall'italiano Giuseppe Palmisan è intervenuto sullo stato di applicazione della legge n. 194 del 1978 rilevando che nel nostro Paese esistono troppi medici obiettori di coscienza, che molte donne sono così costrette a spostarsi in altre strutture sanitarie (anche all'estero) per interrompere la gravidanza, che ciò avviene senza il sostegno e il controllo delle autorità sanitarie competenti con considerevoli rischi per la salute riproduttiva e il benessere delle donne medesime e che il diritto alla non discriminazione nei luoghi di lavoro dei medici non obiettori non è tutelato con violazione della Carta sociale europea (CSE).

La notizia, ripresa ampiamente da tutti i *media*, non è stata però data all'opinione pubblica in maniera completa perché il CEDS si era espresso sulla situazione italiana già l'8 marzo del 2014 (forse non a caso nella Giornata internazionale dedicata alla donna) con scarsi risultati pratici visto

¹ Contributo non sottoposto a valutazione.

Per comodità dei lettori si riporta in calce il testo integrale della decisione del **COMITÉ EUROPÉEN DES DROITS SOCIAUX**, nell'affare *Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) c. Italie* dell'11 aprile 2016 (Réclamation n° 91/2013), nella versione originale in lingua francese [[http://hudoc.esc.coe.int/eng?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-fr#{%22ESCDcIdentifier%22:\[%22cc-91-2013-dadmissandmerits-fr%22}\]](http://hudoc.esc.coe.int/eng?i=cc-91-2013-dadmissandmerits-fr#{%22ESCDcIdentifier%22:[%22cc-91-2013-dadmissandmerits-fr%22}])].



che lo stesso Comitato, nella sua ultima decisione di merito, ha – senza mezzi termini - stigmatizzato il comportamento delle nostre Autorità pubbliche evidenziando che i problemi riguardanti l'effettività del diritto della donna di interrompere volontariamente la gravidanza non sono stati affrontati e che nel nostro Paese esistono multipli livelli di discriminazione su soggetti diversi (nello specifico, la donna e i medici obiettori) da fattori altrettanto diversi.

La nuova decisione del Comitato (adottata il 12 ottobre 2015, notificata alle Parti il 15 dicembre successivo e resa pubblica solo l'11 aprile 2016 in osservanza alle regole di riservatezza del lavoro di quest'organo ufficiale del Consiglio d'Europa)² ha suscitato, come spesso succede riguardo alle questioni su cui esistono posizioni morali opposte e inconciliabili, reazioni opposte: da una parte c'è stato infatti chi ha evidenziato che la legge che disciplina l'interruzione volontaria della gravidanza deve essere applicata sul piano dei diritti riproduttivi della donna senza discriminare gli obiettori nei luoghi di lavoro (così Susanna Camusso, segretario generale della Confederazione Generale Italiana del Lavoro promotrice del reclamo collettivo n. 91 del 2013); dall'altra chi ha invece evidenziato che questa ulteriore decisione non ha alcun valore giuridico, che i dati presi in esame dal Comitato sono

“dati vecchi, rispetto ai quali oggi abbiamo installato una nuova metodologia di conteggio e di misurazione/analisi del contesto regionale”, e che la medesima “costituisce una mera proposta del CEDS e non un pronunciamento definitivo dell'organo politico costituito [...] dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa”³.

Pochi o tanti che siano in Italia i medici obiettori⁴ (non si finirà mai di discutere sulla questione, nonostante l'ufficialità degli indicatori statistici

² La decisione del CEDS è stata preceduta, a livello internazionale, da una decisa presa di posizione del Comitato per i diritti economici, sociali e culturali delle Nazioni Unite. Nell'Osservazione generale n. 22 approvata il 7 marzo 2016, il Comitato ha ribadito che il diritto alla salute include anche la vita riproduttiva della donna invitando gli Stati parti a liberalizzare le leggi restrittive sull'interruzione volontaria della gravidanza, a depenalizzare l'aborto e a eliminare le tante barriere che impediscono ancora alla donna di accedere a questa pratica terapeutica in tempi rapidi e in maniera sicura.

³ Così Beatrice Lorenzin, Ministro della salute del Governo Renzi nell'intervento in Camera dei Deputati del 4 maggio 2016.

⁴ Si veda, al riguardo, la forte preoccupazione espressa sul Web dalla **Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della legge n. 194**. Entro i prossimi 5 anni, l'Associazione denuncia la concreta possibilità che spariscano dal nostro Paese i pochi medici non obiettori e che le donne si ritrovino in estrema difficoltà a interrompere la gravidanza segnalando, tra l'altro, che i dati italiani sarebbero sottostimati perché molte



contenuti nella Relazione annuale presentata al Parlamento proprio dal Ministro della salute), è chiaro che ciò su cui occorre riflettere è se il loro numero rappresenti o meno un ostacolo che pregiudica la salute riproduttiva della donna, le ragioni dell'esistenza di ampie variabilità regionali e locali⁵, come la numerosità degli obiettori si rifletta realmente

donne ricorrono alle strutture sanitarie estere per la pratica interruttiva. A questa denuncia pubblica ha fatto da contrappunto la mozione bipartisan presentata (marzo 2012) per impegnare il Governo a *“dare attuazione al diritto all'obiezione di coscienza in campo medico e paramedico e garantire la sua completa fruizione senza alcuna discriminazione o penalizzazione, in linea con l'invito del Consiglio d'Europa”*, presentata alla Camera dei Deputati. L'iniziativa ha preso l'avvio dalle decisioni assunte dall'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa che ha ribadito *“che nessuna persona, ospedale o istituzione sarà costretta, ritenuta responsabile o discriminata in alcun modo a causa di un rifiuto di eseguire, accogliere, assistere o sottoporre un paziente a un aborto o eutanasia o qualsiasi altro atto che potrebbe causare la morte di un feto o embrione umano, per qualsiasi motivo”* ed è stata firmata dai deputati Volontè (Udc), Fioroni (Pd), Roccella (Pdl), Polledri (Lega Nord), Buttiglione (Udc), Binetti (Udc), Capitanio Santolini (Udc), Calgaro (Udc), Carra (Udc), Di Virgilio (Pdl) e Mantovano (Pdl). La mozione invitava a *“tutelare l'obiezione di coscienza non solo di coloro che sono impegnati a vario titolo nelle strutture ospedaliere, ma anche quella dei farmacisti”*; in essa si richiama *“l'obbligo di garantire l'accesso alle cure mediche e legali per tutelare il diritto alla salute, così come l'obbligo di garantire il rispetto del diritto della libertà di pensiero, di coscienza e di religione di operatori sanitari degli stati membri”*, ricordando che *“l'Assemblea parlamentare ha invitato il Consiglio d'Europa e gli stati a elaborare normative complete e chiare che definiscano e regolino l'obiezione di coscienza in materia di servizi sanitari e medici, e volte soprattutto a garantire il diritto all'obiezione di coscienza in relazione alla partecipazione alla procedura medica in questione”*, oltre a offrire ai pazienti l'informazione tempestiva *“di ogni obiezione di coscienza”* e *“trattamenti appropriati”*, soprattutto nelle emergenze. I firmatari sottolineano, infine, nella loro mozione, che il diritto all'obiezione *“non può essere in nessun modo 'bilanciato' con altri inesistenti diritti e rappresenta il simbolo, oltre che il diritto umano, della libertà nei confronti degli stati e delle decisioni ingiuste e totalitarie”*.

⁵ Visto, ad esempio, che nell'Ospedale di Ascoli, in quello di Jesi e, notizia di questi giorni ripresa dai media, anche in quello di Trapani il numero degli obiettori è del 100% al punto tale che qualcuno ha parlato di obiezione non di coscienza ma di struttura (così **N.S. COHEN**, *On paper, Italy allows abortions, but few doctors will perform them*, in *New York Times* del 16 gennaio 2016) e di un'obiezione che sarebbe diventata un *“fenomeno di massa”* (così **M. AINIS**, *Dall'obiezione di coscienza all'obiezione di massa*, in *Quaderni costituzionali*, 2009, p. 4: *C'è – scrive l'Autore – “un'infezione che giorno dopo giorno fiacca il nostro organismo collettivo. E c'è anche un untore, cioè una mano e un disegno all'origine di questa malattia. La malattia a sua volta può ben essere letale, perché si esprime nella disobbedienza alla legge, allo Stato, agli istituti della democrazia. Sia pure in nome di nobili principi, così come era nobile la causa di Antigone, murata viva in una grotta da Creonte per essersi ribellata alla giustizia umana, obbedendo alla legge non scritta che alberga nelle coscienze individuali. Obiezione di coscienza, ecco infatti come noi moderni designiamo tale atteggiamento. Ma l'esperienza che si è via via depositata durante il corso del 2009 ci consegna un fenomeno a suo modo inedito, senza precedenti. Perché in quest'arco di*



sull'organizzazione dei servizi pubblici ai quali la donna deve accedere per poter interrompere legittimamente la gravidanza, quali siano i costi sostenuti dal Servizio sanitario nazionale per compensare il (legittimo) diritto dei medici di esprimere la loro coscienza, se l'obiezione - dando naturalmente per ammesso il suo carattere veritativo⁶ - si accompagni o meno ad azioni professionali degli obiettori finalizzate a prevenire la pratica abortiva, se l'esercizio di questa libertà sia un limite che discrimina il diritto al lavoro e la progressione di carriera dei medici non obiettori⁷ e, non certo in subordine, se l'obiezione di coscienza debba essere ancora considerata un diritto incondizionato o se essa debba, invece, fare in qualche modo i conti con la sua sostenibilità pubblica⁸.

Anche per non cedere alle lusinghe di chi prospetta un suo scenario di morte⁹ che, a mio modo di vedere, non offre alcuna concreta soluzione alle pretese di chi, al contrario, ne vorrebbe un suo utilizzo più ampio¹⁰ e

tempo succede che le obiezioni si moltiplicano, si alimentano l'un l'altra, e infine guadagnano la ribalta pubblica con la benedizione dell'oracolo più autorevole e potente: il Vaticano".

⁶ Si veda, a questo riguardo, **I. CAVICCHI**, *Aborto, i medici devono poter scegliere secondo coscienza*, in *Il fatto quotidiano*, 28 marzo 2014, che, raccontando la storia di una ginecologa "stufa di fare aborti", ha pubblicamente denunciato che oltre la meta dei medici obiettori si appellano all'obiezione in maniera strumentale o opportunistica con la conseguenza che tutto il peso degli interventi di interruzione volontaria della gravidanza ricade sulle spalle dei pochi ginecologi non obiettori. Si veda, ancora, **I. CAVICCHI**, *Il Ginecologo costretto a fare l'opportunist*, in *Il Manifesto*, 30 aprile 2014, che identifica questi ultimi in coloro "che, senza una convinzione autentica, si dichiarano obiettori per difendere la loro professione dalle disorganizzazioni sanitarie, dal rischio di specializzarsi solo come "interruttori" e dall'essere esclusi da qualsiasi possibilità di carriera professionale", denunciando, a questo riguardo, il colpevole silenzio della FNOMCeO, mai intervenuta sulla questione, e chiedendosi, a questo riguardo, con grande lucidità, di quale credibilità possono godere gli Ordini professionali "se diventano disordini".

⁷ *Quando tutti i medici sono obiettori di coscienza*, in *la Repubblica* del 24 maggio 2012: "Io, ginecologa isolata dagli obiettori con l'aborto ho perso pazienti e carriera. [...] Con l'aborto non ti fai clienti: succede che non abbiano più voglia di vederti". Cfr. anche, **S. MORANO**, *Non obiettori, la verità vi prego sulla 194*, in *il Manifesto*, 27 marzo 2014: "Negli anni abbiamo rispettato tutti i tipi di obiezione, ma è del diritto di essere obiettori con la stessa dignità che occorre parlare, visto che oggi sembra più difficile applicare la 194 che vanificarla nei fatti. [...] È doveroso però scoprire il bluff degli annunci di prevenzione, sicurezza, accoglienza e riconoscere ai medici non obiettori la dignità di guardare negli occhi le donne reali".

⁸ Dobbiamo riconoscere il merito di avere messo in rilievo la dimensione pubblica dell'opinione di coscienza, richiamando le istituzioni a tener fermo l'ordine costituito e "a non eludere il problema dei diritti altrui colpiti dalla decisione del disobbediente", a **S. RODOTÀ**, *Obiezione di coscienza e diritti fondamentali*, in (a cura di) P. Borsellino et AL., *Obiezione di coscienza, Prospettive a confronto*, n. 101 di *Notizie di Politeia*, 2011.

⁹ Cfr. **M. AINIS**, *Dall'obiezione di coscienza all'obiezione di massa*, cit.

¹⁰ Cfr. **F. D'AGOSTINO**, *L'obiezione di coscienza come diritto*, in *Iustitia*, 2009.



coraggioso¹¹ auspicandone il graduale e progressivo allargamento di orizzonte in ambiti tematici non ancora disciplinati dall'interposizione del legislatore¹².

2 - I diritti sociali in Europa e il Comitato europeo sui diritti sociali

Al di là delle italiane dispute sull'interpretazione dei (pur ufficiali) indicatori statistici contenuti nelle Relazioni presentate al Parlamento dal Ministro della salute sullo stato di attuazione della legge n. 194, ciò che occorre sottolineare è che non è la prima volta che il CEDS si esprime sulla salute riproduttiva della donna italiana per evidenziare che il nostro Paese

¹¹ Così papa **Benedetto XVI**, *Discorso ai partecipanti al 25° Congresso internazionale dei farmacisti cattolici* (Sala del Concistoro, 29 ottobre 2007), disponibile sul web (https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2007/october/documents/hf_ben-xvi_spe_20071029_catholic-pharmacists.html): "Lo sviluppo attuale dell'arsenale di medicine e delle possibilità terapeutiche che ne derivano comporta che i farmacisti riflettano sulle funzioni sempre più ampie che sono chiamati a svolgere, in particolare quali intermediari fra il medico e il paziente. Essi hanno un ruolo educativo verso i pazienti per un uso corretto dell'assunzione dei farmaci e soprattutto per far conoscere le implicazioni etiche dell'utilizzazione di alcuni farmaci. In questo ambito, non è possibile anestetizzare le coscienze, ad esempio sugli effetti di molecole che hanno come fine quello di evitare l'annidamento di un embrione o di abbreviare la vita di una persona. Il farmacista deve invitare ognuno a un sussulto di umanità, affinché ogni essere sia tutelato dal suo concepimento fino alla sua morte naturale e i farmaci svolgano veramente il loro ruolo terapeutico. D'altro canto, nessuna persona può essere utilizzata, in modo sconsiderato, come un oggetto, per compiere esperimenti terapeutici; questi si devono svolgere secondo i protocolli rispettando le norme etiche fondamentali. Qualsiasi cura o sperimentazione deve avere come prospettiva un eventuale miglioramento della persona, e non solo la ricerca di avanzamenti scientifici. Il perseguimento di un bene per l'umanità non può avvenire a detrimento del bene dei pazienti. Nell'ambito morale, la vostra Federazione è invitata ad affrontare la questione dell'obiezione di coscienza, che è un diritto che deve essere riconosciuto alla vostra professione, permettendovi di non collaborare, direttamente o indirettamente, alla fornitura di prodotti aventi come fine scelte chiaramente immorali, come ad esempio l'aborto e l'eutanasia [...]". E così, più recentemente, anche papa **Francesco**, *Discorso ai partecipanti al Convegno commemorativo dell'Associazione medici cattolici italiani, in occasione del 70° anniversario di fondazione* (Aula Paolo VI, 15 novembre 2014) che ha definito l'obiezione di coscienza come una delle "scelte coraggiose e controcorrente" che i medici, a partire da quelli cattolici, debbono operare per salvaguardare la vita (https://w2.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2014/november/documents/papa-francesco_20141115_medici-cattolici-italiani.html).

¹² Cfr. **F. D'AGOSTINO**, *L'obiezione di coscienza nella prospettiva di una società democratica avanzata*, in *Il Diritto ecclesiastico*, 1992, I. Sulla questione degli ambiti tematici di controversa codificazione dell'obiezione di coscienza si veda **F. MANTOVANI**, *Opinioni a confronto*, in (a cura di) S. Canestrari, *Bioetica e diritto penale. Materiali per una discussione*, Giappichelli, Torino, 2012.



non ha ancora dato piena attuazione a quella norma del 1978 che pur ha disciplinato l'interruzione volontaria della gravidanza; così violando il diritto alla protezione della salute sancito dall'art. 11 della Carta sociale europea¹³ (CSE) adottata dal Consiglio d'Europa a Torino il 18 ottobre 1961 (entrata in vigore sul piano del diritto internazionale il 26 febbraio 1965) e le previsioni della stessa che tutelano il diritto al lavoro (artt. 1, 2, 3 e 26).

Questo Trattato internazionale (aggiornato nel 1996), ancora poco conosciuto all'opinione pubblica fors'anche per lo scarso interesse fin qui dimostrato dalla giurisdizione e dagli interpreti, sia pure con qualche rara eccezione, è stato pensato e predisposto in maniera complementare rispetto alla più nota Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU)¹⁴ prevedendo, in particolare, un sistema di tutela e garanzia dei diritti economici e sociali della persona umana che trovano in essa specifico e pieno riconoscimento (Parte IV della Carta, per come la stessa è stata emendata dal Protocollo addizionale di Torino del 1991). E ne ha affidato la responsabilità al Comitato europeo per i diritti sociali (CEDS): un organo formato da 15 esperti indipendenti nominati dalle Parti contraenti assistito da un rappresentante delle Organizzazioni internazionali del Lavoratori (OIL) e il cui mandato ha una durata di sei anni.

A questo Comitato di esperti, la Carta assegna una funzione di controllo¹⁵ che avviene attraverso un sistema a "doppio binario"¹⁶:

a) analizzando i rapporti quadriennali presentati dai Governi sull'applicazione negli Stati parte dei principi generali della Carta (riuniti in quattro gruppi tematici in seguito alla decisione assunta nel 2006 dal Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa) per sottoporre poi le conclusioni al Comitato governativo composto dai rappresentanti degli Stati medesimi e assistito da osservatori delle OIL e dei datori di lavoro;

¹³ Art. 11 (Diritto alla protezione della salute): "Per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute, le Parti s'impegnano ad adottare sia direttamente sia in cooperazione con le organizzazioni pubbliche e private, adeguate misure volte in particolare: 1) ad eliminare per, quanto possibile le cause di una salute deficitaria; 2) a prevedere consultori e servizi d'istruzione riguardo al miglioramento della salute ed allo sviluppo del senso di responsabilità individuale in materia di salute; 3) a prevenire, per quanto possibile, le malattie epidemiche, endemiche e di altra natura, nonché gli infortuni".

¹⁴ Cfr. **COMITATO EUROPEO DEI DIRITTI SOCIALI**, *Digest of the Case Law of the European Committee of Social Rights*, 1 settembre 2008, nella parte in cui si afferma che "Article E draws its inspiration from Article 14 of the European Convention on Human Rights".

¹⁵ Cfr. **G. GUGLIA**, *Il ruolo del Comitato dei diritti sociali al tempo della crisi economica*, in *Rivista Associazione italiana dei Costituzionalisti*, 2, 2016.

¹⁶ Cfr. **B. LIBERALI**, *Le problematiche applicative della legge n. 194 del 1978 relative al diritto di obiezione di coscienza ancora a giudizio (Prime osservazioni alla decisione del Comitato Europeo dei Diritti Sociali nel caso CGIL contro Italia)*, in *BioLaw Journal*, 2, 2016.



b) entrando nel merito dei reclami collettivi che possono essere presentati dalle Parti sociali (Confederazione europea dei sindacati e Organizzazione internazionale dei datori di lavoro) e dalle Organizzazioni internazionali non governative (OING) dotate di statuto partecipativo al Consiglio d'Europa.

Quest'ultima procedura di controllo, introdotta nel 1995 con il Protocollo addizionale STE n. 58 (entrato in vigore il 1° luglio 1998), realizza un meccanismo più partecipativo al ruolo di verifica e di controllo esercitato dal CEDS anche se solo 15 dei Paesi del Consiglio d'Europa hanno (almeno fino a oggi) proceduto alla sua ratifica. Senza entrare nel merito delle molte questioni procedurali, è interessante osservare che, per quanto previsto dal Protocollo addizionale, il reclamo collettivo può essere presentato al Comitato da soggetti non direttamente coinvolti nell'asserita violazione e senza aver agito le vie di ricorso giurisdizionale interne (diversamente da quanto accade per la CEDU), che a seguito delle decisioni assunte dal CEDS spetta al Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa sanzionare gli Stati parti con Risoluzioni o Raccomandazioni finalizzate a rimuovere la violazione accertata nel concreto dal Comitato e che è compito di quest'organo del Consiglio d'Europa valutare se, dopo i correttivi adottati a livello nazionale, la situazione sia o meno rientrata e conforme ai principi generali della Carta.

Chiara essendo la complementarità della CEDU e della CSE e la sussidiarietà di questi meccanismi di garanzia e di controllo, sono da sottolineare le caratteristiche sostanzialmente dialettiche del sistema delineato dalla Carta sociale europea e dai successivi Protocolli addizionali che perseguono non già un mero obiettivo sanzionatorio degli Stati Parti inadempienti ma il loro avvicinamento graduale e progressivo ai principi-guida dichiarati nella Carta medesima: ne sono conferma gli artt. 9 e 10 del Protocollo addizionale del 1995 nella parte in cui, come già in precedenza anticipato, si prevede la riservatezza della decisione del CEDS in attesa dell'adozione di una Risoluzione o di una Raccomandazione la cui competenza è riservata al Comitato dei Ministri del Consiglio europeo.

Ciò, peraltro, non significa che le decisioni del CEDS non abbiano la forza del diritto vivente visto il ruolo sempre più pregnante assunto, tra le fonti giuridiche, soprattutto dopo l'avvenuta costituzionalizzazione dei diritti della persona umana¹⁷, dall'ordinamento internazionale¹⁸ viste anche

¹⁷ Cfr. **A. SANTOSUOSSO**, *Diritto, Scienza e Nuove tecnologie*, Cedam, Padova, 2011.

¹⁸ Si veda, a questo riguardo, **B. LIBERALI**, *Il sistema di controllo della Carta sociale europea: il sistema dei rapporti nazionali*, in (a cura di) M. D'Amico et Al., *La Carta sociale Europea e la tutela dei diritti sociali*, ESI, Napoli, 2013.



le chiare indicazioni dell'art. 117 Cost.. Con la conseguenza che si fatica davvero a comprendere l'idea espressa dal Ministro della salute italiano che, a commento della recente decisione adottata dal Comitato, ha cercato in qualche modo di (ri)dimensionarne il ruolo di garanzia e di controllo affermando che le sue decisioni non avrebbero alcun carattere vincolante per gli Stati parti. Quasi a voler a tutti i costi appannare il valore della CSE che pur resta un Trattato internazionale misconoscendo il valore e la portata degli impegni assunti dal nostro Paese a livello europeo la cui violazione rileva sul piano del mancato rispetto delle regole di garanzia costituzionali (art. 117 Cost.).

Che sia un difetto di sensibilità politica¹⁹ o una equivoca superficialità condizionata da forti pregiudiziali ideologiche²⁰ non rileva purtroppo ai fini di un'attenuante.

3 - Le decisioni di merito del Comitato europeo dei diritti sociali sullo stato di attuazione nel nostro Paese della legge n. 194 del 1978

Il punto di partenza che ha fornito l'occasione al Comitato europeo dei diritti sociali di intervenire sanzionando una prima volta l'Italia²¹ è il reclamo collettivo n. 87 del 2012 che *International Planned Parenthood Federation*, con il sostegno di alcune Associazioni italiane non governative attive nel campo della difesa dei diritti delle donne, ha presentato al medesimo nel 2012. In esso si sosteneva, in breve sintesi, che il Servizio

¹⁹ Cfr. **B. LIBERALI**, *Il sistema di controllo*, cit.

²⁰ In questa direzione si era già pubblicamente espresso **I. CAVICCHI**, *L'insostenibile ministra Lorenzin*, in *Il Manifesto* del 17 settembre 2013: " [...]. È eticamente inaccettabile sottovalutare, come fa la ministra, gli effetti sulla salute delle donne dell'uso opportunistico dell'obiezione di coscienza: si allungano le liste di attesa, in molti casi si supera il numero di settimane di gravidanza in cui è consentita l'interruzione, si obbligano molte donne alla clandestinità (non è un caso se in Italia si torna, per quanto sporadicamente, a morire di aborto e ad avere complicazioni cliniche importanti). Se non si chiarisce il nodo dell'obiezione di coscienza viene meno il progetto di accrescere attraverso i servizi pubblici il ricorso ai comportamenti consapevoli. Perché questa è e resta la strada maestra da seguire per combattere l'aborto".

²¹ Cfr. **A. CARMINATI**, *La decisione del Comitato europeo dei diritti sociali richiama l'Italia ad una corretta applicazione della legge 194 del 1978*, in www.associazioneitalianadeicostituzionalisti.it, giugno 2014. Così, anche, **G. GUGLIA**, *Il ruolo del Comitato*, cit., il quale sottolinea il seguito eminentemente politico delle decisioni del CEDS essendo il Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa competente a sanzionare gli Stati parte attraverso risoluzioni e semplici raccomandazioni pur evidenziando la ricaduta giurisprudenziale delle decisioni assunte a livello europeo.



sanitario nazionale italiano non sarebbe in grado di garantire il diritto alla salute riproduttiva della donna (riconosciuto dall'art. 11 della CSE) che chiede di interrompere volontariamente la gravidanza a causa del numero troppo elevato di medici obiettori con conseguente discriminazione dei diritti della stessa e, non certo in subordine, la mancanza di iniziative politiche tese a contenere proprio la numerosità degli obiettori.

A questo reclamo ha poi fatto seguito un secondo reclamo presentato al Comitato medesimo dalla CGIL nel quale il Sindacato ha evidenziato che l'impropria applicazione delle previsioni sull'obiezione di coscienza viola il diritto alla salute riproduttiva delle donne compromettendone il diritto ad accedere ai servizi interruttivi della gravidanza in conformità a quanto previsto dalla legge n. 194 del 1978 e che l'elevato tasso percentuale di obiezioni coscienziali registrato tra il personale medico viola il diritto alla dignità sul lavoro dei non obiettori (artt. 1 e 26 della Carta).

È di interesse osservare che in nessuno dei due reclami si contesta il diritto al legittimo esercizio dell'obiezione di coscienza da parte dei professionisti della salute che trova pieno riconoscimento nella CEDU (art. 9) nonostante le segnalate "incertezze"²² della nostra Carta costituzionale che sono state però ripetutamente colmate, sul piano delle intersezioni e dei collegamenti testuali, dal Giudice delle leggi²³. Mentre nel primo reclamo l'indice accusatorio viene puntato dai Reclamanti verso i moltissimi medici obiettori che discriminerebbe la salute riproduttiva della donna e la mancanza di iniziative politiche tese a contenerlo, nel secondo l'attenzione viene invece spostata sulla discriminazione lavorativa dei non obiettori pur persistendo vitali le critiche mosse al Servizio sanitario nazionale italiano che non sarebbe in grado di garantire l'accessibilità ai servizi pubblici di cui si è resa garante la legge n. 194 del 1978.

Il primo reclamo collettivo è stato accolto, con motivazioni rese note l'8 marzo del 2014, al termine di un lungo e complesso *iter* procedurale in cui il CEDS ha, tra l'altro, chiesto alle Parti informazioni aggiuntive riguardo ai due punti in discussione, chiedendo di precisare il numero di casi nei quali le donne italiane hanno effettivamente riscontrato difficoltà nell'accesso ai servizi per l'interruzione volontaria della gravidanza a causa dell'elevato numero di obiettori e le misure organizzative messe in atto a livello politico per il loro concreto contenimento.

²² Cfr. G. GALANTE, *Fedeltà alla Repubblica e libertà di coscienza*, in (a cura di) R. Nania, P. Ridola, *I diritti costituzionali*, I, 2^a ed., Giappichelli, Torino, 2006.

²³ Mi si permetta rinviare a F. CEMBRANI, G. CEMBRANI, *L'obiezione di coscienza nella relazione di cura*, SEEd, Torino, 2016.



E così anche il secondo reclamo nel quale il Comitato ha preliminarmente censurato l'Italia che, nonostante la precedente decisione, non avrebbe adottato nessuna misura correttiva per fronteggiare e così ridurre le criticità evidenziate (*"The Committee emphasises that these situations may involve considerable risks for the health and well-being of the women concerned, which is contrary to the right to the protection of health as guaranteed by Article 11 of the Charter"*). Nel merito il Comitato ha così evidenziato l'esistenza di più livelli di discriminazione: con violazione dell'art. 11 della Carta (Diritto alla salute) perché le donne italiane sono discriminate nella salute riproduttiva dall'elevato numero di obiettori e con violazione di quelle previsioni della stessa che tutelano il diritto al lavoro. Più in particolare dell'art. 1 § 2 della Carta, avendo il CEDS osservato che

"The Committee finds that this difference in treatment (the disadvantages suffered by non- objecting personnel) between non- objecting medical personnel and objecting personnel arises simply on the basis that certain medical practitioners provide abortion services in accordance with the law, therefore there is no reasonable or objective reason for this difference in treatment. Consequently, the Committee holds that the difference in treatment between the objecting and non- objecting medical practitioners amounts to discrimination in violation of Article 1§2 of the Charter".

E degli artt. 2, 3 e 26 della Carta sociale europea, così accogliendo le doglianze della CGIL che, in buona sostanza, aveva evidenziato gli effetti della situazione italiana sulla *"dignity of non-objecting physicians and medical personnel, in breach of the right to dignity at work enshrined in Article 26 of the Charter, read alone or in conjunction with the non-discrimination clause in Article E"*.

Al di là della discussa efficacia giuridica delle decisioni del Comitato che qualche interprete ha messo in relazione all'incerta vincolatività della Carta sociale europea²⁴ nonostante la forza dei Trattati internazionali, ciò che emerge dalla prima decisione assunta, a larga maggioranza, dal CEDS è la condanna del nostro Paese fondata sulla circostanza che né il Ministero della salute né l'Istituto centrale di statistica italiano hanno saputo (o voluto) fornire le informazioni aggiuntive richieste.

Informazioni che il Comitato europeo dei diritti sociali aveva prudentemente chiesto anche a fronte della memoria presentata dal nostro Governo nella quale si formulavano tre ordini di considerazioni. La prima,

²⁴ Cfr. **F. OLIVIERI**, *La Carta sociale europea tra enunciazioni, controllo e applicazioni nelle corti nazionali. La lunga marcia verso l'effettività*, in *Rivista del Diritto della sicurezza sociale*, 2008, p. 525.



che gli ostacoli eventualmente prodotti dall'elevato numero di medici obiettori non possono essere ritenuti una violazione del diritto alla salute della donna visto il continuo e costante decremento registrato negli anni del numero di aborti praticato nel nostro Paese; la seconda, che le modalità operative poste in essere dallo Stato italiano per assicurare il diritto della donna a interrompere volontariamente la gravidanza rientrano nel margine di apprezzamento e di discrezionalità riconosciuti a ciascun ordinamento dalla Carta sociale europea; la terza, che le criticità locali non possono essere comunque imputate al Governo italiano essendo invece da ascrivere ai livelli di responsabilità politica regionale riconosciuti tali dal Titolo V della Carta costituzionale (art. 117 Cost.). Come a dire che le responsabilità degli eventuali disservizi ripresi dalla cronaca²⁵ sono da mettere in conto alla politica regionale, così rinnovando quella (davvero poco seria) strada dello scaricabarile delle responsabilità che non è certo un vanto di cui andar fieri in Europa.

La richiesta di informazioni aggiuntive non è stata però onorata dal Governo italiano che, con sufficienza, si è limitato ad affermare di non essere in possesso di informazioni utili a documentare i problemi incontrati dalle donne a livello locale nell'accesso ai servizi, sottolineando che la riduzione del numero d'interventi interruttivi della gravidanza registrato

²⁵ Cfr. *Viaggio nei Reparti di Ginecologia. Dove il problema non è l'obiezione*, in *L'Avvenire*, 14 marzo 2014: "[...] Il viaggio comincia in Lombardia, Numero di aborti nel 2011:18.264. Numero di ginecologi non obiettori: 323. La matematica dice che mediamente, a settimana, a uno di questi medici toccano 1,3 aborti. All'incirca è la media nazionale, così come l'ha fotografata nell'ultima Relazione sulla legge n. 194 in ministero della Salute (che infatti mai ha lanciato un 'allarme obiezione') [...] E l'organizzazione –non la percentuale di medici non obiettori– è quello che permette agli ospedali di rispondere alle richieste delle pazienti. ... Al Santa Chiara di Trento tutto funziona alla perfezione. I non obiettori ci sono, eccome". A questo articolo di cronaca, scritto per stemperare confessionalmente i problemi che comunque esistono travisando i dati statistici reali, hanno fatto seguito la vibrata presa di posizione di **S. MORANO**, *Non obiettori, la verità vi prego sulla 194*, in *Il Manifesto*, 27 marzo 2014, con la quale, sostanzialmente, si denunciava la distanza dalla vita reale dei politici e degli amministratori e "il bluff degli annunci di prevenzione, sicurezza, accoglienza e riconoscere ai medici non obiettori la dignità di guardare negli occhi le donne reali", e, il giorno successivo, un articolo di **I. CAVICCHI**, *Aborto, in medici devono poter scegliere con coscienza*, in *Il fatto quotidiano*, nel quale si denunciano le coartazioni e le violenze subite dai medici ginecologi italiani costretti a un utilizzo opportunistico e strumentale dell'obiezione. Qualche settimana dopo il "bluff degli annunci" roboanti si è, purtroppo, reso ancora una volta drammaticamente evidente quando i quotidiani nazionali hanno riportato la notizia che un medico ginecologo, in quanto obiettore, si era rifiutato di sottoporre una donna ricoverata a Genova all'esame ecografico previsto nel caso di interruzione farmacologica della gravidanza con la conseguente denuncia della donna e l'intervento immediato dei Carabinieri in corsia (cfr. *Aborto e niente visita, la donna denuncia il medico obiettore*, in *la Repubblica*, 24 aprile 2014:).



negli anni avrebbe controbilanciato l'incremento dei medici obiettori anche a fronte della stipula di convenzioni con le strutture private di cui non è stato, tuttavia, esplicitato né il costo complessivo né la loro reale numerosità.

Questa presa di posizione, stigmatizzata (e non poteva non esserlo) dal CEDS, è stata ritenuta la spia del disinteresse dimostrato sulla questione dalle Autorità politiche italiane e il motivo di accoglimento del primo ricorso per la violazione dell'art. 11 della Carta sociale europea, che impegna gli Stati Parti ad assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla protezione della salute. Con una discriminazione di genere perché lo stato di gravidanza riguarda soltanto le donne e, più nel particolare, perché essa riguarda proprio quelle donne che non possono accedere ai servizi previsti dalla legge n. 194 del 1978 in condizioni di parità con altre donne a causa del fatto di trovarsi in contesti territoriali dove la concentrazione di obiettori rende, di fatto, l'accesso ai servizi dedicati con quella tempestività comunque richiesta da quella stessa norma.

E del secondo ricorso in cui, oltre a questa violazione, è stata anche contestata all'Italia la mancata attuazione di scelte pubbliche finalizzate a dare soluzione alle tante forme di discriminazione sui luoghi di lavoro dei medici non obiettori.

4 – L'obiezione di coscienza e l'interruzione volontaria della gravidanza in Italia

Senza ipocrisia, occorre naturalmente chiedersi se le ripetute censure mosse al nostro Paese dal CEDS siano l'esito di una *querelle* tra livelli diversi di responsabilità politica (europea e italiana) o se esse non siano, invece, la spia che qualcosa davvero non va nell'attuazione della legge che ha disciplinato l'interruzione volontaria della gravidanza; e, più in particolare, se l'elevato numero dei medici obiettori condiziona negativamente la salute riproduttiva della donna italiana e se l'obiezione sia o meno un fattore che discrimina i professionisti nei luoghi di lavoro.

La risposta a queste questioni non è affatto semplice perché mancano indicatori specifici per poterle affrontare in maniera rigorosa e metodologicamente corretta, mettendosi al riparo dai pregiudizi che su quest'area tematica sono ampi e diffusi, nonostante i tanti indicatori statistici contenuti nella Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 che il Ministro della salute è tenuto a presentare annualmente al Parlamento.



Nell'ultima Relazione, presentata il 2 novembre 2015 (dati definitivi relativi al 2013 e dati preliminari relativi al 2014), si confermano i valori davvero elevati degli obiettori tra il personale di assistenza (medico, infermieristico, ostetrico, strumentisti di sala operatoria e personale di supporto) e la forte variabilità regionale: con punte massime registrate, tra i ginecologi, in Molise (93,3%), nella Provincia autonoma di Bolzano (92,9%) e in Basilicata (90,2%) e, tra gli anestesisti, in Sicilia (79,2%), in Calabria (77,2%) e in Molise (76,7%) e con punte minime, invece, registrate in Valle d'Aosta (13,3% tra i ginecologi e 25,0% tra gli anestesisti). Dunque, con un'ampia variabilità non solo regionale ma anche all'interno della stessa categoria medica visto l'ampio *gap* percentuale che si registra tra i ginecologi e gli anestesisti obiettori (70% vs. 49,3%), anche se non sappiamo quanti sono, tra i primi, gli obiettori che lavorano nei Consultori familiari e nelle strutture socio-sanitarie abilitate dalle Regioni e a cui la donna si deve rivolgere prima dell'atto abortivo e quelli che, invece, lavorano in corsia dove si pratica l'atto interruttivo della gravidanza. Indicatori che dovrebbero essere contenuti nella Relazione annuale perché una cosa sono le criticità incontrate dalla donna prima di interrompere la gravidanza (in quella fase, cioè, in cui la legge 194 prevede il colloquio con la stessa, gli accertamenti clinici per la diagnosi di gravidanza, la relazione di aiuto per dare una soluzione ai problemi che la motivano a chiedere di interrompere la gravidanza e i relativi atti certificativi), un'altra cosa sono, invece, le difficoltà che la stessa può incontrare nell'effettuazione dell'atto abortivo, trascorsa la pausa di riflessione dal rilascio del documento. Qualche ulteriore problema si pone, poi, riguardo all'attualità di questi indicatori statistici per il noto effetto "a gliogliottina"²⁶ di cui si rende protagonista l'art. 9 della legge n. 194 e per l'effetto del quale chi partecipa alle procedure oggetto dell'obiezione di coscienza decade immediatamente dalla stessa pur avendola regolarmente presentata. Con la conseguenza che i registri statistici territoriali dovrebbero essere periodicamente aggiornati per verificare l'attualità della scelta coscienziale comunicata dai professionisti nel rispetto delle formalità previste dalla legge proprio per il dinamismo che ha la nostra coscienza²⁷.

²⁶ Cfr. A. D'ATENA, *Interruzione volontaria della gravidanza. Commento all'art. 9*, in (a cura di) C.M. Bianca et Al., *Le nuove leggi civili commentate*, Cedam, Padova, 1978.

²⁷ Cfr. A. D'ATENA, *Interruzione volontaria della gravidanza*, cit., che non ha escluso che la revoca dell'obiezione possa essere espressa anche attraverso una dichiarazione perché sarebbe fuori luogo l'asimmetria previsionale tra la sua proposizione e la sua revoca anche per gli effetti dannosi prodotti sull'efficienza del servizio. Dichiarazione che, però, non è stata prevista dalla norma con la conseguenza che le organizzazioni sanitarie non hanno



Pochi o tanti che essi siano - e con queste carenze informative che possono essere colmate con un minimo di buona volontà - bisogna però chiedersi se il loro numero possa incidere o meno sulla salute riproduttiva della donna italiana; se l'obiezione di coscienza sia o meno una scelta autentica o veritativa; quali siano le attività davvero interferite dalla scelta astensiva, anche per rispondere alle legittime preoccupazioni degli obiettori non umorali che temono la decadenza immediata dell'obiezione nell'ipotesi della loro partecipazione ad attività poste sotto il suo ombrello protettivo; e se non sia oramai arrivato il tempo di fare un passo in avanti sul piano dell'organizzazione dei servizi per migliorarli contenendone, naturalmente, i costi vista anche la drammatica crisi finanziaria attraversata da tutti i Paesi dell'Eurozona. A patto di non volere restare nelle sabbie mobili (mi si perdonerà il gioco di parole) dell'insano immobilismo italico, continuando a sostenere che il problema della salute riproduttiva della donna è un falso problema; che esso viene, di regola, cavalcato per ragioni ideologiche; che la Carta sociale europea non è un Trattato internazionale; e che il CEDS è un organo politico i cui pareri non sono vincolanti pur facendo l'Italia parte dell'Europa.

Sulla prima questione occorre essere realisti e considerare che i tre indicatori presi in esame dalla Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978 (offerta del servizio in relazione al numero assoluto di strutture disponibili; offerta del servizio in relazione alla popolazione femminile in età fertile e ai punti nascita; e offerta del servizio in relazione al numero medio settimanale di interventi interruttivi della gravidanza effettuati da ogni ginecologo non obiettore) non convincono.

Non spiegano, ad esempio, il perché in Italia siano davvero poche le donne che riescono a interrompere la gravidanza con modalità farmacologica (o non chirurgica)²⁸, i motivi reali che dilatano eccessivamente i tempi di attesa dell'atto abortivo dopo la redazione del documento (che devono essere contenuti rispetto al limite dei 7 giorni che la norma prevede come pausa di riflessione)²⁹, e il perché si ricorra ancora, specie nelle regioni del sud, al raschiamento uterino (più del 30% delle IVG) quando esistono opzioni terapeutiche meno cruente. Facendo anche chiarezza su quanti sono i contratti a gettone che le articolazioni funzionali

mai chiara la situazione riguardo al numero effettivo degli obiettori.

²⁸ Nell'ultima Relazione presentata in Parlamento dal Ministro della salute risulta che solo il 9,7% degli interventi interruttivi della gravidanza è stato praticato in modalità farmacologica con ampie differenze regionali.

²⁹ I tempi di attesa sono purtroppo superiori a tre settimane in non pochi casi con punte massime registrate in Veneto (25,7% delle IVG), in Calabria (22,0%) e in Sicilia (19,7%).



del Servizio sanitario nazionale sono costrette ad attivare per garantire la funzionalità dei servizi; quali sono davvero i costi aggiuntivi messi a bilancio per avvalersi dell'apporto professionale di medici non obiettori; quali sono le eventuali misure organizzative messe in campo per garantire la presa in carico della donna prima e dopo l'atto interruttivo della gravidanza; qual'è l'impegno realizzato dagli obiettori per prevenire l'interruzione della gravidanza; quali e quante sono le iniziative formative realizzate a livello locale per sensibilizzare i professionisti facendo chiarezza sull'oggetto dell'obiezione; e quali sono le idee espresse da chi realmente accede a questa pratica terapeutica per migliorare il servizio.

Servirebbero, infatti, altri e più precisi indicatori di processo e di esito (*outcomes*) per capire davvero la dimensione reale dei problemi che, periodicamente, i *media* segnalano all'attenzione pubblica in seguito alle numerose denunce di disservizio denunciate dalle donne italiane, rinunciando a indicatori poco sensibili e, a me almeno pare, costruiti artificialmente per consolidare un'idea di fondo messa in discussione dal CEDS: che, nel nostro Paese, la salute riproduttiva della donna non è in alcun modo compromessa dal numero elevato dei medici obiettori; che la più ridotta schiera dei non obiettori è comunque in grado di far fronte alla richiesta della donna stessa di interrompere volontariamente la gravidanza; e che essi non sono assolutamente discriminati sui luoghi di lavoro.

Seconda questione: ma siamo proprio sicuri che il diffuso *non facere* dei medici e degli altri professionisti della salute riguardo agli interventi interruttivi della gravidanza risponda a criteri di autenticità coscienziale e non ad altri moti dell'animo umano? Senza pensare al sabotaggio della norma³⁰, siamo, cioè, certi che essa sia una testimonianza pubblica veritativa e non un'opzione di comodo per sottrarsi a un'attività davvero onerosa sul piano dell'impegno richiesto al professionista anche a fronte dei crescenti carichi di lavoro che gravano su questi professionisti?

La questione è ampia e tocca diversi aspetti, amplificati dall'assoluta carenza di studi osservazionali che sarebbe doveroso promuovere a livello locale garantendo lo stretto anonimato degli intervistati. Tuttavia, provando a contenerla anche per ragioni di spazio, è chiaro che essa risente della discutibilissima scelta legislativa che, purtroppo, si è ben guardata dal bilanciare il *non facere* astensivo con l'esigenza di pretendere dall'obiettore una prestazione sostitutiva, trasfigurando l'eccezione in una prassi generalizzata: si obietta, cioè, senza che lo Stato pretenda il pagamento di

³⁰ Cfr. S. CANESTRARI, F. MANTOVANI, P. VERONESI, *L'obiezione di coscienza e le riflessioni del giurista nell'era del biodiritto*, in *Criminalia*, Edizioni ETS, Pisa, 1, 2011..



un prezzo veritativo che, peraltro, laddove la nostra scelta morale incrocia gli altrettanto legittimi interessi e diritti della donna, dovrebbe essere non certo simbolica³¹. Il *non facere* astensivo coscienziale dovrebbe essere, infatti, bilanciato dalla (legittima) pretesa di una prestazione sostitutiva che, oltre a dare autenticità e robustezza alla scelta individuale, non essendo consentita alcuna intrusione sulla *privacy* personale come era stato inizialmente previsto per il rifiuto al servizio di leva, dovrebbe perseguire proprio quelle attività che l'obiettore ritiene incompatibili e inconciliabili con il suo foro interiore. Dedicando, ad esempio, il tempo richiesto dall'atto interruttivo della gravidanza (che non è, si badi bene, solo quello chirurgico, perché la donna richiede comunque di avere una continuità nella sua presa in carico prima e dopo l'atto abortivo) alle attività dei Consultori familiari, all'educazione sessuale dei giovani fatta nelle scuole e alla prevenzione delle gravidanze indesiderate. Pretesa che dovrebbe essere normativamente prevista per non mettere a repentaglio la tenuta dell'ordine costituito (e la stessa tassatività dell'ordinamento) e, in ogni caso, ragionevolmente richiesta a ogni dipendente pubblico dall'organizzazione sanitaria di appartenenza. La cui maturità si misura anche in questa assunzione di responsabilità che non è certo il tentativo di un'illegittima intrusione nella *privacy* dei singoli, ma di dare a essa una solidità veritativa provando a bilanciare i diritti inviolabili con i doveri inderogabili³².

Terza questione: ma quali sono le attività davvero interferite dall'obiezione di coscienza, visti e considerati i dubbi di cui si rende purtroppo protagonista l'art. 9 della legge n. 194 del 1978? In altre parole, i contenuti antinomici indicati dai commi 1 e 3 dello stesso devono essere risolti sul piano interpretativo in prospettiva ampia, come qualcuno vorrebbe³³, al punto tale da fare rientrare sotto l'ombrello protettivo dell'obiezione tutte le attività che precedono e fanno seguito all'atto abortivo o, al contrario, in termini rigorosamente restrittivi³⁴?

³¹ Così, ad esempio, **F. ONIDA**, *Contributo ad un inquadramento giuridico del fenomeno delle obiezioni di coscienza (alla luce della giurisprudenza statunitense)*, in *Il Diritto ecclesiastico*, 1982, 3, p. 225.

³² Sui rapporti tra diritti e doveri si veda la bella e attualissima monografia di **S. PRISCO**, *Fedeltà alla Repubblica e obiezione di coscienza. Una riflessione sullo Stato laico*, Jovene, Napoli, 1986.

³³ Così, ad esempio, **C. CASINI**, **F. CIERI**, *La nuova disciplina dell'aborto*, Cedam, Padova, 1978.

³⁴ Così **S. ATTOLINO**, *Obiezione di coscienza e interruzione volontaria della gravidanza: la prevalenza di un'interpretazione restrittiva*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (www.statoechiese.it), 28 ottobre 2013. Su questa linea di pensiero si veda, anche, **D'ATENA**, *Interruzione volontaria della gravidanza*, cit.



La dottrina ha, a questo riguardo, giustamente osservato che l'art. 9 della legge sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza alterna contenuti chiari e non opinabili a previsioni che possono essere interpretate in modo diverso³⁵.

La non opinabilità riguarda:

(a) i professionisti titolari di questo diritto di libertà, individuati "nel personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie" (art. 9, primo comma);

(b) le formalità (indicate nella "preventiva dichiarazione") che l'obiettore è tenuto a rispettare sul piano procedurale per far valere questo diritto di libertà (art. 9, secondo comma);

(c) quali sono (art. 9, secondo comma) i soggetti istituzionali ai quali la "preventiva dichiarazione" dev'essere inviata e la sua tempistica:

"deve essere comunicata al medico provinciale e, nel caso di personale dipendente dall'ospedale o dalla casa di cura, anche al direttore sanitario, entro un mese dall'entrata in vigore della presente legge o dal conseguimento all'abilitazione o dall'assunzione presso un ente tenuto a fornire prestazioni dirette alla interruzione della gravidanza o dalla stipulazione di una convenzione con enti previdenziali che comporti l'esecuzione di tali prestazioni";

(d) il lasso di tempo (art. 9, secondo comma e terzo comma) con cui la "preventiva dichiarazione" produce il suo effetto (che è immediato essendo, tuttavia, stato previsto che l'"obiezione può [...] venire proposta anche al di fuori dei termini di cui al precedente comma", ma che in tal caso essa produce il suo "effetto dopo un mese dalla sua presentazione");

(e) le situazioni in cui questa libertà viene meno (art. 9, quinto comma e sesto comma), non potendo l'obiezione essere invocata dal personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie quando, data la particolarità delle circostanze, il loro personale intervento è indispensabile "per salvare la vita della donna in imminente pericolo";

(f) le modalità della sua revoca (art. 9, sesto comma), visto che l'obiezione s'intende revocata con effetto immediato "se chi l'ha sollevata prende parte a procedure o a interventi per l'interruzione della gravidanza previsti dalla presente legge, al di fuori dei casi di cui al comma precedente".

L'antinomia riguarda, invece, l'oggetto dell'obiezione di coscienza esplicitato dapprima (art. 9, primo comma) nelle "procedure di cui agli articoli 5 e 7" della legge per essere poi circoscritto (art. 9, terzo comma) al

³⁵ Cfr. A. D'ATENA, *Interruzione volontaria della gravidanza*, cit..



“compimento delle procedure e delle attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza”.

Il che pone tutta una serie di difficoltà pratiche riguardo all’individuazione dell’oggetto dell’obiezione che, in ogni caso, devono fare i conti con la doverosità dell’“assistenza antecedente e conseguente all’intervento”, anche ammettendo che, in quegli anni, non erano ancora disponibili le opzioni farmacologiche oggi utilizzabili con il medesimo scopo.

Quest’antinomia non può essere, purtroppo, risolta facendo ricorso ai plurimi riferimenti complementari indicati dallo stesso art. 9 che sono qualitativamente diversi³⁶: l’individuazione di quelli in positivo è, infatti, affidata a un criterio di tipo finalistico (le “attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza”) mentre quelli in negativo derivano da un criterio diverso, che è di tipo cronologico, perché l’atto interruttivo della gravidanza viene messo su un piano diverso rispetto all’assistenza antecedente e conseguente al medesimo.

Con la conseguenza che anche questi riferimenti risultano sì utili a illuminarne alcuni chiaroscuri, pur non essendo in grado di dare una soluzione definitiva a quell’antinomia normativa, come dimostrano le opposte linee di pensiero degli interpreti. Da una parte c’è, infatti, chi ritiene che l’obiezione copra tutte le attività e le procedure indicate da quella legge del 1978 (ivi compreso il colloquio con la donna, la diagnosi di gravidanza e il rilascio del documento - oltre che del certificato - d’urgenza); dall’altra c’è chi, invece, dà a quella antinomia una soluzione restrittiva, come ha fatto, in maniera del tutto convincente, la pur scarsissima giurisprudenza che si è andata formando in riferimento alla casistica degli adempimenti rifiutabili dal personale sanitario nel campo dell’interruzione volontaria della gravidanza e ha, invece, costantemente connotato in maniera vincolata l’oggetto dell’obiezione di coscienza sia in ambito penale³⁷ che in

³⁶ Così ancora A. D’ATENA, *Interruzione volontaria della gravidanza*, cit.. Si veda anche P. NUVOLONE, *Gravidanza (interruzione della), diritto costituzionale e penale*, in *Novissimo Digesto italiano*, Utet, Torino, 1982.

³⁷ Cfr. G. ZAGREBELSKY, *Nota a Pretura Ancona, 9 ottobre 1979*, in *Giurisprudenza italiana*, 1980, II, p. 189. Con questa sentenza sono stati sanzionati (rifiuto/omissione di atti d’ufficio), sia pur con motivazioni diverse, un cardiologo che aveva omesso di sottoporre una donna a un esame elettrocardiografico propedeutico all’effettuazione dell’atto interruttivo della gravidanza e di due ostetriche che, in un’altra circostanza, avevano rifiutato di preparare il campo sterile della sala operatoria perché obiettrici di coscienza. Se è vero è che, in ambedue le situazioni, i comportamenti censurati non hanno riguardato né le procedure né le attività disciplinate dagli artt. 5 e 7 della legge n. 194 si deve osservare



quello amministrativo³⁸.

che le prestazioni omesse, di cui è stata contestata la rilevanza penale, erano comunque finalisticamente destinate, sia pur per la sicurezza della donna, all'interruzione della gravidanza e che, senza di esse, non sarebbe stato certo possibile realizzare l'atto abortivo: perché l'asepsi della sala operatoria è una condizione pregiudiziale all'intervento chirurgico e perché senza la valutazione dello specialista cardiologo l'anestesista non avrebbe certo corso il rischio di sottoporre la donna alla sedazione generale in vista dell'effettuazione dell'intervento medesimo. In quest'ultima circostanza, sia pur con l'attenuante dei motivi di particolare rilievo morale, il Giudice ha sostenuto la necessità di un'interpretazione restrittiva dell'obiezione di coscienza ritenendo che l'effettuazione dell'indagine strumentale pre-operatoria lasciava ancora spazio alla donna di desistere dall'atto chirurgico abortivo ritenendo rifiutabili le sole attività causalmente produttive di quest'atto quali "l'anestesia vera e propria e l'intervento abortivo". Più recentemente si veda anche Cass. 14979/ 2013 e il mio commento, *Le fasi rispetto alle quali può legittimamente operare l'esonero astensivo dell'obiezione di coscienza negli interventi di interruzione volontaria della gravidanza. Brevi riflessioni a margine di una recente sentenza della Corte di Cassazione*, in *Rivista italiana di Medicina legale e del Diritto in campo sanitario*, 2014, 1, pp. 322-330. Qui è sufficiente ricordare che la vicenda esaminata dalla Corte ha riguardato il duplice rifiuto espresso da un medico obiettore di assistere una donna sia in sala travaglio per l'espulsione del feto sia, anche, nella fase del secondamento (espulsione della placenta): omissioni, queste, che secondo la difesa dell'imputata non avrebbero comportato la violazione dell'art. 328 della legge penale perché poste sotto l'ombrello protettivo dell'obiezione di coscienza. I supremi Giudici hanno obiettato alla debolezza delle argomentazioni difensive ritenendo, in buona sostanza: (a) che la lettura coordinata delle disposizioni date dalla legge n. 194 evidenzia come la stessa opera un fondamentale distinguo tra l'intervento sanitario in senso stretto e le attività a esso connesse; (b) che l'esonero esclude l'attività antecedente e conseguente all'intervento; (c) che l'astensione deve essere riferita, dunque, al solo atto interruttivo della gravidanza esaurito il quale il medico non può opporre legittimamente alcun rifiuto dal prestare l'assistenza necessaria alla donna. Con la conseguenza che è la salute della donna la priorità perseguita dalla legge e che è questa priorità ciò che rappresenta il discrimine nel determinare la casistica degli adempimenti che l'obiettore può legittimamente rifiutare anche per non incorrere nella revoca immediata dell'obiezione con quel temibilissimo effetto a ghigliottina di cui si è già detto-

³⁸ Così la sentenza n. 30 del 29 gennaio 1981 del Tribunale amministrativo regionale della Romagna e la più nota sentenza n. 3477 del 14 settembre 2010 del Tribunale amministrativo regionale della Puglia che ha annullato la deliberazione della Giunta regionale della medesima Regione n. 735 del 15 marzo 2010 e dell'atto conseguente che bandiva la procedura concorsuale con cui si prevedeva l'assegnazione ai Consultori familiari di medici e di ostetriche non obiettori. Con tale sentenza, i Giudici amministrativi pugliesi, pur dando atto che "il comma 1 dell'art. 9 sembrerebbe estendere l'esonero per i medici obiettori all'intera procedura di cui all'art. 5 legge n. 194/1978", hanno, infatti, ritenuto che "una corretta interpretazione sistematica che coordini il comma 1 con il comma 3 delle disposizioni in commento induce a ritenere che il riferimento all'art. 5 operato dall'art. 9, comma 1 legge n. 194/1978, sia rivolto esclusivamente alla pratica di interruzione volontaria della gravidanza (procedure e attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare detta interruzione per le quali indiscutibilmente opera l'esonero che [...] non vengono praticate all'interno dei Consultori) e non già ad



Questa prospettiva interpretativa, più rigorosa e aderente all'impianto complessivo della norma, individua il centro di gravità della disciplina nel terzo comma dell'art. 9 e, dunque, nelle "attività specificatamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza": attività che, sul piano della coerenza logica, sono da interpretare come principio selezionatore rispetto al campo generale definito più estensivamente dal primo comma dell'art. 9, ovverosia "le procedure di cui agli artt. 5 e 7" della legge. La conseguenza di ciò è che il campo di applicazione dell'obiezione di coscienza nell'interruzione volontaria della gravidanza attiene le sole attività finalisticamente dirette a interromperla, e non già l'assistenza antecedente e conseguente all'intervento – chirurgico o farmacologico che esso sia – ivi compresa anche la fase del secondamento quando il farmaco è già stato assunto dalla donna e quando l'interruzione della stessa si è, dunque, già realizzata, ipotizzandosi, in caso contrario, la fattispecie criminosa indicata dall'art. 328 della legge penale³⁹.

In definitiva, seguendo questa impostazione restrittiva che non trova, tuttavia, unanimità tra gli interpreti⁴⁰:

1) la *sedes materiae* dell'obiezione di coscienza è da individuare nel terzo comma dell'art. 9 della legge 194 del 1978;

2) l'integrazione dei criteri selezionatori indicati dallo stesso art. 9 della legge consente di circoscrivere l'oggetto dell'obiezione di coscienza al solo intervento abortivo e alle sole attività a ciò specificatamente finalizzate;

attività di informazione, consulenza e assistenza psicologica della gestante [...], né alle funzioni proprie del ginecologo [...] che [...] esulano dall'iter abortivo e che vengono istituzionalmente svolte dai Consulenti familiari". Tale percorso motivazionale, strumentale alle decisioni poi assunte dai Giudici amministrativi pugliesi (l'annullamento degli atti che avevano escluso l'accesso concorsuale ai consultori familiari ai professionisti sanitari obiettori), non appare, tuttavia, lineare sul piano della coerenza argomentativa. Ciò a causa di una premessa discutibile: che "nei consultori non si pratica materialmente l'interruzione volontaria della gravidanza per la quale unicamente opera l'obiezione". Perché l'affermare che in queste strutture si praticano le sole attività di assistenza psicologica della donna e le funzioni di diagnosi e cura è solo in parte veritiero. Se è vero che queste attività esulano dall'iter abortivo altrettanto vero è, infatti, che tali attività devono essere comunque considerate parte integrante delle attività e delle procedure indicate dalla legge n. 194 del 1978.

³⁹ Cfr. Cass. n. 14979 del 2013.

⁴⁰ Per tutti, **A.C. JEMOLO**, *Lezioni di diritto ecclesiastico*, 5^a ed., Giuffrè, Milano, 1979, p. 28: "Questa limitazione sembra veramente offensiva della libertà di coscienza. A noi pare che debba essere riconosciuto anche al portantino il rifiutarsi di spingere il carrello su cui è la paziente verso la sala operatoria in cui verrà praticato l'aborto".



3) l'obiezione non copre, in alcun modo, le attività e le procedure indicate dall'art. 5 e dall'art. 7 della legge, che non sono comunque rifiutabili dall'obiettore analogamente all'assistenza antecedente e conseguente all'intervento.

Quinta questione: l'esigenza di fare un passo in avanti anche sul piano normativo senza cedere alle lusinghe riformistiche dell'allargare e del restringere troppo non condividendo né l'idea di chi vorrebbe dilatare l'obiezione a tutte le materie sensibili né l'idea di chi ne auspica uno scenario di morte.

Entrambe le idee espresse dagli interpreti prestano, infatti, il fianco ad alcune ragionevoli critiche.

La posizione di chi difende l'obiezione di coscienza a tutti i costi e con ogni mezzo dimentica – o finge di non vedere – quali sono le sue conseguenze pratiche in quei campi della vita collettiva in cui il *non facere* dell'obiettore incide direttamente e nell'immediato sui diritti e sulle libertà degli altri consociati, mettendo in discussione la sussidiarietà delle istituzioni pubbliche e la stessa idea di solidarietà che ne rappresenta le basi fondative. Ciò perché l'esercizio di ogni nostro diritto di libertà deve di necessità fare i conti con l'idea di solidarietà e di mutua cooperazione che tiene assieme le maglie di una collettività nella cui rete coesistono aspetti culturali e umani profondamente diversi. Dando rilievo al fatto che il loro esercizio pratico sarebbe puramente teorico senza questa prospettiva di fondo, che è la sola a porci nelle condizioni di potere realmente esercitare i diritti e le libertà in un contesto concreto e vitale e non su un'isola deserta. Perché un conto è vivere da soli su di essa, essendo le nostre libertà soggette al solo vaglio condizionato dalla variabilità ambientale e dalle nostre necessità fisiologiche; un altro è, invece, scegliere responsabilmente di compiere il nostro arco di vita in un contesto collettivo dinamicamente ordinato dove gli orientamenti filosofici, religiosi e morali restano diversi e dove, proprio a causa di questa diversità, la scelta democratica durevole e sicura non è quella di agire con i mezzi della repressione ma con la cultura della sussidiarietà, del rispetto, della non discriminazione, della reciprocità e della solidarietà. Coltivando la non illusoria certezza che l'idea di giustizia è fatta sì di diritti e di libertà di base iscritte in ogni persona umana ma che esse, proprio perché siamo esseri umani, si devono relazionare, in prospettiva conciliante, con le ragioni pubbliche, con gli interessi collettivi, con i doveri inderogabili e con un'equa uguaglianza delle opportunità



concesse a tutti⁴¹. Perché la loro parità, spesso annunciata a voce, viene troppo spesso tradita nei fatti⁴².

Senza quest'idea di fondo ciò che viene compromesso è la stessa idea di democrazia e la tenuta delle sue istituzioni che devono garantire (e promuovere) le stesse libertà di base e le stesse opportunità a tutti i consociati, senza discriminazione alcuna e in termini conciliativi.

La conseguenza è che questa difesa a oltranza non convince appieno, non tenendo in alcuna considerazione né gli aspetti che fanno da fondamento teorico all'idea della democrazia liberale né, almeno nel nostro Paese, gli effetti prodotti dall'elevatissimo (aberrante) numero di medici obiettori non chiamati a pagare alcun onere per la loro testimonianza pubblica.

Tuttavia, qualche ragionevole critica deve essere anche mossa anche alla tesi contraria.

Chi afferma che l'obiezione di coscienza è un lusso che non ci possiamo più permettere forza, del tutto impropriamente, la perversione degli effetti pratici conseguenti a un suo utilizzo distorto che non può essere sempre interpretato in chiave confessionale. Arrivando al punto da considerarla, addirittura, un temibilissimo avversario dell'ordine e della legalità costituita dalla maggioranza e così scartando, frettolosamente, quella prospettiva teorica (non solo costituzionale ma anche antropologica) che deve essere salvaguardata e difesa. Perché negare il valore della coscienza e il diritto di ogni essere umano ad avere una coscienza è come amputare la persona umana di un suo tratto costitutivo specifico, individualizzante, irripetibile, anche se questo non significa certo posizionarla in uno spazio assiologico di ordine metafisico (o trascendente) ma storicizzarla nella trama dei valori costituzionali e all'interno della stessa idea di dignità. Considerando, quest'ultima, non già come un (ulteriore) diritto che si affianca, per così dire, agli altri diritti e libertà sancite dalla trama degli ordinamenti, ma come quel qualcosa che le caratterizza in maniera ordinata e che consente il loro effettivo esercizio dentro il vivere collettivo. Dando forma, spessore e volume alla democrazia che non è, certo, un vuoto di relazioni, di nessi e di significati, a prescindere dai condizionamenti metafisici, filosofici e politici religiosi che su di essa vanno comunque a incidere. E la cui asticella è stata posta, dai nostri Padri

⁴¹ Cfr. **S. PRISCO**, *Fedeltà alla Repubblica*, cit. Si veda anche **A. PUGIOTTO**, *Obiezione di coscienza nel diritto costituzionale*, in *Digesto discipline pubbliche*, X, Utet, Torino, 1995. E, più recentemente, **F. GRANDI**, *Doveri costituzionali e obiezione di coscienza*, Esi, Napoli, 2014.

⁴² Cfr. **S. RODOTÀ**, *Il diritto di avere diritti*, Laterza, Roma-Bari, 2013.



costituenti, in una direzione straordinariamente performante che non possiamo trascurare.

Dunque, entrambi i lati estremi dell'accesa disputa che il dibattito italiano registra sull'obiezione di coscienza non convincono appieno. Perché il primo forza la prospettiva teorica e antropologica della coscienza e della libertà del suo esercizio senza considerarne gli effetti pratici e la circostanza che la preminenza dell'una non può certo decretare la sconfitta dell'altra; e perché il secondo enfatizza le conseguenze pratiche del *non possum* coscienziale al punto, poi, da mettere in discussione la stessa legittimità del diritto di obiettare. Nella prima posizione prevalgono gli aspetti teorici a discapito degli effetti pratici; nella seconda si amplificano, invece, questi ultimi ovattando, di conseguenza, gli aspetti della teorica costituzionale e della filosofia del diritto.

Pur senza l'ambizione di sferrare a queste opposte tesi interpretative quei colpi mortali che si colgono nelle provocazioni di qualche interprete, ciò che mi sembra ragionevole è assumere una posizione intermedia tra i due estremi. Difendendo sì l'obiezione di coscienza (e il diritto dell'essere umano ad avere una coscienza) ma con una difesa certo non aprioristica, non trascurando i pericoli della sua strumentalizzazione e del suo uso improprio quando, addirittura, non umorale, di opportunità o di comodo. Ma mantenendola però dentro il ristretto spazio perimetrale offerto dall'eccezione derogatoria dell'interposizione affidata al legislatore dell'urgenza che è chiamato a contenere quegli abusi numerici così preoccupanti registrati, almeno nel mondo sanitario, nel nostro Paese.

Da ciò l'idea che l'obiezione di coscienza deve essere interpretata come un'eccezione rispetto alla regola generale che chiede a ogni consociato l'ubbidienza (non passiva ma consapevole) ai precetti dell'ordinamento, nell'ipotesi in cui il diritto del singolo può compromettere i diritti e le libertà degli altri. Quando, cioè, l'astensione o il *non possum* coscienziale incida non in astratto sulla loro concreta e piena esigibilità.

Il che non significa abdicare all'idea che la coscienza continua a mantenere un ampio livello di protezione costituzionale: questo non è in discussione e, anzi, l'ordinamento nel suo complesso è doverosamente chiamato a dare spazio alle coscienze di ogni singolo consociato rafforzandone la promozione come bene di rango primario. Attraverso un doppio binario di tutela, riconoscendo:

- 1) uno spazio e una tutela generale ai moti dell'anima quando gli stessi non vanno a incidere sull'esigibilità dei diritti di terzi, purché gli stessi non siano fonte né di disuguaglianze né di discriminazioni;
- 2) una tutela particolare nell'ipotesi in cui il *non possum* dell'obiettore possa rappresentare un ostacolo reale e concreto alla soddisfazione e



garanzia di questi diritti. Perché, in questa seconda ipotesi, l'obiezione deve continuare a essere un'eccezione stabilita dal legislatore dell'urgenza chiamato al difficile compito di disciplinare la deroga anche se questo non significa ridurre né il livello di garanzia costituzionale assegnato alla coscienza né il diritto di ciascun essere umano ad avere una coscienza .

Per rimanere tale, è pacifico che l'eccezione deve essere garantita e salvaguardata da qualcuno. Non certo dai diversi gruppi identitari ma dalla maggioranza parlamentare chiamata, nella prudente attività di interposizione, al difficile compito di caratterizzare il reale conflitto costituzionale senza cedere alle pressioni confessionali, com'è avvenuto nel campo degli interventi di procreazione medicalmente assistita quando gli stessi (almeno inizialmente) non ponevano certo in discussione la possibilità di intervenire sugli ovociti fecondati. Disciplinando il suo esercizio pratico, nelle ipotesi in cui ciò è realmente necessario, con vincoli procedurali non solo legittimi ma soprattutto produttivi di effetti pratici, bilanciando, sempre e comunque, i diritti inviolabili con i doveri inderogabili e ricercandone un loro, non sempre semplice, punto di equilibrio. Per non farla diventare un'opzione di comodo o una vera e propria forma di lotta politica perpetrata con la resistenza e con la disubbidienza civile che, come si è visto, sono altre fattispecie rispetto al *non facere* obiettorio. E insistendo, di necessità, sulla prestazione sostitutiva che ci sembra essere il solo strumento che può essere legittimamente usato nell'interposizione perché la coscienza mantenga viva la sua struttura veritativa, non essendo consentito alcun esame intrusivo nel vaglio coscienziale da parte di chicchessia. Senza verità la coscienza si svilisce, perde forza e vigore, si trasforma nei fantasmi più o meno spaventosi ma comunque sempre temibili dell'egoismo imperante o dell'ipocrisia diffusa, perdendo il suo nucleo genetico connotativo. Senza dimenticare che, proprio in quanto testimonianza pubblica, il *non possum* coscienziale pretende il pagamento di un prezzo non in astratto ma in concreto; la cui onerosità dovrebbe essere (legittimamente e ragionevolmente) tanto maggiore quanto più elevato è il pregiudizio arrecato dall'obietto al regolare funzionamento dei servizi, al perseguimento degli obiettivi cui essi sono rivolti e alla stessa esigibilità dei diritti di chi al servizio si rivolge esprimendo un bisogno di salute che deve sempre trovare una risposta attenta e responsabile.

5 - Le strade possibili per dare una sostenibilità pubblica all'obiezione di coscienza



Le criticità incontrate dal nostro Paese nella piena attuazione della legge sulla tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza meritano, a questo punto, un'attenta e serena ponderazione che non può non tenere conto delle decisioni di merito che il Comitato europeo dei diritti sociali del Consiglio d'Europa ha assunto a fronte dei reclami collettivi che allo stesso sono stati ripetutamente presentati dai soggetti a ciò abilitati dal Protocollo addizionale alla Carta sociale europea del 1995, della violazione dei diritti da essa riconosciuti e tutelati e dei conseguenti livelli di discriminazione multipla accertati, inerenti sia la donna che i medici non obiettori.

Relativamente alla donna, il CEDS ha, infatti, ribadito, nell'ultima decisione, l'esistenza di quei discrimini basati sulla condizione di salute della donna, sul luogo della sua residenza e sulle sue condizioni socio-economiche che avrebbero fatto riemergere le *"interruzioni di gravidanza clandestine, in modo particolare tra le donne immigrate"* (decisione di merito sul reclamo collettivo n. 87 del 2012): evidenziando che esse

"are closely linked and constitute a claim of 'overlapping' or 'multiple' discrimination, whereby certain categories of women are allegedly subject to less favourable treatment in the form of impeded access to lawful abortion as a result of the combined effect of their, health status, territorial location and socioeconomic status".

Relativamente ai medici non obiettori, il CEDS ha, invece, accertato la violazione degli art. 1, secondo comma, e 26, secondo comma, della Carta sociale europea rilevando che

"this difference in treatment (the disadvantages suffered by non-objecting personnel) between non- objecting medical personnel and objecting personnel arises simply on the basis that certain medical practitioners provide abortion services in accordance with the law, therefore there is no reasonable or objective reason for this difference in treatment".

Questi multipli livelli di discriminazione non possono, naturalmente, lasciarci indifferenti offrendoci lo stimolo a prendere sulle diverse questioni una posizione che non può essere condizionata dalle nostre pur legittime posizioni morali. Farlo, appellandosi alla (secondo qualcuno) discutibile efficacia giuridica della Carta sociale europea, che pur resta un Trattato internazionale al pari della CEDU, significa disprezzare le molte forme di fragilità che, per chi esercita il mio mestiere, si incontrano nella quotidianità del lavoro rinunciando alla solidarietà che ci relaziona all'altro.

Peraltro, la conferma di più livelli di discriminazione nella pratica interruttiva della gravidanza emerge anche dall'attenta lettura della



Relazione sullo stato di attuazione della legge n. 194 del 1978 che il Ministro della salute è tenuto a presentare annualmente al Parlamento. Nonostante la graduale riduzione del tasso di abortività delle donne italiane, la Relazione fotografa un'Italia a macchia leopardata non solo riguardo al numero degli obiettori ma anche nelle modalità di accesso ai servizi, visto e considerato che l'interruzione farmacologica della gravidanza è un'opzione terapeutica ancora poco praticata rispetto agli altri Paesi europei (anche perché limitata alla gravidanza che non ha superato il 49° giorno richiedendo, peraltro, l'assurdo ricovero ospedaliero della donna per tre giorni); che il periodo di attesa per effettuare l'atto abortivo dopo il rilascio alla donna del documento è ancora troppo lungo in molte Regioni italiane (anche del Nord); e che nelle Regioni meridionali si ricorre a tecniche abortive desuete e irragionevolmente cruente rispetto a quelle messe a disposizione dalla tecnica che richiedono il ricorso all'anestesia generale in oltre il 76% dei casi: dunque, con maggiori rischi per la salute della donna e in maniera non conforme alle linee di buona prassi professionale accreditate a livello internazionale. A testimonianza che esistono livelli ampiamente eterogenei nell'accesso ai servizi condizionati dal luogo di residenza della donna, che un *gold standard* non è stato ancora definito dalle nostre Autorità pubbliche nazionali per l'interruzione volontaria della gravidanza e che i livelli di responsabilità politica regionale fanno - per così dire -, anche in questo delicatissimo settore della vita pubblica, ciò che vogliono.

Certo, la situazione fotografata dalla Relazione non è completa perché mancano molti indicatori statistici riguardo ai quali si è già detto; soprattutto perché in essa è assente la voce delle donne italiane che dovrebbe essere registrata per meglio capire i livelli d'inefficienza generale e locale sui quali potere efficacemente intervenire.

Ciò che è comunque certo è che il numero degli obiettori è in continuo incremento, sia pure con le ampie variabilità regionali di cui si è detto, e che è così difficile contrastare la tesi espressa dal CEDS che la loro numerosità non possa condizionare negativamente la salute riproduttiva della donna e la dignità sul luogo di lavoro dei non obiettori.

Senza mettere in discussione l'autenticità della scelta astensiva degli obiettori (anche se qualche legittimo dubbio sorge spontaneo), alcune sono le soluzioni che possono essere messe in campo per provare a contenere l'ampio ricorso all'obiezione di coscienza che, di fatto, ha perduto in Italia lo statuto dell'eccezione che pure le è proprio. Esse presuppongono e chiamano in causa livelli di responsabilità diversi, sia politici che gestionali che professionali.

A livello locale è opportuno realizzare iniziative di formazione e di sensibilizzazione dei professionisti, vista la perdurante carenza dei molti



Corsi di formazione universitaria e procedure concorsuali che devono tener conto della necessità che, in alcuni servizi pubblici, devono essere assunti medici non obiettori, non essendo legittima né la strada del *plus* economico né quella della progressione di carriera per incentivare scelte coscienziali: ne sarebbe compromesso il principio di uguaglianza che, naturalmente, non può essere subordinato alle pure legittime esigenze dell'organizzazione. Sempre a livello locale devono essere promosse azioni finalizzate a sostenere e valorizzare la prestazione sostitutiva, in modo da rafforzare l'autenticità coscienziale e la sua maturazione, anche a costo di definire il tetto delle prestazioni che il medico può svolgere in regime libero-professionale; a evitare che il carico di lavoro, per così dire liberato dalla scelta astensiva (non certo riducibile al numero settimanale delle IVG), non sia usato dal dipendente pubblico per scopi di natura personale, anche se sono convinto che questa soluzione potrà rappresentare la miccia di innesco di molti contrasti agiti per via sindacale.

A livello professionale, alla categoria medica si deve chiedere maggior attenzione nella regolamentazione deontologica che, al momento, si limita genericamente ad affermare che l'obiezione di coscienza è un diritto che deve essere agito nel rispetto delle formalità di legge. Un più preciso richiamo all'autenticità dell'espressione coscienziale, all'impegno dedicato gratuitamente ad attività atte a prevenire il ricorso all'oggetto del *non possum* coscienziale, e al fatto che essa debba fare un passo indietro nel caso in cui comprometta diritti e libertà di terzi, sarebbe auspicabile anche se la deontologia medica continua, purtroppo, a evidenziare livelli di palese immaturità.

A livello normativo, molte sono le alternative soluzioni che mi sembrano possibili:

a) quella di continuare a percorrere la strada dell'interposizione affidando al legislatore dell'urgenza la regolamentazione dell'obiezione auspicando, purtuttavia, la necessità di interventi tempestivi e non equivoci nell'interpretazione sistematica, come purtroppo avvenuto nel caso dell'interruzione volontaria della gravidanza;

b) quella di disciplinare, in un testo di legge coordinato, il diritto generale all'obiezione di coscienza individuandone comunque i limiti, i requisiti e le modalità del suo pratico esercizio;

c) quella di riconoscere un generale e unitario diritto all'obiezione di coscienza, indipendente dall'interposizione del legislatore;

d) quella di ammetterla in linea teorica per poi limitarla, di fatto, a quelle situazioni concrete del vivere collettivo che non compromettono, né direttamente né indirettamente, i diritti e le libertà di terzi.



È chiaro che alcune di queste possibili soluzioni possono tra loro intersecarsi in maniera convergente anche sul piano dei risultati attesi.

La prima strada è, naturalmente, la più realistica ed è quella più in continuità con la nostra tradizione anche se essa, a ben vedere, viene messa in discussione dalla storia del nostro Paese. In primo luogo dall'oggettiva evidenza che il legislatore dell'urgenza non ha dimostrato, fin qui, avere quella flessibilità e quella tempestività che si imponevano come necessarie nel disciplinare quei campi del vivere collettivo in cui entrano in inconciliabile e incomponibile contrasto i molti paradigmi che interpretano la nostra visione del mondo. Ne sono testimonianza i ritardi con cui è avvenuta la regolamentazione nel campo, ad esempio, del servizio obbligatorio di leva, nonostante il prezzo pagato sul piano della sofferenza umana da molti sconosciuti obiettori, e l'estenuante dibattito parlamentare registrato al riguardo della tutela sociale della maternità in cui lo scontro non è stato politico ma sostanzialmente ideologico. Al punto tale da produrre una disciplina davvero difficile da comporre sul piano della sistematica risolvendone i dubbi e le antitesi e che, a ben vedere, dev'essere considerata come il frutto acerbo di un'impossibile mediazione.

Ma non solo. Perché l'idea dell'interposizione affidata alle sole mani del legislatore dell'urgenza resta davvero tributaria dell'idea, poco liberale, dello Stato come unica fonte di ogni diritto e di ogni dovere. Senza dimenticare che, almeno oggi, le priorità politiche italiane sembrano essere troppo concentrate sui tagli, sui risparmi e su quelle riforme strutturali che sembrano attrarre per lo più l'interesse degli investitori ma non certo migliorare la vita comune. E alla decisione di non disciplinare nessuna tra le grandi questioni sensibili, anche se con l'eccezione di quel qualcosa che di recente è stato fatto sulle unioni civili. Anche perché sono queste le situazioni che sembrano mettere in discussione gli equilibri di una maggioranza costituita sulle larghe intese e su patti che esprimono accordi di massima di cui non è dato conoscere il contenuto e che non sembrano vertere purtroppo sulle sole questioni di carattere politico.

La seconda strada, che può essere indicata come una strada intermedia, richiede l'approvazione di regolamenti esecutivi per disciplinare questo diritto di libertà nelle diverse ipotesi di obiezione di coscienza di volta in volta rivendicate: anche perché la conferma di un diritto garantito sul piano costituzionale molto difficilmente può entrare nelle pieghe delle diverse situazioni fattuali, pur potendole caratterizzare sul piano generale.

La terza e la quarta strada aprono, invece, prospettive di notevole interesse anche se esse, almeno apparentemente, sono quelle, forse, più liberalizzanti sottraendo al legislatore dell'urgenza il compito di



disciplinare l'esercizio dell'obiezione di coscienza e, non certo in subordine, la scelta di quali possono essere i campi del vivere sociale in cui potere esigere, del tutto legittimamente, l'esercizio di questa libertà. Ma anche più responsabilizzanti, dato che la quarta strada delineata subordina il suo esercizio pratico alla non interferenza e alla limitazione delle altrui libertà. Questa via è stata, di recente, suggerita da alcuni interpreti del diritto⁴³ che hanno indicato l'obiezione di coscienza come un diritto costituzionalmente garantito (artt. 2, 3, 19 e 21 Cost.), azionabile comunque davanti al giudice ordinario, senza alcuna necessità dell'interposizione anche perché rinforzato, sul piano sovra-nazionale e internazionale, dalla CEDU (art. 9), dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. 10) e dalla Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (art. 18). Così delineando l'idea di un diritto generale e unitario dell'obiezione di coscienza che, tuttavia, non può essere affermato in maniera né incondizionata né illimitata, ma solo a patto di condividere il suo nucleo genetico, i suoi limiti e le modalità procedurali del suo concreto esercizio specie nelle situazioni in cui il *non facere* mette in tensione altri beni iscritti nella persona umana, a prescindere da specifiche disposizioni di legge. Componendo i doveri inviolabili con la trama dei doveri inderogabili che, per chi esercita una funzione o un ruolo pubblico, devono restare a livello sovraordinato (art. 54 Cost.), anche se ciò può comportare il leggero arretramento dei moti della coscienza.

La qual cosa apre una prospettiva davvero interessante all'obiezione di coscienza non facendole perdere la sua natura dinamica e il suo carattere sostanzialmente conciliativo: anche se essa si scontra, purtroppo, non solo con l'inerzia del legislatore ma anche con l'umoralità, la pigrizia e l'egoismo di chi è tenuto a osservare le regole fissate dall'ordinamento e che la trasforma, paradossalmente, in una forma vera e propria di sabotaggio della legge, più o meno silenzioso (viste, purtroppo, le periodiche campagne mediatiche registrate dalla cronaca italiana), se non addirittura in una vera e propria forma di lotta confessionale, di resistenza e di disubbidienza civile.

Perché essa pretende un'idea di cittadinanza forte che, purtroppo, viene svilita nella quotidianità da comportamenti e da azioni spesso finalizzate al profitto e agli interessi personali.

6 - Alcune brevi considerazioni di sintesi

⁴³ Cfr. F. MANTOVANI, *Opinioni a confronto*, cit.



Certo, la costruzione di un diritto generale e unitario dell'obiezione di coscienza pronto a recepire le nuove forme di comportamento astensivo a prescindere dagli oneri attesi dall'ordinamento e dall'interposizione del legislatore è un nuovo modo di affrontare la questione che può essere davvero interessante anche sul piano degli effetti pratici; anche se ciò non significa cavalcare l'idea di attribuire alla coscienza un primato indiscutibile⁴⁴, senza 'se' e senza 'ma', mettendo così a repentaglio l'uso equilibrato che deve essere assegnato al catalogo delle tante libertà.

Ed eludere, parimenti, l'esigenza di trovare un accordo su quali sono i suoi caratteri costitutivi, sui limiti all'esercizio di questo diritto che non può essere incondizionato e illimitato, sui suoi vincoli e sulle sue modalità espressive verificando, in particolare, se essi possono essere o meno desunti dagli interventi legislativi fin qui approvati o, in alternativa, se occorre individuarli *ex novo* desumendoli dai principi di rango costituzionale e tenuto, comunque, conto delle necessità imposte dal vivere democratico.

Molto probabilmente questa è la strada sulla quale dovremmo incamminarci con rinnovato slancio e vigore come, almeno indirettamente, ci ha suggerito il CEDS anche nella sua ultima decisione di merito. Ma con una forte consapevolezza che deriva dal dover considerare, ancora una volta, quale è l'idea di giustizia cui vogliamo credere non solo sul piano teorico ma soprattutto su quello della democrazia costituzionale. Perché la giustizia è un termine difficile e una prospettiva ampia e, come tale, anche incerta, che richiede a ciascuno di noi lo sforzo di caratterizzarla sapendone anche cogliere le relazioni con le altre dimensioni del vivere collettivo. E con una moralità che deve riprendersi dall'assopimento anestetizzante che spesso si coglie in chi riveste un ruolo di pubblico interesse che chiede di essere onorato con sana onestà e con grande passione.

⁴⁴ Cfr. **P. CHIASSONI**, *Obiezione di coscienza positiva e negativa*, in (a cura di) A.P. Borsellino et Al., *Obiezione di coscienza. Prospettive a confronto*, cit., il quale così sviluppa il suo pensiero: "Eventuali disposizioni che riconoscano il diritto all'obiezione di coscienza sono, pertanto, ridondanti dal punto di vista strettamente normativo: risultano tuttavia utili da un punto di vista pratico, al fine di asseverare l'esistenza di un diritto fondamentale che deve ritenersi già esistente in capo ai singoli, poiché connaturato al diritto alla libertà della coscienza".



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

DECISION SUR LA RECEVABILITE ET LE BIEN-FONDE

Adoption: 12 octobre 2015

Notification: 10 décembre 2015

Publicité: 11 avril 2016

Confederazione Generale Italiana del Lavoro (CGIL) c. Italie

Réclamation n° 91/2013

Le Comité européen des Droits sociaux, comité d'experts indépendants institué en vertu de l'article 25 de la Charte sociale européenne ("le Comité"), au cours de sa 281^e session où siégeaient:

Giuseppe PALMISANO, Président
Petros STANGOS, Vice-Président
Lauri LEPPIK, Rapporteur Général
Elena MACHULSKAYA
Karin LUKAS
Eliane CHEMLA
Jozsef HAJDU
Marcin WUJCZYK
Krassimira SREDKOVA
Raul CANOSA USERA
Marit FROGNER

Assisté de Régis BRILLAT, Secrétaire exécutif,

Après avoir délibéré les 17 mars, 30 juin, 7 septembre et 12 octobre 2015,

Sur la base du rapport présenté par Karin LUKAS,

Rend la décision suivante adoptée le 12 octobre 2015:

PROCEDURE

1. La réclamation présentée par la *Confederazione Generale Italiana del Lavoro* (CGIL) ("la CGIL") a été enregistrée le 17 janvier 2013.



2. La CGIL allègue que l'article 9 de la loi n° 194/1978 ("la loi n° 194") qui régit l'objection de conscience des praticiens hospitaliers et d'autres personnels de santé en matière d'interruption de grossesse n'est pas correctement appliquée dans les faits, ce qui:

- est contraire à l'article 11 (droit à la protection de la santé) de la Charte sociale européenne révisée ("la Charte"), lu seul ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination);
- est contraire à l'article 1^{er} (droit au travail) de la Charte, ainsi qu'à ses articles 2 (droit à des conditions de travail équitables), 3 (droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail) et 26 (droit à la dignité au travail), lus seuls ou en combinaison avec l'article E (non-discrimination).

3. En application de l'article 29 § 2 du règlement du Comité ("le règlement"), ledit Comité a demandé au Gouvernement italien ("le Gouvernement") de présenter par écrit, avant le 31 mai 2013, un mémoire sur le bien-fondé de la réclamation dans l'hypothèse où celle-ci serait jugée recevable, en même temps que ses observations sur la recevabilité de la réclamation. Ce mémoire a été enregistré le 30 mai 2013.

4. La CGIL a été invitée à répondre au mémoire du Gouvernement avant le 3 septembre 2013. Cette réplique a été enregistrée le 29 juillet 2013.

5. Le 30 septembre 2013, le Comité a communiqué la réplique de la CGIL au Gouvernement et l'a invité à répondre, pour le 25 novembre 2013 au plus tard, à la réplique de l'organisation. Cette nouvelle réplique a été enregistrée le 25 novembre 2013.

6. Par lettre en date du 18 juillet 2013, le Comité a invité les Etats parties au Protocole prévoyant un système de réclamations collectives ("le Protocole") et ayant fait une déclaration en application de l'article D § 2 de la Charte à lui transmettre, avant le 3 septembre 2013, les observations qu'ils souhaiteraient présenter sur le bien-fondé de la réclamation dans l'hypothèse où celle-ci serait déclarée recevable.

7. Dans un courrier daté du 18 juillet 2013, le Comité a, conformément à l'article 7 § 2 du Protocole, invité les organisations internationales d'employeurs et de travailleurs visées au paragraphe 2 de l'article 27 de la Charte de 1961 à soumettre leurs observations avant le 3 septembre 2013.

8. Les observations de la Confédération Européenne des Syndicats ("CES") ont été enregistrées le 2 septembre 2013.



9. Le 22 mai 2013, le *Movimento per la Vita italiano* a demandé à pouvoir présenter des observations. Le 18 juin 2013, en application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité a invité l'organisation à le faire avant le 3 septembre 2013. Les observations ont été enregistrées le 2 septembre 2013.

10. Le 3 juin 2013, l'*Associazione italiana per l'educazione demografica* a demandé à pouvoir présenter des observations. Le 18 juin 2013, en application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité a invité l'organisation à le faire avant le 3 septembre 2013. Les observations ont été enregistrées le 3 septembre 2013.

11. Le 3 juin 2013, *Giuristi per la vita* a demandé à pouvoir présenter des observations au nom de l'*Associazione Medici Cattolici Italiani* (A.M.C.I.), l'*Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici* (A.I.G.O.C.), la *Confederazione Italiana dei Consulenti familiari di Ispirazione Cristiana* (C.F.C), le *Centro Studi per la tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* et le *Forum delle associazioni familiari*, Le 19 juin 2013, en application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité a invité l'organisation à présenter ses observations avant le 3 septembre 2013. Lesdites observations ont été enregistrées le 26 août 2013.

12. Le 11 juin 2013, l'*Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica* a demandé à pouvoir présenter des observations. Le 18 juin 2013, en application de l'article 32A du Règlement, le Président du Comité l'a invitée l'organisation à le faire avant le 3 septembre 2013. Les observations ont été enregistrées le 26 août 2013.

13. Le 19 mars 2015, le Comité a invité les parties, si elles le souhaitent, à soumettre toute information complémentaire sur les développements récents en droit et en pratique, le 11 mai 2015. Des informations de la CGIL ont été enregistrées le 8 mai 2015 et celles du Gouvernement le 11 mai 2015.

14. Le 11 mai 2015, le Gouvernement a demandé que le Comité organise une audition dans l'affaire. Le Comité, par lettre datée du 29 mai 2015, a demandé au Gouvernement de préciser quels renseignements pourraient lui être communiqués qui ne l'ont pas été dans la phase écrite de la procédure.

15. Le Gouvernement a répondu le 30 juin 2015 en confirmant sa demande. En application de l'article 7 § 4 du Protocole et de l'article 33 du Règlement, le Comité a décidé de tenir une audition publique le 7 septembre 2015.

16. Le 27 juillet 2015, une liste de questions a été envoyée aux parties avant l'audience précisant les points que le Comité voulait voir étudier par celles-ci.

Le 16 juin 2015, en application de l'article 34 § 4 du Règlement, la CES a été invitée



à participer à l'audition, mais n'a pas souhaité le faire.

17. Une audition publique s'est tenue au Palais des Droits de l'Homme, à Strasbourg, le 7 septembre 2015. Ont comparu devant le Comité:

a) pour l'organisation auteur de la réclamation

Mme Benedetta Liberali, avocate,

Dr Andrea Allamprese, Conseiller, Bureau juridique de la CGIL.

b) pour le Gouvernement

Pr Assuntina Morresi, Conseiller auprès du Ministre de la Santé,

Mme Paola Accardo, Co-Agent du gouvernement devant la Cour européenne des droits de l'homme.

18. Le Comité a entendu les déclarations de Mme Liberali, de Mme le Professeur Morresi et de Mme Accardo.

19. Des informations complémentaires ont été soumises au Comité et ont été prises en compte pour autant qu'elles aient été mentionnées lors des exposés oraux ou qu'elles relevaient du domaine public.

CONCLUSIONS DES PARTIES

A – L'organisation auteur de la réclamation

20. La CGIL demande au Comité de constater que la mise en œuvre inadéquate de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978, qui régit l'objection de conscience des praticiens hospitaliers et d'autres personnels de santé en matière d'interruption de grossesse, n'est pas correctement appliquée dans les faits, ce qui est contraire à l'article 11 (droit à la protection de la santé) de la Charte, lu seul ou en combinaison avec la clause de non-discrimination de l'article E, en ce qu'il ne protège pas le droit des femmes de procéder à une interruption de grossesse.

21. La CGIL allègue également une violation de l'article 1er de la Charte, ainsi que de ses articles 2, 3 et 26, ces derniers lus seuls ou en combinaison avec la clause de non-discrimination énoncée à l'article E, aux motifs que le Gouvernement ne protègerait pas les droits des praticiens hospitaliers concernés par les procédures en matière d'interruption de grossesse.

22. En outre, la CGIL invite le Comité à considérer comme pertinents, s'agissant de l'application du droit interne relatif à ces questions, les articles 21 (droit à l'information et à la consultation) et 22 (droit de prendre part à la détermination et à l'amélioration des conditions de travail et du milieu de travail) de la Charte.



B – Le Gouvernement défendeur

23. Le Gouvernement considère que la réclamation est irrecevable car la CGIL n'a pas épuisé les voies de recours internes et demande en outre au Comité de déclarer la réclamation non fondée dans tous ses aspects.

OBSERVATIONS DE LA CONFEDERATION EUROPEENNE DES SYNDICATS (“ la CES”)

24. La CES considère que la situation en pratique est contraire:

- A l'article 11 §§ 1 et 2 de la Charte en raison de la non-application de l'article 9 de la loi n° 194. Elle note qu'en dépit des données chiffrées fournies par l'organisation réclamante à l'appui de ses allégations, le Gouvernement ne fait état d'aucune mesure qui aurait été prise pour donner effet audit article 9 de la loi n° 194/1978 ;

- à l'article E de la Charte, qui ne dresse pas de liste exhaustive des motifs proscrits de discrimination, mais couvre également les éventuelles disparités territoriales dans l'application d'un texte de loi. La CES soutient qu'il existe des différences sensibles selon les provinces et autres entités pour ce qui est de l'accès aux services d'interruption de grossesse.

25. S'agissant des droits en matière d'emploi du personnel médical non objecteur de conscience, la CES observe que la situation de l'Italie est contraire:

- à l'article 1 § 2, faute pour les autorités d'assurer, dans l'application de l'article 9 de la loi n° 194/1978, l'exercice effectif du droit au travail sans discrimination. La CES affirme que l'épanouissement professionnel des praticiens non objecteurs est différent de celui des praticiens objecteurs de conscience du fait de la charge de travail excessive qui leur est imposée, au motif que leurs interventions se limitent pour l'essentiel à des actes d'interruption de grossesse ;

- à l'article 2 § 1, du fait de la durée de travail excessive des praticiens non objecteurs de conscience. La CES renvoie ici à la procédure d'infraction engagée par la Commission de l'Union européenne contre l'Italie au motif que ce pays n'appliquerait pas la directive 2003/88/EC pour ce qui concerne les médecins généralistes du secteur public (Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail; JO L 299, 18 novembre 2003, pages 9 à 19). Elle maintient que la situation est plus problématique pour les médecins non objecteurs de conscience et note que, dans le contexte de la présente réclamation collective, le



Gouvernement ne conteste pas les allégations formulées sur ce point ;

- à l'article 3 § 3, compte tenu de l'absence d'un système efficace d'inspection du travail. La CES renvoie ici à la précédente conclusion de non-conformité relative à l'article 3 § 3 (Conclusions 2009, Italie) ;

- à l'article 26 § 2, en raison de l'isolement dans lequel les praticiens non objecteurs de conscience sont amenés à travailler, car ils sont les seuls à accepter d'exécuter les actes liés à une intervention de grossesse. De l'avis de la CES, cela s'apparente à du harcèlement moral.

AUTRES OBSERVATIONS

A. *Associazione "Luca Coscioni per la libertà" di ricerca scientifica*

26. L'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica est une organisation non gouvernementale qui cherche notamment à encourager la liberté de la recherche scientifique ainsi que les droits fondamentaux des malades et des personnes handicapées. Elle vient également en aide aux femmes qui ne sont pas en mesure d'avoir accès à l'avortement.

27. Selon l'association, de très nombreux praticiens refusent de réaliser des interruptions de grossesse en invoquant l'objection de conscience conformément à la loi n° 194, si bien que – comme l'association a pu le constater dans son travail de terrain – un grand nombre de femmes sont dans l'impossibilité d'obtenir un avortement comme le prévoit la loi.

28. L'association affirme que les services d'interruption de grossesse varient considérablement selon les régions en raison du manque de praticiens non objecteurs de conscience, ce qui oblige les femmes à s'en remettre à des prestataires privés ou à se rendre dans une autre région pour se faire avorter.

29. L'association soutient également que les droits conférés aux personnels de santé dans l'exercice de leur activité ne sont pas respectés du fait de l'application insuffisante des articles 1, 2 et 26 de la Charte. Elle dit avoir été témoin de situations où les praticiens non objecteurs de conscience n'effectuaient plus que des interventions de grossesse, devaient faire des heures supplémentaires, étaient placés à l'écart de leurs confrères et ne pouvaient solliciter le concours d'autrui pour les remplacer ou se faire assister.

B. *Movimento Italiano per la Vita*

30. *Movimento Italiano per la Vita* est une fédération italienne de plus de six-cent



groupements locaux, centres de service pour l'aide à la vie (*Centri di servizi di aiuto alla vita*) et maisons d'accueil (*Case di accoglienza*) actifs sur le territoire national. Elle a pour but de promouvoir et défendre le droit à la vie et à la dignité de chaque personne. Selon l'organisation, la dignité humaine est intrinsèquement liée au droit à la vie, ce qui explique que l'avortement ne soit autorisé en Italie que dans des circonstances exceptionnelles.

31. *Movimento Italiano per la Vita* fait valoir que la vie humaine débute au moment de la conception et renvoie ici à plusieurs textes, dont les Recommandations 874 (1979), 1046 (1986), et 1100 (1989) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe; la Convention sur la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine. Elle souligne que la Cour européenne des droits de l'homme a été invitée, dans plusieurs arrêts, à statuer si l'enfant à naître était couvert par l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme et qu'elle a toujours estimé que les Etats disposaient en la matière d'une marge d'appréciation.

32. *Movimento Italiano per la Vita* estime que le droit qu'a un médecin de refuser de pratiquer des interruptions de grossesse au nom de la liberté de conscience est largement reconnu comme un droit fondamental. A l'inverse, l'avortement ne peut être pratiqué que dans les cas de nécessité définis par la législation et la jurisprudence italiennes.

33. *Movimento Italiano per la Vita* observe qu'il n'est pas démontré que les femmes sont contraintes d'aller à l'étranger afin d'avorter en raison d'un nombre élevé d'objecteurs de conscience. Cela est davantage lié au fait que dans certains pays étrangers la loi est moins restrictive.

34. *Movimento Italiano per la Vita* allègue enfin que tous les rapports ministériels annuels attribuent la diminution du nombre d'avortements en Italie non pas à l'objection de conscience mais au fonctionnement efficace de la loi n° 194/1978.

C. *Associazione italiana per l'educazione demografica*

35. L'*Associazione italiana per l'educazione demografica* est une organisation non gouvernementale qui a notamment pour but de promouvoir le concept de procréation libre et responsable et soutenir des initiatives visant à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé humaine, et qui entend également faire respecter la législation relative à l'avortement.

36. L'*Associazione italiana per l'educazione demografica* observe qu'en 2012, le pourcentage de gynécologues qui refusaient de pratiquer des interruptions de grossesse pour des raisons de conscience atteignait en moyenne 70%. Elle ajoute



qu'il existe d'importantes disparités géographiques, certaines régions présentant une proportion plus élevée encore de praticiens objecteurs, notamment dans le Sud. Elle renvoie sur ce point à des informations récentes qui font apparaître que le pourcentage d'objecteurs de conscience pourrait, dans certaines régions, être sensiblement supérieur à celui enregistré par le ministère italien de la Santé.

37. L'Associazione italiana per l'educazione demografica soutient en outre que les avortements illégaux sont en augmentation en Italie et que les chiffres fournis par le ministère de la Santé en 2008 – estimant à 20 000 le nombre d'avortements clandestins – pourraient être sous-estimés car ils ne comprennent pas les femmes étrangères. De plus, l'Associazione italiana per l'educazione demografica note l'augmentation des "avortements spontanés", qui, toujours selon les données précitées, s'élèvent à quelques 73.000 cas par an, comparés aux 50.000 environ des années 80. L'organisation est d'avis que ces chiffres pourraient également comprendre la pratique des femmes qui, après avoir essayé de mettre fin toutes seules à leur grossesse, se rendent à l'hôpital le plus proche où le médecin responsable termine le processus d'avortement initié et enregistre cette interruption de grossesse comme étant "spontanée".

D. *Giuristi Per La Vita*

38. *Giuristi per la vita* est une organisation non gouvernementale qui cherche à promouvoir et protéger le droit à la vie. Elle soumet ses observations au nom de *Associazione Medici Cattolici Italiani (A.M.C.I.)*, *Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici (A.I.G.O.C.)*, *Confederazione Italiana dei Consultori familiari di Ispirazione Cristiana (C.F.C)*, *Centro Studi per la tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* et *Forum delle associazioni familiari*.

39. L'Associazione Italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici (l'Association italienne des obstétriciens et gynécologues catholiques (AIGOC)) compte plus de 100 membres dans tout le pays. Son but est de travailler à l'échelle nationale pour l'amélioration de la vie et la santé des mères et des enfants. L'association propose différents services, la formation, la recherche et le plaidoyer visant à proposer aux mères d'autres solutions que l'avortement, pour prévenir la mortalité maternelle et périnatal.

40. L'Associazione Médicis Cattolici Italiani (L'Association des Médecins Catholiques (AMCI)) compte plus de 4000 membres et 4000 adeptes et est présent dans 17 régions et compte 130 articles. Les activités principales de l'association sont constituées dans la formation permanente des médecins, la protection des médecins et des droits des patients, des actions pour répondre une pratique digne de la médecine, de la promotion de la santé, l'objection de conscience, protection de l'environnement et le dialogue œcuménique avec les représentants des autres



confessions religieuses.

41. Le *Centro Studi per la tutela della salute della madre e del concepito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma* (Le Centre d'études pour la protection de la santé de la mère et de l'enfant à naître) est un organisme à but non lucratif de l'Université catholique du Sacré-Cœur à Rome. Le Centre encourage la recherche et les activités sur la reproduction et de la maternité.

42. La *Confederazione Italiana dei Consultori familiari di Ispirazione Cristiana* (la Confédération chrétienne italienne des conseils de famille (CFC)) rassemble 200 centres consultatifs en Italie. Il vise à promouvoir le développement et la coordination des centres de conseil à la lumière des principes chrétiens.

43. Le *Forum delle associazioni familiari* (le Forum italien des associations familiales) est un réseau de 50 associations nationales et 400 locales regroupées en 20 forums régionaux et de divers forums locaux. Représentant trois millions de familles, son but est de soutenir la famille dans tous ses aspects, en reconnaissant ses valeurs irremplaçables comme la pierre angulaire de toute société civilisée

44. *Giuristi per la vita* affirme que le droit à l'objection de conscience ne saurait en aucun cas être limité et cite, pour étayer cette position, diverses sources internationales.

45. *Giuristi per la vita* observe que la loi n° 194/1978 ne fait pas obligation aux praticiens objecteurs de conscience de garantir l'efficacité des services d'interruption de grossesse. Ils doivent néanmoins prodiguer des soins tant avant qu'après l'interruption de grossesse et ne peuvent être dispensés de porter assistance à une patiente sollicitant un avortement en cas de danger imminent pour sa vie.

46. *Giuristi per la vita* ne considère pas qu'il soit porté atteinte au droit à la santé en Italie. Elle reprend des données tirées du rapport de 2012 relatif à l'application de la loi n° 194/1978 et note qu'environ 95 % des interruptions de grossesse sont réalisées dans les quatre semaines qui suivent la date d'attestation de grossesse. Par ailleurs il n'a été signalé aucun cas d'avortement qui n'aurait pas été effectué alors qu'il avait été demandé. De même, le taux de complications médicales est peu élevé et la durée d'hospitalisation est brève.

47. *Giuristi per la vita* ne considère pas que la situation observée en Italie relève d'une discrimination interdite au titre de l'article E, étant donné que les déplacements se font désormais dans des conditions qui ne posent pas problème et que l'on ne recense plus de région rurale totalement isolée dans le pays. D'après les statistiques, plus de 20% des interruptions volontaires de grossesse sont pratiquées en dehors de la province ou de la région où réside l'intéressée.



48. *Giuristi per la vita* considère en conclusion que les violations alléguées des droits liés au travail que consacre la Charte ne sont pas étayées. Rien ne prouve que ceux qui réalisent les interruptions de grossesse ou y concourent auraient une charge de travail plus importante, des horaires plus longs ou des taux d'accidents de travail supérieur à ceux de leurs collègues objecteurs de conscience. *Giuristi per la vita* soutient en outre que les praticiens objecteurs et non objecteurs de conscience ont des tâches professionnelles différentes et ne sont donc pas dans une situation comparable aux fins de la présente réclamation.

DROIT ET PRATIQUE INTERNES PERTINENTS

49. La Constitution italienne dispose que:

Article 1

“L’Italie est une République démocratique, fondée sur le travail.
La souveraineté appartient au peuple, qui l’exerce dans les formes et dans les limites prévues par la Constitution.”

Article 2

“La République reconnaît et garantit les droits inviolables de la personne, aussi bien en tant qu’individu que dans les formations sociales où s’exerce sa personnalité, et exige l’accomplissement des devoirs de solidarité politique, économique et sociale auxquels il ne peut être dérogé.”

Article 3

“Tous les citoyens ont une même dignité sociale et sont égaux devant la loi, sans distinction de sexe, de race, de langue, de religion, d’opinions politiques, de conditions personnelles et sociales.
Il appartient à la République d’éliminer les obstacles d’ordre économique et social qui, en limitant de fait la liberté et l’égalité des citoyens, entravent le plein développement de la personne humaine et la participation effective de tous les travailleurs à l’organisation politique, économique et sociale du pays.”

Article 4

“La République reconnaît à tous les citoyens le droit au travail et crée les conditions qui rendent ce droit effectif.



Tout citoyen a le devoir d'exercer, selon ses possibilités et selon son choix, une activité ou une fonction concourant au progrès matériel ou spirituel de la société."

Article 19

"Tout individu a le droit de professer librement sa foi religieuse sous quelque forme que ce soit, individuelle ou collective, d'en faire propagande et d'en exercer le culte en privé ou en public, à condition qu'il ne s'agisse pas de rites contraires aux bonnes mœurs."

Article 21

"Tout individu a le droit de manifester librement sa pensée par la parole, par l'écrit et par tout autre moyen de diffusion. (...)".

Article 32

"La République protège la santé en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, et elle garantit des soins gratuits aux indigents.

Nul ne peut être contraint à un traitement sanitaire déterminé si ce n'est par une disposition de la loi. La loi ne peut, en aucun cas, violer les limites imposées par le respect de la personne humaine."

(Traduction française du site internet du Sénat italien:www.senato.it).

Article 35

"La République protège le travail sous toutes ses formes et dans toutes ses applications.

Elle veille à la formation et à la promotion professionnelle des travailleurs.

Elle propose et favorise les accords internationaux et les organisations internationales visant à affirmer et réglementer les droits du travail.

Elle reconnaît la liberté d'émigration, sous réserve des obligations fixées par la loi dans l'intérêt général, et protège le travailleur italien à l'étranger."

Article 36

"Le travailleur a droit à une rétribution proportionnée à la quantité et à la qualité de son travail et suffisante en tout cas à assurer à lui-même et à sa famille une existence libre et digne.

La durée maximale de la journée de travail est fixée par la loi.



Le travailleur a droit au repos hebdomadaire et à des congés annuels rétribués, et il ne peut y renoncer.”

50. La loi n° 194/1978 sur les normes relatives à la protection sociale de la maternité et à l’interruption volontaire de grossesse (*Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza*) – Journal officiel n° 140 du 22 mai 1978) dispose ce qui suit:

Article 4

“Pour faire pratiquer une interruption de grossesse au cours des 90 premiers jours, une femme dont la situation est telle que la poursuite de la grossesse, l’accouchement ou la maternité mettrait gravement en danger sa santé physique ou mentale, compte tenu de son état de santé, du contexte économique, social ou familial, des circonstances dans lesquelles la conception a eu lieu, ou de la probabilité que l’enfant à naître présenterait des anomalies ou des malformations, doit s’adresser à un centre de consultation publique [...], à un centre médico-social agréé de la région ou au médecin de son choix”

Article 5

“En toutes circonstances, outre l’obligation qu’ils ont d’assurer les examens médicaux nécessaires, les centres de consultation et les centres médico-sociaux sont tenus, notamment lorsque la demande d’interruption de grossesse est motivée par le fait que des difficultés d’ordre économique, social ou familial pèsent sur la santé de la femme enceinte, d’examiner les solutions qui pourraient y être apportées en concertation avec l’intéressée et, si elle y consent, avec le géniteur, dans le respect de la dignité et des sentiments personnel de la femme et de la personne désignée comme étant le père, de l’aider à surmonter les problèmes qui pourraient l’amener à vouloir interrompre sa grossesse, de lui permettre de faire valoir ses droits en tant que femme exerçant une activité professionnelle et en tant que mère, et d’encourager le recours à toute mesure qui puisse l’aider en lui fournissant l’assistance nécessaire durant sa grossesse et après l’accouchement.

Lorsque l’intéressée s’adresse au médecin de son choix, celui-ci doit: réaliser les examens médicaux nécessaires, en respectant la dignité et la liberté de cette femme; déterminer, en concertation avec elle ainsi que, si elle y consent, avec le géniteur, dans le respect de la dignité et des sentiments personnel de cette femme et de la personne désignée comme le père, et en tenant compte des résultats des examens susvisés, quelles sont les circonstances qui l’amènent à demander l’interruption de grossesse;



l'informer de ses droits et lui indiquer les services de protection sociale ainsi que les centres de consultation et centres médico-sociaux auxquels elle peut faire appel. Si le médecin du centre de consultation ou du centre médico-social, ou le médecin choisi par l'intéressée, estime, au vu des circonstances, qu'il est urgent de procéder à l'interruption de grossesse, il doit immédiatement lui remettre un certificat attestant de l'urgence de la situation. Une fois en possession de ce document, elle peut s'adresser à l'un des établissements autorisés à pratiquer des interruptions de grossesse.

S'il n'y a pas d'urgence, le médecin du centre de consultation ou du centre médico-social, ou le médecin choisi par l'intéressée, doit, à la fin de la consultation, dès lors qu'elle exprime le souhait d'interrompre sa grossesse pour les raisons énoncées à l'article 4, lui délivrer copie d'un document signé par lui et par l'intéressée, document attestant que celle-ci est enceinte, qu'elle a sollicité une interruption de grossesse et qu'elle dispose d'un délai de réflexion de sept jours. Passé ce délai, l'intéressée peut utiliser le document qui lui a été délivré conformément aux dispositions du présent paragraphe pour s'adresser à l'un des établissements agréés afin d'y subir une interruption de grossesse."

Article 6

"L'interruption volontaire de grossesse peut être réalisée après les 90 premiers jours:

- a) si la grossesse ou l'accouchement mettraient gravement en danger la vie de cette femme;
- b) s'il a été diagnostiqué des processus pathologiques constituant un danger grave pour la santé physique ou mentale de la femme, tels que ceux associés à de graves anomalies ou malformations du fœtus."

Article 7

"Les anomalies ou malformations auxquelles il est fait référence au précédent article doivent être diagnostiquées et certifiées par un médecin du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital où l'interruption de grossesse doit être réalisée. Le médecin peut demander l'aide de spécialistes. Il est tenu de faire suivre le dossier ainsi que le certificat qu'il a délivré au directeur médical de l'hôpital pour que l'interruption de grossesse puisse être réalisée immédiatement.

Lorsque celle-ci est justifiée par un danger imminent pour la vie de la femme, elle peut être réalisée sans respecter les procédures visées à l'article précédent et dans un autre lieu que celui prévu par l'article 8. Dans un tel cas, le médecin est tenu d'en informer l'autorité médicale de tutelle au niveau provincial (...)"



Article 8

“Les interruptions de grossesse doivent être pratiquées par un médecin du service de gynécologie-obstétrique d’un hôpital général répondant aux conditions énoncées à l’article 20 de la loi n° 132 du 12 février 1968; ce médecin doit également confirmer l’absence de contre-indications médicales.

Les interventions peuvent également être réalisées dans les hôpitaux publics spécialisés et établissements visés à l’avant-dernier paragraphe de l’article 1^{er} de la loi n° 132 du 12 février 1968, ainsi que dans les structures envisagées par la loi n° 817 du 26 novembre 1973 et le décret n° 754 du 18 juin 1958 du Président de la République, à condition que les instances administratives compétentes en fassent la demande.

Durant les 90 premiers jours de gestation, les interruptions de grossesse peuvent également être pratiquées dans les centres de soins agréés par les Régions disposant de l’équipement médical nécessaire et de services adéquats de gynécologie-obstétrique.

Le Ministre de la Santé limitera, par voie de décret, la capacité des centres de soins agréés pour ce qui concerne la réalisation de telles interventions. Il déterminera à cet effet

1. le pourcentage d’interruptions de grossesse qui peuvent être pratiquées par rapport au nombre total d’opérations chirurgicales réalisées au cours de l’année précédente dans le centre de soins concerné ;
2. le pourcentage de jours-patients autorisés pour les interruptions de grossesse par rapport au nombre total de jours-patients comptabilisés l’année précédente dans le cadre des conventions conclues avec les Régions.

Les pourcentages mentionnés aux points (1) et (2) ne doivent pas être inférieurs à 20% et doivent être identiques pour tous les centres de soins (cf. décret ministériel du 20 octobre 1978).

Ces derniers peuvent choisir celui des deux critères ci-dessus qu’ils respecteront.

Dès lors que les centres socio-médicaux seront opérationnels, les interruptions de grossesse pourront également être pratiquées, durant les 90 premiers jours de gestation, dans les services de consultations externes dûment équipés du réseau public rattachés aux structures hospitalières et agréés par les Régions.



Le certificat délivré en application du troisième paragraphe de l'article 5 et le document que le quatrième paragraphe de ce même article prévoit de remettre passé ce délai de sept jours doivent permettre à l'intéressée d'obtenir une interruption de grossesse en urgence et d'être, au besoin, hospitalisée".

Article 9

"Les praticiens hospitaliers et les autres personnels de santé ne sont pas tenus de prendre part aux interventions énoncées aux articles 5 et 7 ou aux interruptions de grossesse s'ils invoquent, au préalable, l'objection de conscience. Cette déclaration doit être transmise à l'autorité médicale de tutelle au niveau provincial et, pour les membres du personnel d'un hôpital ou d'un centre de soins, au directeur médical dans le mois qui suit l'entrée en vigueur de la présente loi, la date d'habilitation, la date du début du contrat de travail dans un établissement tenu de fournir des services à des fins d'interruption de grossesse, ou la date de conclusion d'un accord avec la caisse d'assurance autorisant la fourniture de ces services.

L'objection peut être levée à tout moment, ou être présentée après les délais visés au précédent paragraphe ; dans ce cas, la déclaration prendra effet un mois après avoir été soumise à l'autorité médicale de tutelle au niveau provincial.

L'objection de conscience doit exonérer les praticiens hospitaliers et les autres personnels de santé de l'obligation de réaliser des interventions spécifiquement et nécessairement destinés à mettre fin à une grossesse, et ne dispense pas de prodiguer des soins avant et après l'interruption de grossesse.

Dans tous les cas, les établissements hospitaliers et les centres de soins agréés sont tenus de veiller à ce que les procédures énoncées à l'article 7 soient respectées et que les interruptions de grossesse demandées conformément aux procédures visées aux articles 5, 7 et 8 soient réalisées. Les Régions doivent superviser et garantir la mise en œuvre de cette obligation, si nécessaire également par la mobilité du personnel.

L'objection de conscience ne peut être invoquée par les membres du personnel médical ou des professions paramédicales si, dans des cas particuliers, leur intervention personnelle est essentielle pour sauver la vie de la femme qui court un danger imminent.

L'objection de conscience est réputée être levée avec effet immédiat si l'objecteur apporte son concours aux interruptions de grossesse visées par



la présente loi, dans des cas autres que ceux auxquels il est fait référence au précédent paragraphe”.

Jurisprudence nationale

51. Dans son arrêt n° 27 de 1975, la Cour constitutionnelle italienne (*Corte costituzionale*) a indiqué que:

“(…) il n’existe pas d’équivalence entre le droit non seulement à la vie, mais aussi à sa propre santé pour qui est déjà une personne, comme c’est le cas de la mère, et la sauvegarde de l’embryon qui doit encore devenir une personne.”

52. Dans son arrêt n° 35 de 1997, la Cour constitutionnelle a considéré que la loi n° 194 de 1978 présentait un “contenu constitutionnellement garanti”. Sur cette base, elle a déclaré irrecevable un référendum visant à abroger la législation alors en vigueur en matière d’accès aux actes tendant à provoquer un avortement durant les 90 premiers jours de grossesse. La Cour a souligné que le noyau normatif des lois à contenu constitutionnellement garanti ne pouvait être modifié ni privé d’effet sans porter atteinte aux dispositions correspondantes de la Constitution ou d’autres lois constitutionnelles (cf. arrêt n° 16 de 1978).

53. Dans son arrêt n° 467 de 1991, la Cour constitutionnelle a dit que:

“(…) même si cela résulte d’une opération délicate réalisée par le Parlement afin d’instaurer un équilibre [entre la sphère des potentialités juridiques de la conscience individuelle] et celle des obligations contradictoires ou des biens protégés par la Constitution, et de garantir ainsi l’exercice de la conscience individuelle de façon progressive pour veiller au bon fonctionnement des structures organisationnelles et des services d’intérêt général, la sphère [susmentionnée] (...) a, en ce qui concerne le contenu spécifique de son noyau essentiel, une valeur constitutionnelle à ce point importante qu’elle justifie un certain nombre de dérogations (privilégiées) relatives à l’accomplissement des tâches publiques, [et ce] même lorsque la Constitution les considère comme obligatoires”.

54. Dans son arrêt n° 43 de 1997, la Cour constitutionnelle a indiqué que la protection qui entoure la liberté de conscience:

“ne saurait être réputée illimitée ou inconditionnelle. Il appartient principalement au législateur d’établir un équilibre entre, d’une part, la conscience individuelle et les droits qui en découlent et, d’autre part, l’ensemble des devoirs de solidarité politique, économique et sociale



qu'exige la Constitution (article 2), afin que l'ordre public soit préservé et que les charges qui en résultent soient réparties équitablement entre tous, sans privilèges".

55. Dans son arrêt n° 151 de 2009, la Cour constitutionnelle a jugé contraire à la Constitution le troisième paragraphe de l'article 14 de la loi n° 40 de 2004, libellé comme suit:

"Lorsque le transfert d'embryons dans l'utérus ne s'avère pas possible pour des raisons sérieuses et justifiées liées à l'état de santé d'une femme, qui n'étaient pas prévisibles au moment de la fécondation, la cryoconservation des embryons est autorisée jusqu'à la date du transfert, qui doit être réalisé dans les meilleurs délais."

Elle a expliqué sa décision par le fait que la disposition en question ne prévoyait pas l'obligation de réaliser le transfert d'embryons sans préjudice pour la santé des femmes.

56. Dans son arrêt n° 3477 de 2010, le Tribunal administratif régional des Pouilles (*Tribunale amministrativo regionale della Puglia*) a déclaré que, conformément à l'article 9 de la loi n° 194 de 1978, les médecins objecteurs de conscience devaient, en tout état de cause, aider les femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse, tant avant qu'après l'avortement. Il a souligné à cet égard que le personnel médical chargé de ces questions devait fournir tous les conseils et informations nécessaires et aider les femmes concernées tant sur le plan physique que psychologique. Il répondait ainsi aux allégations du Gouvernement régional des Pouilles, selon lequel tous les gynécologues travaillant dans les centres de consultation pour les familles de la région (*consultori*) ne fournissaient pas les services et l'aide précités. Il a ajouté que le fait d'avoir écarté les médecins objecteurs de conscience des concours destinés à pourvoir les postes vacants au sein des centres de consultation constituait une atteinte à l'article 3 de la Constitution. Il a noté que pour compenser le nombre limité de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience dans ces centres, une solution pourrait être d'organiser des concours de recrutement pour la constitution de listes de réserve composées pour moitié de médecins objecteurs de conscience et pour moitié de médecins qui ne le soient pas.

57. Dans son arrêt n° 14979 de 2013, la Cour de Cassation (*Corte di Cassazione*) a, dans une affaire relative à la prise en charge préalable et postérieure à un avortement, condamné un médecin objecteur de conscience à un an de prison pour avoir refusé d'aider une femme victime d'une grave hémorragie à la suite d'un avortement.

Autres sources



58. En juin 2013, le Sénat et la Chambre des Députés du Parlement italien ont adopté des actes d'orientation politique adressés au Gouvernement sous forme de motions parlementaires (*mozioni*), concernant, entre autres, la question de la mise en œuvre de la loi n° 194/1978. Dans ce cadre, le 6 juin 2013, lors de sa 37^{ème} Session, le Sénat a approuvé la Motion n° 1-00059 ; le 11 juin 2013, lors de sa 31^{ème} Session, la Chambre des Députés a approuvé les motions suivantes: n° 1-00045, n° 1-00074, n° 1-00078, n° 1-00079, n° 1-00080, n° 1-00081, n° 1-00082, n° 1-00087 et n° 1-00089. Ces motions se réfèrent de manière explicite à l'application de l'article 9 § 4 de la loi susmentionnée et à un certain nombre d'allégations soumises par l'organisation auteur de la réclamation.

Ces motions indiquent en particulier que:

- "Sur le plan national, un nombre aussi élevé d'objecteurs de conscience a pour effet de rendre l'application de la loi n° 194 de plus en plus difficile, ce qui a des répercussions des plus négatives sur le fonctionnement des diverses structures hospitalières (et, par voie de conséquence, sur le fonctionnement du système sanitaire national) et finit par retomber sur les femmes amenées à recourir à une interruption volontaire de grossesse (d'où, bien souvent, des avortements dangereusement tardifs dus à de longs délais d'attente)";
- "Face à cette urgence, les femmes en sont fréquemment réduites à se rendre dans une autre région, voire à l'étranger ; d'autre part, on assiste (surtout chez les immigrées) au retour de l'avortement clandestin – et de ses ravages -, fléau que seule l'application correcte de la loi n° 194 avait réussi à vaincre";

(cf. Sénat – Motion n° 1-00059 - 6 juin 2013)

- "(...) Le taux élevé de praticiens hospitaliers objecteurs de conscience semble aussi affecter la capacité opérationnelle et l'efficacité des centres de consultation chargés de la prévention et du soutien à apporter aux femmes au cours des phases qui précèdent l'interruption de grossesse. Comme le montre le rapport précité du Ministre de la Santé, le manque de praticiens aptes ou habilités à délivrer le document ou le certificat nécessaire à l'obtention d'une interruption de grossesse paraissent atténuer dans bien des cas, en particulier dans le Sud du pays, l'efficacité et le rôle des centres de consultation dans les processus de prévention et de soutien en la matière. Cela a pour effet de tenir les femmes à l'écart de ces structures et des services indispensables qu'elles offrent en termes d'information, de prévention et de soutien (...)";
- "(...) Il n'existe pas, pour l'heure, d'instruments valables de suivi, de gratification ou de sanction permettant de vérifier, de stimuler ou



d'appuyer l'efficacité réelle du fonctionnement des structures chargées d'appliquer la loi n° 194 de 1978, ni d'analyser correctement l'incidence du phénomène de l'objection de conscience sur l'efficacité de leur fonctionnement (...)"

(cf. Chambre des Députés – Motion n° 1-00082 - 11 juin 2013)

- "(...) L'augmentation, ces dernières années, du nombre de praticiens hospitaliers objecteurs de conscience a entraîné la fermeture de services ; certains hôpitaux n'ont ainsi plus aucun département qui puisse réaliser des interruptions de grossesse, étant donné que la quasi-totalité des gynécologues, anesthésistes et membres du personnel paramédical a choisi d'invoquer l'objection de conscience (...)"

(cf. Chambre des Députés – Motion n° 1-00078 - 11 juin 2013)

59. Le Comité note qu'en raison des difficultés posées par l'application de la loi n° 194/1978, certaines motions demandent au Gouvernement de:

- "de donner pleinement effet à la loi n° 194 de 1978 dans le respect du droit de l'individu à l'objection de conscience";

- "de lancer, dans les limites de ses compétences, toutes les initiatives nécessaires pour mettre en œuvre, s'agissant de l'organisation des systèmes sanitaires régionaux, le quatrième paragraphe de l'article 9 de la loi n° 194 de 1978, qui fait obligation de contrôler et garantir l'application du droit des femmes à poser un choix libre et éclairé, ce qui peut aussi exiger une gestion différente desdits systèmes et le recours à la mobilité du personnel pour veiller à ce qu'un réseau adéquat de services soit déployé sur l'ensemble du territoire et dans chacune de ses régions" (...);

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00074 - 11 juin 2013)

- "(...) de mettre en place sans tarder la réglementation qu'exige également l'Union européenne, afin de pouvoir correctement programmer les activités sanitaires en tenant compte de la légitimité de l'objection de conscience mais aussi de l'accès aux soins médicaux et de la protection de la santé, de façon à éviter d'éventuels conflits d'intérêt qui porteraient atteinte au droit à la santé" (...);

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00087 - 11 juin 2013)

"de procéder à une analyse cognitive approfondie de l'incidence qu'a l'objection de conscience sur l'application de la loi n° 194 de 1978, analyse qui devra s'intéresser aux structures et reposer sur des données et



indicateurs suffisamment articulés qui puissent prendre en compte le problème de l'interdépendance entre la présence de personnel de santé non objecteur de conscience et la longueur des listes d'attente" ;

- "d'engager toutes les initiatives de son ressort qui s'avèrent nécessaires pour garantir le respect et la pleine application de la loi n° 194 de 1978 dans toutes les structures du territoire, en envisageant au besoin une refonte de l'organisation des tâches et du recrutement des effectifs des établissements sanitaires de façon à inciter à utiliser les dispositifs prévus par la loi en matière de mobilité du personnel et à mettre en place des formes de recrutement différencié qui puissent rééquilibrer le nombre d'objecteurs et de non objecteurs de conscience, conformément à la recommandation du Comité national de bioéthique" ;

(cf. Chambre des Députés - motion n° 1-00082 - 11 juin 2013)

- "d'assurer un rééquilibrage du personnel médical et infirmier, comme le prévoit par ailleurs l'article 9 de la loi n° 194, en faisant jouer la mobilité des effectifs, et ce dans le cadre de quotas minima et d'une programmation régionale qui impose au moins 50% de personnel non objecteur de conscience" (...).

(cf. Sénat, motion n° 1-00059 - 6 juin 2013)

60. Le Comité note également que le 11 juin 2013, lors du débat consacré aux motions précitées à la Chambre des Députés, la Ministre de la Santé s'est exprimé en ces termes:

"Nous avons constaté qu'heureusement, au cours des années le nombre d'interruptions volontaires de grossesse a diminué grâce aux activités de prévention et à une plus grande conscience des personnes [concernées]. Ceci était l'un des objectifs de la loi qui – il est bon de le rappeler – prescrit que le service soit accessible à tous les usagers. Nous avons également constaté que, bien souvent, la hausse ou la baisse du nombre d'objecteurs de conscience ne se répercute pas de façon indolore sur l'accès aux services qu'assurent les collectivités territoriales. Nous touchons malheureusement là au problème de la gouvernance des collectivités territoriales et, de ce fait, à celui des régions, que je ne puis évidemment éviter d'aborder en tant que Ministre de la Santé, parce que nous nous trouvons au cœur d'un ensemble plus vaste de problèmes relatifs à la protection du droit à la santé sur le territoire national".

61. A cet égard, la ministre a exprimé l'espoir qu'elle sera en mesure de venir devant le parlement, avec "toutes les données requises pour un débat général, de



façon à être en mesure de vérifier l'état de mise en œuvre de la législation sur tout le territoire national, car nous nous rendons compte que certaines des données présentées ici aujourd'hui peut donner lieu à de multiples interprétations”.

62. En particulier, elle a déclaré qu'elle avait l'intention “de prendre des mesures pour permettre la création d'un conseil technique ... des ministres régionaux, de manière à obtenir, et présenter au Parlement, des informations sur l'état de mise en œuvre de la loi en ce qui concerne la non-discrimination entre les objecteurs et non objecteurs au niveau régional.”

63. Durant ce même débat, en réponse aux questions adressées au Gouvernement dans le cadre des motions susmentionnées, le Ministre de la Santé a déclaré ce qui suit.

- “(...) Je pense que l'objectif est de contrôler, dans les collectivités territoriales et dans chaque structure sanitaire, que les principes de la loi sont effectivement appliqués (...)” ;

- “(...) cette question de l'objection de conscience qui a été soulevée par certains des groupes ayant déposé les motions est une question que nous pensons devoir prendre en considération, dans la mesure surtout où elle exige du Gouvernement et de moi-même que nous contrôlions attentivement – comme le demandent plusieurs motions – l'application de la loi dans ce domaine également (...)” ;

(NB: Le texte intégral de l'intervention de la Ministre de la Santé, Mme Beatrice Lorenzin, lors du débat peut être consulté sur le site de la Chambre des Députés:
<http://documenti.camera.it/leg17/resoconti/assemblea/html/sed0031/pdfel.htm>)

64. La Résolution de la Commission des affaires sociales de la Chambre des Députés adoptée le 6 mars 2014 faisant “Rapport sur l'état de mise en œuvre de la loi n° 194 de 1978 relative à la protection sociale de la maternité et des interruptions volontaires de grossesse, contenant des données préliminaires pour 2012 et les données définitives pour 2011” indique que:

“L'activité de *monitoring* entamée par le Gouvernement a été justement décidée dans le but de vérifier des éventuels problèmes d'application dans la loi n° 194 avec une référence particulière à la question de l'objection de conscience ; dans cette perspective, en 2013, une “table technique” a été créé auprès du ministère de la Santé, avec la participation de tous les ministres régionaux compétents”.



a invité le Gouvernement:

“[A] informer les commissions parlementaires compétentes sur les initiatives adoptées par le ministère en application des engagements pris le 11 juin 2013 à la Chambre des Députés et contenus dans les motions approuvées à ce sujet ; à mettre en œuvre toutes les initiatives nécessaires afin que l’article 9 § 4 de la Loi n° 194 soit appliqué au sein de tous les systèmes sanitaires régionaux, notamment en ce qui concerne l’obligation de contrôler et garantir l’exercice du droit de la femme à un choix libre et conscient, et ce, même en passant par une différente mobilité du personnel et en assurant la présence d’un réseau approprié de services dans le territoire de chaque Région”.

TEXTES INTERNATIONAUX PERTINENTS

I. Conseil de l’Europe

65. La Convention de sauvegarde des Droits de l’Homme et des Libertés fondamentales prévoit les dispositions suivantes:

Article 8 - Droit au respect de la vie privée et familiale

“1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui.”

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.”

a. Arrêts pertinents de la Cour européenne des droits de l’homme

- Dans l’affaire Tysiak c. Pologne, requête n° 5410/03, arrêt du 20 mars 2007, la Cour a dit que:

“118. (...) la nature même des questions en jeu dans les décisions d’interruption de grossesse est telle que le facteur temps revêt une importance cruciale. Les procédures en place doivent donc être conçues pour que ces décisions soient prises en temps et en heure, afin de prévenir ou limiter le préjudice qui pourrait découler pour la santé des femmes d’un avortement tardif (...)”.

- Dans l’affaire A., B., C. v. Irlande, requête n° 25579/05, arrêt du 16 décembre 2010; la Cour a dit que:

“212. (...) la notion de “vie privée” au sens de l’article 8 de la Convention est une notion large, qui englobe notamment le droit à l’autonomie personnelle et le droit au développement personnel (...). Elle recouvre des éléments tels que, par exemple, l’identification sexuelle, l’orientation sexuelle et la vie sexuelle (...), l’intégrité physique et morale de la personne (Tysiak c. Pologne arrêt, cité [ci-après]) ainsi que le droit au respect des décisions de devenir ou de ne pas devenir parent, notamment au sens génétique du terme (...)”.

“249 (...) l’Etat jouit d’une certaine latitude (voir, parmi d’autres, Keegan c. Irlande, arrêt du 26 mai 1994, série A n° 290, § 49). Si l’Etat jouit d’une ample marge d’appréciation pour définir les circonstances dans lesquelles il autorise l’avortement (...), une fois la décision prise, le cadre juridique correspondant doit “présenter une certaine cohérence et permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations découlant de la Convention” (S.H. et autres c. Autriche, n° 57813/00, § 74, 1er avril 2010)”.

- Dans l’affaire R.R. c. Pologne, requête n° 27617/04, arrêt du 20 novembre 2011; la Cour a dit que:

“187. Si l’Etat jouit d’une ample marge d’appréciation pour définir les circonstances dans lesquelles il autorise l’avortement, une fois la décision prise, le cadre juridique correspondant doit “présenter une certaine cohérence et permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations



découlant de la Convention” (A, B et C c. Irlande [GC], (...) § 249 [16 décembre 2010])”.

“200. (...) une fois que l’Etat a fait usage de la marge d’appréciation (...) pour adopter une législation autorisant l’avortement, il ne doit pas concevoir le cadre juridique correspondant d’une manière qui limite dans la réalité la possibilité d’obtenir une telle intervention. En particulier, l’Etat a l’obligation positive d’instaurer un cadre procédural permettant aux femmes enceintes d’exercer leur droit d’accès à un avortement légal (Tysiàc c. Pologne, n° 5410/03, §§ 116 - 124, CEDH 2007-IV) (...)”.

“206. (...) Les Etats sont tenus d’organiser leur système de santé de manière à garantir que l’exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de la santé dans le contexte de leurs fonctions n’empêche pas les patients d’accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable”.

- Dans l’affaire P. et S. c. Pologne, requête n° 57375/08, arrêt du 20 octobre 2012 ; la Cour a dit que:

“99. (...) une fois que l’Etat a fait usage de la marge d’appréciation pour adopter une législation autorisant l’avortement dans certaines situations, il ne doit pas concevoir le cadre juridique correspondant d’une manière qui limite dans la réalité la possibilité d’obtenir une telle intervention. En particulier, l’Etat a l’obligation positive d’instaurer un cadre procédural permettant aux femmes enceintes d’exercer leur droit d’accès à un avortement légal (Tysiàc c. Pologne précité, § 116-124, R.R. c. Pologne précité, § 200). Le cadre juridique correspondant doit “présenter une certaine cohérence et permettre de prendre en compte les différents intérêts légitimes en jeu de manière adéquate et conformément aux obligations découlant de la Convention” (voir ci-après A, B et C c. Irlande [GC], (...) § 249 [16 décembre 2010])”.

“106. (...) Pour la Cour, les Etats sont tenus d’organiser leur système de santé de manière à garantir que l’exercice effectif de la liberté de conscience des professionnels de la santé dans le contexte de leurs fonctions n’empêche pas les patients d’accéder aux services auxquels ils ont droit en vertu de la législation applicable (...)” (voir ci-après R.R. c. Pologne, n° 27617/04, § 206).”

b. Autres sources

66. L’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe (“APCE”) a adopté le texte suivant:



Résolution 1763 (2010) sur le droit à l'objection de conscience dans le cadre des soins médicaux légaux

"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."

II. Nations Unies



67. Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966 prévoit les dispositions suivantes:

Article 12

“1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer:

a) La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant”.

68. L'observation générale n° 14 (2000) sur le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint (article 12), adoptée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels lors de sa vingt-deuxième session, à Genève, du 25 avril au 12 mai 2000, prévoit notamment ce qui suit.

“11. Le Comité interprète le droit à la santé, tel que défini au paragraphe 1 de l'article 12, comme un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique. (...)”

“12. Le droit à la santé sous toutes ses formes et à tous les niveaux suppose l'existence des éléments interdépendants et essentiels suivants, dont la mise en œuvre précise dépendra des conditions existant dans chacun des États parties:

a) *Disponibilité*. Il doit exister dans l'État partie, en quantité suffisante, des installations, des biens et des services ainsi que des programmes fonctionnels en matière de santé publique et de soins de santé. La nature précise des installations, des biens et des services dépendra de nombreux facteurs, notamment du niveau de développement de l'État partie. Ces installations, biens et services comprendront toutefois les éléments fondamentaux déterminants de la santé tels que l'eau salubre et potable et des installations d'assainissement appropriées, des hôpitaux, des dispensaires et autres installations fournissant des soins de santé, du



personnel médical et professionnel qualifié recevant un salaire décent par rapport au niveau national, et des médicaments essentiels, au sens du Programme d'action pour les médicaments essentiels de l'OMS.

b) *Accessibilité*. Les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles, sans discrimination, à toute personne relevant de la juridiction de l'État partie. L'accessibilité comporte quatre dimensions qui se recoupent mutuellement:

i) Non-discrimination: les installations, biens et services en matière de santé doivent être accessibles à tous, en particulier aux groupes de populations les plus vulnérables ou marginalisés, conformément à la loi et dans les faits, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs proscrits.

ii) Accessibilité physique: les installations, biens et services en matière de santé doivent être physiquement accessibles sans danger pour tous les groupes de la population, en particulier les groupes vulnérables ou marginalisés tels que les minorités ethniques et les populations autochtones, les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes du VIH/sida. L'accessibilité signifie également que les services médicaux et les facteurs fondamentaux déterminants de la santé, tels que l'eau salubre et potable et les installations d'assainissement appropriées, soient physiquement accessibles sans danger, y compris dans les zones rurales. L'accessibilité comprend en outre l'accès approprié aux bâtiments pour les personnes handicapées.

iii) Accessibilité économique (abordabilité): les installations, biens et services en matière de santé doivent être d'un coût abordable pour tous. Le coût des services de soins de santé ainsi que des services relatifs aux facteurs fondamentaux déterminants de la santé doit être établi sur la base du principe de l'équité, pour faire en sorte que ces services, qu'ils soient fournis par des opérateurs publics ou privés, soient abordables pour tous, y compris pour les groupes socialement défavorisés. L'équité exige que les ménages les plus pauvres ne soient pas frappés de façon disproportionnée par les dépenses de santé par rapport aux ménages plus aisés.

iv) Accessibilité de l'information: l'accessibilité comprend le droit de rechercher, de recevoir et de répandre des informations et des idées concernant les questions de santé. Toutefois, l'accessibilité de l'information ne doit pas porter atteinte au droit à la confidentialité des données de santé à caractère personnel."

69. Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966 prévoit les dispositions suivantes:

Article 18



“ 1. 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.

(...)

3. La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet que des seules restrictions prévues par la loi et qui sont nécessaires à la protection de la sécurité, de l'ordre et de la santé publique, ou de la morale ou des libertés et droits fondamentaux d'autrui”.

La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes du 18 décembre 1979 prévoit les dispositions suivantes:

Article 12:

“1. Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille.

2. Nonobstant les dispositions du paragraphe 1 ci-dessus, les Etats parties fourniront aux femmes pendant la grossesse, pendant l'accouchement et après l'accouchement, des services appropriés et, au besoin, gratuits, ainsi qu'une nutrition adéquate pendant la grossesse et l'allaitement.”

70. La recommandation générale n° 24 sur les femmes et la santé, adoptée en 1999 par le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes à l'occasion de sa 20e Session, dispose ce qui suit.

“11. Les mesures prises pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes sont jugées inappropriées si un système de soins de santé ne dispose pas des services voulus pour prévenir, détecter et traiter les maladies spécifiquement féminines. Il est discriminatoire pour un État partie de refuser de légaliser certains actes concernant la reproduction. Par exemple, si les professionnels de la santé n'acceptent pas de pratiquer de tels actes parce qu'ils vont à l'encontre de leurs convictions, des mesures doivent être prises pour faire en sorte que les femmes soient renvoyées à des professionnels de la santé n'ayant pas les mêmes objections.”



III. Union Européenne

71. La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000 dispose que:

Article 10 - 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. Le droit à l'objection de conscience est reconnu selon les lois nationales qui en régissent l'exercice".

Article 35 - protection de la santé

"Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union".

Autres sources

72. La publication de l'Organisation mondiale de la Santé ("OMS") - Département santé et recherche génésiques "Avortement sécurisé: Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé" (deuxième édition, 2012) indique ce qui suit:

"Certains professionnels de la santé se refusent parfois à pratiquer l'avortement pour objection de conscience, sans pour autant adresser la patiente à un autre prestataire. Chaque agent de santé a le droit d'objecter en conscience à la pratique de l'avortement, mais ce droit ne l'autorise pas à entraver ou à refuser l'accès aux services légaux d'avortement, retardant ainsi les soins, ce qui met la santé et la vie de la femme en danger. Dans un tel cas, les agents de santé ont l'obligation d'adresser la patiente à un autre professionnel consentant et qualifié du même établissement, ou d'un établissement facilement accessible, en accord avec les lois nationales. Quand ce transfert n'est pas possible, l'agent de santé a l'obligation de pratiquer l'avortement dans de bonnes conditions de sécurité pour sauver la vie de la femme ou pour éviter un risque grave pour sa santé. Les femmes qui présentent des complications résultant d'un avortement illégal doivent



être traitées au plus vite et avec respect, comme tout autre patient en situation d'urgence, sans adopter de comportements punitifs, ou encombrés de partis pris ou de préjugés (voir également chapitre 4)".

(cf. chapitre 3.3.6 – L'objection de conscience pour les professionnels de santé)

EN DROIT

RECEVABILITE

En ce qui concerne les conditions de recevabilité énoncées par le Protocole et par le règlement du Comité

73. Le Comité observe que, conformément à l'article 4 du Protocole, texte que l'Italie a ratifié le 3 novembre 1997 et qui a pris effet pour cet Etat le 1^{er} juillet 1998, la réclamation a été déposée sous forme écrite et concerne les articles 1, 2, 3, 11, 26 et E de la Charte, dispositions acceptées par l'Italie lors de la ratification de ce traité le 5 juillet 1999 et auxquelles elle est liée depuis l'entrée en vigueur de ce traité en ce qui la concerne le 1^{er} septembre 1999.

74. En outre, la réclamation est motivée.

75. Le Comité relève que la CGIL invite le Comité à dire si les articles 21 et 22 de la Charte sont, en l'espèce, pertinents. Elle fait valoir que les principes qu'ils consacrent doivent également s'appliquer au secteur public, dans la mesure où ils prévoient que les travailleurs doivent être consultés en temps utile.

76. Le Comité rappelle que l'article 21 garantit le droit des travailleurs à l'information et à la consultation au sein de l'entreprise, et l'article 22 le droit des travailleurs de prendre part à la détermination et à l'amélioration de leurs conditions de travail et du milieu de travail.

Le Comité rappelle également qu'aux termes de la Partie II de l'Annexe à la Charte, le terme "entreprise" est interprété, s'agissant de l'application des articles 21 et 22, comme visant une structure "ayant ou non la personnalité juridique, destinée à la production de biens ou à la prestation de services, dans un but économique, et disposant du pouvoir de décision quant à son comportement sur le marché".

77. Aussi le Comité entend-il souligner que, même si les articles 21 et 22 peuvent s'appliquer aux salariés d'entreprises détenues par l'État, les agents publics ne sont, dans leur ensemble, pas couverts par ces dispositions (Conclusions



XIII-5, Norvège, p. 284, Protocole additionnel, article 2; Conseil européen des syndicats de police c. Portugal, réclamation n° 40/2007, décision sur le bien-fondé du 23 septembre 2008, par. 42; Conseil européen des syndicats de police c. Portugal, réclamation n° 60/2010, décision sur le bien-fondé du 17 octobre 2011, par. 36).

78. Les considérations ci-dessus conduisent le Comité à conclure que la participation des médecins employés dans le secteur public à la détermination et à l'amélioration de leurs conditions de travail et du milieu de travail n'entre pas dans le champ d'application des articles 21 ou 22 de la Charte. En tout état de cause la CGIL n'allègue pas que les articles 21 et 22 ont été violés. Par conséquent, le Comité considère que, la réclamation ne vise pas les articles 21 et 22.

79. Le Comité observe que la CGIL est une organisation syndicale nationale qui représente, entre autres, des travailleurs du secteur public. Elle compte environ 6 millions d'adhérents. Sur la base des informations dont il dispose, le Comité estime que la CGIL peut être considérée, en vertu des dispositions de l'article 1 c) du Protocole, comme un syndicat national représentatif aux fins de la procédure de réclamations collectives.

80. La réclamation est signée par Susanna CAMUSSO, Secrétaire Générale de la CGIL qui, aux termes de ses Statuts, est habilitée à représenter l'organisation requérante. Le Comité considère, par conséquent, que la réclamation satisfait à l'article 23 de son Règlement.

En ce qui concerne l'exception d'irrecevabilité soulevées par le Gouvernement

81. S'agissant de l'argument avancé par le Gouvernement selon lequel les voies de recours internes n'ont pas été épuisées en ce qui concerne les griefs qui ont trait au droit du travail, le Comité rappelle que ni le Protocole ni le Règlement ne subordonnent le maintien d'une réclamation collective à l'épuisement des voies de recours internes. Aussi le Comité rejette-t-il l'objection d'irrecevabilité formulée à ce titre (Syndicat des Agrégés de l'Enseignement Supérieur (SAGES) c. France, réclamation n° 26/2004, décision sur la recevabilité du 12 juillet 2004, par. 12; Centre Européen des Droits des Roms (ERRC) c. Bulgarie, réclamation n° 31/2005, décision sur la recevabilité du 10 octobre 2005, par. 10).

82. Par ces motifs, le Comité déclare la réclamation recevable.

EN DROIT

PARTIE I: VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE 11 § 1 DE LA CHARTE



83. L'article 11 de la Charte est rédigé ainsi:

Article 11 – Droit à la protection de la santé

Partie I: "Toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre."

Partie II: "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;

[...]"

84. L'article G de la Charte est rédigé ainsi:

Article G – Restrictions

"1. Les droits et principes énoncés dans la Partie I, lorsqu'ils seront effectivement mis en œuvre, et l'exercice effectif de ces droits et principes, tel qu'il est prévu dans la partie II, ne pourront faire l'objet de restrictions ou limitations non spécifiées dans les Parties I et II, à l'exception de celles prescrites par la loi et qui sont nécessaires, dans une société démocratique, pour garantir le respect des droits et des libertés d'autrui ou pour protéger l'ordre public, la sécurité nationale, la santé publique ou les bonnes mœurs.

2. Les restrictions apportées en vertu de la présente Charte aux droits et obligations reconnus dans celle-ci ne peuvent être appliquées que dans le but pour lequel elles ont été prévues."

A - Argumentation des parties

85. Les arguments des parties sont présentés dans le présent chapitre en suivant l'ordre d'enregistrement des pièces de procédure afférentes.

1. Arguments présentés par l'organisation auteur de la réclamation dans la réclamation

86. La CGIL considère en général que la loi n° 194/1978 instaure "un équilibre entre les droits des femmes (principalement le droit à la vie, le droit à la santé et le



droit de se déterminer librement dans les choix touchant à la procréation et à l'interruption de grossesse) et ceux du personnel médical (le droit de soulever une objection de conscience selon les modalités et délais prévus par l'article 9 de la loi [précitée]), en faisant en sorte que ni les uns ni les autres de ces droits ne soient sacrifiés, sauf lorsqu'une femme court un danger imminent pour sa vie (...)”.

87. Concernant l'objection de conscience, la CGIL indique que «l'article 9 (...) constitue une disposition qui revêt une grande importance en ce qu'elle entend accorder au personnel médical et paramédical la faculté d'invoquer l'objection de conscience (...). Les praticiens ont ainsi été dotés d'un instrument qui protège leur liberté de conscience”. Concernant la protection de la santé, elle souligne que “le droit des femmes d'avoir accès aux actes permettant d'interrompre une grossesse ne peut être exercé que dans les structures hospitalières qui comptent des médecins non objecteurs de conscience en nombre suffisant pour répondre aux demandes de cet ordre”.

88. Dans ce cadre, la CGIL rappelle qu'en vertu de l'article 9 § 4, les hôpitaux et centres de soins agréés sont tenus de veiller à ce que dans tous les cas les interruptions de grossesse demandées conformément aux procédures (visées aux articles 5, 7 et 8 de la loi) soient réalisées. Il est également rappelé que les Régions doivent superviser et garantir la mise en œuvre de cette obligation, le cas échéant, également par la mobilité du personnel.

89. La CGIL met en évidence que la Cour constitutionnelle italienne a établi que la loi n° 194/1978 présente un “contenu constitutionnellement déterminé” (cf. arrêts n° 26 et n° 35 de 1997), “dont le noyau normatif ne peut être modifié ni être privé d'effet sans porter atteinte aux dispositions correspondantes de la Constitution (ou d'autres lois constitutionnelles)” (cf. arrêt n° 16 de 1978).

90. La CGIL considère que tout en prévoyant une gradation des mesures visant à garantir l'accès aux actes nécessaires pour interrompre une grossesse, l'article 9 § 4 n'est pas formulé de manière adéquate en ce qu'il ne précise pas ce qu'il y a lieu de faire concrètement pour mettre en œuvre lesdites mesures. Elle déclare qu'“en pratique, le nombre élevé de médecins objecteurs de conscience fait que cette disposition législative ne peut être pleinement appliquée, faute de mesures concrètes garantissant un nombre suffisant de praticiens non objecteurs dans tous les établissements hospitaliers”.

91. Compte tenu de ce qui précède, la CGIL soutient qu'en raison de l'inadéquation du cadre législatif, les mesures mises en œuvre par les établissements hospitaliers concernés, ainsi que les initiatives prises par les autorités régionales “sont insuffisantes ou inadaptées pour réaliser les objectifs de la loi n° 194 en ce qui concerne l'interruption de grossesse”. La CGIL est d'avis que “ les solutions mises en œuvre par les autorités compétentes se sont révélées



insuffisantes et inadaptées pour garantir la mise en œuvre de la loi n° 194 et, partant, la protection effective des droits des femmes qui demandent à pouvoir accéder aux actes nécessaires pour interrompre une grossesse”.

92. A ce sujet, il est précisé qu'à de nombreuses reprises, les hôpitaux ont fait appel à du personnel externe, non objecteur de conscience. Selon la CGIL, cette solution, qui semble permettre d'assurer l'intervention requise, à savoir l'interruption de grossesse, "présente d'évidentes limites compte tenu de l'absence de garantie de continuité dans la fourniture de soins". Il est mentionné que dans d'autres cas, les hôpitaux ont passé un accord avec des centres de soins. La CGIL considère que "la conclusion d'accords avec des établissements privés va à l'encontre du caractère public de la loi n° 194" et considère que "le problème lié à la pénurie de personnel n'a donc pas été réglé ; il a seulement été contourné".

93. Sur cette base, la CGIL conclut que l'article 11 de la Charte n'est pas mis en œuvre de façon satisfaisante puisque les défaillances dans l'application de l'article 9 § 4 ne permettent pas de garantir l'exercice effectif du droit des femmes d'accéder aux actes d'interruption de grossesse.

94. D'après la CGIL, cette conclusion est en premier lieu fondée sur les données statistiques qui attestent du nombre insuffisant de praticiens non objecteurs de conscience dans les hôpitaux publics. La CGIL indique que ces données figurent dans les rapports officiels relatifs à la mise en œuvre de la loi susmentionnée, présentés chaque année par le ministère de la Santé au Parlement. Dans ce cadre, elle se réfère aux informations qui figurent dans les rapports publiés par ledit ministère entre 2005 et 2011, se référant aux années 2003 à 2009.

95. En comparant les données figurant dans ces rapports, la CGIL constate l'augmentation du nombre d'objecteurs de conscience par rapport à trois catégories professionnelles: (voir tableau ci-dessous).

	GYNÉCOLOGUES	ANESTHÉSISTES	PERSONNEL NON MEDICAL
Rapport ministériel 2011 (données 2009)	70,7%	51,7%	44,4%
Rapport ministériel 2010 (données 2008)	71,5%	52,6%	43,3%
Rapport ministériel	70,5%	52,3%	40,9%



2009 (données 2007)			
Rapport ministériel 2008 (données 2006)	69,2%	50,4%	42,6%
Rapport ministériel 2007 (données 2005)	58,7%	45,7%	38,6%
Rapport ministériel 2006 (données 2004)	59,5%	46,3%	39,1%
Rapport ministériel 2005 (données 2003)	57,8%	45,7%	38,1%

96. Pour ce qui est du Rapport de 2011, la CGIL cite les informations suivantes:

“En 2009, une stabilisation du nombre d’objecteurs de conscience a été observée chez les gynécologues et anesthésistes, après une forte augmentation les années précédentes. Au niveau national, le pourcentage de gynécologues objecteurs de conscience est passé de 58,7% en 2005 à 69,2% en 2006, puis à 70,5% en 2007, 71,5% en 2008 et 70,7% en 2009 ; le pourcentage d’anesthésistes objecteurs de conscience est quant à lui passé de 45,7% à 51,7% sur la même période; celui des membres du personnel non médical objecteurs de conscience a également augmenté, passant de 38,6% en 2005 à 44,4% en 2009. Dans le Sud de l’Italie, plus de 80% des gynécologues ont déclaré être objecteurs de conscience: 85,2% en Basilicate, 83,9% en Campanie, 82,8% en Molise, 81,7% en Sicile et 81,3% dans la région de Bolzano. Concernant les anesthésistes, les pourcentages les plus importants sont enregistrés en Molise, en Campanie (plus de 77%), ainsi qu’en Sicile (75,6%), et les plus faibles en Toscane (27,7%) et dans le Trentin (31,8%); pour ce qui est du personnel non médical, les chiffres sont moins élevés, avec un maximum de 87% en Sicile et de 82% en Molise (...).”

97. Des tableaux contenant ces données pour les catégories professionnelles concernées (gynécologues, anesthésistes et personnel non médical), ventilées par régions et macro-régions, sont également communiqués par la CGIL.

98. Dans le but de fournir des éléments pouvant démontrer la situation de difficulté dans laquelle de nombreux établissements hospitaliers sont contraints



d'opérer afin de répondre aux demandes d'interruption de grossesse en présence d'un nombre élevé d'objecteurs de conscience, la CGIL se réfère aux situations de différents établissements hospitaliers dans les Régions suivantes: Lombardie, Marches, Sicile, Abruzzes et Pouilles. La plupart de ces informations sont reprises et détaillées dans le cadre de la réplique de la CGIL au mémoire du Gouvernement sur le bien-fondé de la réclamation, telles que présentées dans les paragraphes suivants.

2. Arguments présentés par le Gouvernement défendeur dans la partie de son mémoire se référant au bien-fondé de la réclamation

99. Selon le Gouvernement, l'interprétation de la situation faite par la CGIL, "(...) bouleverse les articles 11 et E de la Charte au dommage de la santé et de la vie des femmes que [la CGIL] veut être assistées seulement par un personnel médical non objecteur qui favorise leur interruption volontaire de grossesse sans vérifier leur situation physique et psychique".

100. Selon le Gouvernement, la situation n'est pas contraire à la Charte pour les motifs suivants:

a) parce que l'Etat a introduit toute mesure pratique et législative pour appliquer la loi 194/1978 en faveur des femmes et de ses droits à [l'interruption volontaire de grossesse] ;

b) parce que l'État ne peut pas limiter [le nombre de] personnel médical qui déclare son objection de conscience dans le respect de la liberté de conscience comme aussi reconnu par la Cour européenne de droits de l'homme en vertu de l'article 9 de la Convention du 1950 et des autres instruments internationaux (à ce propos, le Gouvernement se réfère aux documents suivants: Résolution 1763(2010) et Recommandation 1518/2002 ; article 10 § 2 de la Charte des droits fondamentaux de l'UE ; article 18 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques) ;

c) parce que la loi italienne balance les droits des femmes et des médecins en leur donnant la possibilité de faire des choix compatibles avec leur morale et exigences selon le principe de non-discrimination établi dans la Charte .

101. D'un point de vue général, le Gouvernement estime, que la loi n° 194/1978 "instaure un équilibre juste et nécessaire entre le droit à la vie et à la santé de la femme et la liberté de conscience du personnel médical et des professions paramédicales en matière d'interruption volontaire de grossesse".



102. Le Gouvernement indique également que la loi n° 194/1978 – “qui prévoit des modalités et mesures visant à garantir le droit à la vie et à la santé des femmes en cas d’interruption volontaire de grossesse” - a été adoptée dans le cadre de la “marge d’appréciation” prévue par l’article G de la Charte.

103. En ce qui concerne les arguments mis en avant par l’organisation auteur de la réclamation, le Gouvernement considère que la baisse du nombre d’interruptions de grossesse et du taux de propension à l’avortement, illustrent la qualité de l’action que mènent les services de prévention ; cela montre aussi, selon le Gouvernement, que les femmes sont réceptives aux mesures de régulation de la fécondité et que les instruments visant à sensibiliser et responsabiliser les femmes à la parentalité donnent de bons résultats. A ce propos, le Gouvernement spécifie que des projets ponctuels de prévention de l’avortement ont été mis en place à l’intention des femmes de nationalité étrangère, avec des initiatives spécifiques axées sur la médiation culturelle, la facilitation de l’accès aux services et la formation du personnel.

104. Le Gouvernement se dit convaincu que la stabilité du nombre d’interventions d’urgence (procédure mise en œuvre sans attendre sept jours après la date de certification) et le raccourcissement des délais entre l’attestation de grossesse et l’intervention témoignent de l’efficacité des services d’interruption de grossesse ; il est d’avis que l’augmentation des interventions pratiquées en régime ambulatoire et des hospitalisations d’une durée inférieure à un jour indiquent que les femmes rencontrent moins de difficultés pour accéder à ces services et que le déploiement des ressources humaines est mieux organisé; il considère que le pourcentage important de femmes ayant subi un avortement avant la dixième semaine de gestation, ainsi que le taux très faible de complications - aucun décès ou complication grave n’a été relevé suite à un avortement réalisé conformément à la loi n° 194/1978 - sont preuve de ce que l’avortement ne constitue pas, aujourd’hui, un danger pour la santé des femmes.

105. Concernant plus particulièrement l’impact du phénomène de l’objection de conscience sur les procédures d’interruption de grossesse, le Gouvernement déclare que le nombre d’objecteurs de conscience observé en Italie – qui se trouve partiellement compensé par la mobilité du personnel et par des conventions conclues avec des services spécialisés de gynécologie-obstétrique – n’a pas une influence directe et concrète sur le recours à l’avortement et ne porte donc pas atteinte aux droits des femmes.

106. Le Gouvernement indique que la baisse du nombre de femmes qui avortent est nettement plus importante que l’augmentation du nombre d’objecteurs de conscience parmi les professionnels de santé et le personnel médical. Dans cette perspective, il considère que ces dernières années, les services ont gagné en efficacité, tant en termes de prévention que d’accès à l’interruption de grossesse,



et ces actes ne présentent aucun danger pour les femmes.

107. Le Gouvernement indique également que la loi n° 194/1978 a contribué à réduire le nombre d'avortements clandestins.

3. Arguments contenues dans la réplique de l'organisation réclamante au mémoire du Gouvernement sur le bien-fondé de la réclamation

108. En réponse aux arguments du Gouvernement relatifs à la mise en œuvre non satisfaisante de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978, la CGIL met en avant les considérations suivantes:

a) la diminution du nombre des avortements ne peut être considérée comme le signe que la mise en œuvre de la disposition précitée ne pose pas de problème. Selon la CGIL, "cela pourrait, au contraire, indiquer que la diminution du nombre d'avortements est la conséquence même du fait que les femmes n'ont pas accès aux services et doivent se tourner vers d'autres solutions telles que se déplacer à l'étranger ou procéder à un avortement clandestin" ;

b) quand bien même le ministère de la santé estime le nombre d'avortements illégaux à environ 20 000, le nombre réel d'avortements clandestins pourrait atteindre 50 000. À ce sujet, il est souligné que les chiffres officiels n'ont pas été mis à jour depuis 2008 et que le ministère lui-même reconnaît qu'ils sont sous-estimés. La CGIL souligne combien il est difficile de quantifier un phénomène qui, de par sa nature même, échappe à toute forme de suivi. La CGIL considère que "la pratique d'un avortement clandestin, au cours de laquelle les femmes mettent inévitablement leur vie et leur santé en danger au lieu, en plus d'être contraintes à payer pour un service qui devrait normalement être gratuit comme le prévoit la loi n° 194/1978, est étroitement apparentée à la question du lien entre la diminution du nombre d'avortements et les allégations selon lesquelles il n'existerait pas de problème du fait du nombre de professionnels qui sont objecteurs de conscience" ;

c) les positions exprimées dans le mémoire du Gouvernement sont en contradiction avec les déclarations faites par le Gouvernement lui-même, en la personne de la ministre de la santé, Beatrice Lorenzin, à la suite du dépôt, à la Chambre des Députés de neuf motions sur le droit à l'objection de conscience en matière médicale et de santé ; dans ce cadre, la ministre a déclaré que "là où il y a eu augmentation ou diminution du nombre d'objecteurs, cela n'a pas toujours conduit à la résolution de tous les problèmes dans l'accès aux services locaux" (voir paragraphe 61). En outre, la CGIL considère que les déclarations du ministre sont sans objet "parce qu'elles se fondent sur l'idée simpliste qu'il suffirait de suivre la mise en œuvre de la loi n° 194/1978 et que, par conséquent, elles ne peuvent pas être considérées comme constituant des mesures effectives de nature à contribuer



au changement de situation en ce qui concerne la mise en œuvre de la loi pertinente”.

109. À la suite de ces considérations, au sujet des autres affirmations qui figurent dans le mémoire du Gouvernement, la CGIL fournit une information détaillée sur les difficultés de mise en œuvre de la loi n° 194/1978 et sur les conséquences négatives pour la protection de la santé des femmes dont il est question. Cette information se fonde sur un certain nombre de documents annexés à la réplique. La CGIL précise que l'information fournie ne constitue pas un examen complet qui couvrirait chaque hôpital, établissement de soins, ou établissement de conseil dans l'ensemble de l'Italie.

110. À ce sujet, elle insiste sur le fait que:

a) les rapports annuels du ministère de la santé sur la mise en œuvre de ladite loi ne contiennent aucune information spécifique sur le nombre de demandes d'avortements par hôpital ;

b) la demande de la LAIGA – *Libera Associazione Italiana Ginecologi per l'Attuazione della legge 194* (association libre italienne des gynécologues pour la mise en œuvre de la loi n° 194/1978) que l'ISTAT produise une liste de tous les établissements n'a pas été acceptée et, par conséquent, aucune étude n'a pu être menée sur le lien entre les demandes d'avortements et le nombre de professionnels non d'objecteurs appelés à pratiquer ce type d'intervention ;

c) en tout cas, le nombre de demandes ne peut pas être pris en compte puisqu'elles ne sont pas enregistrées dans les cas où la femme est contrainte à trouver un autre hôpital ou à rechercher une solution différente à cause de la difficulté d'accès à ce traitement.

111. La CGIL considère également que les cas de femmes qui sont obligées de se tourner vers d'autres établissements échappent nécessairement à ce type d'étude, puisqu'il n'y a pas trace de leur demande dès lors qu'une assistance appropriée ne leur est pas procurée. Elle mentionne aussi que, comme cela est indiqué dans l'une des motions adoptées par le parlement italien en juin 2013, “dans la situation actuelle, il est quasiment impossible de constater si les femmes se retirent des listes d'attente parce qu'elles ont effectivement changé d'avis ou parce que, en raison des durées d'attente croissantes, elles décident de recourir à un avortement clandestin.

112. La CGIL se réfère à l'information dans le rapport sur les cas de mise en œuvre non satisfaisante de la loi de n° 194/1978, établi en 2013 par Mme Silvana Agatone, présidente de la LAIGA. Ce document, qui est aussi annexé à la réplique de la CGIL au mémoire du Gouvernement, contient la déclaration suivante:



“(…) [L]a loi [n°194 de 1978] n’est guère appliquée et (…), dans de nombreux hôpitaux, il est impossible de se faire avorter. (…) Il n’existe pas de sources officielles fiables, facilement accessibles, qui puissent fournir une liste à jour des hôpitaux ou services gynécologiques où des interruptions de grossesse peuvent être réalisées en toute légalité. En bref, il est impossible de savoir où s’adresser pour un avortement. (…) Aussi [la LAIGA] a-t-elle commencé à se renseigner (…), hôpital par hôpital, en utilisant les informations trouvées sur certains sites internet non officiels (…), afin d’obtenir une réponse à notre question: l’article 9 de la loi n° 194 est-il appliqué dans les faits? (…) Les résultats de notre enquête sont résumés dans le tableau ci-après. Il convient de noter que ces données chiffrées officielles, que nous avons eu beaucoup de mal à nous procurer, ne sont pas exhaustives mais permettent d’avoir un aperçu du problème”.

113. Le rapport susmentionné indique, que “(…) tous les hôpitaux ne pratiquent pas des interruptions de grossesse, ce qui va à l’encontre de l’article 9 de la loi n° 194 (…)”. Elle dresse ainsi la liste des 45 hôpitaux où les interventions de ce type ne peuvent être obtenues, même lorsqu’ils possèdent un service de gynécologie (les régions concernées sont le Latium, le Piémont, la Vénétie, le Frioul Vénétie Julienne, les Marches, la Lombardie, l’Emilie Romagne, la Toscane, la Sicile, la Sardaigne et les Pouilles):

Azienda Ospedaliera Universitaria S.Andrea, Policlinico Universitario Tor Vergata (Rome), Ospedale Acquapendente (Viterbo), Ospedale Andosilla (Civitacastellana), Ospedale Belcolle (Viterbo), Ospedale S.Camillo De Lellis (Rieti), Ospedale Umberto 1° (Frosinone), Ospedale S.Benedetto (Alatri), Ospedale di Velletri, Ospedale Maggiore della Carità (Novara), Ospedali Riuniti S. Lorenzo Varmagnola, Ospedale di Camposampiero (Turin), Ospedale Castelli (Verbania), Ospedale Portogruaro (Verona), Ospedale di Belluno, Ospedale di Bassano, Ospedale di Gorizia, Ospedale di Jesi, Ospedale di Fano, Ospedale di Fermo, Ospedali Civili di Brescia, Ospedale S.Maria delle Stelle Melzo, Ospedale di Cernusco, Ospedale di Carate, Ospedale di Gallarate, Ospedale di Gorgonzola, Ospedale di Angera, Ospedale di Treviglio e Caravaggio, Ospedale di Como, Ospedale di Cantu’, Ospedale di Monza, Ospedale di Melzo S. Maria delle Stella, Ospedale di Sassuolo, Ospedale Franchini-Montecchio Reggio Emilia, Ospedale di Ponte Annicari, Ospedale di Lipari, Ospedale Muscatello (Augusta), Ospedale di Bosa, Ospedale di Ozieri, Regione, Ospedale San Paolo (Bari), Ospedale Perrino (Brindisi), Ospedale di Venere, Ospedale di Bitonto, Ospedale di Bisceglie, Ospedale di Fasano.

114. La CGIL considère que sur la situation du personnel de santé réalisant des avortements, la présidente de la LAIGA fournit des données complètes en ce qui concerne la région du Latium. Sur ce point, la présidente de la LAIGA précise que:



“[D]ans cette région, sur un total de 391 gynécologues rattachés à des établissements hospitaliers, ils ne sont que 33 à être non-objecteurs et à pratiquer des avortements; ainsi 91,3% des gynécologues du Latium sont objecteurs de conscience”. Pour les autres régions (Piémont, Lombardie, Trentin-Haut-Adige, Ligurie, Toscane, Emilie Romagne, Abruzzes, Molise, Campanie, Basilicate, Pouilles, Calabre, Sicile et Sardaigne), la présidente de la LAIGA fournit des données indiquant que dans “au moins” 38 hôpitaux il n’y a pas de gynécologues non-objecteurs, ou qu’il y en a juste un. Selon les informations communiquées, les établissements hospitaliers se trouvant dans cette situation sont les suivants:

Ospedali Riuniti (Borgomanero), Ospedale Broni (Stradella), Ospedale Civile (Sondrio), Ospedale Civile (Cavalesse), Ospedale Civile (Bassano), Ospedale S. Spirito, Policlinico Umberto I, A.O.S. Andrea (Rome), Ospedale San Paolo (Civitavecchia), Ospedale Paro di Delfino (Colleferro), Ospedale Gonfalone (Monterotondo), Ospedale Coniugi Bernardini (Palestrina), Ospedale Paolo Colombo (Velletri), Ospedale S. Maria Goretti (Latina), Ospedale Civile (Formia), Ospedale Civile (Frosinone), Ospedale SS Trinità (Sora), Ospedale S. Benedetto (Alatri), Ospedale S. Scolastica (Cassino), Ospedale Belcolle (Viterbo), Ospedale Civile (Tarquinia), Ospedale Civile S. Anna (Ronciglione), Ospedale Civile (Rieti), ASL 2 Chieti (Ortona), ASL 3 Chieti (Chieti), ASL SA (Eboli), Ospedale Potenza (Chiaromonte), Ospedale Civile Locri, ASP Catanzaro, Ospedale Civile Cosenza, ASP (Locri), Ospedale Civile (Cetraro), ASP 9 (Trapani), Ospedale Microcitamico (Cagliari), Ospedale Civile (Bosa), Ospedale Civile (Ozieri), Ospedale Civile (Businco).

115. A cet égard, dans son rapport, la présidente de la LAIGA déclare:

“On note, dans la majorité des hôpitaux, un déséquilibre entre le nombre de gynécologues et le pourcentage de praticiens non objecteurs, compte tenu de la proportion élevée de gynécologues objecteurs de conscience. De nombreux établissements ne proposent pas ce service de gynécologie, faute de personnel. Mais, même lorsqu’il y a un seul médecin non objecteur, de gros problèmes subsistent, qui impliquent:

- des délais d’attente plus longs, avec des risques accrus lors des interventions. Dans de nombreux cas, l’interruption de grossesse est pratiquée dans les derniers jours du délai prévu par la loi, c.-à-d. aux alentours de la douzième semaine de gestation;
- des risques professionnels plus importants pour les gynécologues non objecteurs de conscience: les délais d’attentes prolongés (souvent plus de 3 à 4 semaines entre l’attestation de grossesse et l’intervention) contraignent les médecins à user de pratiques peu satisfaisantes sur le plan clinique;
- la réduction du temps accordé à chaque patiente pendant les procédures liées à l’interruption de grossesse et ce aux dépens de sa protection, de son information et de sa prise en charge sociale ;



- l'obligation pour les patientes de se rendre dans d'autres provinces ou régions, voire à l'étranger (de nombreuses interruptions de grossesse pratiquées au-delà du 90e jour pour cause de maladie fœtale sont réalisées dans les hôpitaux des pays voisins - France, Espagne et Royaume-Uni) ;
- pendant les congés du personnel non objecteur de conscience, les avortements sont suspendus (à Bari, par exemple, lorsque le seul gynécologue non objecteur de conscience prend congé, la prescription de la pilule abortive RU-486 est interrompue et le numéro d'appel gratuit permettant d'obtenir des informations et des rendez-vous cesse de fonctionner) ;
- en cas de maladie de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience, le service est suspendu. Ainsi, à Monterotondo, le seul gynécologue non objecteur de conscience est en arrêt de travail depuis un accident de voiture survenu en novembre 2012 et aucune interruption de grossesse n'est plus pratiquée. A Frosinone, lorsque le gynécologue est en arrêt de maladie, le service est là aussi interrompu ;
- si l'unique médecin non objecteur prend sa retraite, le service ferme – comme cela s'est passé, par exemple, à Jesi ;
- en cas de décès de praticiens non objecteurs, le service est suspendu: à Naples, la suspension des interruptions de grossesse après le décès du seul gynécologue non objecteur a suscité des protestations de la part des citoyens, de sorte qu'il a fallu recruter un gynécologue pour y remédier."

116. En plus des données chiffrées et des réflexions qui figurent dans le rapport mentionné ci-dessus, la CGIL fournit des informations spécifiques sur les difficultés de mise en œuvre de la loi n° 194/1978 au plan régional. Ces dernières se fondent sur différentes sources, par exemple des témoignages de première main, des données fournies par les agences régionales, des articles de presse, des livres, des blogs forum ETUC. Cette information porte sur l'état de mise en œuvre de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978 par différents hôpitaux italiens, centre de soins et centres de conseil. Les documents pertinents figurent en annexe à la réponse au mémoire du Gouvernement.

117. La CGIL produit également des informations provenant de différentes sources. Ces informations portent sur l'état d'avancement de la mise en œuvre de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978 dans différents hôpitaux italiens, centre de soins et centres de conseil. Ceci concorde avec les informations fournies par l'organisation réclamante concernée dans la réclamation IPPF EN c. Italie (IPPF EN c. Italie, réclamation n° 87/2012, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, paragraphes 112-151).

118. Vu les données recueillies dans le document fourni par la LAIGA, La CGIL se réfère aux cas des centres médicaux étrangers situés en France, en Suisse, au Royaume-Uni et en Slovénie, qui, dans la période 2010 - 2012, ont accepté de



fournir des services liés à l'avortement aux femmes qui ne pouvaient pas accéder aux procédures d'avortement en Italie, et note également le phénomène de la migration des femmes "d'un hôpital à l'autre ainsi qu'entre les régions en Italie afin d'obtenir un avortement."

4. Arguments présentés par le Gouvernement défendeur dans sa nouvelle réplique

119. Le Gouvernement rejette l'ensemble des critiques formulées par la CGIL en relation aux points développés dans son mémoire sur le bien-fondé de la réclamation. Il considère que ces arguments ne sont pas nouveaux, sont mal fondés, sont sans justification et, en ce qui concerne les données relatives à l'application de la loi n° 194/1978, ils ne tiennent pas compte des évaluations communiquées.

120. Le Gouvernement insiste sur l'idée que la réclamation se borne à démontrer la présence limitée, voire l'absence, de médecins non-objecteurs de conscience dans les structures sanitaires, ce qui empêcherait l'accès des femmes aux procédures d'interruption de grossesse.

121. Le Gouvernement communique en annexe de sa nouvelle réplique le rapport publié par le ministère de la Santé en octobre 2013 en ce qui concerne la mise en œuvre de la loi susmentionnée.

B – Informations additionnelles fournies par les parties à la demande du Comité

1. Le Gouvernement défendeur

122. Pour ce qui est du bien-fondé de la réclamation, après avoir réitéré un certain nombre de points déjà mis en avant dans son mémoire, le Gouvernement se réfère aux "mesures actuellement adoptées en Italie" en relation "à la matière en examen".

123. Dans ce cadre, il indique qu'en juin 2013 le ministère de la Santé a activé une "Table technique pour la pleine application de la loi n° 194/1978" à laquelle sont associés les Régions et l'Institut supérieur de la Santé (*Istituto superiore di Sanità*).

124. Le Gouvernement précise que cette "table" est appelée à effectuer des activités de monitoring au niveau national en ce qui concerne les activités d'IVG et l'exercice du droit à l'objection de conscience des médecins gynécologues qui travaillent dans les structures publiques et privées et dans les centres de consultation pour les familles.



125. Il affirme que les activités de monitoring ont montré qu' "il n'y a pas de situations critiques à la charge des services IVG en rapport aux services dédiés aux naissances (*punti nascita*)". A cet égard, renvoi est fait au chapitre concerné du rapport du ministère de la Santé sur la mise en œuvre de la loi n° 194/1978, présenté au Parlement en octobre 2014 (pages 43-48). Ce document est communiqué en annexe au document contenant les informations additionnelles.

126. Le Gouvernement précise que la "Table" susmentionnée s'est réunie le 14 janvier 2015 "pour continuer son travail de monitoring afin d'assurer une forme de coordination et de comparaison au niveau national en vue d'une pleine application de la loi n° 194/1978". Il indique également que, dans ce but, le ministère de la Santé a financé un projet visant entre autres l'organisation d'une formation, en octobre 2015, destinée aux responsables régionaux chargés de suivre les éventuelles situations critiques relatives aux procédures d'interruption de grossesse et à l'objection de conscience.

127. Le Gouvernement déclare finalement qu'il "est en train de suivre toute situation relative à la question posée par la CGIL dans l'intérêt des personnes concernées – femmes et médecins et, surtout, enfants à naître – pour protéger leurs droits".

2. L'organisation auteur de la réclamation

128. Dans sa réponse à la demande du Comité, la CGIL fait en premier lieu référence à la décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, Fédération internationale pour le Planning familial – Réseau européen (IPPF EN) c. Italie, réclamation n° 87/2012.

129. La CGIL rappelle que dans cette décision, le Comité a dit que les informations fournies par IPPF EN, ainsi que les documents adoptés par le Sénat et la Chambre des Députés italiens, indiquent l'existence de graves problèmes.

130. En ce qui concerne la violation de l'article susmentionné, la CGIL demande au Comité de confirmer l'appréciation et la conclusion contenues dans la décision susmentionnée.

131. La CGIL note également qu'eu égard à ladite décision, le 30 avril 2014 le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté une résolution spécifique [Résolution CM/ResChS(2014)6] dans laquelle le Comité des Ministres:

- prend note de la déclaration faite par le gouvernement défendeur et de l'information qu'il a communiquée dans le cadre de la suite donnée à la décision du Comité européen des Droits sociaux et se félicite de son



engagement à mettre la situation en conformité avec la Charte (voir l'annexe à la résolution) ;

- appelle de ses vœux que l'Italie fasse état, lors de la présentation du prochain rapport relatif aux dispositions pertinentes de la Charte sociale européenne révisée, d'une mise en conformité intégrale de la situation.

132. La CGIL note que, dans la déclaration précitée, publiée en annexe à la résolution du Comité des Ministres, le Gouvernement, après avoir indiqué qu'il avait pris note de la décision du Comité, a déclaré qu'il la considérait:

“comme un encouragement à mieux appliquer la loi n° 194/1978”.

133. En ce qui concerne les initiatives prises en vue d'évaluer l'impact de l'objection de conscience, la CGIL note que le Gouvernement a informé le Comité des Ministres:

“(…) En juin 2013, le ministère de la Santé a engagé une “consultation technique” à laquelle ont été conviés des “évaluateurs régionaux”, chargés de superviser la gestion de la santé dans les organes exécutifs régionaux et de recueillir des données afin de mesurer l'impact des praticiens objecteurs de conscience au niveau local.».

En référence à ces initiatives, la CGIL indique qu'aucune mesure positive n'a été prise par le Gouvernement afin de remédier à l'application défectueuse de l'article 9 § 4 de la Loi n° 194/1978.

134. Dans ce contexte, la CGIL note que le rapport sur la mise en œuvre de la loi susmentionnée, publié en octobre 2014 ne contient aucune référence: ni à la décision du Comité relative à la réclamation IPPF EN c. Italie ; ni à la résolution afférente du Comité des Ministres; ni à des mesures éventuellement prises par le ministère afin de porter remède à l'application défectueuse de l'article 9 § 4, telle que constatée par le Comité dans la décision susmentionnée.

135. En ce qui concerne la partie du rapport relative à l'objection de conscience – en complétant l'information fournie dans le texte de sa réclamation (concernant la période 2003 – 2009) – la CGIL se réfère aux données relatives aux taux d'objection du personnel médical et non-médical concerné dans la période 2010 – 2012.

136. A ce propos, elle constate que pour ce qui est des gynécologues, le taux d'objection est passé de 69,3% en 2010 à 69,6 en 2012 ; pour les anesthésistes, de 50,8% en 2010 à 47% en 2012 ; pour le personnel non médical, de 38,6% en 2005 à 45% en 2012. Dans ce cadre, la CGIL constate d'importantes différences entre Régions: en ce qui concerne les gynécologues, des pourcentages supérieurs à 80%



sont relevées dans les Régions suivantes: Molise (90.3%), Basilicate (89.4%), Province autonome de Bolzano (87.3%), Sicile (84.5%) Latium (81.9%), Campanie (81.8%) et Abruzzes (81.5%). Concernant les anesthésistes, les valeurs plus élevées sont enregistrées dans les Régions Molise (78.3%) Sicile (77.4%), Latium (71.5%) et Calabre (71.3%). Pour le personnel non médical, les valeurs plus élevées sont observées dans les Régions Molise (90,1%) et Sicile (80,9%).

137. Après avoir relevé ces données, la CGIL fait référence au chapitre du rapport portant sur les résultats du monitoring ad hoc relatif aux procédures d'interruption de grossesse et l'objection de conscience.

138. La CGIL constate que ce chapitre fait référence aux résultats des activités de monitoring réalisées par le ministère de la Santé dans les Régions, entre décembre 2013 et juin 2014, en ce qui concerne l'impact de l'objection de conscience sur les procédures d'interruption de grossesse effectuées par les gynécologues. La CGIL souligne que ces activités ont été réalisées en application des engagements pris par le Gouvernement dans le cadre des motions parlementaires adoptées par la Chambre des Députés et le Sénat en juin 2013 dans le but d'identifier les éventuels points de faiblesse.

139. En ce qui concerne les raisons des activités de monitoring réalisées par le ministère, la CGIL se réfère également aux considérations formulées sur ce point par la Commission des affaires sociales de la Chambre des Députés dans la Résolution adoptée le 6 mars 2014 (ce document est présenté en annexe de la réponse de la CGIL au Comité).

140. En ce qui concerne les données résultant des activités de monitoring, la CGIL observe que, comme cela est reconnu par le Gouvernement, les informations communiquées se réfèrent à des données parfois incomplètes. Dans ce contexte, la CGIL note que les données relatives au personnel non-objecteur pourraient être sous-estimées (les objecteurs seraient beaucoup plus nombreux selon la CGIL) ; afin de corroborer cette affirmation, la CGIL fait référence aux considérations contenues dans la Résolution de la Commission de la Chambre des Députées mentionnée plus haut:

“D’après le Rapport du ministère, le nombre total du personnel non-objecteur est considéré suffisant en relation au nombre total de procédures d’interruption volontaire de grossesse ; des éventuelles difficultés dans l’accès aux dites procédures semblent par conséquent déterminées par une distribution inadéquate du personnel entre les structures sanitaires au sein des Régions.

Une vérification résulte nécessaire compte tenu du fait que les données relatives au nombre des non-objecteurs pourraient résulter surestimées par



rapport à la réalité, et ce, du fait qu'il n'est pas obligatoire de communiquer le choix de l'objection de conscience à l'autorité sanitaire responsable ; les gynécologues qui n'ont pas soulevé d'objection de conscience en raison du fait que les interruptions de grossesses ne rentrent pas dans leurs compétences institutionnelles, pourraient être en fait considérés comme de non-objecteurs".

141. En ce qui concerne les considérations exprimé par le ministère dans le chapitre en question, la CGIL met en avant les arguments suivants:

a) il convient de rejeter la conclusion selon laquelle la couverture du territoire national par des structures mettant en œuvre les procédures d'interruption volontaire de grossesse est plus que satisfaisante du fait que dans seulement deux petites Régions le nombre de ces structures est inférieur à 30% par rapport au nombre total des structures hospitalières offrant un service d'obstétrique et de gynécologie. La CGIL estime que cette conclusion ne se soucie pas de vérifier si, dans la pratique, le nombre de structures IVG est adéquat par rapport aux demandes d'interruption de grossesse. A ce propos, la CGIL rappelle que les structures hospitalières concernées n'enregistrent pas les demandes qui n'ont pas pu être pas accueillies en raison du manque de personnel non-objecteur ;

b) il convient de rejeter la conclusion du ministère selon laquelle le nombre de structures pratiquant les interruptions de grossesse est plus que suffisant par rapport au nombre d'interruptions de grossesse effectuées, du fait qu'au niveau national, en 2012, premièrement, la proportion entre naissances et interruption de grossesse était égale à 4,9 /1 et celle entre structures d'accouchement et structure d'interruption de grossesse était égale à 1,3 /1 ; et deuxièmement, la proportion entre structures d'accouchement et structure d'interruption de grossesse pour 100.000 femmes en âge de procréer (15-49 ans), était égal à 1,3 /1. La CGIL estime qu'il est évident que le nombre de structures pratiquant les interruptions de grossesse est plus que suffisant par rapport au nombre d'interruptions de grossesse effectuées car s'il ne l'était pas, lesdites interruptions n'auraient simplement pas été réalisées. La CGIL rappelle à ce propos les considérations qu'elle a formulées dans sa réclamation par rapport aux avortements illégaux et au fait que certaines femmes, ayant décidé d'interrompre leur grossesse dans les conditions prévues par la loi, sont obligées – en raison du manque de personnel non-objecteur - à se déplacer dans d'autres Régions ou, si elles peuvent se le permettre, à payer pour une opération dans une structure privée.

C. - Informations fournies par les parties pendant l'audition tenue le 7 septembre 2015

1. Le Gouvernement défendeur



142. Le Gouvernement revient sur un certain nombre d'informations qu'il a déjà fournies. Il rappelle ainsi que, depuis 1982, le nombre d'avortements a pratiquement été divisé par deux ; il a en effet baissé de 45%, tant en chiffres absolus qu'au regard des indicateurs relatifs aux femmes en âge de procréer (taux et ratios d'avortement). Quant aux avortements clandestins, qui induisaient des taux de mortalité maternelle très élevés, ils ont disparu. Selon le Gouvernement, le nombre de gynécologues qui pratiquent des interruptions de grossesse est stable et le nombre d'IVG réalisées chaque semaine a diminué de moitié.

143. Le Gouvernement indique toutefois que, nonobstant ces avancées, le Ministre de la Santé a, dans le respect des engagements qu'il avait pris lors du débat parlementaire consacré à la loi n° 194/1978, constitué un Groupe de travail technique chargé de veiller à la pleine application de ce texte (cf. par. 63 supra). Le Gouvernement rappelle que l'objectif assigné à ce Groupe est de vérifier, par le biais d'une enquête spécifique, si la loi précitée est mise en œuvre sur l'ensemble du territoire national, y compris pour ce qui concerne l'exercice par les gynécologues du droit à l'objection de conscience, en pratique libérale comme dans les centres de planification familiale.

144. Les "résultats définitifs" de ladite enquête ont été publiés dans un rapport du ministère de la Santé soumis au Parlement le 15 octobre 2014. Selon le Gouvernement, "il ressort de ce rapport qu'au vu des données globales établies région par région, l'application de la loi n° 194, en particulier pour ce qui est de l'objection de conscience et de l'accès aux services, ne pose pas de difficultés majeures". Le rapport ajoute qu' "afin de veiller à la poursuite de la coordination et de la concertation nationales concernant la pleine application de la loi n° 194/1978, et soucieux de détecter les éventuels problèmes qui pourraient apparaître au niveau local, le ministère de la Santé a décidé de maintenir le Groupe de travail technique".

145. S'appuyant sur le rapport précité, le Gouvernement présente une synthèse des données recueillies dans différents hôpitaux. Il rappelle à ce sujet les trois paramètres retenus. Le premier porte sur l'offre de services d'avortement provoqué au regard du nombre absolu de structures disponibles: la conclusion que tire le Gouvernement des données chiffrées obtenues en la matière est que l'IVG est pratiquée dans 64% des structures disponibles, avec une couverture géographique satisfaisante (si l'on excepte deux régions très petites). Le deuxième paramètre concerne l'offre de services d'avortement au regard du nombre de femmes en âge de procréer et du nombre de maternités: le Gouvernement indique ici que le nombre d'avortements pratiqués équivaut à 20% des naissances, mais que le nombre de structures auxquelles il est possible de s'adresser pour une IVG équivaut à 74% du nombre de maternités – il est donc supérieur à ce qu'il serait si l'on tenait compte de la proportion entre le nombre d'avortements et le nombre de naissances. Le troisième paramètre a trait au nombre moyen d'IVG que réalisent



chaque semaine les gynécologues: le Gouvernement indique sur ce point que, d'après les données recueillies, le nombre moyen d'avortements pratiqués par chaque gynécologue est de 1,4 au plan national, avec un minimum de 0,4 dans le Val d'Aoste et un maximum de 4,2 dans le Latium ; cela signifie aussi que, dans la région où la situation est la moins bonne, le Latium, un médecin non objecteur de conscience réalise moins de cinq IVG par semaine – et le Gouvernement de conclure que le nombre de praticiens non objecteurs de conscience qui travaillent en milieu hospitalier est satisfaisant.

146. Le Gouvernement rappelle que, dans le but d'améliorer la qualité des données recueillies dans le cadre des efforts engagés pour garantir l'application de la loi n° 194/1978, le ministère de la Santé a alloué une somme de 10 000 € pour mener à bien un projet d'une durée de douze mois qui sera coordonné par l'Institut supérieur de la Santé (voir par. 129 supra). Il considère que ce projet permettra d'évaluer les problèmes que pourrait éventuellement poser, au plan local, l'application dudit texte.

147. Le Gouvernement rappelle qu'aux termes de l'article 9 § 4, les Régions sont tenues de veiller à ce que la loi n° 194/1978 soit correctement mise en œuvre ; il ajoute qu'au regard de la Constitution italienne, les Régions sont seules compétentes pour organiser les services de soins de santé au niveau local et que c'est donc à elles qu'il appartient de mobiliser les personnels de santé là où les services sont inégalement répartis au plan local ou sub-régional. Il fait remarquer que le Ministre de la Santé peut intervenir dans des cas particuliers, lorsqu'il a ponctuellement connaissance de certains problèmes. Il indique à cet égard au Comité que le Ministre a signé, en mars 2015, un décret instituant une cellule de crise permanente chargée de coordonner les mesures d'urgence qui devraient être prises en cas de problèmes majeurs dans la fourniture des services assurés par les autorités sanitaires nationales.

148. S'agissant des délais d'attente entre le moment où un avortement est demandé et celui où il est pratiqué, le Gouvernement indique que le dernier rapport ministériel confirme que ces délais se réduisent. 61,5% des femmes peuvent se faire avorter dans un délai d'une semaine à compter de la date où elles en font la demande et le nombre de celles qui patientent plus de deux semaines régresse. Le Gouvernement considère que ces chiffres confirment la tendance qui laisse entrevoir une diminution persistante des délais d'attente, et y voit un signe de plus de l'amélioration observée en termes d'accès aux services qui pratiquent des IVG.

149. Selon le Gouvernement, le pourcentage d'objecteurs de conscience a légèrement augmenté, passant de 69,2% à 69,6%, mais les délais d'attente ont baissé à l'échelle nationale. Son examen de la situation au plan régional fait apparaître un certain nombre de disparités: ainsi, dans le Latium, le nombre



d'objecteurs de conscience a augmenté ces six dernières années, mais les délais d'attente pour obtenir une IVG ont diminué – tendance qui se vérifie aussi dans le Piémont. En Lombardie en revanche, le nombre d'objecteurs a baissé, mais les délais d'attente se sont allongés – et il en va de même en Ombrie, en Toscane et dans les Marches. En Emilie-Romagne, le tableau est encore différent: le nombre d'objecteurs de conscience a reculé, mais les délais d'attente également. Le Gouvernement conclut qu' "il n'existe aucune corrélation entre le nombre d'objecteurs de conscience et l'application de la loi: la façon dont celle-ci est appliquée dépend en grande partie de l'organisation régionale, laquelle résulte d'un certain nombre de facteurs qui varient bien évidemment d'une région à l'autre, voire à l'intérieur d'une même région".

150. Le Gouvernement indique qu'en décembre 2014, "des représentants du ministère de la Santé ont rencontré des membres de la LAIGA". Ces derniers ont, selon le Gouvernement, "été invités à rendre compte des cas de non-application de la loi et des éventuels problèmes qui en résulteraient au niveau subrégional". Le Gouvernement fait remarquer qu' "aucun dossier de ce type n'a été remis au ministère par la LAIGA".

2. L'organisation auteur de la réclamation-

151. La CGIL affirme que la situation à l'origine de la violation constatée par le Comité dans la réclamation IPPF-EN c. Italie, réclamation n° 87/2012, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013 "n'a en rien changé, et que les choses se sont peut-être même dégradées". L'organisation réclamante fait en particulier valoir que le Gouvernement n'a pris aucune mesure tangible pour régler tous les cas qu'il avait dûment portés à l'attention du Comité dans le cadre de la procédure écrite.

152. L'organisation auteur de la réclamation soutient que, dans tous les documents officiels établis après la décision susmentionnée, le Gouvernement "ne s'y est jamais référé" et "a toujours nié l'existence d'un quelconque problème". Elle mentionne à ce sujet:

- a) les documents soumis par le Gouvernement pour la présente réclamation ;
- b) la première déclaration du Gouvernement publiée en annexe à la Résolution adoptée le 30 avril 2014 par le Comité des Ministres concernant la décision du Comité dans la réclamation IPPF EN c. Italie ;
- c) le rapport présenté le 15 octobre 2014 au Parlement italien par le ministère de la Santé sur l'état d'application de la loi n° 194/1978.

153. Pour ce qui est du Groupe de travail technique chargé de suivre l'application de la loi et concernant l'organisation d'une formation destinée aux opérateurs dont le Gouvernement a fait mention (voir paragraphes 126 et 129 *supra*), la CGIL observe que ces initiatives ne sont pas en mesure de résoudre les problèmes matériels déjà constatés par le Comité ; elles constituent tout au plus un



moyen de contribuer à la mise en œuvre ordinaire de la loi n° 194/1978. La CGIL appelle en outre l'attention du Comité sur 30 nouvelles questions dont le Parlement italien a été saisi entre 2013 et 2015, auxquelles le Gouvernement n'a pas répondu.

154. A propos de l'un des motifs avancés par le Gouvernement pour justifier la demande d'audition, l'organisation réclamante précise que la présidente de la LAIGA a rendu publiques des déclarations écrites dont il ressort que, lors de la réunion tenue à Rome avec les représentants du ministère de la Santé, "les problèmes relatifs aux médecins non objecteurs de conscience n'ont pas été évoqués". De l'avis de la présidente de la LAIGA, la réunion avait pour "seul objet le non-respect des droits des femmes et, partant, les problèmes d'accès aux services de santé". Selon la CGIL, au cours de cette réunion, le ministère a demandé à la LAIGA de suivre la situation concernant la demande globale d'interruptions volontaires de grossesse. La LAIGA a répondu que, "n'étant pas un organisme public officiel, elle n'était à l'évidence pas en mesure de s'enquérir de l'importance exacte de ladite demande". L'organisation auteur de la réclamation insiste sur l'importance que revêt ce point à ses yeux car "le rapport du ministère affirme que le nombre de médecins non objecteurs cadre assez bien avec le nombre d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées".

155. Tout en renvoyant aux très nombreux documents qu'elle a déjà soumis, la CGIL invoque à ce sujet la teneur de la motion votée en mars 2014 par la Commission des affaires sociales de la Chambre des Députés, qui fait précisément état de "la surestimation des médecins non objecteurs et de la sous-estimation correspondante des médecins objecteurs".

156. S'agissant des femmes qui se rendent à l'étranger pour avorter, la CGIL insiste sur le fait que ces déplacements ne se font pas seulement vers l'étranger, mais aussi à l'intérieur des frontières italiennes ; les femmes sont en effet contraintes de se rendre dans une autre ville, dans un autre hôpital de la même ville, voire dans une autre région, ce qui constitue une discrimination manifeste sur le plan économique, social et territorial que le Comité a déjà clairement établie et décrite dans sa décision relative à la réclamation IPPF EN c. Italie. L'organisation réclamante souligne que ce phénomène était déjà constaté lorsque la Chambre des Députés a voté la motion n° 45 en juin 2013. Elle attire l'attention du Comité sur la difficulté de trouver des données chiffrées concernant la demande globale d'interruptions volontaires de grossesse, "faute de système institutionnel permettant d'enregistrer les demandes d'IVG non satisfaites". L'organisation auteur de la réclamation renvoie à ce sujet aux informations contenues dans le rapport que la présidente de la LAIGA a rédigé sur cette question (cf. par. 115 *supra*).



D – Appréciation du Comité

1. Objet de la réclamation et de la décision du Comité

157. Dans le texte de la réclamation, les griefs de la CGIL reposent pour l'essentiel sur la démonstration de l'inadéquation de l'article 9 § 4 de la loi n°194/1978 par le grand nombre de praticiens hospitaliers et d'autres personnels de santé qui exercent leur droit à l'objection de conscience. La CGIL soutient que cette situation empêche un accès effectif aux procédures d'interruption de grossesse en Italie et que, ce faisant, elle porte atteinte au droit des femmes à la protection de leur santé.

158. Le Comité note que, dans sa réplique au mémoire du Gouvernement, la CGIL, sans plus faire référence à une prétendue inadéquation de l'article susmentionné, considère que les difficultés d'accès aux procédures d'avortement sont dues au nombre particulièrement élevé de personnels de santé qui exercent leur droit à l'objection de conscience et au fait que les mesures prises par les autorités compétentes en vertu de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978, afin de faire face à ce phénomène, ne sont pas suffisantes.

159. Dans cette perspective, dans le document présentant des informations additionnelles au Comité, la CGIL demande à ce dernier de dire que les défaillances dans la mise en œuvre de l'article 9 § 4 ne permettent pas de garantir l'exercice effectif du droit des femmes d'accéder aux actes d'interruption de grossesse et, par conséquent, une mise en œuvre satisfaisante de l'article 11 de la Charte. En d'autres termes, la CGIL demande au Comité de confirmer l'appréciation qu'il a adoptée dans la décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, IPPF EN c. Italie, réclamation n° 87/2012.

160. En ce qui concerne les droits dont la CGIL allègue la violation, le Comité rappelle que, comme indiqué dans la décision susmentionnée, la question juridique centrale posée par la réclamation concerne la protection du droit à la santé.

161. Comme dans la décision IPPF EN c. Italie, le Comité est ainsi appelé à statuer sur l'adéquation des mesures prises par les autorités compétentes afin de garantir l'accès effectif aux services chargés de réaliser les procédures d'avortement, définies par la législation nationale comme une forme de traitement médical lié à la protection de la santé et au bien-être personnel qui, par conséquent, peuvent être considérées comme relevant du champ d'application de l'article 11 de la Charte.

162. Le Comité note qu'en référence aux dispositions législatives régissant le droit à la santé des femmes en cas d'interruption volontaire de grossesse, le



Gouvernement indique que la loi n° 194/1978 a été adoptée dans le cadre de la “marge d’appréciation” prévue par l’article G de la Charte. Le Comité constate que la réclamation ne fait pas allusion à l’exercice du droit à l’objection de conscience garanti par la loi susmentionnée en tant que restriction ou limitation du droit des femmes à la protection de leur santé. Compte tenu de ce qui précède, le Comité considère que l’applicabilité de l’article G de la Charte est sans rapport avec les allégations figurant dans la réclamation.

163. En ce qui concerne la jurisprudence applicable et les autres sources pertinentes, le Comité rappelle que

“[E]n ce qui concerne les moyens propres à progresser réellement vers la réalisation des objectifs assignés par la Charte, (...) pour l’application de [celle-ci], l’obligation incombant aux Etats parties est non seulement de prendre des initiatives juridiques mais encore de dégager les ressources et d’organiser les procédures nécessaires en vue de permettre le plein exercice des droits reconnus par la Charte” (IPPF EN c. Italie, réclamation n°87/212, décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, par.162).

164. A la lumière de ce qui précède, le Comité rappelle que

“[L]es services chargés d’interruption de grossesse doivent être organisés de manière à répondre aux besoins des patients souhaitant avoir accès à de tels services. Cela signifie que, dans la mesure où le nombre et le moment des demandes d’interruption de grossesse ne peuvent être prévus à l’avance, des mesures doivent être prises afin d’assurer la présence de praticiens hospitaliers et autres personnels de santé non objecteurs de conscience chaque fois que leur intervention est requise» (IPPF EN c. Italie, *ibid.*, § 163).

165. Le Comité rappelle que comme l’a indiqué le Comité national de bioéthique (*Comitato Nazionale per la Bioetica*)

L’exercice du droit à l’objection de conscience “ne doit ni limiter ni alourdir l’exercice de droits reconnus par la loi (...)” (cf. *Objection de conscience et bioéthique - Obiezione di coscienza e bioetica* – p.18, dans décision sur le bien-fondé de IPPF EN c. Italie, *ibid.*, § 165).

166. En ce qui concerne, d’une part, la relation entre l’accès aux services d’avortement, et, d’autre part, l’exercice du droit à l’objection de conscience des personnels concernés, conformément à sa décision IPPF EN c. Italie, le Comité se réfère à différentes motions récemment adoptées par la Chambre des Députés du Parlement italien, dont le libellé, peut être considéré comme reflétant ce qui est prévu par l’article 11 de la Charte en la matière. Dans cette optique, le Comité



considère que les affirmations suivantes apparaissent pertinentes:

- “(...) [La loi n° 194 de 1978] établit une distinction entre le droit de l’individu à l’objection et le droit des femmes au libre choix en matière de procréation, ainsi qu’entre le droit de l’individu à élever des objections contre une loi de l’Etat et l’obligation qu’a l’Etat d’assurer le service prévu (...).” (cf. motion n° 1-00074, voir paragraphe 59 ci-dessus);

- “(...) Le personnel médical est assuré de pouvoir invoquer l’objection de conscience. Mais il s’agit là d’un droit de l’individu, et non d’un droit dont jouirait l’établissement sanitaire dans son ensemble, lequel a au contraire l’obligation de garantir l’exécution des prestations sanitaires.” (cf. motion n° 1-00045, voir paragraphe 59 ci-dessus.).

167. Dans ce contexte, le Comité se réfère également à la position exprimée au sein du Parlement selon laquelle:

“(...) [c]e n’est pas le nombre de médecins objecteurs qui détermine en soi l’accès à l’interruption volontaire de grossesse, mais bien les modalités retenues par les structures sanitaires pour appliquer la loi n° 194 de 1978” (cf. motion n° 1/00079 – Chambre des Députés, voir paragraphe 59 ci-dessus).

2. Appréciation des arguments des parties soumis entre janvier et novembre 2013

168. En ce qui concerne les allégations contenues dans la réclamation et les autres pièces présentées par la CGIL au cours de la procédure, en faisant référence à l’appréciation formulée dans la décision sur le bien-fondé du 10 septembre 2013, IPPF EN c. Italie, réclamation n°87/2012, par. 168, le Comité considère que:

a) “les dispositions énoncées à l’article 9 § 4 constituent en principe un cadre réglementaire équilibré pour la réalisation des objectifs de la loi n° 194/1978” ;

b) “le nombre élevé de membres du personnel de santé qui invoquent l’objection de conscience en Italie ne constitue pas, en soi, une preuve de l’application inefficace des dispositions nationales en cause” ;

c) “(a) l’obligation faite aux hôpitaux et centres de soins agréés de prendre des mesures afin de garantir, en toutes circonstances, l’accès aux procédures d’interruption de grossesse – comme le prévoient les articles 5, 7 et 8 de ladite loi – , et (b) la responsabilité qui incombe aux régions de veiller à ce que cette condition soit remplie, constituent une base juridique appropriée pour garantir



l'application correcte de l'article 11" (décision sur le bien-fondé IPPF EN c. Italie, *ibid.*, par. 168).

169. Cependant, le Comité considère que certaines informations fournies par l'organisation auteur de la réclamation ainsi que d'autres éléments pertinents se référant aux allégations de la CGIL, tels qu'ils figurent dans les documents publiés au cours du mois de juin 2013 par le Sénat et la Chambre des Députés du Parlement italien, y compris les déclarations faites par la Ministre de la Santé en date du 11 juin 2013 (voir paragraphe 61 ci-dessus), indiquent que les autorités compétentes n'ont pas encore remédié aux problèmes constatés par le Comité dans la décision IPPF EN c. Italie en ce qui concerne la mise en œuvre de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978.

170. Dans ce cadre, comme il l'avait fait dans le cadre de la décision susmentionnée, le Comité constate la persistance des situations suivantes:

- a) diminution du nombre de hôpitaux publics et de centre de soins où les procédures d'interruption de grossesse sont pratiquées au plan national (voir paragraphe 101 ci-dessus) ;
- b) nombre significatif des hôpitaux où, même s'il existe un service de gynécologie, il n'y a soit pas de gynécologues non-objecteurs de conscience, soit juste un seul (voir paragraphes 97-99, 116-117 ci-dessus) ;
- c) disproportion entre le nombre de membres du personnel de santé compétent non objecteur et les demandes d'interruption de grossesse dans un établissement déterminé (voir paragraphes 116-118 ci-dessus) – ce qui risque de donner lieu à de zones géographiques importantes où les services d'avortement ne sont pas disponibles, et ce, en dépit du droit garanti par la loi italienne;
- d) temps d'attente excessifs pour accéder aux services d'interruption de grossesse (voir paragraphe 118 ci-dessus) ;
- e) cas de non-remplacement de praticiens hospitaliers non objecteurs non disponibles (pour cause de vacances, de maladie, de départ à la retraite, etc. (voir paragraphe 118 ci-dessus) – ce qui risque de provoquer des interruptions préjudiciables dans la prestation des services en question ;
- f) cas de report de procédures d'avortement en raison de l'absence de membres des personnels médicaux compétent (voir paragraphe 118 ci-dessus) ;
- g) refus de membres des personnels médicaux ou paramédicaux objecteurs de conscience de fournir les soins nécessaires avant ou après un avortement (voir paragraphe 120 ci-dessus).

171. A ce sujet, le Comité constate que le Gouvernement a fourni des informations insuffisantes sur les situations susmentionnées dans le but de réfuter les allégations présentées par l'organisation auteur de la réclamation.

172. En ce qui concerne les arguments avancés par le Gouvernement, similaires



à ceux présentés dans la réclamation IPPF EN c. Italie, le Comité considère que la preuve apportée du bon fonctionnement des services qui ont pour mission d'éviter le recours à l'avortement, comme en témoigne la baisse du nombre d'interruptions de grossesse et du taux de propension à l'avortement, de même que la diminution du nombre d'avortements répétés, ainsi que la stabilité du nombre d'interventions d'urgence et le raccourcissement des délais entre l'attestation de grossesse et l'intervention, ne réfute pas les arguments de la CGIL indiquant que des femmes rencontrent des problèmes en ce qui concerne l'accès aux procédures d'avortement dans plusieurs régions italiennes.

173. En outre, le Comité considère que le Gouvernement n'a pas démontré que les mesures adoptées en réponse à ces problèmes, à savoir l'encouragement de la mobilité du personnel et les conventions conclues avec des services spécialisés de gynécologie-obstétrique d'une part ; et l'augmentation des hospitalisations d'une durée inférieure à un jour d'autre part, garantissent en pratique l'accès aux procédures d'interruption de grossesse sur l'ensemble du pays.

Conformément à son appréciation dans la décision susmentionnée, le Comité reconnaît le bien-fondé de l'argument du Gouvernement indiquant que le pourcentage important de femmes ayant subi un avortement avant la dixième semaine de gestation, ainsi que le taux très faible de complications - aucun décès ou complication grave n'a été relevé à la suite d'un avortement - attestent que les interruptions de grossesse sont moins dangereuses pour les femmes qui y ont recours.

174. Toutefois, il considère qu'il n'est toujours pas établi que des mécanismes aient été mis en œuvre afin d'assurer que l'accès et la sécurité des procédures d'interruption de grossesse, ni que la prestation de soins avant et après l'avortement, soient garantis en toutes circonstances, notamment lorsque l'hôpital ou le centre de soins compte un nombre particulièrement élevé de membres du personnel objecteur de conscience.

3. Appréciation des arguments / informations soumis en mai 2015 fournis par les parties à l'audition publique tenue le 7 septembre à 2015

175. Dans sa réponse à la demande du Comité visant la communication d'éventuelles informations additionnelles, le Gouvernement se réfère aux "mesures actuellement adoptées en Italie" en relation avec les procédures d'interruption de grossesse et l'objection de conscience et déclare qu'il "est en train de suivre toute situation relative à la question posée par la CGIL dans l'intérêt des personnes concernées (...), pour protéger leurs droits".

176. Dans cette perspective, le Gouvernement indique qu'en juin 2013 le ministère de la Santé a initié une activité de monitoring, en collaboration avec les



Régions, portant sur les procédures d'interruption de grossesse et l'objection de conscience des gynécologues concernés, en vue d'une pleine application de la loi n° 194/1978. Le Comité note que le Gouvernement précise que les activités de monitoring se poursuivent afin d'assurer la pleine application de la loi en question.

177. Le Comité reconnaît que les activités de monitoring représentent un premier pas dans la perspective de l'éventuelle adoption de mesures destinées à résoudre les problèmes identifiés. A ce sujet, le Comité note que dans la Résolution adoptée le 6 mars 2014, la Commission des affaires sociales de la Chambre des Députés a déclaré que:

“L'activité de *monitoring* entamée par le Gouvernement a été justement décidée dans le but de vérifier des éventuels problèmes d'application dans la loi n° 194 avec une référence particulière à la question de l'objection de conscience (...)».

178. Le Comité note également que dans l'attente des résultats des activités de *monitoring*, dans la Résolution susmentionnée la Commission des affaires sociales a invité le Gouvernement:

“[A] informer les commissions parlementaires compétentes sur les initiatives adoptées par le ministère en application des engagements pris le 11 juin 2013 à la Chambre des Députés et contenus dans les motions approuvées à ce sujet ; à mettre en œuvre toutes les initiatives nécessaires afin que l'article 9 § 4 de la Loi n° 194 soit appliqué au sein de tous les systèmes sanitaires régionaux, notamment en ce qui concerne l'obligation de contrôler et garantir l'exercice du droit de la femme à un choix libre et conscient, et ce, même en passant par une différente mobilité du personnel et en assurant la présence d'un réseau approprié de services dans le territoire de chaque Région”.

179. Malgré le fait que les activités de *monitoring* soient encore en cours, le Comité note que le Gouvernement déclare dans la réponse susmentionnée qu'elles ont montré qu' "il n'y a pas de situations critiques à la charge des services pratiquant des interruptions de grossesse en rapport aux services dédiés aux naissances". A ce égard, le Gouvernement fait référence au chapitre relatif aux (premiers) résultats des activités susmentionnées, contenu dans le rapport du ministère de la Santé sur la mise en œuvre de la loi n° 194/1978, soumis au Parlement en octobre 2014.

180. Le Comité constate, tout d'abord, que le chapitre susmentionné contient des expressions qui laissent apparaître des incertitudes quant à la pleine application de l'article 9 § 4 de la loi n° 194/1978. A ce propos, référence est faite aux affirmations suivantes:



“(…) le nombre des non-objecteurs au niveau régional semble être suffisant par rapport au nombre d’IVG effectuées (…)” ;

et,

“(…) les éventuels problèmes dans l’accès aux procédures d’interruption volontaire de grossesse sont éventuellement dus à une organisation territoriale inadéquate, qui, après l’enquête en cours, sera plus facile de cerner (…)”.

181. Le Comité constate par ailleurs que, comme cela est reconnu par le Gouvernement, les informations contenues dans le chapitre susmentionné se réfèrent à des données parfois incomplètes. Le Comité note également que, comme relevé par la CGIL, le nombre des personnels médicaux non-objecteurs pourrait être surestimé.

182. Le Comité souligne, en premier lieu, que la circonstance que dans un certain nombre de Régions le nombre des structures pratiquant des interruptions de grossesse soit inférieur à 30% par rapport au nombre total des structures hospitalières offrant un service d’obstétrique et de gynécologie, ne justifie pas la conclusion contenue dans le rapport selon laquelle la couverture du territoire national par des structures pratiquant des interruptions de grossesse est “plus que satisfaisante”. Le Comité note qu’il n’est pas certain que soit enregistré le nombre de femmes à qui l’accès aux services d’avortement a été refusé en raison du manque de personnel non-objecteur.

183. En deuxième lieu, le Comité considère que les données relatives à la proportion entre naissances et avortements, d’une part, et entre structures d’accouchement et structures pratiquant des interruptions de grossesse, d’autre part, ne justifient pas la conclusion contenue dans le rapport selon laquelle le nombre de ces structures “est plus que suffisant par rapport au nombre d’interruptions de grossesse effectuées”. Comme souligné également par la CGIL, cette conclusion ne tient pas compte du fait que la violation alléguée de l’article 11 de la Charte concerne les procédures d’interruption de grossesse qui ne peuvent être menées à bien en dépit du respect des dispositions pertinentes de la loi n° 194/1978.

4. Conclusion

184. Le Comité estime que les autres arguments avancés par les parties ne sont pas de nature à modifier son appréciation de la situation.

185. Compte tenu de ce qui précède et ayant à l’esprit l’appréciation formulée



dans sa décision sur le bien-fondé de la réclamation IPPF EN c. Italie, le Comité constate que:

- a) les manquements dans la prestation des services d'interruption de grossesse en Italie du fait des problèmes décrits au paragraphe 174 ci-dessus n'ont toujours pas été compensés et les femmes souhaitant recourir aux services d'avortement continuent à rencontrer, dans la pratique, de réelles difficultés pour ce qui est de l'accès à de tels services, et ce, malgré les dispositions de la législation applicable ;
- b) les établissements sanitaires ne font pas toujours en sorte de compenser de manière adéquate les carences qu'engendre dans les services la présence de membres du personnel de santé objecteur de conscience, ou que les mesures prises sont inadéquates ;
- c) les autorités de tutelle régionales compétentes ne garantissent toujours pas, en pareil cas, la mise en œuvre satisfaisante de l'article 9 § 4 sur le territoire relevant de leur juridiction.

186. Par ailleurs, le Comité constate que les situations relevées dans la décision susmentionnée - faisant apparaître que dans certains cas, étant donné le caractère urgent des procédures requises, les femmes souhaitant interrompre leur grossesse peuvent se trouver contraintes de trouver d'autres établissements hospitaliers, en Italie ou à l'étranger, d'avorter sans le soutien ou le contrôle des services de santé compétents, ou peuvent être dissuadées de recourir à de tels services auxquels elles ont droit en vertu des dispositions de la loi n° 194/1978 – continuent d'exister.

187. Le Comité souligne que ces situations peuvent comporter des risques considérables pour la santé et le bien-être des femmes concernées, ce qui est contraire au droit à la protection de la santé qui leur est garanti par l'article 11 de la Charte.

188. Pour toutes ces questions, le Comité dit qu'il y a violation de l'article 11 § 1 de la Charte.

PARTIE II: VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE E LU EN COMBINAISON AVEC L'ARTICLE 11 § 1 DE LA CHARTE

189. L'article E de la Charte est rédigé ainsi:

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."

A – Argumentation des parties

1. L'organisation auteur de la réclamation

190. La CGIL considère que les insuffisances dans la mise en œuvre de la législation, constitutives de la violation alléguée de l'article 11, portent également atteinte au principe de non-discrimination garanti par l'article E.

191. La CGIL soutient que la discrimination est double en ce qui concerne l'accès à l'avortement. La première, d'ordre géographique et économique, envers les femmes qui souhaitent avoir accès à l'avortement dans différentes parties du territoire, dans la mesure où la différence de traitement n'est fondée sur aucun motif objectif et raisonnable. Les femmes qui vivent dans les régions dépourvues de services sont obligées de se déplacer dans d'autres régions ou, lorsqu'elles en ont les moyens, de payer des prestataires privés.

192. Selon la CGIL, le deuxième type de discrimination existe entre les femmes qui souhaitent avoir accès à l'avortement en tant que prestation médicale et celles qui souhaitent avoir accès à d'autres prestations médicales, qu'elles soient ou non enceintes.

193. Elle souligne que l'article E ne contient pas de liste exhaustive de motifs de discrimination. Des différences géographiques dans l'application sont dès lors interdites au même titre que les motifs de discrimination expressément mentionnés à l'article E. L'application égale du point de vue géographique est un élément important du principe d'égalité devant la loi. Dans toute l'Italie, les femmes doivent se voir garantir un accès efficace aux prestations d'avortement.

194. La CGIL considère que la situation viole l'article E, lu en combinaison avec l'article 11 § 1 de la Charte.

2. Le Gouvernement défendeur

195. Le Gouvernement soutient que le droit italien interdit la discrimination. Il considère que les éléments d'information présentés par la CGIL à l'appui de son argumentation sont insuffisants.

Toutefois, il soutient également que la loi fait une juste part entre les différents droits en cause, le droit à la vie et à la santé de la femme et le droit à l'objection de conscience. Il se réfère sur ce point à la Partie V de l'Annexe à la Charte relative à l'article E, qui prévoit qu'une différence de traitement fondée sur un motif objectif



et raisonnable n'est pas considéré comme discriminatoire. Le Gouvernement invoque par ailleurs l'application de l'article G – marge d'appréciation.

196. Il soutient également que le personnel médical objecteur se prévaut d'un droit fondamental, alors que l'accès à l'avortement ne constitue pas un droit de l'homme.

197. Le Gouvernement observe également qu'en Italie, seuls sont autorisés à procéder à des interruptions volontaires de grossesse, le Service national de santé ("SNS") ainsi qu'un petit nombre de prestataires privés, en coopération avec le SNS. L'article 8 de la loi n°194/1978 proscribit expressément le recours à des prestataires privés non habilités. Les articles 8 et 19 de cette loi interdisent également toute forme de rémunération de l'avortement et prévoit des sanctions pénales adéquates. Au vu de ces considérations, le Gouvernement conteste que les femmes qui ne seraient pas en mesure d'avoir accès aux services publics d'avortement soient contraintes de s'adresser à des prestataires privés. De même, il expose que l'organisation réclamante devrait déclarer tout cas recensé d'avortement clandestin aux autorités.

B – Appréciation du Comité

198. Comme il l'a fait au sujet de l'article 11 de la Charte, le Comité constate que les allégations formulées par la CGIL concernant l'article E combiné avec l'article 11 sont quasiment identiques à celles examinées dans la réclamation IPPF EN c. Italie (précitée, par.179).

199. Dans la présente réclamation, l'existence de deux types de traitement discriminatoire est alléguée: (i) la discrimination fondée sur la situation géographique et/ou socio-économique entre les femmes enceintes qui ont accès à l'avortement autorisé et celles qui ne l'ont pas ; (ii) la discrimination fondée sur le genre et/ou l'état de santé entre les femmes souhaitant avoir accès à l'avortement autorisé et les hommes et les femmes souhaitant avoir accès à d'autres formes légales de prestations médicales, dont l'accès n'est pas aussi restreint.

200. Le Comité considère que l'allégation d'une discrimination fondée sur le motif du sexe et/ou de l'état de santé entre les femmes qui souhaitent avoir accès aux prestations d'avortement et les personnes qui souhaitent avoir accès à d'autres formes de prestations médicales, qui ne sont pas dispensées sur une base restreinte, sont étroitement liées et constituent un grief de discrimination "superposée" ou "multiple", par lequel certaines catégories de femmes sont victimes de traitements moins favorables en raison des difficultés d'accès à l'avortement légal résultant de l'effet combiné de leur genre, état de santé, situation géographique et/ou socio-économique.



En ce qui concerne l'existence alléguée d'une discrimination fondée sur la situation géographique et/ou socio-économique entre les femmes enceintes qui ont accès à l'avortement légal et celles qui ne l'ont pas, le Comité rappelle avoir établi sur la base des informations fournies dans la réclamation IPPF EN c. Italie (précitée) qu'en raison du manque de personnels de santé non-objecteurs, des femmes enceintes sont parfois contraintes à se déplacer dans une autre région ou à l'étranger. Se référant à ses constatations au titre de l'article 11, le Comité confirme son appréciation, dans la mesure où rien dans les soumissions du Gouvernement n'indique de changement significatif dans la mise en œuvre de l'article 9 § 4 dans la pratique.

201. En d'autres termes, les autorités publiques omettent de mettre en place une organisation efficace des services dispensant l'accès à l'avortement, compte tenu du droit à l'objection de conscience. Au résultat un nombre significatif de femmes sont privées de l'accès efficace aux prestations d'avortement.

202. Les femmes enceintes qui souhaitent avoir accès aux prestations d'avortement sont dès lors traitées de manière différente selon la situation géographique de leur lieu de vie ; par extension, la différence de traitement sur ce fondement peut également affecter de manière négative les femmes relevant de catégories de revenus modestes, dans la mesure où elles peuvent s'avérer moins aptes à se déplacer vers d'autres régions de l'Italie ou à l'étranger afin d'avoir accès aux prestations d'avortement.

203. Le Comité considère qu'aucun motif de santé publique ou d'ordre public ne justifie cette différence de traitement. Elle résulte exclusivement des insuffisances dans la mise en œuvre de la loi n° 194/1978. La différence de traitement équivaut dès lors à une discrimination et constitue une violation de l'article E combiné avec l'article 11 de la Charte.

204. Le deuxième grief soutient l'existence d'une discrimination fondée sur l'état de santé, entre les femmes qui souhaitent avoir accès aux prestations d'avortement autorisées et les femmes qui souhaitent avoir accès à d'autres types de prestations médicales autorisées, non dispensées de manière restreinte.

205. Le Comité considère en premier lieu que les groupes sont comparables dans la mesure où tous souhaitent avoir accès à des prestations médicales dispensées par les autorités publiques en application de la loi. Le Comité considère que la différence de traitement est établie par ses conclusions relatives à l'article 11 de la Charte.

206. Le Comité observe en outre que le Gouvernement n'a invoqué aucun motif objectif pour justifier la différence de traitement. Le Comité considère que, même si la différence de traitement était justifiée par un motif objectif, il ne serait pas



proportionnel à un tel objectif potentiel dans la mesure où, compte tenu des conditions particulières d'accès aux prestations d'avortement, la situation constitue un refus d'accès à ces prestations. En conséquence, la différence de traitement constitue une discrimination et dès lors une violation de l'article E lu en combinaison avec l'article 11 de la Charte.

PARTIE III: VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE 1 § 2 DE LA CHARTE

207. L'article 1 § 2 est libellé ainsi .

Article 1 – Droit au travail

“Partie I: Toute personne doit avoir la possibilité de gagner sa vie par un travail librement entrepris.”

“Partie II: En vue d'assurer l'exercice effectif du droit au travail, les Parties contractantes s'engagent:

[...]

2. à protéger de façon efficace le droit pour le travailleur de gagner sa vie par un travail librement entrepris ;

[...].”

A. – Argumentation des parties

1. L'organisation auteur de la réclamation

208. La CGIL allègue d'une violation de l'article 1 § 2 de la Charte qui interdit la discrimination dans l'emploi, au motif que les praticiens non objecteurs de conscience subissent une discrimination en termes de charge de travail, de carrière de protection de la santé et de sécurité. Le nombre insuffisant de médecins pratiquant des avortements fait peser sur les praticiens non objecteurs de conscience une charge de travail excessive.

209. Elle présente des données statistiques concernant le nombre de professionnels de santé non objecteurs de conscience, qui montrent selon elle que les interruptions de grossesse sont assurées, dans certaines parties du territoire italien, par un très petit nombre de praticiens (la réclamation fait ainsi état d'une région qui ne peut compter que sur un seul gynécologue par structure hospitalière).



210. La CGIL soutient que les motifs de discrimination visés par l'interdiction énoncée à l'article 1 § 2 de la Charte ne sont pas exhaustifs et peuvent inclure la discrimination fondée sur le fait de ne pas invoquer l'objection de conscience.

211. A cet égard, les médecins non objecteurs de conscience font l'objet d'une discrimination indirecte, en raison de l'absence de mesures appropriées permettant à l'ensemble du personnel médical d'exercer effectivement ses droits. La CGIL fait valoir que les autorités compétentes n'ont pas pris les mesures appropriées pour veiller à ce que les praticiens non objecteurs de conscience bénéficient eux aussi, dans les faits, de tous les droits auxquels chacun a en principe accès en matière d'exercice de l'activité professionnelle.

212. La CGIL affirme également que cette situation constitue une violation de l'article 1 § 2 de la Charte, au motif que les praticiens non objecteurs de conscience, compte tenu de leur nombre limité, sont contraints de pratiquer, sans l'assistance ni le soutien qui leur seraient nécessaires, un seul type d'intervention, à savoir des interruptions de grossesse, ce qui est contraire à l'interdiction du travail forcé. La CGIL souligne que les praticiens non objecteurs de conscience, amenés à ne réaliser que des avortements, sont dans l'incapacité de pratiquer d'autres interventions pour lesquelles ils ont été formés, ce qui entrave les perspectives de développement de leurs compétences professionnelles.

213. La CGIL prétend enfin que la situation est contraire à l'article 1 § 2 de la Charte au motif que les praticiens non objecteurs de conscience se voient empêchés d'exercer leur droit de gagner leur vie par un travail librement entrepris. Elle s'appuie ici sur la jurisprudence du Comité concernant le droit des salariés au respect de leur vie privée.

214. La CGIL mentionne à l'appui de son argumentation un document intitulé "Notes sur l'application de la loi 194/1978 en Italie", établi par Silvana Agatone, Présidente de la Libre association italienne de gynécologues pour l'application de la loi 194/1978 (LAIGA), tierce partie intervenante dans la réclamation IPPF EN c. Italie, qui reprend des témoignages de praticiens non objecteurs de conscience. On y lit notamment ce qui suit:

"Dans le cadre de l'application de la loi n° 194, les gynécologues non objecteurs sont souvent les seuls à devoir assumer de nombreux rôles, y compris parfois ceux de l'anesthésiste, de l'assistant et d'autres professionnels qui ont également invoqué l'objection de conscience."

"Il n'est pas rare que, lors d'une séance opératoire, si l'assistant est absent, c'est le médecin lui-même qui se charge de déplacer la patiente de la table d'opération vers la civière, ou, lorsque l'anesthésiste est absent, ce soit le



gynécologue non objecteur qui réalise néanmoins l'intervention sans son aide, ce qui entraîne pour lui un surcroît non négligeable de stress et de responsabilité."

"Immédiatement ou presque, tout le monde s'est déclaré objecteur de conscience. Nous n'étions plus que deux, sans même un anesthésiste, alors que la charge de travail avait littéralement explosé dans le même temps. Je ne pouvais participer à aucun congrès, je ne pouvais pas prendre de congés, ni faire quoi que ce soit d'autre ; il n'y avait plus que moi pour pratiquer des interruptions de grossesse. J'ai tenu bon très longtemps – sans moi, le service aurait fermé ses portes – mais il est arrivé un moment où cela m'a semblé une charge insupportable."

Souvent, le praticien non objecteur est contraint d'effectuer de longs et fastidieux déplacements pour réaliser des IVG dans des établissements situés en dehors de l'hôpital auquel il est rattaché. .

L'article 9 de la loi n° 194 évoque la possibilité "d'assurer les interventions grâce également à la mobilité du personnel" mais, ici aussi, ce sont toujours les médecins non objecteurs de conscience qui doivent supporter la fatigue et le surcroît de travail et de responsabilités, et qui finissent par faire des aller-retour incessants dans la région.

215. La CGIL renvoie également aux motions approuvées par la Chambre des députés, qui demandent au Gouvernement de prendre des mesures pour éviter toute discrimination entre le personnel médical objecteur de conscience et celui qui ne l'est pas (elle cite, par exemple, la motion n° 100045 présentée par Miglore et autres, et la motion n° 1-00079 présentée par Brunetta et autres), ainsi qu'à des déclarations de conseillers régionaux.

Enfin, elle donne de nombreux exemples de témoignages directs de praticiens:

"Mon assistant, le docteur xxx, a été admis à concourir pour un poste de médecin chef et il lui a été conseillé de soulever l'objection de conscience. Les deux autres gynécologues ont suivi son exemple."

"Loin d'être stigmatisés, les médecins objecteurs de conscience bénéficient d'un traitement privilégié en termes de carrière et de perspectives de gains."

"La vérité, c'est que plus personne ne veut réaliser des interruptions de grossesse car ceux qui le font subissent une discrimination dans leur carrière, doivent travailler seuls et en sont réduits à ne plus pratiquer que de tels actes."



2. Le Gouvernement défendeur

216. Le Gouvernement répond de manière très générale à ces allégations et renvoie au document du Comité national de bioéthique du 12 juillet 2012 ainsi qu'à la loi n° 194/1978.

217. Le Gouvernement observe que la situation que dénonce l'organisation réclamante résulte des efforts qui ont été engagés pour concilier le droit à l'objection de conscience et le droit à l'avortement prévu par la loi n° 194/1978. Le point de vue du Gouvernement est qu'un juste équilibre doit être trouvé entre une réduction du nombre de praticiens objecteurs de conscience et la nécessité de continuer à leur garantir l'accès aux professions médicales.

218. Le Gouvernement cite une déclaration du Comité national de bioéthique datée du 12 juillet 2012, dans laquelle on peut lire ce qui suit:

“Le législateur doit mettre en place des mesures appropriées pour assurer la fourniture de services, [...]. En matière de bioéthique, l'objection de conscience doit être encadrée de telle sorte qu'il n'y ait aucune discrimination entre ceux qui invoquent l'objection de conscience et ceux qui ne l'invoquent pas, de façon que ni les uns ni les autres n'aient à assurer seuls la charge de services particulièrement lourds à porter [...]. Nous recommandons, à cet effet, de recourir, dans les secteurs de la bioéthique auxquels s'applique l'objection de conscience, à une organisation des tâches et à des procédures de recrutement qui puissent inclure des formes de mobilité et de différenciation du personnel afin d'obtenir, au vu des données disponibles, un nombre égal d'objecteurs et de non-objecteurs de conscience.”

219. Il assure en outre que l'objection de conscience est “en partie compensée par la mobilité du personnel et par les accords passés avec des services spécialisés de gynécologie obstétrique”.

B. Informations produites à l'audition tenue le 7 septembre 2015

1. L'organisation auteur de la réclamation

220. Le représentant de la CGIL fait valoir qu'il existe un lien entre la violation, déjà établie, des droits des femmes et les droits des médecins non objecteurs en matière d'emploi. La CGIL a reçu d'autres témoignages de médecins non objecteurs de conscience qui attestent de leurs mauvaises conditions de travail, du non-paiement de leurs heures supplémentaires ou de l'absence de compensation



correcte pour le travail effectué.

221. Le représentant de la CGIL souligne les difficultés qu'ont les médecins à dénoncer leurs mauvaises conditions de travail et à recueillir des témoignages à ce sujet.

222. Il fait également référence aux témoignages des médecins non objecteurs de conscience qui doivent s'acquitter d'une charge de travail très lourde lorsqu'ils sont, dans leur établissement, les seuls praticiens non objecteurs.

223. S'agissant de l'argument avancé par le Gouvernement selon lequel le nombre de médecins non objecteurs de conscience est satisfaisant au regard du nombre d'interruptions de grossesse pratiquées, la CGIL explique que cette appréciation résulte d'une surestimation du nombre de praticiens non objecteurs et d'une sous-estimation du nombre de médecins objecteurs de conscience.

224. La CGIL renvoie aux motions n^{os} 100045 et 1-00079 adoptées par la Chambre des Députés en juin 2013, qui appellent le Gouvernement à mettre fin à la discrimination entre médecins objecteurs et non objecteurs de conscience.

2. Le Gouvernement défendeur

225. Le Gouvernement rappelle qu'en 1983, les gynécologues pratiquaient 3,3 interruptions de grossesse par semaine, contre 1,6 en 2011, sachant qu'ils travaillent 44 semaines par an. Selon des données récentes, il semble que chaque gynécologue pratique en moyenne 1,4 avortement par semaine, le minimum étant de 0,4 avortement dans le Val d'Aoste et le maximum de 4,2 avortements dans le Latium. Cela signifie que, dans le pire des cas, à savoir dans la région du Latium, un médecin non objecteur de conscience pratique moins de cinq avortements par semaine. Aussi le Gouvernement juge-t-il satisfaisant le nombre de praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience.

226. Le Gouvernement indique ne pas avoir connaissance de ce que les conditions de travail des médecins non objecteurs de conscience posaient fréquemment problème.

C – Appréciation du Comité

i) Discrimination

227. Le Comité rappelle que l'article 1 § 2 oblige les Etats qui l'ont accepté à protéger de façon efficace le droit pour les personnes qui travaillent de gagner leur vie par un travail librement entrepris. Cette obligation implique notamment



l'élimination de toute discrimination dans l'emploi quel que soit le statut juridique de la relation professionnelle (Syndicat national des professions du tourisme c. France, réclamation n° 6/1999, décision sur le bien-fondé du 10 octobre 2000, par. 24; Conseil quaker pour les affaires européennes (QCEA) c. Grèce, réclamation n° 8/2000, décision sur le bien-fondé du 25 avril 2001, par. 20 ; FFFS c. Norvège, décision citée plus haut, par. 104).

228. Il rappelle que la discrimination consiste en une différence de traitement entre des personnes se trouvant dans des situations comparables qui ne poursuit pas un but légitime et ne repose pas sur des motifs objectifs et raisonnables ou n'est pas proportionnée à l'objectif poursuivi (Syndicat national des professions du tourisme c. France, réclamation n° 6/1999, décision sur le bien-fondé du 10 octobre 2000, par. 24-25).

229. Les formes de discrimination indirecte sont celles que peuvent révéler soit les traitements inappropriés de certaines situations, soit l'inégal accès des personnes placées dans ces situations et des autres citoyens aux divers avantages collectifs (Autisme-Europe c. France, réclamation n° 13/2002, décision sur le bien-fondé du 4 novembre 2003, par. 52).

230. Les actes discriminatoires interdits par l'article 1 § 2 sont ceux qui peuvent intervenir dans les conditions d'emploi en général (en particulier en termes de rémunération, de formation, de promotion, de mutation et de licenciement ou autre préjudice) (Conclusions XVI-1, 2002, Autriche).

231. Le Comité rappelle qu'en matière de réclamations relatives à une discrimination, il importe que la charge de la preuve ne repose pas intégralement sur la partie requérante et fasse l'objet d'un déplacement approprié (Centre de Défense des Droits des Personnes Handicapées Mentales (MDAC) c. Bulgarie, réclamation n°41/2007, décision sur le bien-fondé du 3 juin 2008, par. 52 ; IPPF EN c. Italie, précité, par. 189).

232. S'agissant des allégations relatives à la discrimination au travail, le Comité considère que l'objection de conscience – ou la non-objection de conscience – relève des motifs de discrimination interdits au regard de l'article 1 § 2 de la Charte.

233. Il observe, de surcroît, que les allégations relatives à la protection au travail portent sur une discrimination directe et indirecte entre deux groupes de praticiens, ceux qui invoquent l'objection de conscience pour refuser de pratiquer l'avortement en vertu de l'article 9 de la loi n° 194/1978, et ceux qui ne l'invoquent pas.

234. Le Comité considère que les praticiens objecteurs et non objecteurs de conscience sont dans une situation comparable, car ils possèdent des qualifications



professionnelles similaires et travaillent dans le même domaine de spécialité. Ils représentent, par conséquent, des groupes de travailleurs comparables sous l'angle de l'article 1 § 2.

235. Le Comité constate que la CGIL a produit toute une série d'éléments démontrant que les praticiens non objecteurs de conscience font face dans leur travail à des désavantages, tant directs qu'indirects qui se cumulent, en termes de charge de travail, de répartition des tâches, de possibilités de carrière, etc. Il note en particulier les témoignages repris dans le document établi par la présidente de la LAIGA et les motions approuvées par la Chambre des députés qui, notamment, appellent le Gouvernement à "prendre des mesures pour établir un Conseil technique de surveillance avec les Assesseurs régionaux afin de vérifier que la loi n° 194/1978 est pleinement et correctement mise en œuvre, en particulier les articles 5, 7 et 9, afin de prévenir toute forme de discrimination entre les personnels de santé objecteurs et non objecteurs, également grâce à une gestion modifiée et une mobilité du personnel garantissant l'existence d'un réseau de services adéquats dans chaque région" (Motion présentée par Miglore et autres, no. 1-00450) ainsi que les témoignages directs répétées qui démontrent le manque de perspectives de carrière notamment en matière de promotion pour les praticiens non-objecteurs, la charge de travail excessive et une aggravation des conditions de travail.

236. Le Comité observe que le Gouvernement n'a fourni pratiquement aucun élément contredisant les éléments avancés par la CGIL. Il n'a pas démontré que la discrimination est peu répandue.

237. Le Comité estime que cette différence de traitement (induite par les désavantages dont souffre le personnel non objecteur de conscience) entre le personnel médical qui invoque l'objection de conscience et celui qui ne le fait pas tient au simple fait que certains praticiens réalisent des interruptions de grossesse, comme l'exige la loi ; il considère donc que cette différence de traitement n'est pas justifiée par un motif raisonnable ou objectif.

238. Par conséquent, le Comité dit que la différence de traitement entre praticiens objecteurs et non objecteurs de conscience constitue une discrimination contraire à l'article 1 § 2 de la Charte.

ii) Travail forcé

239. L'article 1 § 2 couvre également des questions liées à l'interdiction du travail forcé (Fédération internationale des Ligues des droits de l'homme c. Grèce, réclamation n° 7/2000, décision sur le bien-fondé du 5 décembre 2000, par. 17) ainsi que certains autres aspects du droit de gagner sa vie par un travail librement entrepris (FFFS c. Norvège, décision citée plus haut, par. 104).



240. Le travail forcé ou obligatoire sous toutes ses formes doit être interdit. La définition du travail forcé ou obligatoire se fonde sur l'article 4 de la Convention européenne des droits de l'homme et sur la Convention n°29 de l'OIT sur le travail forcé: "tout travail ou service exigé d'un individu sous la menace d'une peine quelconque et pour lequel ledit individu ne s'est pas offert de plein gré" (article 2 § 1). Le travail forcé s'entend comme une «contrainte de tout travailleur à exécuter un travail contre sa volonté et sans son consentement librement exprimé» (voir Conclusions III, p. 5).

241. Cependant, le Comité considère que la présente réclamation soulève des questions liées au premier aspect de l'article 1 § 2, l'interdiction de la discrimination et non sur le travail forcé ou tout autre aspect du droit de gagner sa vie par un travail librement entrepris.

242. Par conséquent, le Comité estime qu'il n'y a pas violation de l'article 1 § 2 de la Charte à cet égard.

PARTIE IV: VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE 2 § 1 DE LA CHARTE

243. L'article 2 § 1 est libellé ainsi:

Article 2 - Droit à des conditions de travail équitables

"Partie I: Tous les travailleurs ont droit à des conditions de travail équitables".

"Partie II: En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à des conditions de travail équitables, les Parties s'engagent:

1. à fixer une durée raisonnable au travail journalier et hebdomadaire, la semaine de travail devant être progressivement réduite pour autant que l'augmentation de la productivité et les autres facteurs entrant en jeu le permettent ;
[...]."

A – Argumentation des parties

1. L'organisation auteur de la réclamation

244. La CGIL allègue d'une violation de l'article 2 § 1 de la Charte au motif que, en raison de la lourde charge de travail qui pèse sur lui et de la répartition de ces tâches, la durée de travail quotidienne et hebdomadaire du personnel médical non objecteur de conscience appelé à réaliser les interruptions de grossesse est



excessive.

245. Elle se réfère à ce sujet à l'avis rendu par la Commission européenne dans le cadre d'une procédure d'infraction dont est actuellement saisie la Cour de Justice de l'Union européenne. Cette procédure a été engagée suite au dépôt de plusieurs plaintes selon lesquelles les médecins étaient astreints à une durée de travail excessive en raison de l'application insuffisante de la directive en la matière (Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (J.O. L 299, 18 novembre 2003, pages 9 à 19)).

246. La CGIL mentionne par ailleurs un document intitulé "Notes sur l'application de la loi 194/1978 en Italie", établi par la présidente de la LAIGA (cité ci-dessus pages 29 et 35) qui reprend des témoignages de praticiens non objecteurs de conscience.

"Souvent, le praticien non objecteur de conscience est contraint d'effectuer de longs et fastidieux déplacements pour réaliser des IVG dans des établissements situés en dehors de l'hôpital auquel il est rattaché."

247. Elle cite également les motions approuvées par la Chambre des Députés qui font référence à la lourde charge de travail des médecins non objecteurs de conscience.

En réponse aux données fournies par le Gouvernement qui font apparaître que les médecins non objecteurs de conscience ne réalisent en moyenne qu'un petit nombre d'avortements, la CGIL argue que ces chiffres sont contestables: en effet, le nombre de médecins non objecteurs pourrait être surestimé, puisqu'un praticien n'est pas tenu d'informer l'hôpital où il travaille de sa décision de soulever l'objection de conscience. Elle renvoie à cet égard à une résolution adoptée par la Commission des affaires sociales de la Chambre des Députés concernant le "Rapport sur l'état de mise en œuvre de la loi n° 194/1978 portant sur la protection sociale de la maternité et l'interruption volontaire de grossesse" (6 mars 2014).

2. Le Gouvernement défendeur

248. Le Gouvernement répond de manière très générale à ces allégations et renvoie au document du Comité national de bioéthique du 12 juillet 2012 ainsi qu'à la loi n° 194/1978 (voir ci-dessus, paragraphes 222-226).

249. Il soutient que la législation italienne protège suffisamment les droits des travailleurs et est pleinement conforme à l'article 2 § 1 de la Charte.

250. Il a communiqué le dernier rapport relatif à l'application de la loi n°



194/1978 soumis par le ministère de la Santé au Parlement, et relève que, selon ledit rapport, un gynécologue non objecteur de conscience est en moyenne tenu de réaliser 1,4 avortement par semaine, tandis qu'un médecin qui se refuse à pratiquer des interruptions de grossesse pour raisons de conscience n'est pas tenu à cette obligation (rapport du 15 octobre 2014, p. 7).

B – Appréciation du Comité

251. Le Comité observe que les dispositions de la Charte sur le temps de travail ont pour finalité de protéger de façon efficace la sécurité et la santé des travailleurs. Chaque travailleur doit donc bénéficier de périodes de repos suffisantes qui lui permettent de récupérer de la fatigue engendrée par le travail.

252. Le Comité rappelle qu'une durée de travail hebdomadaire de plus de 60 heures est trop longue pour être considérée comme raisonnable au regard de l'article 2 § 1. Cette limite ne peut être franchie, même dans le cadre d'un régime de flexibilité où une compensation est accordée sous la forme de périodes de repos à prendre au cours des semaines ultérieures (Conclusions 2010, Albanie, article 2 § 1).

253. Le Comité constate qu'aucune précision n'a été fournie quant à la durée de travail moyenne des praticiens non objecteurs de conscience. Des éléments ont été portés à sa connaissance concernant leur charge de travail excessive, éléments qu'il a examinés sous l'angle de l'article 1 § 2. Aucune allégation circonstanciée n'a été formulée à propos de la durée moyenne de travail journalier, des périodes de référence servant au calcul de la durée de travail, des modalités relatives aux horaires exigés du personnel médical en travail posté, etc.

254. Aucune information n'a davantage été communiquée pour ce qui est du contrôle par l'Inspection du travail du respect de la réglementation en matière de durée du travail, notamment le nombre d'infractions constatées et de sanctions infligées ayant trait aux conditions de travail des praticiens non objecteurs de conscience.

255. Au vu des informations et des éléments dont il dispose, le Comité estime que les allégations de la CGIL ne sont pas suffisamment étayées et qu'il n'y a pas violation de l'article 2 § 1 de la Charte.

PARTIE V: SUR LA VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE 3 § 3 DE LA CHARTE

256. L'article 3 de la Charte est rédigé comme suit:



Article 3 – Droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail

Partie I: "Tous les travailleurs ont droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail."

Partie II: "En vue d'assurer l'exercice effectif du droit à la sécurité et à l'hygiène dans le travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs:

[...]

3. à édicter des mesures de contrôle de l'application de ces règlements ;

[...]."

A – Argumentation des parties

1. L'organisation auteur de la réclamation

257. La CGIL allègue qu'en raison de l'application inadéquate de l'article 9 de la loi n° 194/1978 et du nombre élevé de professionnels de santé objecteurs de conscience, les quelques praticiens qui ne le sont pas supportent toute la charge de travail liée aux demandes d'interruptions de grossesse. Le nombre accru de tels actes réalisés par des médecins non objecteurs, leur caractère progressivement répétitif, ainsi que les conditions de travail dans lesquelles ils se déroulent - heures supplémentaires, isolement ou impossibilité de se faire remplacer -, affectent la santé physique et mentale de ces praticiens et constituent une atteinte au droit à la sécurité et à l'hygiène au travail prévu par l'article 3 de la Charte, lu seul ou en combinaison avec la clause de non-discrimination énoncée à l'article E.

258. Elle soutient également que l'ampleur des dommages causés à la santé et à la sécurité des médecins et praticiens hospitaliers non objecteurs de conscience, ainsi que la violation de l'article 3 de la Charte, peuvent être établis au vu de la fréquence des interruptions de grossesse pratiquées telle que l'on peut la déduire des données relatives au nombre de praticiens objecteurs de conscience.

259. La CGIL attire l'attention sur le fait qu'elle a eu quelques difficultés à obtenir des informations et critique les données générales communiquées par le Gouvernement qui seraient peu fiables ou non pertinentes.

2. Le Gouvernement défendeur

260. Le Gouvernement rejette les allégations de la CGIL qu'il estime non étayées



et non fondées.

261. Il n'aborde pas directement les aspects des conditions de travail des praticiens non objecteurs de conscience qui touchent à leur santé et à leur sécurité. Il soutient qu'au vu des données disponibles, le nombre de praticiens non objecteurs est suffisant eu égard au nombre d'avortements réalisés.

262. De l'avis du Gouvernement, c'est aux Régions et aux établissements médicaux concernés qu'il revient de vérifier l'application de la loi n° 194/1978.

263. Il note que, d'après le Plan national de santé 2012-2013, les services sanitaires italiens s'appuient, entre autres, sur un suivi systématique des situations où il s'avère que ces services ne sont pas assurés.

264. La détermination du Gouvernement à appliquer la loi n° 194/1978 est par ailleurs attestée par les rapports qu'il adresse chaque année au Parlement concernant la mise en œuvre de ce texte.

B – Appréciation du Comité

265. Dans le cadre de l'article 3 de la Charte, la CGIL évoque principalement la nécessité de contrôler efficacement la mise en œuvre du cadre juridique relatif à la santé et à la sécurité au travail. Aussi, le Comité décide-t-il d'examiner la situation sous l'angle de l'article 3 § 3 de la Charte.

266. Le Comité rappelle que l'article 3 garantit le droit de toute personne de travailler dans un milieu qui n'entraîne pas de risque pour sa santé et sa sécurité. Ce droit découle directement du droit à l'intégrité de la personne humaine (Conclusions I, Observation interprétative relative à l'article 3, p. 22).

267. En acceptant l'article 3, les Etats se sont engagés à garantir le droit des individus à l'intégrité physique et mentale au travail. Le Comité rappelle qu'il considère que l'application conforme de la Charte "ne peut être atteinte par le seul effet de la législation si l'application de celle-ci n'est pas effective et rigoureusement contrôlée» (Commission internationale de juristes c. Portugal, réclamation n° 1/1998, décision sur le bien-fondé du 9 septembre 1999, par. 32 ; Conclusions 2004, Espagne, article 3 § 3).

268. Le Comité n'est toutefois à même d'évaluer l'évolution de la situation qu'à la condition d'être en possession, d'une part, de statistiques quant au nombre d'établissements assujettis au contrôle de l'Inspection et au nombre des travailleurs occupés dans ces établissements et, d'autre part, de données à jour sur l'effectif du personnel d'inspection, le nombre de visites, d'infractions et de sanctions (Conclusions 2004, Espagne, article 3 § 3). Le Comité doit également



connaître le pourcentage de travailleurs couverts par les visites d'inspection (Conclusions 2007, Luxembourg, article 3 § 3).

269. En ce qui concerne la présente réclamation, le Comité note que la CGIL a fourni des preuves de la part de LAIGA et des témoignages directs de médecins non objecteurs qui indiquent que leur environnement et leurs conditions de travail peuvent affecter leur santé et leur sécurité au travail. Toutefois, le Comité note que ces preuves sont largement anecdotiques.

270. Le Comité note cependant qu'en dépit des informations précitées, les allégations formulées sous l'angle de l'article 3 de la Charte portent sur l'application et le contrôle du respect de tout règlement national relatif à la santé et à la sécurité au travail qui concerne plus particulièrement le personnel médical non objecteur de conscience.

271. Aucune des deux parties n'a fourni d'informations précises quant à l'application ou la non-application des dispositions pertinentes en matière d'hygiène et de sécurité.

272. Au vu des informations et des éléments dont il dispose, le Comité estime que les allégations de la CGIL ne sont pas étayées par des éléments de preuve suffisants et dit qu'il n'y a pas violation de l'article 3 § 3 de la Charte.

PARTIE VI: VIOLATION ALLEGUEE DE L'ARTICLE 26 § 2 DE LA CHARTE

273. L'article 26 § 2 de la Charte est rédigé ainsi:

Article 26 - Droit à la dignité au travail

Partie I: "Tous les travailleurs ont droit à la dignité dans le travail."

Partie II: "En vue d'assurer l'exercice effectif du droit de tous les travailleurs à la protection de leur dignité au travail, les Parties s'engagent, en consultation avec les organisations d'employeurs et de travailleurs:

[...]

2. à promouvoir la sensibilisation, l'information et la prévention en matière d'actes condamnables ou explicitement hostiles et offensifs dirigés de façon répétée contre tout salarié sur le lieu de travail ou en relation avec le travail, et à prendre toute mesure appropriée pour protéger les travailleurs contre de tels comportements."



A – Argumentation des parties

1. L'organisation auteur de la réclamation

274. La CGIL allègue qu'en raison de l'application inadéquate de l'article 9 de la loi n° 194 et du nombre élevé de professionnels de santé objecteurs de conscience, les quelques praticiens qui ne le sont pas supportent toute la charge de travail liée aux demandes d'interruptions de grossesse. Cela signifie plus particulièrement que ces médecins doivent effectuer des actes de plus en plus nombreux, de manière répétitive, qui sont souvent étrangers à leur domaine de formation ou à leur spécialisation. D'après l'organisation auteur de la réclamation, cette situation nuit à la carrière et à la dignité des professionnels de santé non objecteurs de conscience et est contraire au droit à la dignité au travail prévu par l'article 26 de la Charte, lu seul ou en combinaison avec la clause de non-discrimination énoncée à l'article E.

275. La CGIL attire l'attention sur le fait qu'elle a eu quelques difficultés à obtenir des informations et reproche aux données générales communiquées par le Gouvernement d'être peu fiables ou non pertinentes.

276. Elle fournit des témoignages directs de praticiens non objecteurs de conscience.

2. Le Gouvernement défendeur

277. Le Gouvernement rejette les allégations de l'organisation auteur de la réclamation, les considérant non fondées et non étayées.

B. Informations produites à l'audition publique tenue le 7 septembre 2015

1. L'organisation auteur de la réclamation

278. Le représentant de la CGIL a une nouvelle fois mis en avant les difficultés qu'ont les médecins non objecteurs de conscience à dénoncer les actes de harcèlement ou les brimades qu'ils subissent, d'autant que la législation italienne ne considère pas les "brimades" comme une infraction pénale spécifique.

2. Le Gouvernement défendeur

279. Le représentant du Gouvernement italien a souligné que les médecins travaillant dans le secteur public jouissaient de la même protection que leurs confrères du secteur privé. Tout médecin qui se dit harcelé peut ainsi saisir une



juridiction du travail pour dénoncer la discrimination ou les brimades dont il serait l'objet. Le droit italien offre des voies de recours aux victimes de harcèlement.

C – Appréciation du Comité

280. Dans le cadre de l'article 26 de la Charte, l'organisation réclamante évoque le harcèlement moral, et non le harcèlement sexuel. Le Comité examine par conséquent cette allégation sous l'angle du deuxième paragraphe de cette disposition.

281. Le Comité souligne, qu'au titre de l'article 26 § 2, le harcèlement générateur d'un environnement de travail hostile lié à l'adoption, à l'égard d'une ou de plusieurs personnes, de comportements insistants, pouvant porter atteinte à la dignité ou à la carrière de ces personnes, doit, quels qu'en soient les motifs avoués ou perceptibles, être prohibé et réprimé avec la même sévérité que les faits de discrimination, au nombre desquels ils ne peuvent toutefois être dans tous les cas classés, sauf présomption énoncée par un texte législatif. (Conclusion 2007, Observation interprétative de l'article 26 § 2)

282. L'article 26 § 2 impose aux Etats parties de prendre des mesures préventives appropriées pour lutter contre le harcèlement moral. Ils doivent notamment informer les travailleurs sur la nature des agissements en question et sur les recours possibles (Conclusions 2010, Albanie, article 26 § 2 ; Conclusion 2007, Observation interprétative de l'article 26 § 2). Les Etats parties sont tenus de prendre toutes les mesures préventives et compensatoires nécessaires pour protéger les salariés contre les actes condamnables ou explicitement hostiles et offensifs dirigés de façon répétée contre eux sur le lieu de travail ou en relation avec le travail.

283. Le Comité rappelle qu'il a en outre considéré que, sur le plan de la procédure, une protection efficace du travailleur peut exiger un infléchissement de la charge de la preuve permettant au juge de se prononcer en faveur de la victime sur la base d'éléments de présomption suffisants et de son intime conviction (Conclusions 2007, Observation interprétative de l'article 26 § 2).

284. Le Comité note qu'il a jugé le cadre juridique protégeant les personnes contre le harcèlement moral sur le lieu de travail conforme à la Charte (Conclusions 2014). Il considère que la présente réclamation porte sur la situation de fait des praticiens non objecteurs de conscience.

285. La CGIL a fourni de nombreux exemples de harcèlement moral de médecins non objecteurs et des témoignages directs de médecins et de LAIGA:



“Les non-objecteurs sont donc mis sous une pression intense de suspendre le service, le plus souvent oralement plutôt que par écrit.”

“Abstraction faite de ces pressions il en résulte très souvent un véritable ‘harcèlement’.”

286. Le Comité note également les informations suivantes:

“En outre, lors de l'audition précitée devant la Chambre des députés, le docteur Scassellati a en outre précisé: “[nous] sommes 30 gynécologues à Saint-Camillus, y compris le médecin-chef, dont seulement trois sont non-objecteurs. Au cours des quatre dernières années, nous avons été sous une attaque constante. Nous sommes les praticiens qui avons décidé de défendre une loi de l'Etat. Ainsi, à mon avis, l'objection de conscience constitue l'aspect le plus important du problème. Nous devrions en parler, puisque le nombre des médecins pratiquant l'interruption de grossesse est en baisse constante et ceux-ci doivent constamment justifier leur travail”.

287. Le Comité observe que le Gouvernement ne réfute en aucune manière les allégations de harcèlement moral, ni ne se réfère à des moyens préventifs et réparateurs adoptés pour protéger les personnels non objecteurs contre ce type de harcèlement. Il n'y a, en outre, aucune indication sur l'application pratique des lois existantes par les autorités ou les juridictions compétentes qui permettraient la protection nécessaire en pratique, ni des mesures de politique.

288. Le Comité considère que les déclarations des médecins non objecteurs alléguant le harcèlement moral sont insuffisantes en elles-mêmes pour justifier d'une violation de la Charte, car elles sont largement anecdotiques. Toutefois, le Comité estime que l'article 26 § 2 de la Charte impose aux États des obligations positives de prendre des mesures préventives pour assurer que le harcèlement moral n'a pas lieu en particulier dans les situations où le harcèlement est probable. Il conclut donc que le manquement du Gouvernement à prendre toute action de formation ou de sensibilisation préventive pour assurer la protection des médecins non objecteurs constitue une violation de l'article 26 § 2 de la Charte.

289. Par conséquent, le Comité dit qu'il y a violation de l'article 26 § 2 de la Charte.

PARTIE VII: VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE E LU EN COMBINAISON AVEC LES ARTICLES 2 § 1, 3 § 3 ET 26 § 2 DE LA CHARTE

A – Argumentation des parties



1. L'organisation auteur de la réclamation

290. La CGIL fait valoir que la situation qu'elle dénonce constitue également une violation de l'article E lu en combinaison avec les articles 2 § 1 (droit à des conditions de travail équitables), 3 § 3 (droit à la sécurité et à la santé au travail) et 26 § 2 (droit à la dignité au travail) de la Charte.

291. Elle allègue que des médecins et membres du personnel médical subissent une discrimination fondée sur le fait d'avoir choisi d'exercer ou non leur droit à l'objection de conscience. Plus précisément, les professionnels de la santé non objecteurs de conscience travaillent dans des conditions moins bonnes ou moins favorables que celles du personnel objecteur de conscience, tant pour ce qui concerne le droit à la sécurité et à la santé au travail que pour ce qui est du droit à la dignité au travail.

292. La CGIL soutient qu'une telle discrimination ne repose pas sur des motifs raisonnables et objectifs comme l'exige la jurisprudence du Comité (par exemple, Association internationale Autisme-Europe (AIAE) c. France, réclamation n° 13/2002, décision sur le bien-fondé du 4 novembre 2003, par. 52). Elle considère cette discrimination d'autant plus déraisonnable que, dans la mesure où leurs effectifs limités le leur permettent, les praticiens non objecteurs s'emploient à appliquer comme il se doit l'article 9 de la loi n° 194/1978.

2. Le Gouvernement défendeur

293. Le Gouvernement rejette les allégations ci-dessus qu'il estime non étayées et non fondées.

B – Appréciation du Comité

294. Le Comité dit qu'à la lumière des considérations ci-dessus, aucune question distincte ne se pose sous l'angle de l'article E.

CONCLUSION

Par ces motifs, le Comité:

- à l'unanimité déclare la réclamation recevable ;

et conclut:

- à l'unanimité qu'il y a violation de l'article 11 § 1 de la Charte ;



- par 9 voix contre 2 qu'il y a violation de l'article E lu en combinaison avec l'article 11 de la Charte ;
- par 6 voix contre 5 qu'il y a violation de l'article 1 § 2 de la Charte (i) premier grief;
- à l'unanimité qu'il n'y a pas violation de l'article 1 § 2 de la Charte (ii) second grief ;
- à l'unanimité qu'il n'y a pas violation de l'article 2 § 1 de la Charte ;
- à l'unanimité qu'il n'y a pas violation de l'article 3 § 3 de la Charte ;
- par 7 voix contre 4 qu'il y a violation de l'article 26 § 2 de la Charte ;
- à l'unanimité qu'aucune question distincte ne se pose au regard de l'article E combiné avec les articles 2 § 1, 3 § 3 et 26 § 2 de la Charte.

Karin LUKAS
Rapporteur

Giuseppe PALMISANO
Président

Régis BRILLAT
Secrétaire exécutif

En application de l'article 35 § 1 du Règlement du Comité, une opinion séparée dissidente de Giuseppe PALMISANO à laquelle se joignent Lauri LEPPIK, Elena MACHULSKAYA, Eliane CHEMLA et Raul CANOA USERA et une opinion séparée concordante de Petros STANGOS sont jointes à la présente décision.

**OPINION SEPARÉE DISSIDENTE DE GIUSEPPE PALMISANO A
LAQUELLE SE JOIGNENT LAURI LEPPIK, ELENA MACHULSKAYA,
ELIANE CHEMLA ET RAUL CANOA USERA**

1. L'article 1 § 2 oblige les Etats qui l'ont accepté à protéger de façon efficace le droit pour les personnes qui travaillent de gagner leur vie par un travail librement entrepris. Selon le Comité, cette obligation exige notamment des Etats qu'ils interdisent et éliminent les actes discriminatoires qui peuvent intervenir dans les conditions d'emploi en général, en particulier en termes de rémunération, de formation, de promotion, de mutation et de licenciement (Conclusions XVI-1, 2002, Autriche).

2. A cet égard, les préjudices que les médecins non objecteurs de conscience disent subir (à savoir le manque de possibilités de carrière, une lourde charge de travail et des conditions de travail difficiles) et que l'organisation réclamante (CGIL) a cherché à étayer par un certain nombre d'éléments factuels ne me



semblent pas réellement entrer dans la catégorie des actes interdits par l'article 1 § 2 de la Charte, qui sont essentiellement liés à la rémunération, à la formation, à la promotion, à la mutation et au licenciement.

3. En outre, les éléments factuels que présente la CGIL pour les quelques actes qui pourraient éventuellement être réputés tomber sous le coup de l'article 1 § 2 de la Charte sont, à mes yeux, très anecdotiques et ne suffisent pas à justifier un constat de discrimination susceptible de porter atteinte à l'essence même de ladite disposition, c'est-à-dire au droit de gagner sa vie par un travail librement entrepris.

4. Pour ces motifs, je ne puis m'associer à la décision adoptée par le Comité, selon laquelle l'Italie aurait, s'agissant du traitement des médecins non objecteurs de conscience, manqué à l'obligation qui lui incombe au regard de l'article 1 § 2 de la Charte de protéger de façon efficace le droit pour les personnes qui travaillent de gagner leur vie par un travail librement entrepris.

OPINION SÉPARÉE CONCORDANTE DE PETROS STANGOS

Je fais partie de la majorité des membres du Comité qui a décidé qu'il y a violation de l'article E lu en combinaison avec l'article 11 de la Charte, bien que je n'aie pas partagé son raisonnement juridique confortant la conclusion de la violation des dispositions en question de la Charte. C'est pour cette raison que je me suis obligé de formuler la présente opinion séparée concordante.

La décision du Comité, dans sa partie II, fait état d'une pluralité des motifs de discrimination, au titre desquels la politique des autorités italiennes a déployé ses effets auprès des femmes qui désirent avoir accès à l'avortement: lieu de résidence ("lieu de vie" ou "situation géographique", selon les expressions utilisées par la décision du Comité), situation socio-économique ("revenus modestes"), genre, état de santé, santé publique, ordre public. Je considère que le lieu de résidence est le seul motif de discrimination qui aurait dû être retenu dans l'attention du Comité, dans le but que celui-ci recherche, ensuite, si les autorités italiennes l'ont mis, dans la pratique, en exergue.

De l'autre côté, pour qu'une discrimination soit établie dans les faits, il faut qu'il y ait un ou plusieurs actes d'autorité publique touchant les intérêts matériels ou moraux des personnes intéressées, ainsi que deux personnes distinctes, de sorte qu'on puisse repérer si l'acte ou les actes en question soit ils ont accordé un traitement différencié à l'une de ces personnes bien qu'elle se trouvait dans une situation comparable avec l'autre, soit ils lui ont accordé le même traitement alors qu'elle se trouvait dans une situation différente par rapport à l'autre. Comme la décision du Comité le signale, à juste titre, dans le paragraphe 209, il existe un groupe de personnes, qui sont homogénéisées sur la base de leur état de santé et



sont, aussi, titulaires du droit à la non-discrimination: "Les femmes enceintes qui souhaitent avoir accès aux prestations d'avortement". Or, je considère que ce groupe de personnes se subdivise en deux sous-groupes. Le premier, identifié sur la base de sa propre focalisation sur le territoire italien, s'adresse à des institutions hospitalières au sein desquelles l'existence de gynécologues-objecteurs de conscience ne fait pas obstacle à la mise à disposition, en temps opportun et de manière efficace, de services pertinents. Le deuxième sous-groupe, lui aussi identifié à l'aide d'une focalisation différente de ses membres sur le territoire italien, est composé des personnes qui s'adressent à des institutions hospitalières au sein desquelles l'existence de gynécologues-objecteurs de conscience fait obstacle à l'offre des soins médicaux, précoces et efficaces, aux femmes enceintes concernées. Je considère que les autorités italiennes, dans la mesure où elles ne sont pas soucieuse d'entamer une politique de correction des imperfections de l'offre de soins eu égard des personnes appartenant au deuxième des sous-groupes susmentionnés, elles observent une politique d'inactivité, qui est la même que celle qui est observée à l'égard des femmes enceintes appartenant au premier sous-groupe (alors que, dans ce cas, aucune action publique n'était requise, pour la raison évidente que les femmes enceintes n'affrontaient pas de difficultés pour accéder à l'avortement, dues à la présence, au sein de l'institution hospitalière, de gynécologues-objecteurs de conscience). Par conséquent, je considère que le Gouvernement italien, du fait du traitement identique qu'il accorde à des situations différentes, viole l'article E de la Charte ; violation qui entraîne celle de l'article 11 de la Charte, puisque les femmes enceintes sont empêchées à exercer de manière efficace leur droit à la protection de leur santé, consacré par la partie I de la Charte.

Je reconnais que l'approche de la discrimination qui vient d'être esquissée, fût-elle schématique, se base sur des situations individuelles qui sont propres aux pratiques discriminatoires. Ainsi, elle peut être considérée comme dérogatoire par rapport à l'approche de la discrimination qui fait abstraction des situations individuelles ; celle qui, en règle générale, est suivie par le Comité en application de l'article E de la Charte. Admettons, cependant, que l'approche ici présente est conforme au principe non-écrit de l'égalité de traitement (des situations égales doivent être traitées de manière égale et des situations différentes doivent être traitées de manière différente, sauf justification objective), à maintes reprises confirmée par le Comité comme étant inhérent au système normatif de la Charte. En étant, enfin, inscrite sous le registre d'une "lecture" de l'article E, combiné avec une disposition substantielle (l'article 11), elle suit la ligne tracée par le Comité dans sa décision du 15 juin 2005 sur le bien-fondé de la réclamation n° 26/2004 SAGES c. France: "L'article E joue un rôle comparable à l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme. Il n'a pas d'existence indépendante et doit être combiné avec une disposition de fond de la Charte. Cela étant, une mesure (...) peut enfreindre la disposition en question lorsqu'elle est lue en liaison avec l'article E au motif qu'elle revêt un caractère discriminatoire" (§ 34).