NEK CNE

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE

La pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé – Considérations éthiques et recommandations

Prise de position no 30/2018
Berne, le 13 décembre 2018

Table des matières

1. Introduction 5
2. Terminologie 8
3. Données chiffrées 9
4. Cadre juridique 11
4.1. Dignité humaine et autonomie reproductive 11
4.2. Réglementation de l'interruption de grossesse 11
4.3. L'interruption de grossesse à un stade avancé dans les autres pays européens 14
4.4. Situation juridique des enfants nés vivants après une interruption de grossesse 14
4.5. Traitement à l'état civil du fœtus ou de l'enfant 16
5. Procédure médicale en cas d'interruption de grossesse à partir du deuxième trimestre 18
6. La pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé en suisse 21
6.1. Situations et indications 21
6.2. Processus de prise de décision 22
6.3. Information et prise en charge de la femme avant et après l'interruption de grossesse 26
6.4. Méthodes d'interruption de grossesse 30
6.5. Enfants nés vivants après une interruption de grossesse 32
7. Considérations éthiques 33
7.1. Indications et prise de décision 34
7.2. Accompagnement et prise en charge de la femme enceinte ou du couple 36
7.3. Pratique de l'interruption de grossesse 38
7.4. Enfants nés vivants après une interruption de grossesse 41
8. Résumé et recommandations 43
8.1. Résumé 43
8.2. Recommandations 44
Bibliographie 46

Avant-propos

Les interruptions de grossesse à un stade avancé posent des difficultés de taille ; elles sont une source d'incertitudes et une épreuve tant pour les femmes concernées que pour leur partenaire et leur famille ainsi que les professionnels impliqués. De plus, elles suscitent des questions médicales, juridiques et éthiques complexes. Pour autant, la pratique actuelle de ces interventions et les problèmes concrets qui y sont associés sont encore méconnus. Par conséquent, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) ne s'est pas contentée de traiter cette thématique d'un point de vue technique : étant donné les terribles souffrances que provoquent les interruptions de grossesse à un stade avancé et les dilemmes qu'elles impliquent, ce sujet a affecté et occupé ses membres sous un angle humain. Nous remercions tous ceux qui nous ont fait profiter de leur expertise et de leur expérience. Nous espérons que la présente publication, en abordant la thématique avec toute la nuance et la finesse qu'elle exige, nous aidera à surmonter les problèmes actuels.

Andrea Büchler

1. Introduction

Le taux d'interruptions de grossesse en Suisse est l'un des plus bas au monde.[1] Si une partie seulement de ces interventions est réalisée à un stade avancé de la grossesse (à partir de la 17e semaine environ), cette situation est trop fréquente pour que l'on puisse parler de cas isolés.

Les interruptions de grossesse à un stade avancé représentent du point de vue existentiel une expérience particulièrement difficile et douloureuse pour toutes les personnes impliquées. Ils suscitent de l'angoisse, mobilisent d'importantes ressources psychiques et matérielles, et sont à l'origine de choix tragiques et de dilemmes.

Au cours des douze premières semaines de gestation, une femme peut interrompre sa grossesse en invoquant une situation de détresse, sans avoir à la justifier. Au-delà de ce stade, la grossesse ne peut être interrompue qu'en présence d'une indication qui doit être évaluée par un médecin. La pratique de l'interruption de grossesse fondée sur une indication reste peu étudiée en Suisse et varie d'une région à l'autre. À un stade avancé, elle soulève aussi des questions particulières, car elle constitue une situation difficile et éprouvante pour la femme, le couple et le personnel médical. En outre, l'idée selon laquelle la vie à naître doit bénéficier d'une protection croissante à mesure que la grossesse progresse correspond à la réalité juridique et à une conviction morale largement partagée (voir 4.2 et 4.4). Le fait que, à un stade avancé de la grossesse, le fœtus ait la possibilité de survivre à l'extérieur du corps de la femme avec un soutien médical adapté ou, du moins, que l'enfant puisse manifester des signes de vie à la naissance représente une charge émotionnelle accrue pour les personnes concernées ; de plus, il soulève des questions sur la méthode utilisée pour interrompre la grossesse. Une attention particulière doit donc être accordée à ces situations bouleversantes, aux dilemmes qu'elles soulèvent ainsi qu'aux besoins de la femme, de l'enfant, du couple et du personnel médical.

Les débats juridiques et éthiques au sujet de l'interruption de grossesse à un stade avancé mettent en jeu un ensemble de représentations et d'hypothèses sur le début de la vie humaine et la protection qui doit lui être reconnue, mais aussi sur la façon de concevoir l'autonomie des femmes et leur statut juridique et social. La question du début de la vie est fondamentale, personnelle et porte à conséquence. Les critères éthiques et juridiques en la matière sont influencés par l'histoire, la religion et par divers facteurs socio-culturels (Rapp 2000). Le débat public sur l'interruption de grossesse, souvent animé, plonge ses racines dans les luttes historiques pour les droits civiques en général et les droits des femmes en particulier, mais aussi dans un ensemble d'hypothèses et de croyances philosophiques fondamentales. Ces racines ne sont pas toujours identifiées dans le discours sur l'interruption de grossesse. Et comme il s'agit d'un conflit de normes fondamental, il n'existe pas de point de vue neutre qui puisse se prévaloir d'une validité générale (Macklin, 1999). Cela vaut aussi pour la question de savoir quand commence la vie et si cette question est véritablement pertinente dans le contexte des débats sur l'interruption de grossesse. La réponse à cette question et la justification qui en sera donnée ne seront pas les mêmes dans les différentes traditions philosophiques, religieuses ou culturelles. Nous

1) Avec 5 interruptions de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 49 ans, la Suisse est le pays au monde qui en compte le moins ; en comparaison, par exemple, les États-Unis et le Royaume-Uni en comptent 13, la France 15, la Suède 18, l'Éthiopie 28 et l'Inde 47 (Singh et al. 2018). Avec un taux d'interruptions de grossesse de 6,3 pour les femmes entre 15 et 44 ans et de 3,7 pour les femmes entre 15 et 19 ans, la Suisse présente des taux inférieurs à l'Allemagne (6,8 et 4,3), à l'Italie (9,6 et 6,3) et à la France (18,1 et 14,1) (Harringer 2018, 11) ; les interruptions de grossesse sont d'ailleurs en constante diminution depuis 2005 parmi les femmes entre 15 et 19 ans (Id., 10).

ne pouvons donc pas y apporter une réponse claire sans qu'une au moins de ces différentes positions soit touchée dans ses fondements normatifs. Dans un État de droit libéral comme la Suisse, la diversité de ces approches ne devrait pas être niée, mais au contraire reconnue. Dans une série de documents vidéo, la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine (CNE) a présenté ces approches dans leurs différentes dimensions et implications, et a permis à diverses perspectives de s'exprimer.[2]

La CNE est consciente que certaines personnes, dans le débat public comme dans ses propres rangs, souscrivent à la position selon laquelle l'interruption de grossesse n'a, en tant que telle, pas à être légitimée et ne devrait pas être évaluée différemment du meurtre d'un être humain en raison de la nature ou du statut moral qu'elles reconnaissent à l'embryon ou au fœtus (Rager 2008). Selon cette conviction, toute interruption de grossesse est un acte intrinsèquement mauvais. La présente prise de position de la CNE ne constitue en aucun cas une qualification de cette position ou de toute autre position qui peut être adoptée au sujet de l'interruption de grossesse. Elle s'intéresse plutôt aux pratiques actuelles et aux questions éthiques qu'elles soulèvent dans le cadre légal en vigueur, notamment à la question essentielle de savoir comment nous pouvons tenir compte au mieux de celles et ceux d'entre nous qui sont personnellement concernés par des décisions, des actions et leurs conséquences. Cela comprend, au sens strict, les femmes enceintes et leur famille, y compris le fœtus, mais aussi le personnel de santé qui prend part aux décisions et devient lui-même acteur.

La présente prise de position offre une large palette d'informations et de considérations permettant d'appréhender les enjeux éthiques et juridiques relatifs à la pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé, cela dans le but de favoriser une perception claire et nuancée de cette problématique et de permettre de relever les défis encore ouverts. La CNE n'a toutefois pas l'intention, dans la présente prise de position, de se prononcer sur le principe de l'interruption de grossesse. Cela supposerait une discussion approfondie des différentes positions défendues sur cette question. Ce n'est pas l'objet des considérations qui suivent et qui sont exclusivement consacrées aux problèmes éthiques tels qu'ils se posent *dans* le cadre légal applicable.

À cet effet, la CNE a réuni et étudié les données provenant des sources suivantes :

- Elle a d'abord auditionné des experts actifs dans les hôpitaux universitaires ou cantonaux de Bâle, Berne, Fribourg, Vaud et Zurich ; elle a également mené des entretiens approfondis portant sur la pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé dans trois cliniques suisses ; la CNE tient ici à remercier pour leur contribution : Pr David Baud (chef du service d'obstétrique, département femme-mère-enfant, CHUV Lausanne), Pr Thomas M. Berger (Konsiliararzt Neonatologie und Pädiatrie, Kantonsspital Zug), Patricia Blöchlinger Treier (Hebammenexpertin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern), Pr Anis Feki (médecin-chef, gynécologie et obstétrique, Hôpital fribourgeois), Pr Hans Ulrich Bucher (Facharzt FMH für Pädiatrie und Intensivmedizin, Universitätsspital Zürich, emeritiert), Pr Irene Hösli (Fachärztin FMH für Gynäkologie und Geburtshilfe, Abteilungsleiterin Geburtshilfe, Universitätsspital Basel), Helene Huldi (Frauenärztin FMH, Präsidentin APAC Suisse), Andrea

2) Voir, à ce titre, les documents vidéo du cycle de conférences de la CNE sur le début de la vie : https://www.nek-cne.admin.ch/fr/thematiques-en-cours-de-laboration/le-debut-de-la-vie.

Messer (Co-Stationsleiterin Geburtsstation, Universitätsklinik für Frauenheilkunde, Inselspital Bern), Anna Margareta Neff Seitz (Hebamme und Trauerbegleiterin, Leiterin Fachstelle Kindsverlust), Judit Pòk Lundquist (Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, Universitätsspital Zürich, emeritiert), Pr Luigi Raio Bulgheroni (Leitender Arzt Bereich Ultraschall und Pränatalmedizin, Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern), Pr Sibil Tschudin (Leitende Ärztin, Abteilung Gynäkologie Sozialmedizin/ Psychosomatik, Frauenklinik Universitätsspital Basel).

- En juillet 2018, la CNE a aussi envoyé un sondage (ci-après sondage CNE) aux membres de la Conférence des médecins-chefs de service de gynécologie (CMC), organisation qui réunit les médecins-chefs des départements de gynécologie et obstétrique en Suisse. Un rappel a été envoyé après deux semaines. Le sondage CNE, rédigé en allemand et en français, posait huit questions.[3] Sur la base des réponses obtenues, il a été possible de collecter des données générales, dont la fiabilité est certes relative compte tenu de la taille de l'échantillon. Sur les 78 médecins-chefs contactés, 29 ont répondu à la sollicitation (soit un taux de réponse de 35 %). Il en ressort qu'un nombre réduit d'établissements pratique l'interruption de grossesse uniquement jusqu'à la 12e semaine (18,5 %), alors que la grande majorité la pratique aussi après ce délai (81,5 %).
- La CNE a pris connaissance des données fournies par l'Office fédéral de la statistique (OFS) pour l'année 2017 concernant le nombre d'interruptions de grossesse par semaines de grossesse, selon le lieu de domicile (2018a) et les interruptions de grossesse et motifs des interventions après 12 semaines de grossesse (2018b).
- La CNE a utilisé des résultats du Programme national de recherche « Fin de vie » (PNR 67). L'une des études du PNR 67 (Berger et al. 2017) examinait notamment les cas de décès recensés sur trois ans dans les neuf centres de néonatalogie de Suisse (voir 6.5).
- Finalement, la CNE a procédé à une revue de la littérature, comprenant, entre autres, diverses thèses de doctorat sur la question de l'interruption de grossesse à un stade avancé : *Schwangerschaftsabbrüche im 2. Trimenon – die Perspektive der Betreuenden* (Harringer 2018); *Der Spätabbruch in der Schweiz* (Tschuor-Naydowski 2014) ; *Ethische Problemstellungen bei pränataler Diagnostik und spätem Schwangerschaftsabbruch aus unterschiedlicher Indikation : Eine explorative Interviewstudie zur Wahrnehmung von Konfliktsituationen aus der Perspektive von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen* (Tanner 2011) ; les résultats d'une enquête de l'Association de professionnels de l'avortement et de la contraception (APAC) sur la pratique de l'interruption de grossesse dans les établissements hospitaliers en Suisse (Rey & Seidenberg 2010) ; ainsi que les résultats d'une étude publiée en 2016 par TA-Swiss sur les examens génétiques pendant la grossesse (Brauer et al. 2016).

3) Les questions posées étaient les suivantes : dans quel type d'établissement hospitalier exercez-vous ? En principe jusqu'à quelle semaine de grossesse pratique-t-on un avortement dans votre établissement ? Combien d'avortements après la 12e semaine de grossesse pratique-t-on par année dans votre établissement ? En principe, dans votre établissement, comment prend-on la décision d'un avortement après la 12e semaine de grossesse ? Lors d'avortements après la 12e semaine de grossesse, votre établissement offre-t-il aux femmes/couples un accompagnement psychologique (offre interne) ou les oriente-t-il à cet effet (offre externe) ? Dans votre établissement, avec quelle méthode pratique-t-on un avortement après la 12e semaine et jusqu'à quelle/respectivement à partir de quelle semaine de grossesse ? Dans certaines circonstances, lors d'avortements après la 12e semaine de grossesse votre établissement pratique-t-il un fœticide ? Dans votre établissement, disposez-vous à l'interne de consignes, de directives ou de recommandations au sujet de l'avortement après la 12e semaine de grossesse (indications, processus décisionnels, accompagnement, etc.) ?

2. Terminologie

La notion d'interruption de grossesse désigne le fait de mettre fin de façon délibérée et prématurée à une grossesse dans le but de provoquer la mort de l'embryon ou du fœtus. Lorsqu'elle se produit après une certaine durée de gestation, on parle d'interruption de grossesse à un stade avancé. Il n'existe toutefois pas de définition uniforme de cette notion sur le plan juridique ou médical. Les limites les plus souvent proposées dans la littérature pour marquer le passage à un stade « avancé » de la grossesse sont la 13e, la 17e, la 20e ou la 24e semaine de grossesse depuis les dernières règles (Tschuor-Naydowski 2014, 8 ss ; Wewetzer et Wernstedt 2008, 7 ; Harringer 2018, 7 ; Schwarzenegger 2011, 156, qui cite d'autres références). À partir de la 12e semaine d'aménorrhée ou de grossesse p.m.[4], le fœtus jouit d'une protection renforcée. D'autres définitions situent l'interruption de grossesse à un stade avancé à partir de la 20e semaine de grossesse, voire plus tard, et prennent pour référence, par exemple, la capacité du fœtus à survivre en dehors de l'utérus.

La présente prise de position discute des indications et des processus de décision concernant l'interruption de grossesse pour raisons médicales, c'est-à-dire à partir de la 13e semaine de grossesse. Elle accorde une attention particulière à la situation éprouvante et dilemmatique des grossesses interrompues à un stade très avancé, à savoir lorsque le fœtus peut manifester des signes de vie à la naissance. C'est généralement le cas à partir de la 17e semaine de grossesse.

4) En Suisse, le calcul de la durée de la grossesse se fonde généralement sur le premier jour des dernières règles. On parle alors de nombre de semaines d'aménorrhée ou de grossesse *post-menstruationem* (p.m.). Un autre mode de calcul part du jour présumé de la fécondation ou de la conception. On parle dans ce cas de grossesse *post conceptionem* (p.c.). Dans la suite de ce texte, la durée de la grossesse est toujours exprimée en nombre de semaines d'aménorrhée.

3. Données chiffrées

Pour l'année 2017, l'OFS a recensé au total 10 015 interruptions de grossesse. Dans 454 cas, la grossesse a été interrompue après la 12e semaine (OFS 2018a ; 2018b), ce qui correspond à environ 4,5 % de toutes les interruptions de grossesse pratiquées cette année-là. 1,4 % des interruptions de grossesse pratiquées en Suisse en 2017 l'ont été à partir de la 17e semaine. Parmi les interruptions de grossesse pratiquées après la 12e semaine de grossesse, près d'une sur trois l'a été après la fin de la 16e semaine. En chiffres absolus, 103 grossesses ont été interrompues entre la 17e et la 22e semaine. Dans 41 cas, la durée de la grossesse était de 23 semaines ou plus (OFS 2018a). Ces chiffres ne tiennent pas compte des femmes qui, pour diverses raisons, se rendent à l'étranger pour interrompre la grossesse. La statistique montre que ces taux n'ont guère changé en Suisse au cours des dix dernières années. Le nombre annuel d'interruptions de grossesse pratiquées à un stade avancé de la gestation est stable.

Les chiffres publiés par l'OFS ne donnent pas d'indications sur les cliniques qui pratiquent des interruptions de grossesse à un stade avancé. Les données permettant d'identifier le nombre et l'identité de ces cliniques n'ont, par exemple, pas été collectées. Il n'est donc pas possible d'en tirer des conclusions sur la distribution de cette pratique en Suisse (distribution par canton, répartition entre villes et campagne, etc.). Il n'existe pas non plus de données officielles concernant l'âge des femmes sur lesquelles des interruptions de grossesse ont été pratiquées à un stade avancé ni concernant la méthode utilisée.

Comme le montre le sondage de la CNE, le plus grand nombre d'interruptions de grossesse après la 12e semaine est réalisé dans des hôpitaux universitaires (deux des trois hôpitaux universitaires ayant participé au sondage CNE recensent plus de 40 cas par année), vraisemblablement parce que, d'une part, ils se situent dans les plus grandes agglomérations et, d'autre part, parce que les établissements plus petits ou périphériques leur adressent les femmes nécessitant cette intervention. Les hôpitaux universitaires pratiquent un nombre proportionnellement plus élevé d'interruptions de grossesse à un stade avancé et, en raison de l'ampleur de la demande, doivent parfois refuser des interventions. En outre, 13 établissements sur 22 (59 %) pratiquent des interruptions de grossesse sur la base d'indications psychosociales en raison d'anomalies fœtales jusqu'à la 20–23e semaine de grossesse (n=7), ou jusqu'à la 24–29e semaine de grossesse (n=6). Pour ce qui est des troubles psychiatriques de la femme, 5 établissements sur 22 (22,8 %) pratiquent une interruption de grossesse jusqu'à la 20–23e semaine de grossesse, 4 sur 22 (18,2 %) la pratiquent jusqu'à la 24–29e et 3 indépendamment de la semaine de grossesse (13,6 %).

Ces données peuvent être mises en perspective avec les résultats de l'enquête de l'Association de professionnels de l'avortement et de la contraception (APAC-Suisse) menée en 2009, résultats qui ont été publiés en 2010 dans le Bulletin des médecins suisses (Rey & Seidenberg 2010). L'enquête d'APAC-Suisse s'est concentrée sur la pratique de l'interruption de grossesse dans les hôpitaux suisses. Sur les 93 cliniques et hôpitaux qui ont pratiqué des interruptions de grossesse, 24 % ont déclaré des interventions uniquement jusqu'à la 12e semaine de grossesse, 33 % jusqu'à la 24e semaine et 20 % au-delà de la 24e semaine dans des situations extrêmes, notamment lorsque la vie de la femme était en danger ou en cas d'anomalies fœtales mortelles. Parmi les hôpitaux qui ont pratiqué des interruptions de grossesse après la 12e semaine de grossesse, seuls 46 (41 %) ont accepté un état de détresse profonde de la mère comme une indication, et seulement jusqu'à un certain stade de la grossesse. Seules 8 cliniques ont indiqué pratiquer des interruptions de grossesse pour des indications psychosociales au-delà de la 18e

semaine. Dans l'ensemble, l'étude a mis en évidence que les hôpitaux et les cliniques ont des pratiques plus strictes que ce qu'autorise le cadre légal, ce qui les a conduits à orienter certaines femmes vers des cliniques à l'étranger. L'étude d'APAC-Suisse estime le nombre de ces femmes à une cinquantaine par année. Un article de la NZZ paru en 2016 (Haller 2016) soulignait également l'existence d'importantes différences cantonales dans la pratique des interruptions de grossesse. En particulier dans les régions rurales et dans les hôpitaux à tradition catholique, les femmes semblent souvent confrontées à une approche restrictive. Une récente thèse en médecine met, elle aussi, en évidence les différences d'évaluation des indications entre les cliniques en Suisse et les difficultés d'accès à l'interruption de grossesse à un stade avancé dans certaines régions (Harringer 2018, 23, 61 s.).

L'étude « Décisions en fin de vie de grands prématurés en Suisse », menée dans le cadre du programme national de recherche 67 « Fin de vie », a examiné les 594 décès recensés sur trois ans dans les neuf centres de néonatalogie en Suisse. L'étude parvient aux résultats suivants : « Au total, 594 décès ont été recensés, dont 280 (47 %) mortinaissances et 314 (53 %) décès d'enfants nés vivants. Parmi ces décès, 185 (59 %) se sont produits dans la salle d'accouchement et 129 (41 %) après une admission dans une unité de soins intensifs néonatals (USIN). La plupart des décès survenus en salle d'accouchement concernaient des enfants avec un âge gestationnel inférieur ou égal à 24 semaines d'aménorrhée et morts à la suite de mesures essentiellement palliatives *(primary non-intervention)*. Par contre, les décès survenus dans une USIN l'ont été après que les nourrissons aient été placés sous respirateur artificiel, indépendamment de leur âge gestationnel. Les décisions de fin de vie et la réorientation des soins vers le palliatif étaient fondées sur le refus de l'acharnement thérapeutique et la mauvaise qualité de vie prévue pour respectivement 69 % et 28 % des patients. La plupart des nourrissons ont été extubés avant de mourir » (Berger et al. 2017, 1). Selon les résultats de l'étude, 39 % des enfants nés d'une interruption de grossesse à un stade avancé manifestaient des signes de vie et 61 % étaient morts-nés. Concrètement, cela signifie que sur une période de trois ans (2012–2015), 195 enfants sont nés en Suisse dans les services de néonatalogie à la suite d'une interruption de grossesse à un stade avancé, dont 119 sont mort-nés et 76 manifestaient des signes de vie. L'étude ne fournit pas de précisions sur le temps de survie dans ces derniers cas.

4. Cadre juridique

4.1. Dignité humaine et autonomie reproductive

La question de l'interruption de grossesse met en tension plusieurs biens juridiques reconnus par la Constitution.

D'un côté, les embryons et les fœtus jouissent d'une certaine protection au nom de la *dignité humaine*. Conçue comme un principe constitutionnel objectif, la dignité humaine protège la valeur intrinsèque de la vie humaine prénatale et interdit que celle-ci soit utilisée comme un simple moyen au service des fins d'autrui et donc traitée comme un objet.[5] À ce titre, le respect de la dignité humaine interdit *formellement* les actes qui conduisent à détruire ou à empêcher le développement d'embryons et de fœtus humains. D'un autre côté, l'embryon ou le foetus n'est pas, selon le droit constitutionnel actuel, sujet des droits fondamentaux et des droits de l'homme, en particulier des droits à la vie et à l'intégrité (Rütsche 2009, 209 ss).[6] Cela signifie que lorsque la dignité humaine de la vie à naître et les *droits fondamentaux de la femme enceinte* entrent en conflit, la primauté revient aux seconds.

Dans ce contexte, les droits fondamentaux de la femme comprennent non seulement les droits à la vie et à l'intégrité, mais aussi *l'autonomie reproductive*. Or la possibilité de décider de poursuivre une grossesse ou de l'interrompre dans le respect des dispositions légales en vigueur est considérée comme une composante essentielle de l'autonomie reproductive (Büchler 2017). En droit constitutionnel et en droit international, les décisions relatives à la grossesse font partie du droit fondamental au respect de la vie privée et familiale.[7] L'interruption de grossesse a aussi une implication profonde sur l'intégrité physique et psychique de la femme. Imposer l'interruption de grossesse à une femme, mais aussi la lui refuser – c'est-à-dire l'obliger à porter un fœtus contre son gré – constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique.

Les dispositions pénales relatives à l'interruption de grossesse reflètent les tensions qui existent entre ces biens juridiques. D'un côté, ces dispositions reconnaissent à la femme le droit, dans des conditions bien définies, d'interrompre sa grossesse jusqu'à un stade très avancé, presque jusqu'à l'accouchement. D'un autre côté, elles exigent, afin de protéger la dignité humaine des embryons et des fœtus, que les raisons invoquées pour interrompre la grossesse soient d'autant plus impérieuses que celle-ci est avancée.

4.2. Réglementation de l'interruption de grossesse

La règle générale veut que l'interruption de grossesse est interdite et punissable (art. 118, al. 1 et 2, CP). Le bien juridique protégé à l'al. 1 est la vie humaine en devenir pendant la grossesse, indépendamment de sa viabilité. L'al. 2 protège quant à lui la santé de la femme enceinte et son droit à l'autodétermination. La grossesse commence avec la nidation, c'est-à-dire l'implantation de l'ovule fécondé dans la muqueuse utérine, et se termine généralement par l'apparition des contractions de dilatation. L'interruption de grossesse, c'est-à-dire la destruction intentionnelle du fœtus, constitue en principe une infraction punissable.

---

5) Voir ATF 115 Ia 234 consid. 9c ; 119 Ia 460 consid. 12e ; 127 I 6 consid. 5b ; 132 I 49 consid. 5.1.
6) Voir la décision fondamentale dans Vo c. *France*, CEDH (2004), requête no 53924/00, ch. 82.
7) ATF 101 Ia 575 consid. 3a ; A.B.C. c. Irlande, CEDH (2010), requête no 25579/05 ; *R.R. c. Pologne*, CEDH (2011), requête no 27617/04 ; *P. et S. c. Pologne*, CEDH (2012), requête no 57375/08.

Elle n'est toutefois pas punissable dans un certain délai et dans des conditions définies (art. 119 CP). C'est le cas, selon l'art. 119, al. 2, si, sur demande écrite de la femme qui invoque qu'elle se trouve en situation de détresse, l'interruption de grossesse est pratiquée au cours des douze semaines suivant le début des dernières règles par un médecin habilité à exercer sa profession (le « régime du délai »).

Après l'expiration de ce délai de douze semaines, le caractère non punissable de l'interruption de grossesse doit être évalué sur la base de l'art. 119, al. 1, CP. D'après cette disposition – qui instaure le « régime des indications » –, l'interruption de grossesse reste non punissable en cas d'indication médicale ou médico-sociale. L'indication médicale suppose que l'interruption de grossesse est, selon un avis médical, appropriée et nécessaire pour écarter le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique de la femme enceinte. Une indication médico-sociale est reconnue si, en l'absence d'interruption de grossesse, la femme enceinte pourrait se trouver dans un état de détresse profonde, c'est-à-dire dans un état de crise psychique durable, lequel ne doit toutefois pas nécessairement correspondre à un tableau clinique. Outre la structure de la personnalité, les circonstances de vie présentes et futures de la femme doivent également être prises en considération. Les formulations sont à dessein suffisamment ouvertes pour tenir compte de la diversité des situations de vie possibles. Dans le cadre du régime des indications, le législateur s'est délibérément abstenu d'énumérer les raisons précises qui pourraient entraîner une atteinte grave à l'intégrité physique ou un état de détresse profonde de la femme enceinte.

Le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique de la femme peut résulter, par exemple, d'un cancer ou d'une pré-éclampsie. Un état de détresse profonde peut survenir, par exemple, si le soin et l'éducation d'un enfant entraînent pour la femme un fardeau intolérable en raison des circonstances dans lesquelles elle se trouve. Différentes catégories d'indications ont été distinguées et reconnues dans la pratique, même si elles ne sont pas explicitement mentionnées dans la législation. Les principales sont l'indication « psychiatrique », qui concerne la mère, l'indication « criminologique », lorsque la grossesse est le résultat d'un délit sexuel, et l'indication « embryopathique ». Cette dernière correspond, en règle générale, à la situation dans laquelle selon toutes prévisions la constitution physique ou psychique de l'enfant à naître est de nature à entraîner après la naissance une déficience suffisamment grave pour placer la mère et, le cas échéant, la famille dans une situation intolérable. Chaque cas doit être évalué de manière spécifique. Pour chacune de ces indications, le poids des raisons avancées est déterminant. La loi ne prévoit pas de limite temporelle fixe pour ces indications, de sorte que la grossesse pourrait, du moins théoriquement, être interrompue juste avant l'accouchement si des raisons impérieuses, comme la survie de la mère, devaient l'exiger (pour plus de détails, voir Schwarzenegger 2011).

L'existence d'une indication médicale ou médico-sociale au sens de l'art. 119, al. 1, CP est une condition nécessaire, mais non suffisante, de l'interruption médicale de grossesse. L'élément déterminant est, en dernier ressort, la libre décision de la femme enceinte après avoir été suffisamment informée par le médecin sur le déroulement, les conséquences et les risques d'une telle intervention. Si celle-ci est incapable de discernement, le consentement de son représentant légal est requis (voir art. 119, al. 3, CP), même si la femme doit être associée autant que possible à la prise de décision. À la différence du régime du délai prévu à l'al. 2, il ne suffit pas, après l'expiration du délai de douze semaines, de simplement invoquer une situation de détresse pour faire valoir une indication au sens de l'al. 1. Le médecin doit au contraire s'assurer que la femme enceinte se trouve effectivement dans une telle situation. La

décision est laissée à son appréciation après un entretien approfondi avec la femme enceinte. En outre, l'interruption de grossesse doit être pratiquée par un médecin habilité à exercer sa profession. La loi n'exige toutefois pas de deuxième avis médical.

Pour tenir compte du fait que l'interruption de grossesse visée à l'art. 119, al. 1, CP est possible jusqu'à peu de temps avant la naissance normale, c'est-à-dire sur un enfant viable, le législateur a fixé des conditions particulières pour l'examen de la proportionnalité. Le risque d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte devra être d'autant plus élevé que la grossesse est avancée. Cette exigence tient compte de la protection croissante dont doit bénéficier l'enfant à naître au cours de la grossesse (Schwarzenegger 2011).

L'art. 15, al. 1, Cst. garantit la *liberté de conscience et de croyance*. Les médecins, les sages-femmes et le personnel soignant ne sont donc pas obligés de pratiquer une interruption de grossesse s'ils ne peuvent pas concilier cette pratique avec leur conscience. Les médecins indépendants peuvent, au nom de leur liberté de contracter, refuser de conclure un contrat de traitement pour une interruption de grossesse. Pour les situations d'urgence, l'art. 40, let. g, de la loi du 23 juin 2006 sur les professions médicales (LPMéd) prévoit une obligation de prêter assistance, même si le comportement que l'on peut raisonnablement exiger en faisant appel à cette obligation doit tenir compte des circonstances particulières.[8] La situation est différente en ce qui concerne les médecins salariés. Un hôpital (public ou privé) ou un cabinet médical peut prévoir, dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, des conditions d'engagement qui imposent de prendre part à des interruptions de grossesse, pour autant que celles-ci soient conformes aux dispositions légales en vigueur et aux normes éthiques objectives fixées par l'établissement. Si un médecin, en contradiction avec les conditions d'engagement auxquelles il a librement consenti, refuse de pratiquer une interruption de grossesse, l'établissement qui l'emploie peut prendre des mesures disciplinaires prévues par le droit du travail. Ces mesures doivent être proportionnées, mais peuvent, en cas de refus répété, aller jusqu'à la mutation dans un autre service ou la résiliation des rapports de travail.

Pour la pratique des interruptions de grossesse non punissables, les cantons ont, comme c'est le cas pour le traitement des maladies, un *mandat d'approvisionnement*. Conformément à l'art. 39, al. 1, de la loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal), les cantons doivent veiller, dans le cadre de la planification hospitalière, à ce que l'offre des prestations médicales prises en charge par l'assurance obligatoire des soins – y compris l'interruption de grossesse non punissable en vertu de l'art. 30 LAMal – soit suffisante pour couvrir les besoins. Faute de quoi, les femmes qui souhaitent interrompre une grossesse perdraient de facto leurs droits ; leurs droits à la liberté personnelle (art. 10, al. 2, Cst.) et au respect de leur vie privée et familiale (art. 13 Cst. et art. 8 CEDH), voire leur droit à la vie (art. 10, al. 1, Cst.), seraient menacés. Sur la base de la planification hospitalière, les cantons délèguent aux hôpitaux (publics et privés) des mandats de prestations qui incluent la pratique des interruptions de grossesse non punissables. Dans les limites de leurs mandats de prestations et de leurs capacités, les hôpitaux sont tenus de garantir la prise en charge de tous les assurés résidant dans le canton concerné

8) L'obligation d'assistance est également inscrite dans de nombreuses lois cantonales sur la santé ; voir, p. ex., § 17 de la loi du 2.4.2007 sur la santé publique du canton de Zurich et art. 30*a* de la loi du 2.12.1984 sur la santé publique du canton de Berne.

(obligation d'admission au sens de l'art. 41*a*, al. 1, LAMal). Si un hôpital dispose d'un mandat de prestations dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, il doit donc employer ou mandater en nombre suffisant du personnel médical possédant les qualifications requises et disposé à pratiquer des interruptions de grossesse non punissables.

4.3. L'interruption de grossesse à un stade avancé dans les autres pays européens

Comme en Suisse, la plupart des pays européens appliquent un régime du délai. Ce délai, qui va de 12 semaines ou 90 jours (Italie) à 18 semaines (Suède), voire jusqu'au seuil de viabilité du fœtus (Pays-Bas), délimite une période durant laquelle la grossesse peut généralement être interrompue lorsque la femme enceinte en formule la demande.[9] Une fois ce délai expiré, les interruptions de grossesse ne sont possibles que si elles correspondent à une indication médicale. La plupart des pays acceptent les indications maternelles et embryopathiques. Certains autorisent les interruptions de grossesse jusqu'au moment où le fœtus est capable de survivre dans un environnement extra-utérin, d'autres jusqu'à l'accouchement. Dans la pratique, il existe néanmoins des différences importantes dans l'évaluation des indications médicales, en particulier des indications fœtales, d'autant qu'elles dépendent souvent du jugement médical.[10] Le Royaume-Uni et la France sont considérés comme des pays relativement libéraux en la matière. Aucun pays européen ne limite dans le temps les interruptions de grossesse pratiquées dans le but de sauver la vie de la mère. En Europe occidentale, la tendance des dernières années va dans le sens d'une reconnaissance d'un droit à l'interruption de grossesse. La France a supprimé, il y a quelques années, l'exigence d'une « situation de détresse » comme condition à l'interruption volontaire de grossesse dans les 14 premières semaines de gestation et le délai de réflexion obligatoire de sept jours entre la première consultation et l'intervention. En Belgique, le Parlement a décidé de dépénaliser l'interruption de grossesse. La Norvège envisage de porter à 18–24 semaines le délai pour une interruption de grossesse à la demande de la femme.

Les femmes se rendent parfois dans d'autres pays pour interrompre la grossesse, soit parce qu'on leur refuse l'accès à cette intervention dans leur pays, soit parce que la méthode souhaitée n'est proposée qu'à l'étranger, soit dans un souci que l'interruption de grossesse soit pratiquée de façon aussi anonyme que possible.[11]

4.4. Situation juridique des enfants nés vivants après une interruption de grossesse

D'un point de vue juridique, la naissance marque un tournant. En droit civil, la personnalité commence avec la naissance accomplie de l'enfant dès lors que des signes de vie tels que la respiration ou les

9) Une vue d'ensemble est proposée sur le site : http://worldabortionlaws.com/.

10) Les formulations utilisées dans les textes de loi pour décrire la détermination d'une anomalie fœtale sont elles-mêmes différentes et vont de « il est certain que » (Belgique) à « il existe une forte probabilité » (France) ou « il existe un risque important » (Royaume-Uni). Les législations requièrent parfois une incompatibilité avec la vie (Pays-Bas, Norvège, Suède, p. ex.), parfois que l'anomalie conduise à une maladie extrêmement grave et incurable (Espagne), à une maladie grave et incurable (Belgique, France) ou à un handicap grave de l'enfant (Royaume-Uni). À ce sujet, voir aussi : Tanner (2011, 35 s).

11) En raison de la longueur des délais, de nombreuses femmes auxquelles l'interruption de grossesse a été initialement refusée se rendent aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni. Le Royaume-Uni et la France semblent avoir des pratiques libérales en particulier en ce qui concerne les interruptions de grossesse pour des indications fœtales, même à un stade avancé de la grossesse. En Suisse, on estime à une cinquantaine par année le nombre de femmes qui se rendent à l'étranger pour une interruption de grossesse (Rey et Seidenberg 2010, 553). Les rapports de Tanner montrent également que certaines femmes sont orientées vers des cliniques à l'étranger (Tanner 2011, 92 s). Selon les données statistiques du Département de la Santé du Royaume-Uni, neuf femmes suisses ont été traitées pour une interruption de grossesse au Royaume-Uni en 2017 (Department of Health and Social Care 2018).

battements du cœur sont perceptibles (art. 31, al. 1, CC). Dans la littérature, certains auteurs font de la viabilité de l'enfant en dehors de l'utérus une condition supplémentaire au début de la personnalité juridique. Avec la personnalité juridique, l'enfant acquiert le droit à la vie (art. 10, al. 1, Cst.). Le droit pénal fait commencer la protection de l'enfant plus tôt que le droit civil, c'est-à-dire dès que le processus d'accouchement a commencé. C'est une conséquence indirecte de l'art. 116 CP, qui érige en infraction pénale le fait pour la mère de tuer son enfant pendant l'accouchement. Le meurtre, l'homicide par négligence ou les lésions corporelles commis sur l'enfant à partir de ce moment relèvent donc des délits d'homicides et de lésions corporelles. La question de savoir quand commence l'accouchement et quand le fœtus devient une personne protégée par le droit pénal est donc essentielle. La pratique juridique actuelle considère que, dans le cours normal de l'accouchement, c'est la survenue des contractions de dilatation qui en marque le début. Il importe peu, à cet égard, que ces contractions se produisent spontanément, dans le délai calculé pour l'accouchement ou en dehors de celui-ci, ou qu'elles soient provoquées par des mesures médicales. Dans le cas d'une césarienne, où les contractions de dilatation ne se produisent généralement pas, c'est l'ouverture de l'utérus ou de la paroi abdominale qui est considérée comme le début de l'accouchement.

Lorsqu'un enfant naît vivant après une interruption de grossesse, les médecins sont tenus de protéger sa vie, faute de quoi ils peuvent être poursuivis pour meurtre par omission ou pour omission de prêter secours (art. 128 CP). Du point de vue pénal, la mort d'un enfant né vivant à la suite d'une interruption de grossesse ne peut être considérée comme la conséquence de cette intervention que si, malgré des mesures médicales, il n'est pas possible d'empêcher cette mort peu après sa naissance. Le fait que l'interruption de la grossesse n'était pas punissable en vertu de l'art. 119, al. 1, CP ne justifie pas en soi de tuer l'enfant ou de le laisser mourir par absence de traitement. Il s'agit d'un nouvel événement, qui doit faire l'objet d'une évaluation juridique distincte.

Ainsi, la naissance confère à l'enfant la personnalité juridique en droit civil et le droit à la pleine protection contre l'homicide et les lésions corporelles en droit pénal. L'activité médicale doit par conséquent veiller à respecter et à protéger le droit de l'enfant à la vie, indépendamment de savoir si une interruption de grossesse (justifiée) a été pratiquée ou non. Lorsqu'un enfant naît vivant à la suite d'une interruption de grossesse, ce n'est plus la situation de détresse de la femme qui est au centre des considérations, mais la question de savoir quelles mesures médicales sont dans l'intérêt supérieur de l'enfant.

La défense des intérêts de l'enfant incombe aux parents qui, en tant que détenteurs de l'autorité parentale, prennent les décisions en son nom. Cela vaut aussi pour les mesures médicales concernant un enfant né vivant. Les parents doivent prendre ces décisions en veillant au bien de l'enfant (pour plus de détails, voir Schlatter 2014, 83 ss). La question de savoir si et comment les souhaits de la femme ou du couple peuvent et doivent être pris en compte dans le choix des mesures médicales se pose avec une acuité particulière dans le cas d'un enfant né vivant après une interruption de grossesse. Même si le droit de l'enfant à la vie et l'indication médicale doivent être au centre de la réflexion, le bien de l'enfant ne saurait se concevoir sans tenir compte des ressources des parents et de leurs conditions de vie structurelles, psychologiques et sociales. Cela se justifie plus particulièrement lorsque les perspectives de vie de l'enfant sont entachées d'une incertitude pronostique considérable.

En Suisse, les recommandations pour la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité, publiées par la Société suisse de néonatologie (pour une discussion approfondie, voir Schlatter 2014, 208 ss), prévoient que les parents ne peuvent ni insister en faveur d'un traitement déraisonnable ni refuser le traitement qui, selon toute probabilité, serait le plus prometteur pour l'enfant. De manière générale, les traitements essentiels au maintien en vie avant le début de la 24e semaine de grossesse sont considérés comme des traitements déraisonnables, tandis que les traitements vitaux à partir de la 25e semaine de grossesse sont considérés comme des traitements prometteurs. Entre ces deux repères, les recommandations suggèrent que la marche à suivre devrait être décidée en grande partie sur la base des souhaits et des convictions personnelles des parents, mais aussi en interaction avec l'équipe soignante dans la recherche d'une « prise de décision partagée » (Lantos 2018). Cela ne laisse qu'un cadre particulièrement étroit, qui ne tient pas suffisamment compte du statut juridique des parents en tant que détenteurs de l'autorité parentale. Les recommandations de la Société suisse de néonatalogie sont en cours de révision. Les nouvelles recommandations ne devraient pas se fonder exclusivement sur l'âge gestationnel, mais prendre davantage en considération d'autres facteurs de risque importants pour les perspectives de vie de l'enfant (poids fœtal estimé, sexe, maturation pulmonaire, grossesse unique ou multiple, p. ex.). Sous réserve du consentement des parents, des traitements médicaux intensifs aussi à un âge gestationnel plus précoce seront, à l'avenir, plus facilement envisagés lorsque les facteurs de risque sont favorables.[12]

En effet, des progrès considérables ont été réalisés en néonatalogie au cours des dernières décennies. Le moment à partir duquel les soins intensifs permettent de maintenir en vie un fœtus ou un enfant dans le cas d'une naissance prématurée est beaucoup plus précoce et se situe aujourd'hui, selon le lieu et l'établissement, entre la 22e et la 24e semaine de grossesse. Les complications et les séquelles permanentes ne sont toutefois pas rares chez les grands prématurés. En d'autres termes, si l'on arrive de plus en plus souvent à maintenir l'enfant en vie, même en cas de prématurité extrême, les risques de séquelles physiques ou psychiques graves et permanentes sont d'autant plus élevés que la naissance est précoce (Gill et Boyle 2017).

Savoir ce que cela implique pour les enfants nés vivants à la suite d'une interruption de grossesse est une question à laquelle il n'est guère possible d'apporter une réponse générale. Les recommandations pour la prise en charge des prématurés à la limite de la viabilité publiées par la Société suisse de néonatalogie prévoient toujours, dans le cas d'une naissance prématurée avant la 24e semaine de grossesse, que les mesures médicales doivent en règle générale se limiter aux soins palliatifs. Ceux-ci consistent, dans ce contexte, à assurer une vie décente à ces enfants jusqu'à leur mort précoce, rendue inévitable par l'absence de soins intensifs. Si la plupart des enfants nés vivants après une interruption de grossesse recevront vraisemblablement des soins palliatifs, il est également possible que leurs perspectives de vie justifient ou nécessitent des soins intensifs.

4.5. Traitement à l'état civil du fœtus ou de l'enfant

La fausse couche désigne la venue au monde d'un enfant né sans vie et dont le poids n'atteint pas 500 grammes. Depuis le 1er janvier 2019, à la demande des parents concernés, l'office de l'état civil peut

12) Renseignement communiqué par le Pr Thomas Berger, 18.11.2018.

établir une confirmation de la venue au monde d'un enfant né sans vie. Un enfant est désigné comme mort-né s'il ne manifeste aucun signe de vie à la naissance et si son poids est d'au moins 500 grammes ou si la gestation a duré au moins 22 semaines entières. La naissance d'un enfant mort-né doit être inscrite à l'état civil sur la base d'un certificat médical. Les parents peuvent donner un nom à l'enfant mort-né. Les enfants nés sans vie (à la suite d'une fausse couche) et les enfants mort-nés peuvent être inhumés.

Si l'enfant a vécu ne serait-ce qu'un instant, c'est-à-dire s'il a manifesté des signes de vie à la naissance, sa naissance et sa mort sont enregistrées.

5. Procédure médicale en cas d'interruption de grossesse à partir du deuxième trimestre

Au début du deuxième trimestre, l'interruption de grossesse est généralement pratiquée de façon chirurgicale par aspiration et curetage.

Différentes méthodes peuvent être utilisées, et parfois combinées, pour interrompre une grossesse à un stade avancé. Il s'agit de la méthode médicamenteuse, de la méthode D&E, de la césarienne et du fœticide.

a) La méthode médicamenteuse conduit à l'ouverture du col de l'utérus et à la naissance du fœtus. Elle consiste à utiliser un antagoniste de la progestérone (mifépristone) sous forme de comprimés, qui n'a généralement que de faibles effets secondaires, couplé à du misoprostol, un analogue synthétique de la prostaglandine E1 (également administré sous forme de comprimé, par voie orale ou vaginale), qui augmente l'effet abortif de la mifépristone et peut avoir des effets secondaires gastro-intestinaux. Il est important de noter que le misoprostol n'est pas officiellement approuvé par le fabricant pour une interruption de grossesse à un stade avancé et que cette utilisation ne correspond donc pas à l'indication prévue *(off label use)*.[13]

Les contre-indications à l'administration de ces deux médicaments sont une insuffisance rénale chronique, une allergie connue aux principes actifs, un asthme bronchique sévère, une maladie cardiovasculaire sévère ou une forte consommation de cigarettes (30 cigarettes par jour). Dans ces cas, il est nécessaire de passer à un analogue de la prostaglandine E2 (Sulproston), qui était généralement utilisé jusque dans les années 1990 et qui ne peut être administré que par voie intraveineuse.[14] Selon les souhaits de la femme enceinte, des analgésiques peuvent être administrés pour combattre la douleur, généralement des dérivés morphiniques, éventuellement associés à des benzodiazépines. Une anesthésie péridurale peut également être pratiquée. L'accouchement survient en général dans les 24 heures qui suivent l'administration des médicaments. Si ce n'est pas le cas, le même schéma doit être répété. La femme est suivie de près et accompagnée par des médecins et surtout par le personnel infirmier (sages-femmes) pendant toute la durée de la procédure. Selon le groupe sanguin et le facteur rhésus, des immunoglobulines anti-D doivent être administrées à la femme après l'intervention pour prévenir la sensibilisation rhésus. Il faut également vérifier si le placenta est entier. En cas de rétention placentaire, un curetage est indiqué. Enfin, un traitement doit être administré pour éviter la montée du lait.

b) Avec la méthode dite « D&E » (dilatation et évacuation ou extraction), le col de l'utérus est d'abord élargi. Une petite intervention gynécologique est pratiquée sous anesthésie locale pour insérer des

---

13) Le misoprostol est disponible en Suisse sous trois formes :
1) Misodel® disp vag 200 mcg : l'indication ne correspond absolument pas à l'interruption de grossesse. Sous cette forme et avec cette posologie, le misoprostol est utilisé pour déclencher l'accouchement à partir de la 37e semaine de grossesse lorsqu'il n'est pas possible d'attendre la survenue naturelle des contractions. Le prix n'est pas indiqué dans le Compendium suisse des médicaments et ne peut pas être trouvé sur d'autres sites Internet.
2) MisoOne® cpr 400 mcg : les comprimés MisoOne® contiennent 400 mcg de misoprostol et sont officiellement autorisés pour une interruption médicamenteuse de grossesse jusqu'à 49 jours d'aménorrhée après administration de mifépristone. L'utilisation des comprimés MisoOne® pour une interruption de grossesse à un stade avancé ne correspond donc pas à l'indication prévue *(off label use)*. Le prix n'est pas indiqué dans le Compendium suisse des médicaments et ne peut pas être trouvé sur d'autres sites Internet, mais il est nettement plus élevé que celui des comprimés Cytotec®.
3) Cytotec® cpr 200 mcg : les comprimés Cytotec® contiennent 200 mcg de misoprostol et sont officiellement autorisés pour le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. L'utilisation des comprimés Cytotec® pour une interruption de grossesse à un stade avancé ne correspond donc pas à l'indication prévue *(off label use)*. Le médicament est très bon marché : 30 comprimés coûtent 18 fr. 75, et 100 comprimés coûtent 46 fr. 95.

14) L'analogue de la prostaglandine E2 (Sulproston) est officiellement autorisé par Swissmedic pour le déclenchement d'un avortement (même après 12 semaines de grossesse).

bâtonnets gonflants dans le col de l'utérus. En complément ou à la place de la dilatation mécanique, on peut aussi administrer des médicaments (misoprostol) qui conduisent à la maturation cervicale ou soutiennent et accélèrent la dilatation. Après la dilatation, le liquide amniotique est aspiré, puis le fœtus est saisi avec une pince et extrait par le col de l'utérus et le vagin. Après cette étape, on procède habituellement à un curetage final par aspiration afin de s'assurer de l'absence de résidu dans l'utérus (Peterson et al. 1983). La phase de dilatation dure entre plusieurs heures et un à deux jours, suivie d'une vingtaine de minutes de chirurgie sous anesthésie générale.

Selon les résultats des études, les avantages de la méthode D&E par rapport à la méthode médicamenteuse sont de réduire les douleurs et les hospitalisations. Le taux de complication est comparable ou plus faible. Aucune différence n'a été constatée entre les deux méthodes en ce qui concerne l'efficacité et l'acceptation (Lohr et al. 2008). D'autres études randomisées de plus grande ampleur sont nécessaires pour établir la supériorité de la méthode D&E sur la méthode médicamenteuse. Il serait également souhaitable de disposer d'études qui comparent directement les deux méthodes du point de vue de leurs effets physiques et psychiques à court et à long terme. Cela concerne aussi les possibles effets des méthodes utilisées sur le personnel spécialisé impliqué. La pratique clinique semblerait montrer (voir 6.4) que les inconvénients sont liés à la vitesse du processus : d'une part, les médicaments provoquent une dilatation rapide des tissus qui, de ce fait, peuvent être lésés ; d'autre part, en raison de l'anesthésie génrale, les femmes ne vivent pas de manière consciente l'interruption chirurgicale de grossesse et elles n'ont ultérieurement pas la possibilité de prendre congé de leur enfant, ce qui peut avoir des implications sur le processus de deuil.

c) Une autre méthode d'interruption de grossesse est la césarienne. Cette intervention chirurgicale est généralement évitée comme méthode d'interruption, car elle présente un taux de complications nettement plus élevé, en particulier jusqu'à la 24e semaine de grossesse. Les complications peuvent être une conséquence immédiate de l'intervention (lésions de la paroi utérine et des organes voisins, saignements, infection, problèmes de cicatrisation, etc.), mais sont aussi plus fréquentes lors des grossesses ultérieures (rupture utérine due aux contractions de l'utérus et mettant en danger la vie de l'enfant à naître, anomalies de l'implantation du placenta avec complications ultérieures, etc.).

Jusqu'à la 22e semaine de grossesse, le fœtus meurt habituellement pendant l'intervention et naît sans vie. Il peut toutefois y avoir des exceptions (voir infra 6.5). Lors d'interruptions provoquées après environ 17 semaines de grossesse, des signes de vie (respiration, battements cardiaques) ont été observés après la naissance. Leur durée varie généralement de quelques minutes à quelques heures. Dans ces situations, des soins palliatifs sont mis en place afin d'assurer à l'enfant une fin de vie la plus paisible possible : parfois les soins palliatifs comportent un traitement préventif contre d'éventuelles douleurs[15] et toute forme d'inconfort (déshydratation, sensations de froid, etc.).

15) La capacité des fœtus et des prématurés extrêmes à ressentir de la douleur est controversée. L'état actuel de la recherche ne fournit que peu d'informations sur l'expérience de la douleur chez des enfants de cet âge, mais la capacité à éprouver de la douleur au sens propre du terme est peu probable, d'un point de vue neurobiologique, avant la 22e semaine de grossesse (Tanner 2011, 133 ; Harringer 2018, 21).

d) Dans le cas d'un fœticide, un obstétricien spécialisé en médecine prénatale injecte, sous vision échographique, une substance (chlorure de potassium) dans le fœtus, généralement par voie intracardiaque, ce qui entraîne un arrêt cardiaque fœtal. Le fœticide peut également être pratiqué par injection de digoxine dans le cordon ombilical ou le liquide amniotique. Pour s'assurer que le fœtus ne ressent pas de douleur, des analgésiques anesthésiques ou des sédatifs peuvent être administrés (Tanner 2011, 133). Après le fœticide, l'interruption est pratiquée selon l'une des méthodes décrites ci-dessus (méthode médicamenteuse, méthode D&E, césarienne). Le recours à un fœticide est principalement envisagé à partir de la fin du deuxième trimestre et sur des fœtus qui pourraient survivre à une interruption de grossesse, ce qui est le cas à partir de 22 semaines de grossesse environ.

e) Lorsqu'une intervention est pratiquée dans le but d'interrompre la grossesse pour donner naissance au foetus ou de faire naître l'enfant vivant, il s'agit d'un accouchement provoqué. En général, un analogue de la prostaglandine E1 est administré par voie vaginale (à des doses plus faibles que dans le cas d'un avortement). Le déclenchement du travail a lieu lorsque la grossesse est interrompue prématurément pour des raisons médicales (risques pour la mère ou l'enfant désiré). Dans le cas des grossesses non désirées, le déclenchement du travail peut être décidé comme préalable à l'adoption.

S'il est déjà établi, pendant la grossesse, que l'enfant ne survivra très probablement pas ou ne vivra que (très) peu de temps après la naissance en raison d'une maladie, la femme enceinte peut décider de mener la grossesse à terme. Si l'enfant gravement malade naît vivant, des soins médicaux palliatifs lui sont prodigués jusqu'à sa mort.[16] Dans de tels cas de diagnostics mettant en évidence une espérance de vie limitée, la notion de *naissance palliative* développée, par exemple, par le centre périnatal de l'hôpital universitaire de la Charité de Berlin constitue une alternative à l'interruption de grossesse. Une composante essentielle de la naissance palliative est la prise en charge et l'accompagnement de l'ensemble de la famille par une équipe interprofessionnelle pendant la grossesse, l'accouchement et la période qui suit l'accouchement (temps partagé, cérémonie, accompagnement du deuil, p. ex.) (voir 7.2 et 7.3).[17]

Une interruption de grossesse peut représenter – qu'elle soit voulue ou pas, qu'elle se passe à un stade avancé ou non – un événement traumatisant pour la femme ou le couple. C'est pourquoi la prise en charge professionnelle du processus de deuil est partie intégrante de l'interruption de grossesse (voir infra 6.3 et 7.2).

16) En cas de pronostic très défavorable, il peut arriver que l'enfant meure dans l'utérus. L'accouchement est, dans ce cas, généralement déclenché au moyen d'un traitement médicamenteux.

17) Pour plus d'informations sur la notion de naissance palliative et sa mise en œuvre, voir : www.palliative-geburt.info ; https://neonatologie.charite.de/ueber_die_klinik/palliativteam ; (Garten et Von der Hude 2014). Même lorsqu'il est prévu de laisser la grossesse aller à son terme dans le cadre d'une naissance palliative, une interruption ou un accouchement provoqué peuvent s'avérer nécessaires pour des raisons médicales ou psychologiques (communication de Lars Garten, directeur médical de l'équipe de néonatalogie palliative du centre périnatal de l'hôpital universitaire de la Charité de Berlin, 4.1.2019).

6. La pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé en Suisse

6.1. Situations et indications

De manière générale, on peut différencier deux types de grossesses, celles qui sont désirées et celles qui ne le sont pas (la grossesse étant un « accident » ou le résultat, par exemple, d'un rapport sexuel forcé). Malgré les nombreuses méthodes de contraception, il arrive encore que des grossesses non désirées ne soient décelées qu'à un stade avancé de la gestation. La raison peut être que la méthode contraceptive n'a pas fonctionné, qu'elle n'a pas été utilisée correctement, que les partenaires sexuels n'y avaient pas accès ou que les rapports sexuels ont été contraints. Aussi diverses que soient ces raisons, une grossesse non désirée peut avoir des conséquences considérables pour la femme et la placer dans une situation difficile. Des complications médicales pour la femme ou le fœtus peuvent par ailleurs survenir pendant une grossesse désirée. Le diagnostic prénatal peut, par exemple, révéler l'existence de malformations ou de maladies fœtales qui mettent en cause la poursuite de la grossesse. Enfin, de graves problèmes psychologiques, préexistants ou consécutifs à la grossesse, peuvent affecter la femme enceinte et amener à envisager une interruption de grossesse. Dans un tel cas, ce n'est pas l'anomalie diagnostiquée chez le fœtus qui est déterminante, mais le danger parfois grave pour la vie de la mère.

Que la grossesse soit désirée ou non, il arrive que le souhait ou la décision de l'interrompre intervienne après le seuil de la 12e semaine de gestation. C'est même souvent le cas pour ce qui est des grossesses désirées. Dans la grande majorité des cas, la décision d'interrompre une grossesse initialement désirée est liée à la découverte d'une maladie ou d'une malformation du fœtus. Et comme il faut du temps pour examiner attentivement l'état de santé du fœtus et parvenir à un diagnostic précis et fiable, l'interruption de grossesse est généralement pratiquée après la 12e semaine d'aménorrhée. En outre, certaines anomalies ne peuvent être détectées qu'à un stade avancé de la gestation, car le développement du fœtus ne permet pas de procéder plus tôt aux examens appropriés (l'échographie de certains organes ne peut, par exemple, pas être effectuée avant la 20e semaine de grossesse). Dans certains cas, le retard peut être dû au fait que les premiers examens ont été réalisés par des médecins qui ne les maîtrisaient pas parfaitement, au fait que des consultations, des conseils médicaux, éthiques ou juridiques et des entretiens (voir 6.2) ont conduit au report de la décision ou encore au fait qu'aucune clinique n'est prête à pratiquer l'interruption pour l'indication donnée, même si les conditions légales sont par ailleurs remplies.

Dans la pratique, comme le montrent les chiffres de l'OFS (2018b), les interruptions de grossesse pratiquées à un stade avancé le sont beaucoup plus souvent pour des indications dites médico-sociales (un état de détresse profonde de la femme) que pour des indications médicales (le danger d'une atteinte grave à l'intégrité physique de la femme). Sachant que l'indication n'est connue que dans la moitié environ des 454 interruptions pratiqués après la 12e semaine de grossesse en 2017, les motifs de l'intervention dans les 222 cas documentés étaient les suivants : « un ou plusieurs motifs psychosociaux » (n=96), « problème somatique chez l'enfant ou la mère[18], avec ou sans autre motif » (n=122), « trouble psychiatrique, avec ou sans motif psychosocial » (n=3), « rapport sexuel forcé, avec ou sans motif psychiatrique ou psychosocial » (n=1). Dans la grande majorité des 222 cas, l'interruption de grossesse a donc été pratiquée pour des motifs psychosociaux ou un problème somatique sur le fœtus (avec ou

18) Remarque de l'OFS : « Le canton de Vaud ne distingue pas les motifs somatiques chez l'enfant et chez la mère. Parmi les interventions où cette distinction est faite, 95 % concernent l'enfant. » (2018b).

sans autre motif). La statistique indique en outre que cette répartition est restée plus ou moins la même au cours des dix dernières années.

Lorsqu'une grossesse est interrompue à la suite des résultats d'un diagnostic prénatal, le facteur décisif de l'indication médico-sociale n'est pas l'anomalie fœtale elle-même, mais le fait qu'il n'est pas possible pour la femme de poursuivre la grossesse dans ces circonstances et qu'une interruption est nécessaire pour lui éviter un état de détresse profonde.

Comme il ressort des auditions menées par la CNE, les problèmes somatiques de l'enfant qui placent la femme dans un état de détresse sont principalement des malformations du système nerveux central ou des anomalies chromosomiques. Les anomalies chromosomiques sont généralement détectées plus tôt que les malformations (d'une part, parce qu'un certain nombre de malformations ne peuvent être détectées que plus tardivement et, d'autre part, parce que le taux de détection des malformations est bien inférieur (39 % selon EUROCAT)). Ainsi, les interruptions de grossesse pratiquées en raison d'anomalies chromosomiques le sont pour la plupart avant la 18e semaine de grossesse, tandis que celles pratiquées en raison de malformations du système nerveux central le sont pour la plupart entre la 22e et la 24e semaine.

6.2. Processus de prise de décision

Envisager d'interrompre une grossesse expose l'ensemble des personnes concernées – à savoir la femme, le couple, le personnel soignant et les médecins – à une situation d'autant plus difficile que la grossesse est avancée. La situation est particulièrement éprouvante lorsque le fœtus est capable de survivre en dehors de l'utérus, soit à partir de 22 semaines de gestation. Pour certaines des personnes impliquées, la perspective de devoir pratiquer un fœticide, c'est-à-dire de tuer le fœtus dans l'utérus, peut être intolérable pour des raisons éthiques, psychologiques ou religieuses.

Le processus de décision peut prendre des formes variables. Les schémas appliqués en Suisse sont très différents pour ce qui est du nombre et du type de professionnels associés à la prise de décision. Dans certains cas ou dans certains établissements, le médecin traitant est seul responsable de la décision (et éventuellement de la pratique de l'interruption de grossesse). Dans d'autres cas, les options et la procédure à suivre sont discutées de manière collégiale, la liste des acteurs impliqués étant variable. Dans certains cantons, le médecin cantonal est associé au processus de décision. Des centres de consultation en santé sexuelle et planification familiale légalement reconnus peuvent également être sollicités pour informer, conseiller et soutenir les femmes enceintes en respectant les principes de gratuité, de confidentialité et de neutralité. La conception du processus de décision dépend en partie des structures existantes, lesquelles dépendent à leur tour vraisemblablement de la taille de l'établissement et du nombre d'interruptions qui y sont pratiquées à un stade avancé de la grossesse. Elle doit aussi être adaptée aux particularités de chaque cas. Ainsi, une clinique qui s'appuie généralement sur la décision du seul médecin traitant peut solliciter une expertise psychiatrique en cas de doute quant à la santé psychique de la femme enceinte.

Sur la base du sondage CNE, il apparaît que la décision de procéder à une interruption de grossesse est le plus souvent prise par une équipe interdisciplinaire (voir l'encadré ci-dessous) dans des situations

bien déterminées : par exemple, lorsque la grossesse se trouve dans une phase avancée (pour certaines cliniques après la 24e semaine de grossesse) ; lorsqu'on constate une malformation ou une anomalie génétique grave et que le pronostic vital est réservé, n'est pas clair ou ne peut pas être évalué ; lorsqu'on constate une malformation ou une anomalie génétique mortelle ; lorsqu'on dispose d'options de traitement ; après avoir obtenu une seconde opinion.

Ces équipes interdisciplinaires s'appuient parfois sur des schémas de procédure élaborés par la clinique à partir de nombreux éléments déjà éprouvés lors de précédentes interruptions de grossesse à un stade avancé. Sur la base des réponses au sondage CNE, il apparaît que 63,7 % des cliniques (14 sur 22, une clinique n'ayant pas répondu) disposent de consignes internes de différente nature (manuels, protocoles, directives, concepts d'accompagnements, etc.). Les experts interrogés soulignent l'importance de disposer de consignes multidisciplinaires et multiprofessionnelles. Les auteurs de deux thèses en médecine arrivent, elles aussi, à la conclusion qu'il est essentiel d'élaborer et de diffuser des schémas réalisables (Tanner 2011, 137; Harringer 2018, 59).

La CNE fournit ci-après comme exemple de la pratique un survol du processus de prise de décision de trois cliniques universitaires suisses.

La Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique (Universitätsklinik für Frauenheilkunde) de l'Inselspital à Berne, la Clinique gynécologique de l'hôpital universitaire de Bâle (Frauenklinik Universitätsspital Basel) et le Département femme-mère-enfant du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne sont des centres de référence en Suisse. Les cliniques de leurs régions respectives comme celles d'autres régions et cantons s'adressent à elles pour leur expertise. Pour cette raison, en plus des milliers d'interruptions réalisées avant la 12e semaine de grossesse, chacune d'entre elles pratique aussi une quarantaine d'interruptions entre la 14e et la 24e semaine de la grossesse par année (chiffres pour 2016), majoritairement en raison de malformations diagnostiquées chez le fœtus.
Ces trois cliniques universitaires suivent les femmes et les couples qui consultent leurs centres, mais elles peuvent aussi être sollicitées pour une deuxième opinion lorsque, par exemple, un dépistage effectué dans une autre clinique a révélé une anomalie. Dans tous les cas, des examens plus approfondis (échographie, résonance magnétique, amniocentèse, génétique, cardiologie, neurologie, orthopédie, etc.) sont réalisés – afin de poser un diagnostic et un pronostic précis, et planifier les traitements envisageables pour aider l'enfant – et un conseil et une prise en charge continus de la femme et du couple sont organisés.
En règle générale, dans les situations les plus graves qui font apparaître des désaccords, des dilemmes et des conflits de valeurs ou dans l'éventualité d'un fœticide (celui-ci est pratiqué à l'Inselspital de Berne et au CHUV de Lausanne, l'hôpital universitaire de Bâle n'entre pas en matière pour le moment), un processus décisionnel spécifique se met en place : le conseil d'éthique (Ethikzirkel, Ethikkonsultation).
Le conseil d'éthique peut être convoqué, par exemple, lorsqu'il n'est pas tout à fait clair si la malformation n'est pas compatible avec la vie, ou lorsque la malformation pourrait être d'une gravité relative ou pourrait être traitée, de sorte que le désir exprimé par la femme ou le couple d'interrompre la grossesse apparaît incompréhensible aux médecins. Il est aussi convoqué lorsque l'enfant est au seuil de la viabilité (dès la 24e semaine de la grossesse). Ces situations étant extrêmement lourdes du point de vue émo-

tionnel pour les personnes impliquées, un conseil d'éthique est demandé dans un court délai (24 à 48 heures) à l'initiative de tout professionnel confronté à la situation.
Le conseil d'éthique poursuit généralement cinq missions. Premièrement, il facilite la communication d'informations entre les professionnels directement concernés (le personnel de la salle d'accouchement, notamment les sages-femmes et les médecins, etc.) et de ce fait augmente la transparence et la compréhension mutuelle dans le travail en équipe. Deuxièmement, il offre aux personnels un soutien à la prise de décision dans les cas (délicats) d'interruption de grossesse. Troisièmement, ce soutien et cet échange se révèlent particulièrement importants lorsqu'il s'agit de discuter de l'éventualité d'un foeticide. Quatrièmement, il intervient lorsqu'un dilemme éthique surgit (par exemple, si un désaccord oppose l'équipe, qui considère qu'il existe de bonnes possibilités de traitement avec de grandes chances de succès, de sorte que l'enfant peut très probablement avoir une « bonne » vie, et la femme ou le couple qui s'y oppose et opte pour une interruption de grossesse). Enfin, grâce à sa distance critique, le conseil d'éthique peut mieux proposer des alternatives (l'adoption ou des soins de confort à la naissance, par exemple) ou mobiliser d'autres ressources (internes ou externes à la clinique, comme un groupe d'entraide ou un centre indépendant d'accueil, de coordination et de conseil à l'instar de la Fachstelle Kindsverlust à Berne). Le conseil d'éthique a aussi pour but d'éviter qu'un seul intervenant prenne ou non une décision d'interruption. Il faut souligner que si d'autres options à l'interruption de grossesse sont proposées de manière générale, indépendamment de la convocation d'un conseil d'éthique, ces options tendent à être mieux acceptées par la femme ou le couple lorsqu'un conseil d'éthique a été convoqué.
La composition du conseil d'éthique varie d'une clinique à l'autre. Chaque clinique détermine sa propre manière de procéder et décide donc des membres dont la présence est obligatoire ou facultative (à l'hôpital universitaire de Bâle, par exemple, la présence d'un psychosomaticien est toujours requise). En outre, la composition varie en fonction de la problématique rencontrée. Le conseil d'éthique réunit normalement le médecin responsable de la prise en charge de la femme, le chef de clinique, les référents du corps médical et des sages-femmes, le représentant de la néonatalogie, le responsable du service impliqué, l'éthicien et une sage-femme spécialisée dans la prise en charge des femmes et des couples confrontés à une situation de deuil (Trauerbegleiterin). Au besoin, peuvent s'ajouter des spécialistes d'autres disciplines (échographique, psychosomatique, génétique, obstétrique, neurologique, juridique, orthopédique, psychiatrique, etc.) ou d'autres domaines (travail social, protection de l'enfant, soins spirituels, etc.). L'objectif principal du conseil d'éthique est de soutenir le travail des équipes concernées en abordant, de manière interdisciplinaire et en mobilisant différentes perspectives et expériences, les aspects pertinents de la situation.
Cette démarche est, par exemple, formalisée dans un protocole standardisé (appelé « Ethische Fallbesprechungen in der Geburtshilfe und Feto-Maternalen Medizin » à la clinique universitaire de Berne ou « Protokoll Ethikberatung » à l'hôpital universitaire de Bâle).
D'après le protocole de l'Inselspital, la responsabilité de l'organisation du conseil d'éthique et de la modération des discussions incombe à la personne en charge de l'éthique. Au préalable, cette dernière déterminera avec le chef de clinique s'il s'agit d'un problème éthique significatif et dans quelle catégorie de situation il s'inscrit.
Le conseil d'éthique peut se réunir dans deux types de situations : celles qui ne sont pas aiguës (nicht-akute ethische Fallbesprechung) et celles qui le sont (akute ethische Fallbesprechung). Dans la première catégorie, l'objectif est de renforcer les compétences en éthique de l'équipe et d'optimiser la procédure, en prenant conscience des différents points de vue et en verbalisant les problématiques éthiques per-

çues individuellement face à des situations passées (forme rétrospective) ou présentes (forme prospective). Il ne s'agit pas nécessairement de parvenir à une prise de décision.
Par contre, dans les situations appartenant à la deuxième catégorie (les situations aiguës) l'objectif est de résoudre une situation complexe présentement vécue, en conseillant les équipes sur les démarches concrètes à entreprendre. La femme ou le couple ne sont pas conviés au conseil éthique, leur perspective est présentée par les professionnels et elle fait l'objet, dans ces cas, d'une attention toute particulière.
Les résultats ou les décisions prises (y compris les éventuels désaccords) sont consignés dans un protocole détaillé. Dans les protocoles de l'hôpital universitaire de Bâle et du CHUV à Lausanne, par exemple, les différentes perspectives sont précisées (celle de la femme, du partenaire, du représentant ou du curateur, des professionnels – médecins, soignants, sages-femmes, etc.) et la discussion des enjeux éthiques est résumée (les questions éthiques fondamentales, les arguments pro et contra, l'analyse des principes éthiques, la pondération des résultats, etc.). Le suivi du processus fait également partie du protocole, le service impliqué ayant jusqu'à deux semaines pour donner un retour sur le déroulement, la rapidité et l'utilité du conseil d'éthique, les questions ouvertes. Le positionnement institutionnel ne repose finalement pas sur un avis individuel mais sur le consensus qui se dégage dans le processus délibératif collectif. De ce fait, il jouit d'une grande légitimité.
À la suite du conseil d'éthique, la femme ou le couple sont informés des conclusions (décisions) auxquelles celui-ci est parvenu. La femme ou le couple bénéficient alors d'un temps de réflexion supplémentaire avant de prendre leur décision.

Parfois, la femme enceinte sait clairement, dès le début du processus, qu'elle ne peut pas mener la grossesse à terme dans les circonstances données. Mais il arrive souvent, surtout lorsqu'une anomalie fœtale a été détectée, que les femmes ou les couples ne se forgent leur opinion qu'au cours de ce processus, sur la base des informations diagnostiques et pronostiques que leur communiquent les professionnels. Un dialogue se noue alors entre les parents et les professionnels, qui discutent ensemble des résultats et des options disponibles. Idéalement, au terme de ce processus, une décision conjointe est prise pour ou contre l'interruption de grossesse.

Quelle que soit la façon dont le processus de décision est conçu, il peut arriver que la femme enceinte estime se trouver dans un état de détresse qui nécessite d'interrompre la grossesse, mais que cet état de détresse ne soit pas confirmé par le médecin, parfois par plusieurs médecins, et que l'interruption de grossesse lui soit par conséquent refusée (par exemple, parce que la malformation diagnostiquée peut être traitée, comme dans le cas des fentes labio-palatines). Plusieurs professionnels interrogés font remarquer que certaines femmes dans cette situation se rendent à l'étranger, où des interruptions sont pratiquées à un stade plus avancé de la grossesse dans des conditions moins restrictives. L'auteur d'une thèse de doctorat en médecine indique que les femmes ou les couples peuvent, s'ils en font la demande, obtenir de l'équipe soignante les coordonnées de centres auxquels ils peuvent s'adresser (Tanner 2011, 92 s.). Ni la fréquence de tels désaccords entre les parents et l'équipe soignante ni le nombre de femmes qui se rendent l'étranger pour une interruption de grossesse ne sont connus.

6.3. Information et prise en charge de la femme avant et après l'interruption de grossesse

Lorsque l'indication pour une interruption de grossesse à un stade avancé est établie, différentes consultations médicales sont nécessaires afin d'exposer à la femme ou au couple les options envisageables pour l'intervention ainsi que les démarches formelles et administratives à entreprendre : les formulaires d'information et les déclarations de consentement, y compris pour d'éventuelles analyses génétiques sur les parents ou le fœtus, doivent être expliqués et signés. La possibilité d'un soutien psychologique est également évoquée, car l'ensemble du processus devrait faire l'objet d'un accompagnement psychosocial.

Un accompagnement de qualité suppose que la femme reçoive toutes les informations importantes tant pour la prise de décision que pour la suite du processus.

a) Le diagnostic prénatal joue ici un rôle fondamental. Il comprend à la fois les procédures non invasives comme l'échographie ou le dépistage prénatal non invasif (NIPT) et les procédures invasives comme l'amniocentèse ou le prélèvement de villosités choriales. Les examens prénatals, en l'occurrence les échographies, sont aujourd'hui très répandus et font partie du suivi normal de la grossesse (Tanner 2011, 22). Les chiffres de l'OFS (voir 6.1) indiquent que la majorité des interruptions de grossesse à un stade avancé sont pratiquées parce que les examens prénatals ont mis en évidence une malformation ou une maladie du fœtus. Les professionnels interrogés par la CNE ont confirmé ce point et font remarquer que le diagnostic d'une anomalie fœtale tombe souvent de manière brutale, ce qui complique encore une situation déjà difficile pour la femme enceinte. Une experte interrogée a souligné le risque que la femme prenne dans un état de choc des décisions qu'elle pourrait ensuite regretter. Lors des entretiens, tous les professionnels ont insisté sur l'importance d'une information précoce, minutieuse et complète sur les possibilités et les limites du diagnostic prénatal. La femme enceinte doit être sensibilisée aux conséquences que peuvent avoir les examens prénatals. Elle doit savoir que le recours à ces techniques peut, par exemple, mettre en évidence une maladie qui limite fortement l'espérance de vie du fœtus, mais qu'il peut aussi y avoir des résultats peu clairs ou des diagnostics certes univoques, mais qui ne permettent pas pour autant d'établir un pronostic clair. De telles situations soulèvent la question de savoir comment ces informations peuvent et doivent être traitées. Il est donc essentiel que la femme enceinte puisse prendre une décision éclairée et autonome concernant le recours au diagnostic prénatal, c'est-à-dire qu'elle ait le droit de savoir, mais aussi celui de ne pas savoir. Cela suppose une information et des conseils professionnels répondant à des standards de qualité élevés. Les auteurs d'une étude sur les analyses génétiques publiée par TA-Swiss en 2016 ont formulé diverses recommandations à ce sujet (voir Brauer et al. 2016, 340 ss). Dans de nombreux cantons, il existe des services d'information et de conseil indépendants en matière d'analyse prénatale vers lesquels les femmes enceintes et leur partenaire peuvent se tourner.[19] Un des professionnels interrogés par la CNE fait remarquer que cette possibilité est, de fait, rarement utilisée. Différents acteurs rencontrés par les auteurs de l'étude de TA-Swiss ont également exprimé des critiques à ce sujet (Brauer et al. 2016, 132). On ne sait toutefois pas très bien à quelle fréquence et de quelle manière ces services sont effectivement sollicités pour l'information et le conseil en matière d'analyse prénatale.

19) Selon l'art. 24 de la loi fédérale sur l'analyse génétique humaine (LAGH), révisée en 2018, il appartient aux cantons de veiller à l'existence de tels services.

b) Comme cela a été déjà mentionné, l'interruption de grossesse à un stade avancé est envisagée ou pratiquée dans des situations très diverses. Dès lors qu'elle n'est pas nécessaire pour des raisons médicales (par exemple parce que la vie de la femme est en danger), l'interruption de grossesse ne représente qu'une option parmi d'autres pour la femme enceinte. Ainsi, même lorsque le pronostic concernant le fœtus est défavorable, la grossesse peut en principe être menée à terme. Dans les autres cas, il est possible, le cas échéant, de confier l'enfant à des tiers après la naissance en vue d'une adoption. L'important est que la femme enceinte soit informée en détail des options qui s'offrent à elle et qu'elle puisse se prononcer en toute autonomie. Cependant, une étude menée dans le cadre du PNR 67 suggère que la réalité est quelque peu différente (Fleming et al. 2016). Dans cette étude, les chercheurs ont réalisé, en Suisse alémanique entre 2013 et 2014, 61 entretiens avec 17 femmes, un homme et 7 couples confrontés dans les cinq années précédentes au diagnostic d'une pathologie fœtale létale ; 29 entretiens ont également été menés avec des professionnels de la santé (3 infirmières, 1 travailleur social, 2 psychologues, 15 sages-femmes, 5 médecins, 2 conseilleurs spirituels et 1 entrepreneur de pompes funèbres). On trouve également dans l'étude de TA-Swiss (Brauer et al. 2016, 132) des indications selon lesquelles les médecins n'exposent pas toujours à leurs patients, lors des entretiens d'information et de conseil sur les analyses génétiques, toutes les options qui s'offrent à eux au cas où une anomalie fœtale devait être diagnostiquée (voir Brauer et al. 2016, 132).

c) Les auteurs de l'étude de TA-Swiss soulignent également que les processus d'information et de décision ont parfois tendance à se chevaucher, un constat que confirment les professionnels interrogés par la CNE. Dans certains cas, le processus de décision est déjà amorcé lors de la communication du diagnostic par le gynécologue. Cela ne laisse que très peu de temps à la femme pour décider, après l'annonce du diagnostic, si elle entend poursuivre la grossesse ou l'interrompre.
Ce chevauchement est problématique, car le déclenchement du processus de décision a une influence sur le processus d'information. Ce dernier tendra automatiquement à se concentrer sur certaines problématiques, tandis que d'autres options seront reléguées à l'arrière-plan. Une telle focalisation ne va pas dans le sens d'une décision éclairée. Ce chevauchement aura en outre pour effet d'accentuer encore (inutilement) la pression qui pèse sur de nombreuses femmes. L'importance de ralentir le processus de décision est également soulignée par les auteurs d'une récente étude et de lignes directrices qui ont interrogé des parents qui avaient été confrontés à une interruption de grossesse à un stade avancé ou à une « naissance palliative » (Wool et al. 2018 ; PaluTiN 2018).
Le simple fait d'évoquer l'option que représente l'interruption de grossesse immédiatement après l'annonce de la découverte d'une anomalie fœtale peut déjà déclencher le processus de décision et exercer une pression sur la décision de la femme. C'est également ce que suggèrent les résultats de l'étude « Mourir au début de la vie » (Fleming et al, 2016). Il est donc important que les professionnels impliqués soient spécifiquement formés à la conduite des entretiens. Cela vaut en particulier pour les gynécologues, qui jouent un rôle de premier plan en tant que principaux interlocuteurs de la femme enceinte.

d) Différentes méthodes peuvent être utilisées pour interrompre une grossesse à un stade avancé (voir 5. et 6.4). La femme enceinte doit savoir quelles sont les méthodes disponibles, en quoi elles consistent précisément, ce qu'elles signifient pour elle et le fœtus du point de vue médical, et quelles conséquences psychologiques peuvent en découler.

En ce qui concerne la méthode médicamenteuse, par exemple, la femme doit être informée que l'intervention peut durer plusieurs jours et que l'enfant – si un fœticide n'est pas pratiqué ou s'il échoue – peut manifester des signes de vie après la naissance, ce qui soulève la question de savoir comment et par qui il doit alors être accompagné et pris en charge.
Les avantages et les inconvénients médicaux des différentes méthodes (durée de l'intervention, douleurs, risques de lésion, risques pour les grossesses ultérieures) doivent également être pris en compte.

Sur la base du sondage CNE, il apparaît que 21 établissements sur 22 (95,4 %) offrent aux femmes ou aux couples un accompagnement psychologique ou les orientent à cet effet. En outre, 14 établissements sur 22 (63,7 %) disposent à l'interne de consignes, de directives ou de recommandations concernant l'interruption après la 12e semaine de grossesse. C'est par exemple le cas de la Clinique gynécologique de l'hôpital universitaire de Bâle qui dispose d'un document intitulé « Konzept glücklose Schwangerschaft ». Ce document, élaboré par un groupe de travail composé de sages-femmes et d'infirmières, s'adresse aux professionnels impliqués dans la prise en charge de la femme ou du couple confronté à la naissance d'un enfant sans vie (que ce soit en raison d'une fausse couche ou d'une interruption de grossesse) avec l'objectif de leur offrir une procédure de prise en charge homogène et continue. Un professionnel interrogé par la CNE estime que, d'après son expérience, très peu d'hôpitaux ont défini une procédure d'accompagnement des parents. Même dans des situations particulièrement difficiles et éprouvantes (comme un fœticide), un protocole de prise en charge ne semble pas être utilisé partout.

Un accompagnement de qualité suppose pourtant non seulement que la femme enceinte reçoive toutes les informations pertinentes, y compris celles relatives aux offres de conseil et de prise en charge, mais aussi qu'elle soit soutenue et accompagnée pendant toutes les phases du processus prénatal et postnatal.

L'étude de Fleming et al. (2016) permet de se faire une idée de l'importance d'une prise en charge spécialisée et continue. Ses résultats montrent que si des efforts sont déployés pour répondre aux besoins de la femme enceinte ou des parents, le soutien qui est apporté à ces derniers dans de telles situations n'est pas optimal. L'analyse des entretiens a permis d'identifier six thèmes centraux – état de choc, choix et dilemmes, assumer ses responsabilités, être encore enceinte, construire une relation avec l'enfant, perspectives d'avenir –, ainsi que l'existence de deux phases critiques : celle qui va du diagnostic à la prise de décision et celle qui va de la décision à la naissance/décès du fœtus et après cela. L'étude n'est pas représentative (compte tenu de la petite taille de l'échantillon et de l'inclusion d'une seule région linguistique), mais elle montre l'importance d'appréhender le vécu personnel et le point de vue de la femme ou du couple confrontés au diagnostic d'une pathologie létale du fœtus pendant la grossesse selon les phases et les décisions prises. Les résultats de l'étude indiquent que la prise en charge est actuellement plus satisfaisante pendant la phase qui entoure la naissance ou la mort du fœtus ou de l'enfant que pendant les phases antérieures et ultérieures. De nombreuses femmes interrogées ont souligné avoir ressenti, après la pose du diagnostic, une pression à prendre une décision concernant la poursuite ou l'interruption de la grossesse. De même, un professionnel interrogé par la CNE évoque le fait qu'après une interruption de grossesse à un stade avancé, les femmes ont souvent l'impression que « tout s'est passé si vite » et qu'elles ont pris leur décision dans un état de choc. Or, d'une part, le fait

que ces décisions soient prises dans l'urgence ne correspond, en règle générale, à aucune nécessité médicale (il n'y a pas de danger immédiat pour la femme ou l'enfant, même si une certaine pression peut s'expliquer, dans les premières semaines du régime des indications, par le fait que certaines méthodes d'interruption ne sont proposées que jusqu'à un certain stade de la grossesse) et, d'autre part, des décisions hâtives peuvent être regrettées par la suite et provoquer des traumatismes.

Les résultats de deux études mettent par ailleurs en évidence une fragmentation de la prise en charge. Celle-ci est assurée, aux différentes phrases avant, pendant et après l'interruption d'une grossesse à un stade avancé, par différents professionnels qui ne sont pas ou pas suffisamment coordonnés entre eux. Cette situation n'est pas satisfaisante pour les femmes concernées (Fleming et al. 2016 ; Brauer et al. 2016, 134 s.). L'analyse complète de Tanner montre que cette fragmentation de la prise en charge pose aussi parfois des difficultés aux sages-femmes. Selon ces dernières, il serait utile et souhaitable que les différentes parties prenantes soient associées plus tôt au processus de décision (Tanner 2011, 90, 101 ; Harringer 2018, 56).

Dans le cadre de l'accompagnement offert à la femme et au couple, la relation au devenir du corps du fœtus/enfant défunt occupe une place centrale. La façon de s'occuper du fœtus mort ou de l'enfant mort après la naissance peut avoir des répercussions considérables sur le processus de deuil des parents (et éventuellement des frères et sœurs) (voir 7.2). Cependant, le processus de deuil des parents commence déjà avec l'annonce du diagnostic, donc bien avant le décès du fœtus ou de l'enfant, et il nécessite un accompagnement individualisé, expérimenté et continu dès le début (PaluTiN 2018, 23). Les attitudes des acteurs impliqués ont une influence majeure sur la façon de gérer cette situation éprouvante, qui commence, par exemple, avec l'annonce d'une mauvaise nouvelle. C'est pourquoi il est important que les professionnels possèdent de bonnes connaissances et compétences pour intervenir (sur le plan psychique et émotionnel, mais aussi communicationnel) dans ces situations.[20]

Il est recommandé que les parents ou les couples qui auraient souhaité devenir parents aient la possibilité de vivre ou de pratiquer eux-mêmes un rituel d'adieu immédiatement après la mort de l'enfant ; de même que des photos de l'enfant soient prises et proposées aux parents. Il est aussi recommandé, si les parents le souhaitent, que l'enfant puisse être béni ou baptisé et que les parents aient ensuite la possibilité de se recueillir régulièrement sur une tombe au cimetière pour exprimer et gérer leur peine. Les parents ou les futurs parents vivent cette phase de mort, d'adieu et de deuil très différemment les uns des autres. Il faudrait idéalement qu'ils puissent avoir accès à une diversité d'offres et faire leur choix en fonction de leurs préférences (voir PaluTiN 2018).

Une difficulté particulière peut survenir lors de désaccords sur ce point, notamment lorsque des membres de l'équipe médico-soignante souhaiteraient une reconnaissance de l'humanité d'un fœtus décédé alors que le couple serait sans projet parental et ne le souhaiterait pas. La possibilité d'élaborer dans ces cas des rituels alternatifs pour les professionnels serait à explorer.

20) En Suisse, le centre de consultation « Mort périnatale » (perinataler Kindstod) à Berne propose régulièrement des cours de formation.

La Clinique universitaire de gynécologie et obstétrique (Universitätsklinik für Frauenheilkunde) de l'Inselspital à Berne, la Clinique gynécologique de l'hôpital universitaire de Bâle (Frauenklinik Universitätsspital Basel), et le Département femme-mère-enfant du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) à Lausanne ont tous développé une procédure relative au devenir du corps du fœtus/ enfant défunt, d'une part, et à l'accompagnement/suivi de la femme et du couple confrontés à l'expérience particulièrement difficile et traumatisante du deuil de leur enfant, d'autre part.
Un groupe de travail de l'hôpital universitaire de Bâle (composé de sages-femmes et d'infirmières) a élaboré un concept («Konzept glücklose Schwangerschaft») à l'intention des groupes de professionnels impliqués dans la prise en charge de la femme et du couple confrontés à une interruption de grossesse. Dans un chapitre on y détaille le maniement du corps du fœtus/enfant défunt dès la 12e semaine de grossesse et la procédure prévue en l'espèce (conservation dans le service de pathologie; crémation séparée, etc.); ainsi que les rituels de séparation («Abschiedsrituale») et les supports du souvenir conçus pour faciliter le processus de deuil, tels que des livrets et des cartes d'adieu, des boîtes spéciales («Abschiedsbox») contenant différents objets (photos, cœurs en céramique, habits, etc.).
Une fois par année, l'aumônerie de l'hôpital propose un culte dans l'enceinte du crématoire.
L'équipe médicale et infirmière du Département de gynécologie et obstétrique du CHUV a rédigé, par exemple, une brochure à l'intention de la femme et du couple dans laquelle on présente les choix offerts quant au devenir du fœtus/enfant défunt.
La femme ou le couple a le choix d'organiser personnellement aussi bien la prise en charge de l'enfant décédé que les obsèques ou en confier le soin à l'hôpital.
Généralement le corps restera de 24 à 48 heures à la maternité, puis il sera transféré à la chapelle. L'entreprise des pompes funèbres de la ville de Lausanne se charge ensuite de l'incinération au centre funéraire de Montoie. La femme ou le couple aura alors la possibilité: de faire verser les cendres dans le caveau du jardin du souvenir du cimetière de Montoie; de demander que les cendres soient gardées au centre funéraire pour se donner un temps de réflexion (après un an les cendres sont versées automatiquement dans le jardin du souvenir); de disposer des cendres dans un délai de 96 heures après l'incinération.
D'autres possibilités sont aussi offertes sur la base des désirs et besoins de la femme ou du couple.
L'équipe médicale et infirmière de la maternité ainsi que d'autres professionnels (aumôniers, pédopsychiatres, assistants sociaux, etc.) sont à disposition pour soutenir le processus de deuil. Une conseillère de la maternité, spécialisée dans les problèmes de deuil évalue avec la femme ou le couple l'aide souhaité avant et en vue du retour au domicile.
À la naissance des photographies et des empreintes du bébé sont réalisées.
Un rendez-vous sera proposé environ huit semaines après avoir quitté la maternité avec le médecin-chef, qui informera la femme ou le couple des résultats des examens pratiqués lors de l'autopsie.

6.4. Méthodes d'interruption de grossesse

Bien que différentes méthodes soient théoriquement disponibles pour interrompre une grossesse à un stade avancé (voir 5.), c'est la méthode médicamenteuse qui est généralement utilisée en Suisse à partir de la 15e semaine d'aménorrhée environ. C'est ce qu'indiquent les résultats du sondage réalisé par la CNE, qui recoupent ceux de l'étude d'APAC-Suisse. Les professionnels interrogés ont confirmé ce point et une récente thèse en médecine dresse également le constat que la méthode médicamenteuse est clairement la plus utilisée en Suisse à partir de la 15e semaine de grossesse (Harringer 2018, 16 s.).

Aux États-Unis, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas, la méthode chirurgicale est proposée parallèlement à la méthode médicamenteuse pour les interruptions pratiquées à la fin du deuxième et parfois aussi au troisième trimestre.

En Suisse, la méthode médicamenteuse est privilégiée pour plusieurs raisons. Les professionnels interrogés soulignent que le taux de complications associées à la méthode chirurgicale augmente avec l'avancement de la grossesse. Le risque de lésion de la paroi utérine est, par exemple, plus élevé, car le col doit être davantage dilaté. Or les médecins cherchent à éviter cette complication dans la perspective d'une future grossesse. Un professionnel interrogé a expliqué que seul un médecin très expérimenté peut pratiquer des interruptions chirurgicales à la fin du deuxième trimestre. On ne sait pas clairement combien de médecins en Suisse possèdent actuellement les compétences requises. En outre, des professionnels interrogés estiment qu'étant donné la situation difficile à laquelle les femmes sont confrontées, il peut être préférable pour elles, sur le plan psychologique, de pouvoir vivre de manière consciente le processus d'accouchement et d'avoir la possibilité de prendre congé de leur enfant.

Le fait que les cliniques suisses proposent (uniquement) la méthode médicamenteuse conduit à s'interroger sur la situation des femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse à un stade avancé, mais qui ne peuvent s'imaginer le faire au moyen d'un accouchement. Un professionnel interrogé a mentionné une situation dans laquelle un fœticide avec césarienne a finalement été pratiqué à la demande pressante de la femme. En 2017, la presse a rendu compte du cas d'une femme pour laquelle vivre de manière consciente un accouchement vaginal ne constituait pas une option envisageable dans sa situation et qui s'est rendue dans une clinique spécialisée aux Pays-Bas pour que l'interruption de grossesse soit pratiquée de manière chirurgicale (Brenneisen 2017). Le nombre de femmes par année qui sollicitent de l'aide à l'étranger pour cette raison n'est pas connu.

Un fœticide est parfois pratiqué avant le déclenchement médicamenteux du travail. La fréquence de cette pratique en Suisse n'est toutefois pas connue. Les fœticides n'étant pas recensés statistiquement, il n'y a pas de chiffres officiels à ce sujet. Alors que, dans d'autres pays, des directives précisent qu'un fœticide doit être pratiqué en cas d'interruption à partir d'un certain nombre de semaines de gestation, il n'existe pas de recommandations de ce type en Suisse. L'étude d'APAC Suisse a montré que seuls onze hôpitaux suisses pratiquent des fœticides dans des cas exceptionnels. Le sondage réalisé par la CNE indique quant à lui que neuf cliniques suisses sur 22 (41 %) pratiquent des fœticides dans certaines circonstances. L'auteur d'une thèse en droit soutenue en 2014 constate que les fœticides sont généralement pratiqués avec beaucoup de retenue en Suisse (Tschuor-Naydowski 2014, 44). Tanner estime qu'aucune interruption de grossesse précédée d'un fœticide n'est pratiquée en Suisse après la 24e semaine de grossesse (2011, 92), un constat que les entretiens avec des professionnels n'ont toutefois pas permis de confirmer. Selon ces professionnels, le fait qu'une clinique propose ou pratique un fœticide dépend en grande partie de l'attitude personnelle des médecins responsables. Le recours à un fœticide ou à la méthode médicamenteuse peut avoir un impact significatif sur la façon dont l'interruption de grossesse est vécue par les médecins (Tanner 2011, 109). En tout état de cause, la pratique du fœticide lors des interruptions de grossesse varie fortement selon les cliniques en Suisse. Dans l'ensemble, il apparaît qu'un petit nombre de cliniques dans les grands centres urbains pratiquent un nombre plus que proportionnel de fœticides, parce que les femmes des zones périphériques sont

orientées vers ces établissements, ce qui représente une charge considérable pour le personnel médical (voir Harringer 2018).

Différentes informations sont disponibles au sujet de la pratique des fœticides dans d'autres pays européens. En Allemagne, les statistiques indiquent que 592 fœticides ont été pratiqués en 2017 (Statistisches Bundesamt 2018), un chiffre qui a tendance à augmenter depuis 2010. Sur la base des données disponibles, on estime qu'un fœticide est généralement pratiqué lors des interruptions de grossesse après la 24e semaine. En Autriche, les centres de périnatalogie pratiquent également cette intervention. Une déclaration commune surl'interruption de grossesse à un stade tardif a été publiée sous l'égide de la Société autrichienne de médecine prénatale et périnatale (Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatale Medizin 2002). Les signataires y affirment qu'après 22 semaines complètes de gestation, les interruptions de grossesse devraient, pour des raisons humanitaires, éthiques, médicales et juridiques, être pratiquées par déclenchement du travail précédé d'un fœticide (sauf si la femme préfère avoir recours à une autre méthode acceptable sur le plan médical et éthique). Selon cette déclaration commune, un fœticide ne peut être réalisé qu'après discussion au sein d'une équipe interdisciplinaire et confirmation du diagnostic de l'enfant par un deuxième avis sollicité auprès de spécialistes d'un autre centre. Au Royaume-Uni, les lignes directrices « Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales », édictées par le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010), recommandent le recours à un fœticide lorsqu'une grossesse est interrompue après 21 semaines de gestation et six jours.

6.5. Enfants nés vivants après une interruption de grossesse

Si un fœticide n'est pas pratiqué lors d'une interruption de grossesse à un stade avancé ou s'il échoue, l'enfant peut naître vivant. Si ce prématuré extrême ne présente pas de handicap majeur ou si son cerveau, par exemple, est lésé mais que son cœur ou d'autres organes ne le sont pas, il peut vivre encore pendant un certain temps. Les résultats de recherches récentes montrent que les enfants nés vivants après une interruption de grossesse ne sont pas rares en Suisse. Sur la base des données d'une étude du PNR 67 (Berger et al. 2017), on peut supposer qu'environ 25 enfants par année manifestent des signes de vie après une interruption de grossesse (voir 3.). Dans l'étude de Tanner, une grande partie des professionnels interrogés ont déclaré avoir été confrontés plus ou moins souvent à la naissance d'enfants vivants après la pratique d'une interruption à un stade avancé de la grossesse (Tanner 2011, 95). Selon les résultats de cette étude, le temps de survie des enfants qui manifestent des signes de vie à la naissance varie de quelques minutes à plusieurs heures. Les professionnels interrogés par la CNE indiquent que ces résultats recoupent leurs propres expériences.

7. Considérations éthiques

Les indications psychiatriques, criminologiques et embryopathiques distinguées par la pratique soulèvent des questions éthiques complexes. Dans *chacune* de ces situations, il faut néanmoins partir de l'hypothèse que la perspective de la naissance d'un enfant confronte la femme enceinte à des questions existentielles concernant sa santé, son identité, sa personnalité et ses propres perspectives de vie. Dans de telles situations, aucune des options disponibles n'est anodine : porter un enfant non désiré ou un enfant désiré mais gravement malade peut être aussi éprouvant qu'interrompre une grossesse à un stade avancé (Biggs et al. 2017 ; Baumeister 2017). Pour le dire autrement, la décision d'avorter à un stade tardif de la grossesse peut exprimer un sens des responsabilités et de la sollicitude aussi poussé que celle de mener la grossesse jusqu'à son terme et de donner naissance à l'enfant, que ce soit pour en assumer soi-même la garde ou pour le confier à des tiers en vue d'une adoption (voir Gilligan 1982 ; Wiesemann 2006 ; Pauer-Studer 2005). Ce n'est la possibilité de l'interruption de grossesse en soi qui conduit à un dilemme moral de nature à traumatiser la femme enceinte et sa famille, mais la situation décisive et lourde de conséquences à laquelle ces personnes se trouvent confrontées. La première exigence éthique incontestée consiste, par conséquent, à examiner toutes les options possibles et à accompagner les personnes concernées avec empathie et attention (Garten et Von der Hude 2014 ; PaluTiN 2018 ; Lantos 2018).

La CNE rappelle à ce stade que la problématique de l'interruption de grossesse renvoie, en fin de compte, à la question du *statut moral ou de la nature de l'embryon ou du fœtus*. Les réponses qui sont données à cette question déterminent en grande partie le jugement moral que l'on porte sur l'interruption de grossesse du point de vue fondamental.

La gamme des positions qui s'affrontent dans cette controverse est large. Elle va des conceptions qui attribuent, dès la fécondation, une pleine valeur morale à l'embryon à des positions fondées sur des critères comme la sensibilité ou le raisonnement et qui ne reconnaissent dans le fœtus une entité pleinement digne de protection qu'à un stade avancé de la grossesse, voire uniquement à la naissance. Le contexte d'une pluralité de perspectives idéologiques, philosophiques et religieuses conduit souvent à adopter une conception gradualiste qui suppose que la valeur morale du fœtus augmente continuellement au cours de la grossesse sans qu'il soit possible d'identifier le moment précis où cette valeur fonde un droit inconditionnel à la vie. Le cadre juridique actuel de l'interruption de grossesse après la 12e semaine (voir 4.2) repose précisément sur une approche gradualiste de ce type. Une approche différente consiste à appréhender les questions relatives à l'interruption ou à la poursuite de la grossesse exclusivement du point de vue de l'autonomie reproductive et de l'intégrité physique de la femme. Selon ce point de vue,le statut moral de l'embryon ou du fœtus ne pourrait ou ne devrait pas restreindre l'exercice de ce droit à l'autodétermination. Enfin, une perspective relationnelle en éthique questionne la pertinence des positions qui interprètent le conflit autour de l'interruption de grossesse comme un conflit de droits entre deux entités juridiques indépendantes. Elle souligne que cette relation étroite et hautement personnelle doit plutôt être envisagée comme la quête douloureuse et responsable d'un équilibre entre le souci de soi et le souci de l'autre, par et pour la femme, le fœtus, la relation de couple et, le cas échéant, les frères et sœurs déjà nés. En ce qui concerne leurs conséquences fondamentales pour l'évaluation éthique de l'interruption de grossesse en tant que telle, ces différentes positions et approches sont, en définitive, inconciliables.

Comme indiqué dans l'introduction de la présente prise de position, des positions divergentes sur la question du statut moral ou de la nature de l'embryon ou du fœtus et sur sa pertinence pour la question de l'interruption de grossesse sont représentées au sein même de la commission. En font partie ces positions qui considèrent que l'interruption de grossesse est, en tant que telle, injustifiable et qui soulignent la valeur éthique négative de cet acte. En raison du statut moral ou de la nature qu'elles reconnaîssent au fœtus, ces positions considèrent que l'interruption de grossesse ne devrait pas être évaluée différemment du meurtre d'un être humain. Les considérations qui suivent font donc, du point de vue d'un membre de la commission, référence à une pratique dont l'admissibilité devrait être remise en question du point de vue éthique.

La présente prise de position ne se prononce pas sur ces controverses fondamentales. Elle vise uniquement à discuter des problèmes tels qu'ils se posent dans la pratique et au regard du cadre juridique en vigueur en Suisse.

7.1. Indications et prise de décision

Pour évaluer la pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé, il importe tout d'abord de savoir si l'enfant est *désiré*, c'est-à-dire si la femme veut effectivement devenir la mère de cet enfant, ou s'il *n'est pas désiré* (pour la discussion de ce point, voir 6.1).

Dans le cas d'une *grossesse non désirée*, la question est de savoir si les raisons pour lesquelles la naissance d'un enfant représente une charge psychique inacceptable pour la femme sont intelligibles pour les professionnels appelés à se prononcer sur la demande d'interruption de grossesse. Par ailleurs, la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse doit être prise rapidement, sur la base d'informations fondées et en assurant à la femme enceinte un accompagnement empreint d'empathie. La reconnaissance d'un état de détresse profonde de la femme est une responsabilité qui incombe principalement au médecin qui pratique l'interruption de grossesse. Néanmoins, seule la femme peut, en dernier ressort, évaluer l'étendue des souffrances qu'elle peut ou ne peut pas endurer. Cela ne doit pas empêcher de consulter des tiers qui apportent leur expertise professionnelle. Il est, par exemple, recommandé de faire appel à des psychologues et des psychiatres compétents en matière de traitement et de prise en charge du stress post-traumatique, en particulier dans le cas d'une grossesse consécutive à un viol, afin que la décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse ne vienne pas aggraver les traumatismes existants, voire en induire de nouveaux. L'évaluation éthique sera différenciée selon qu'il s'agit d'une situation particulièrement dramatique à la suite de violences, ou selon qu'il s'agit d'un changement dans la situation sociale d'un couple. Sans juger des motivations subjectives, l'évaluation des motifs et des circonstances joue un rôle important dans le processus de prise de décision de l'équipe soignante.

Un dilemme de nature différente se pose lorsque la *grossesse était initialement désirée*, mais que la femme souhaite l'interrompre à un stade relativement avancé, par exemple, parce qu'elle-même souffre d'une maladie somatique ou psychique ou parce qu'une maladie ou un risque d'infirmité a été diagnostiqué chez le fœtus. Du point de vue juridique, la seule question décisive pour interrompre une grossesse dans une situation de ce type est de savoir si la poursuite de la grossesse ou la naissance de l'enfant représente une charge physique ou psychique intolérable pour la femme.

Lorsqu'un trouble psychiatrique est diagnostiqué chez la femme, par exemple une grave dépression ou une schizophrénie, et que la grossesse la place dans un état suicidaire extrême, la situation s'avère d'autant plus complexe à évaluer sur le plan éthique que l'enfant est fondamentalement désiré et qu'il n'est pas lui-même malade. C'est au contraire la vie de la mère qui, dans ce cas, est en danger en raison d'un trouble psychique. Les situations de ce type ne sont pas rares. D'une part, la grossesse elle-même peut provoquer une dépression ou une psychose. D'autre part, comme l'éthique de la recherche requiert traditionnellement d'exclure les femmes enceintes des essais de médicaments (voir Wild 2010), seuls quelques médicaments sûrs peuvent être utilisés pour traiter des maladies psychiques ou somatiques pendant la grossesse, ce qui peut conduire à une aggravation des symptômes. Dans les discussions de cas d'éthique clinique qui sont souvent organisées avant de prendre une décision concernant la poursuite ou l'interruption d'une grossesse à un stade avancé (voir 6.2), il n'est pas rare que l'examen de telles situations aille clairement dans le sens d'une interruption de grossesse. La mise en œuvre rapide et sûre de cette décision peut néanmoins se heurter au fait déjà évoqué que certaines cliniques ne pratiquent pas d'interruptions de grossesse, même lorsque l'intervention serait conforme aux dispositions légales et validée au terme d'une décision équilibrée sur le plan éthique. Bien sûr, dans des cas exceptionnels, il peut être préférable de placer la femme dans une clinique psychiatrique et de laisser la grossesse se poursuivre malgré (ou à cause) des tendances suicidaires aiguës observées chez la femme. Les questions pertinentes sont notamment de savoir si la femme est capable de discernement, si son désir d'enfant était marqué et si ses troubles peuvent être traités sans exposer le fœtus à des dommages supplémentaires. Si la santé physique ou psychique de la mère est un élément prépondérant dans l'évaluation de la situation, elle n'en est toutefois pas le seul critère ; la vie humaine à ses débuts doit aussi être prise en compte. En tout cas, l'interruption de grossesse ne devrait pas être considérée seulement comme un simple moyen thérapeutique (voir 4.1.). L'adoption d'une perspective relationnelle en éthique s'avère par ailleurs pertinente dans le contexte des conflits qui entourent la grossesse. Les éléments décisifs ne sauraient se réduire à la pondération des droits à la vie de deux personnes indépendantes. Il faut au contraire reconnaître que la relation indissociable entre la femme enceinte et l'enfant à naître ainsi qu'une compréhension étendue du souci de soi et de la responsabilité que la femme enceinte assume à l'égard du fœtus et des autres personnes dont elle doit prendre soin constituent également des aspects essentiels sur le plan éthique ; sans ces aspects, la situation de conflit moral ne saurait être comprise ni encore moins résolue.

La question de l'interruption de grossesse à un stade avancé se pose également dans le cas d'une grossesse désirée au cours de laquelle une maladie ou un possible handicap du fœtus est diagnostiqué à l'occasion des examens prénatals. Cette indication, autrefois connue sous le nom d'« indication embryopathique », n'autorisait certes pas, du point de vue juridique, d'interrompre une grossesse jusqu'au moment qui précède l'accouchement (sauf dans le cas de maladies ou de lésions du fœtus manifestement incompatibles avec la vie), mais jusqu'au seuil de viabilité de l'enfant. Il est néanmoins notoirement difficile, comme l'ont montré les débats politiques et juridiques, de donner des exemples *concrets* de telles maladies ou de telles infirmités sans produire des énoncés potentiellement discriminatoires à l'égard des personnes qui sont nées et qui vivent actuellement avec les caractéristiques connotés négativement. C'est la raison pour laquelle ce n'est plus la maladie ou le handicap de l'enfant en tant que tel, mais l'état de détresse profonde dans lequel la naissance de cet enfant peut placer la femme qui est désormais invoqué comme un motif pour interrompre la grossesse. Dans ce contexte, il convient

par exemple de se demander si la famille a déjà été confrontée à la maladie, peut-être parce qu'un premier enfant ou les parents eux-mêmes sont touchés par la maladie ou le handicap. Contrairement à ce qui est parfois véhiculé dans le débat public, les personnes placées dans de telles situations ne sont pas mues par des considérations de nature eugénique, mais par des pensées existentielles et des réflexions hautement personnelles sur la sollicitude et la responsabilité (Studien Nippert 2000 ; Gilligan 1982 ; Krones 2008 ; Rapp 2000 ; Wewetzer et Wernstedt 2008 ; Wiesemann 2006). Lors d'une décision portant sur l'admissibilité d'une interruption de grossesse, le poids qui est accordé à cet élément dans l'évaluation éthique peut varier fortement en fonction de la situation concrète.

Dans le cadre juridique actuel, cette évaluation doit toujours se fonder sur la question de savoir si la naissance de l'enfant est supportable pour la femme enceinte. Et cette question doit être examinée au cas par cas. Cela vaut aussi pour la situation relativement fréquente dans laquelle une trisomie 21 est diagnostiquée chez l'enfant, puisque les manifestations de cette anomalie chromosomique peuvent aller de formes légères de déficience cognitive compatibles avec une existence heureuse à des symptômes somatiques et psychiques graves, notamment des malformations cardiaques congénitales sévères, des leucémies et des déficiences psychiques graves, jusqu'à l'autisme et au mutisme.

Pour permettre une décision équilibrée et pour accompagner avec sensibilité la femme enceinte dans sa décision, ces différentes considérations doivent toutes être évoquées. En particulier dans le cas d'enfants atteints de trisomie 21, notamment dans ses formes moins sévères (mais la sévérité ne peut pas être évaluée avant la naissance), on sait la détresse des parents se trouvant dans cette situation. Mais on sait aussi combien l'information sur la manière de vivre d'enfants trisomiques est capitale.

Il n'en demeure pas moins que, dans la pratique et en dépit d'une situation juridique claire, le caractère insupportable des *souffrances de l'enfant à naître*, qui peuvent être considérables, est souvent pris en compte lors de l'évaluation de l'interruption de grossesse à un stade avancé. Cela va de pair avec une évaluation de la qualité de vie attendue du fœtus. Étant donné la difficulté notoire de mesurer objectivement la qualité de vie, on peut, du point de vue éthique, formuler l'exigence que les prémisses de tels débats sur la qualité de vie soient transparentes pour le public et soumises à la discussion, afin que les femmes concernées et les équipes soignantes ne soient pas laissées seules devant des décisions difficiles. Il ne faut pas oublier que les décisions individuelles des femmes enceintes et des médecins traitants s'inscrivent toujours dans un arrière-plan de représentations sociales sur la façon d'évaluer la souffrance, la maladie et le handicap.

7.2. Accompagnement et prise en charge de la femme enceinte ou du couple

Dans une perspective éthique, un accompagnement et une prise en charge attentifs de la femme enceinte et de sa famille sont tout aussi importants qu'une décision éclairée. La décision lourde de conséquences à laquelle la femme enceinte se trouve confrontée lorsqu'une interruption est indiquée à un stade avancé de la grossesse peut provoquer un deuil durable et parfois un traumatisme réel (voir, p. ex., Baumeister 2017). Assurer la continuité de la prise en charge tout au long des phases prénatales et postnatales du processus revêt dès lors une importance capitale : les femmes concernées et leurs familles doivent pouvoir s'appuyer, avant, pendant et après l'interruption de grossesse ou la naissance d'un enfant atteint d'un handicap ou d'une maladie limitant l'espérance de vie, sur des équipes ou des

interlocuteurs compétents et reliés entre eux. Actuellement, les responsabilités pour cet accompagnement et cette prise en charge sont souvent fragmentées.

Surtout lorsqu'une maladie fœtale limitant l'espérance de vie est diagnostiquée, le processus de deuil commence avant même l'interruption de la grossesse ou l'accouchement. Les principes directeurs de l'accompagnement du deuil et des soins palliatifs en néonatalogie soulignent que les besoins, les espoirs et les préoccupations des personnes directement concernées doivent constituer le point de départ de toute action et que le personnel soignant doit adopter une posture réflexive et critique sur ses propres valeurs, limites et objectifs (PaluTiN 2018). Il faut reconnaître et respecter le fait que ce sont avant tout les parents qui auront à vivre avec les conséquences des décisions prises. Leurs compétences et leurs expériences doivent par conséquent être prises en compte au même titre que les connaissances professionnelles du personnel soignant, d'où l'importance de rester ouvert et de privilégier une écoute attentive, et d'éviter les réponses toutes faites. Cette attitude permet de respecter et de favoriser de manière adéquate l'autonomie des personnes concernées.

Les attitudes et les actions des professionnels qui, en raison de leur propre évaluation morale de l'interruption de grossesse, de manière générale ou dans le cas particulier, n'apportent pas un soutien suffisant à la femme concernée ou omettent des mesures indiquées posent de graves problèmes éthiques. De tels comportements sont pourtant régulièrement signalés (p. ex. Krones 2008). Il importe d'y remédier, notamment en prévoyant dans les établissements des moyens pour les professionnels concernés d'exprimer leurs réserves ou leurs préoccupations morales avant une décision ou après une situation éprouvante. En outre, chaque professionnel impliqué devrait idéalement avoir la sensibilité d'adopter une perspective critique à l'égard de ses réactions et, si nécessaire, avoir la possibilité de se retirer de la prise en charge d'une femme enceinte. Il convient de souligner également la liberté de conscience des membres de l'équipe soignante : tout en faisant preuve de compétence et d'empathie, les soignants doivent aussi être respectés dans leur liberté d'évaluation des diverses situations.

La même sensibilité au contexte est également indiquée lors de l'accompagnement d'une femme enceinte qui désire fortement avoir un enfant alors qu'une maladie grave ou un handicap a été diagnostiqué chez le fœtus. Un tel diagnostic plonge de manière inattendue la famille concernée dans une crise grave, parfois perçue comme une menace existentielle. Les personnes confrontées à de telles situations ont souvent des sentiments, des besoins, des espoirs et des désirs ambivalents (PaluTiN 2018). Le désir d'interrompre la grossesse le plus rapidement possible peut coexister avec l'espoir de pouvoir encore passer du temps avec l'enfant. Pareille ambivalence ne doit pas être interprétée comme la manifestation d'une capacité de discernement limitée et ne doit pas conduire à délégitimer les actions qui en résultent. Dans de telles situations, l'important est plutôt de veiller à ce qu'une équipe interprofessionnelle soutienne et accompagne dès le début la femme concernée et sa famille. L'information sur toutes les options disponibles devrait être coordonnée et communiquée avec précaution, tandis que la suite du traitement et de l'accompagnement devrait faire l'objet d'une planification conjointe. Or, comme cela a été mentionné, il n'est pas rare d'observer, dans le domaine de la périnatalogie, l'application de schémas définissant de manière préconçue la gamme des options offertes et la procédure médicale à suivre pour une interruption de grossesse à un stade avancé. Ce qui est bon pour une femme ou une famille peut pourtant être totalement inapproprié pour une autre. Alors qu'une interruption de grossesse

rapide précédée d'un fœticide peut être l'option la mieux adaptée pour certaines femmes, la meilleure option possible pour d'autres femmes sera une naissance palliative avec la possibilité de passer du temps avec l'enfant.

En ce qui concerne l'interruption d'une grossesse non désirée, il est également important de noter que les conséquences psychiques de l'intervention, mais aussi les espoirs, les inquiétudes et les besoins des personnes concernées ne sont pas prévisibles. Une femme peut se sentir soulagée après l'intervention, mais aussi pleurer la mort de son enfant comme le ferait une femme qui a spontanément perdu un enfant désiré.

Lorsque la naissance de l'enfant est souhaitée ou acceptée, des soins intensifs ne peuvent être envisagés que dans des cas exceptionnels (voir chap. 5). Le traitement indiqué consiste, le plus souvent, en des soins palliatifs multiprofessionnels. Toute mesure médicale doit être envisagée dans la perspective de sa contribution au bien de l'enfant (voir les recommandations du groupe de travail IMPaCCT en coopération avec l'Association européenne pour les soins palliatifs [EAPC], Craig et al. 2008). Cela suppose d'éviter des mesures telles que la ventilation, l'oxygénation, l'administration de liquides par voie parentérale ou la nutrition au moyen de sondes gastriques ou duodénales, mais aussi de réduire autant que possible les procédures ou les soins stressants comme la mesure de la tension artérielle et de la température ou les examens échographiques, voire la simple pesée. Si la mère peut et veut allaiter son enfant et que celui-ci en a la force, elle devrait avoir la possibilité de le faire dans la salle d'accouchement. L'attention humaine des parents ou, si ceux-ci ne se sentent pas en mesure de le faire, de l'équipe soignante est également une priorité. L'administration de doses importantes d'analgésiques peut, dans certains cas, raccourcir encore le temps précieux passé avec l'enfant, raison pour laquelle les doses doivent être adaptées aux symptômes.

Que l'enfant naisse mort ou vivant, le souvenir du temps qu'ils auront pu passer avec lui est essentiel pour la plupart des parents. Afin de créer les meilleures conditions possible, il est important de préparer les parents aux symptômes et aux réactions possibles de leur enfant pendant la phase terminale et de les informer du fait que la durée de cette phase ne peut pas être prévue avec certitude. Il faut également garantir l'intimité des parents, si la femme ou le couple le souhaite la présence des proches (en particulier des frères et sœurs) et, si cela est désiré, un soutien psychologique et spirituel aux personnes concernées. Un suivi doit également être assuré, sachant que celui-ci peut être nécessaire pendant plusieurs mois pour certaines familles.

7.3. Pratique de l'interruption de grossesse

Une situation particulièrement conflictuelle se produit lorsqu'une femme enceinte se trouve dans l'une des situations décrites précédemment et souhaite avorter, mais se voit *refuser* la possibilité d'interrompre sa grossesse. Cela peut se produire parce que personne ne reconnaît l'existence d'une indication pour une interruption de grossesse à un stade avancé, les raisons invoquées par la femme n'étant pas jugées intelligibles, ou parce que l'indication pour une interruption de grossesse est reconnue, mais que personne n'accepte de la pratiquer.

Un tel conflit n'a pas de solution. Certes, le fait de garantir une offre de soins médicaux suffisante pour que les interruptions de grossesse puissent être pratiquées de manière professionnelle est pertinent sur le plan éthique. Mais il en va de même de la possibilité laissée aux médecins ou aux sages-femmes de refuser, sauf dans des situations d'urgence qui mettent en danger la vie de la femme, de poser une indication ou de pratiquer une interruption de grossesse qui les mettrait en conflit avec leur conscience. C'est pourquoi il arrive aussi en Suisse que des femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse à un stade avancé se rendent à l'étranger. Le fait que des femmes soient prêtes à supporter cette contrainte supplémentaire, malgré toutes les offres de conseil et de soutien qui leur ont été proposées, suggère que l'état de détresse qu'elles éprouvent peut, dans certains cas, être suffisamment fort pour ne pas se laisser dissuader d'entreprendre cette démarche. Refuser une interruption de grossesse, même lorsque la décision est mûrement réfléchie, ne résout manifestement pas la détresse individuelle de la personne qui en formule la demande et ne parvient pas nécessairement à en empêcher la réalisation.

Outre la question de savoir si la possibilité d'interrompre la grossesse est reconnue à une femme, la façon dont cette intervention est pratiquée, en particulier la méthode choisie, soulève elle aussi des questions éthiques.

En ce qui concerne le fait de *mener une grossesse à terme pour donner naissance à un enfant atteint d'une maladie qui limite son espérance de vie* (au sens d'une *naissance palliative* ; voir 5.e), cette option est possible en Suisse, mais il est difficile de savoir si et dans quelle mesure elle y est effectivement pratiquée. Des études internationales (Wool et al. 2018) et des retours d'expérience, venus notamment d'Allemagne (Garten et Von der Hude 2014), montrent que, pour beaucoup de femmes et de couples, cette solution constitue, même avec le recul, la meilleure option disponible dans cette situation difficile. Un élément important de la naissance palliative (Garten et Von der Hude 2014 ; PaluTin 2018 ; Wool et al. 2018) est, lorsqu'un diagnostic prénatal a été posé, de planifier suffisamment tôt, au sein d'une équipe interprofessionnelle (gynécologues, néonatologistes, psychologues, sages-femmes, etc.) et avec les futurs parents, la suite de la grossesse, la naissance et le traitement de l'enfant. La planification doit prévoir la possibilité d'une décision différente (d'une interruption de grossesse à titre de « plan B ») si la situation devient trop éprouvante. La planification de la naissance et des mesures d'urgence doit également être effectuée pendant la grossesse. Les néonatologistes, les obstétriciens et les sages-femmes devraient discuter à l'avance avec les futurs parents des scénarios possibles et des soins palliatifs nécessaires en fonction des symptômes prévus. Les points importants à considérer ici sont, par exemple, le mode et le lieu d'accouchement ainsi que la sédation de la mère et de l'enfant.

La situation est différente lorsqu'une grossesse non désirée n'est constatée qu'à un stade relativement avancé de la grossesse et qu'une interruption est envisagée, c'est-à-dire lorsque *le fœtus n'est pas atteint d'une maladie qui limite son espérance de vie.* Dans une telle situation, comme cela a été déjà mentionné, la femme enceinte a la possibilité de mener la grossesse à terme et de confier l'enfant à des tiers après la naissance en vue d'une adoption. C'est une option qui peut être acceptable pour toutes les parties concernées et défendable sur le plan éthique. Cependant, si la femme se trouve dans un état de détresse profonde et qu'il est inimaginable pour elle de devenir la mère de l'enfant, elle jugera cette solution inacceptable et fera valoir une indication médico-sociale. Pour le personnel de santé, le fait que l'état de détresse invoqué par la femme soit dû à la grossesse elle-même, alors que le fœtus est en

bonne santé, et non à une maladie ou à un handicap du fœtus fait toutefois une différence morale significative. Les possibilités juridiques, les indications que peut faire valoir la femme enceinte, le contexte général et la conscience individuelle du personnel de santé semblent ici inconciliables. Comme l'enfant lui-même n'est pas malade et que les chances qu'il naisse vivant augmentent au fur et à mesure que la grossesse se poursuit, la décision d'entrer ou non en matière sur une interruption de grossesse (voire sur un fœticide) sera prise par un conseil d'éthique, qui devra vraisemblablement inclure un psychiatre appelé à se prononcer sur l'état de détresse de la femme.

Certaines questions identiques se posent dans chacune de ces différentes situations, notamment celle de savoir comment pratiquer l'interruption de grossesse de manière à infliger le moins de souffrances possible au fœtus sachant que, dans une perspective éthique, il faut également choisir les méthodes qui font le moins souffrir la femme enceinte elle-même. Les méthodes de *déclenchement du travail avec ou sans fœticide*, qui sont les plus utilisées en Suisse, peuvent être évaluées de la même manière indépendamment de la raison pour laquelle la grossesse est interrompue, parce que *l'intention* du médecin est, quelle que soit la méthode, de mettre fin à la vie d'un fœtus et que les conséquences de son acte sont, dans les deux cas, la mort du fœtus de façon à éviter une situation intolérable pour la femme (prévention de la souffrance). Sans doute, la pratique du fœticide ajoute une difficulté supplémentaire, puisque l'interruption de grossesse s'accompagne, dans ce cas, d'un geste consistant à supprimer directement la vie du fœtus, ce qui explique pourquoi certains médecins se montrent réticents à le pratiquer.

Un autre aspect pertinent est de savoir s'il existe des différences entre les méthodes disponibles quant au niveau de stress ou de souffrances qu'elles infligent au fœtus (principe de non-malfaisance). Il faudrait pour cela disposer de données fiables concernant les conséquences sur le fœtus des différentes méthodes utilisées (déclenchement du travail, fœticide par injection cardiaque, fœticide par injection dans le cordon ombilical ou le liquide amniotique).

Le stress et les souffrances qui sont infligés à la femme enceinte devraient, eux aussi, être pris en compte. Il ne semble pas y avoir de différences entre les méthodes mentionnées pour ce qui est des lésions somatiques, puisqu'un accouchement est nécessaire dans les deux cas et que la pratique du fœticide n'est pas associée à des risques ou à des contraintes physiques importants pour la femme. En l'absence de sédation, la femme est toutefois consciente pendant que le fœticide est pratiqué, ce qui peut faire une différence significative dans sa façon de vivre l'événement. Il reste à clarifier si la méthode chirurgicale de dilatation et d'extraction du fœtus est moins traumatisante que la méthode médicamenteuse telle qu'elle est pratiquée en Suisse. Certaines données semblent l'indiquer, comme cela a été déjà mentionné (Lohr et al. 2008 ; Goldberg et al. 2015). Il importe donc, dans une perspective éthique, de mieux étudier les implications des différentes méthodes et de mener une discussion plus ouverte sur les données probantes concernant les risques, les avantages et les inconvénients associés à chacune d'elles.

En ce qui concerne les *circonstances* du déclenchement du travail, avec ou sans fœticide, *l'aspect expressif de l'action* est également pertinent : tuer le fœtus (par exemple en injectant une dose létale de chlorure de potassium dans le cœur) semble conférer à l'acte un caractère plus direct que déclencher le

travail qui provoquera lui-même la mort du fœtus. À l'inverse, l'idée que la mort du fœtus n'intervient, dans ce dernier cas, qu'au cours de l'accouchement ou après la naissance peut, elle aussi, être jugée problématique. La façon dont les médecins impliqués vivent l'intervention a également son importance pour l'évaluation des circonstances : dans le cas d'un fœticide, l'agent vit et perçoit la mort comme une conséquence causale immédiate de son acte, tandis que la relation causale est moins évidente lorsque la mort du fœtus intervient à la suite du déclenchement du travail. On peut toutefois se demander si cette différence de perception est réellement pertinente sur le plan éthique, dans la mesure où le médecin est, dans les deux cas, co-responsable de la mort du fœtus. La différence de perception serait manifestement importante dans une perspective éthique si la méthode utilisée, indépendamment des autres facteurs, était à ce point traumatisante pour le personnel de santé qu'elle entrerait en conflit avec les principes de l'éthique professionnelle et conduirait à leur érosion. Il faut également veiller à ce que tous les acteurs concernés – non seulement la femme enceinte et les obstétriciens en charge du traitement, mais aussi les sages-femmes et le personnel soignant impliqués, etc. – soient associés aux décisions préalables ainsi qu'aux concertations sur le traitement et la prise en charge pendant et après l'interruption de grossesse. Dans cette situation très éprouvante sur le plan émotionnel, il est particulièrement important de veiller à ce que tous les participants soient bien informés (à ce sujet, voir 6.2 et les missions du conseil d'éthique).

7.4. Enfants nés vivants après une interruption de grossesse

La naissance confère à l'enfant la personnalité juridique. Les décisions qui concernent un enfant né vivant après une interruption de grossesse doivent par conséquent respecter les mêmes critères que ceux qui s'appliquent aux autres prématurés extrêmes. Cela signifie notamment que les parents assument la responsabilité pour l'enfant et qu'en tant que détenteurs de l'autorité parentale, ils doivent avant tout chercher son bien en retenant les traitements qui sont médicalement indiqués et en écartant ceux qui ne le sont pas. Les recommandations de la Société suisse de néonatalogie (Berger et al. 2011 ; voir 4.4) constituent une référence pertinente sur ce point.

Lorsqu'une interruption est pratiquée à un stade relativement avancé de la grossesse et que l'enfant manifeste des signes de vie à la naissance, une distinction doit être opérée selon que la naissance intervient avant ou après la 22e semaine de grossesse. Un enfant né avant la 22e semaine de grossesse et qui manifeste des signes de vie n'a actuellement aucune chance de survie. Du point de vue éthique, tout doit donc être mis en œuvre pour que cet enfant ressente le moins de souffrances et de symptômes possibles pendant les quelques minutes ou heures que durera sa vie. Cela suppose également que, dans la mesure du possible, il puisse mourir de manière décente en bénéficiant de soins palliatifs et de la proximité de ses parents.

Dans le cas d'un enfant né après la 22e semaine de grossesse à la suite d'une interruption de grossesse et qui manifeste des signes de vie, deux catégories principales peuvent être distinguées malgré les particularités de chaque situation. La première catégorie correspond aux enfants qui, en raison de leur maladie ou de leurs lésions, n'ont aucune chance de survivre. À quelques exceptions près, la plupart des enfants nés vivants à la suite d'une interruption de grossesse relèvent de cette catégorie. Du point de vue éthique, leur situation n'est pas différente de celle des enfants nés avant la 22e semaine de grossesse. La seconde catégorie correspond aux enfants naissent apparemment en bonne santé ou qui,

malgré leur maladie ou leurs lésions, présentent une chance de survivre. Les critères qui s'appliquent à ces enfants sont les mêmes que pour les prématurés extrêmes nés à la suite d'accouchements spontanés. Cela signifie que, selon leur état physique (maturation pulmonaire ou poids, p. ex.) et leur âge à la naissance, une décision doit être prise avec les parents quant à l'opportunité et à la mise en œuvre de soins intensifs néonatals. Il faut toutefois noter que lors des grossesses pour lesquelles un accouchement prématuré est prévu ou doit être déclenché pour diverses raisons, la maturation pulmonaire est déjà favorisée *in utero* afin d'augmenter les chances de survie après la naissance. Les chances de survie d'un prématuré extrême à la suite d'une interruption de grossesse sont donc probablement plus faibles.

8. Résumé et recommandations

8.1. Résumé

Le taux d'interruptions de grossesse en Suisse est l'un des plus bas au monde. Bien qu'une très petite partie seulement de ces interventions se produisent à un stade avancé de la grossesse, la CNE juge nécessaire d'adopter la présente prise de position. Les interruptions de grossesse à un stade avancé confrontent souvent les différentes personnes concernées à des difficultés, des incertitudes et des épreuves importantes. Elles soulèvent un ensemble de questions médicales, juridiques et éthiques qui n'ont jusqu'à présent guère été abordées en Suisse.

Les réflexions de la CNE s'appuient sur des auditions de professionnels, un sondage auprès des cliniques, une revue de la littérature scientifique et des discussions intenses entre ses membres. Le texte de la prise de position commence par présenter la pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé en Suisse et les défis qui en découlent. Sont concernés les interruptions pratiquées à partir de la 17e semaine de grossesse. Elles représentent 1,4% du total des interruptions de grossesse recensées chaque année et sont, pour l'essentiel, pratiquées dans les grands centres hospitaliers de Suisse. Du point de vue juridique, une interruption de grossesse à un stade avancé n'est pas punissable en Suisse si une indication médicale ou médico-sociale est établie, mais le risque d'une atteinte grave à l'intégrité physique ou d'un état de détresse profonde de la femme enceinte devra être d'autant plus élevé que la grossesse est avancée. La naissance marque un tournant sur le plan légal, car elle confère à l'enfant la personnalité juridique. Lorsqu'un enfant manifeste des signes de vie après une interruption de grossesse, comme cela se produit environ 25 fois par an dans les services de néonatalogie en Suisse, les médecins sont tenus de protéger sa vie.

Sur le plan médical, différentes méthodes peuvent être utilisées pour interrompre une grossesse à un stade avancé : outre la méthode fréquemment utilisée du déclenchement du travail par voie médicamenteuse, un fœticide peut également être pratiqué. De nombreux médecins s'y refusent toutefois et on constate des différences importantes dans le recours à cette pratique entre les cliniques. C'est l'une des raisons qui conduisent certaines femmes à se rendre à l'étranger pour interrompre la grossesse. En principe, il y a la possibilité de planifier une naissance palliative, que ce soit pour éviter une interruption (pour des situations dans lesquelles une maladie limitant fortement l'espérance de vie a été diagnostiquée chez le fœtus pendant la grossesse), ou dans le cas d'une interruption pour exclure le recours au fœticide. L'approche de la naissance palliative a été introduite au regard de ces deux situations. Afin que l'interruption de grossesse à un stade avancé ou la naissance palliative assistée suivent un processus adéquat, il est fondamental que dans la prise de décision et dans la planification, possiblement flexible, on tienne compte de l'état d'âme inconstant de la femme enceinte et on associe les professionnels qui possèdent l'expertise nécessaire. L'information, l'accompagnement continu et la prise en charge de la femme enceinte ou du couple concerné sont d'une importance capitale.

Les considérations éthiques exposées dans la présente prise de position portent sur les problèmes tels qu'ils se posent dans la pratique et le cadre juridique actuels. Les controverses fondamentales concernant le statut moral de l'embryon ou du fœtus n'y sont pas abordées. L'analyse éthique porte sur les différentes indications qui peuvent conduire à interrompre une grossesse à un stade avancé, à la façon d'assurer une prise de décision équilibrée, à l'accompagnement et à la prise en charge des femmes enceintes ou des couples concernés, aux différentes méthodes d'interruption de grossesse et au traite-

ment approprié qui doit être réservé aux enfants qui manifestent des signes de vie à la naissance ainsi qu'aux fœtus ou aux enfants morts. La commission souligne notamment que l'attitude avec laquelle les personnes concernées sont accompagnées et traitées dans cette situation particulièrement éprouvante revêt une grande importance du point de vue éthique.

8.2. Recommandations

Généralités
Dans les cliniques en Suisse, il existe aujourd'hui de grandes différences dans la pratique de l'interruption de grossesse à un stade avancé. Cette situation est insatisfaisante au regard de l'égalité de traitement, de la sécurité des soins, du partage équitable des tâches et des ressources, du soutien offert aux équipes médico-soignantes et finalement d'une bonne pratique clinique.

La CNE recommande :
- Que les sociétés de spécialistes compétentes veillent, premièrement, à garantir au niveau national l'échange transparent d'informations et d'expériences, deuxièmement, à la mise sur pied de processus décisionnels homogènes en définissant les procédures standard, troisièmement, à identifier les ressources nécessaires, et, quatrièmement, à la rédaction de directives concernant les indications. Les réflexions et les pratiques relatives à la pose de l'indication doivent être transparentes afin que les femmes et les équipes médico-soignantes concernées ne soient pas laissées seules face à des décisions difficiles.
- Que les sociétés de spécialistes compétentes veillent à la création d'une commission intercantonale ou nationale d'examen des situations les plus complexes en matière d'interruption de grossesse à un stade avancé, pouvant soutenir la prise de décision au niveau clinique.
- Que les directions cantonales de la santé publique veillent à garantir qu'une interruption de la grossesse à un stade avancé soit réalisable et qu'une assistance soit offerte avec une égale qualité dans les soins (avant, pendant et après l'interruption), afin d'éviter une trop grande concentration de cas dans certaines cliniques ou une prise en charge hors-canton ; les cas complexes pour lesquels une expertise particulière est nécessaire sont réservés.
- Que les besoins et les valeurs des professionnels soient pris en compte et que leur liberté de conscience soit garantie dans le cadre de la législation existante.

Si une maladie fœtale limitant l'espérance de vie est diagnostiquée et qu'une femme ne souhaite pas interrompre sa grossesse, mais porter l'enfant gravement malade, la suite de la grossesse, l'accouchement et la période successive doivent être soigneusement planifiés et faire l'objet d'un accompagnement multiprofessionnel.

La CNE recommande :
- Que le concept de naissance palliative soit mis en œuvre dans les cliniques des grands centres hospitaliers de Suisse.

Accompagnement et prise en charge
Une interruption de grossesse à un stade avancé constitue une expérience particulièrement lourde pour la femme, le couple et les personnes impliquées.

La CNE recommande :

- Que la femme enceinte ou le couple concerné fasse l'objet, pendant toute la durée de la procédure et après l'interruption de grossesse, d'un accompagnement constant, approprié et empreint d'empathie. Les ressources en personnel nécessaires doivent être mises à disposition et la formation initiale et continue du personnel doivent être encouragées.
- Cet accompagnement doit être adapté aux besoins différents des femmes, des couples et des enfants. Cela implique des modèles d'accompagnement différenciés.
- Les femmes doivent être informées de manière exhaustive de toutes les options à leur disposition : cela comprend les différentes méthodes d'interruption de grossesse, mais aussi les alternatives (telles que l'adoption ou la décision de mener la grossesse à terme et de donner naissance à un enfant atteint d'une maladie qui limite son espérance de vie, voire la planification d'une naissance palliative assistée).
- Les femmes ou les couples qui ont dû interrompre une grossesse désirée devraient être soutenus dans leur processus de deuil. Concrètement, la possibilité devrait leur être offerte de participer à un rituel d'adieu au sein de la clinique. D'autres éléments cérémoniels en lien avec une tradition religieuse devraient être proposés aux parents qui en font la demande.

Méthodes d'interruption de grossesse

Il importe, dans une perspective éthique, de mener une discussion plus ouverte sur les données probantes concernant les risques, les avantages et les inconvénients associés à chacune des méthodes d'interruption de grossesse à un stade avancé. Si différentes méthodes s'avèrent appropriées et raisonnables, la femme enceinte devrait avoir la possibilité de choisir celle à laquelle elle souhaite recourir.

La CNE recommande :

- Que les sociétés de spécialistes compétentes s'investissent dans la production de données probantes en promouvant la recherche et l'assurance qualité sur toutes les options présentées (y compris la naissance palliative, les soins médicaux et infirmiers et les différentes méthodes d'interruption de grossesse à un stade avancé).

Enfants nés vivants après une interruption de grossesse

La CNE souligne que :

- Aucun enfant, aussi limitées que puissent être ses perspectives de vie, ne peut être laissé à lui-même après sa naissance. Tout enfant, quelle que soit son espérance de vie présumée, a le droit de recevoir tous les soins médicaux et infirmiers dont il a besoin et de bénéficier pendant le temps qui lui reste de conditions de vie dignes.

La CNE recommande :

- Que la femme ou le couple soient informés de la possibilité que leur enfant puisse manifester des signes de vie à la naissance malgré l'interruption de la grossesse, afin de déterminer comment procéder dans ces situations. Si un accompagnement palliatif est indiqué, les besoins de l'enfant et des parents doivent être pris en compte.
- Que des structures de formation et de soutien (y compris psychologique) soient garanties pour le personnel des soins.

Bibliographie

Baumeister S. (2017). Psychosoziale Beratung bei Schwangerschaftsabbruch aus medizinischer Indikation. Ergebnisse einer prospektiven Verlaufsuntersuchung. Diss. Bonn.

Berger T.M., Steurer M.A., Bucher H.U., et al. (2017). Retrospective cohort study of all deaths among infants born between 22 and 27 completed weeks of gestation in Switzerland over a 3-year period. *BMJ Open;*7:e015179. doi:10.1136/bmjopen-2016-015179

Berger T.M., Bernet V., El Alama S., et al. (2011). Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 revision of the Swiss recommendations. *Swiss Med Wkly;*141:w13280

Biggs M.A., Upadhyay U.D., McCulloch C.E., Foster D.G. (2017). Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry 74*(2): 169-178.

Brauer S., Strub J.D., Bleisch B., et al. (eds.) (2016). Wissen können, dürfen, wollen? Genetische Untersuchungen während der Schwangerschaft. TA-SWISS Studie, Zürich.

Brenneisen N. (2017). Im sechsten Monat abgetrieben: Wie eine junge Frau die schwerste Entscheidung ihres Lebens traf. Aargauerzeitung vom 8. März 2017, abrufbar unter: https://www.aargauerzeitung.ch/schweiz/im-sechsten-monat-abgetrieben-wie-eine-junge-frau-die-schwerste-entscheidung-ihres-lebens-traf-131089349 [11.02.2019]

Büchler A. (2017). Reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung. Dimensionen, Umfang und Grenzen an den Anfängen menschlichen Lebens. Basel, Helbing Lichtenhahn Verlag.

Craig F., Abu-Saad Huijer H., Benini F., et al. (2008). IMPaCCT: Standards pädiatrischer Palliativversorgung in Europa. *Der Schmerz 22*(4): 401-408.

Department of Health and Social Care (2018). Abortion statistics for England and Wales: 2017. Abortion statistics: data tables. Data table 12a. Abrufbar unter: https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2017

Fleming V., Iljuschin I., Pehlke-Milde J., et al. (2016). Dying at life's beginning: Experiences of parents and health professionals in Switzerland when an «in utero» diagnosis incompatible with life is made. *Midwifery 34:* 23-29.

Garten L. & Von Der Hude K. (Hrsg.) (2014). Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Neonatologie. Berlin/Heidelberg, Springer.

Gill J.V. & Boyle E.M. (2017). Outcomes of infants born near term. *Arch Dis Child 102*(2): 194-198.

Gilligan K. (1982). *In a different voice. Psychological Theory and Women's Development.* Harvard University Press.

Goldberg A.B., Fortin J.A., Drey E.A., et al. (2015). Cervical Preparation Before Dilation and Evacuation Using Adjunctive Misoprostol or Mifepristone Compared With Overnight Osmotic Dilators Alone: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics & Gynecology 126*(3): 599-609.

Haller U. (2016). Frauen suchen sich für Abtreibungen liberale Kantone. Neue Zürcher Zeitung. Abrufbar unten https://www.nzz.ch/schweiz/aktuelle-themen/schwangerschaftsabbrueche-grosse-unterschiede-zwischen-den-kantonen-ld.109723

Harringer K. (2018). Schwangerschaftsabbrüche im 2.Trimenon – die Perspektive der Betreuenden. Diss. Basel.

Krones T. (2008). Invasive Pränataldiagnostik und Spätabbrüche: Bioethische Diskussionen und lebensweltliche Ansichten (137-171). In Wewetzer C. & Wernstedt T. (Hrsg.), Spätabbruch der Schwangerschaft: Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Frankfurt/Main, Campus Verlag.

Lantos J.D. (2018). Ethical Problems in Decision Making in the Neonatal ICU. *N Engl J Med 379*(19): 1851-60.

Lindemann H. (2014). Holding and Letting Go: the Social Practice of Personal Identities. Oxford/New York: Oxford University Press.

Lohr P.A., Hayes J.L., Gemzell-Danielsson K. (2008). Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. Cochrane Database Syst Rev. Jan 23;(1):CD006714.

Macklin R. (1999). *Against relativism: cultural diversity and the search for ethical universals in medicine.* New York, New York: Oxford University Press.

Nagl-Docekal H. & Pauer-Studer H. (Hrsg.) (1993). Jenseits der Geschlechtermoral: Beiträge zur feministischen Ethik. München: Fischer Verlag.

Nippert I. (2000). Erfahrungen von Hochrisikogruppen mit der Pränataldiagnostik und der mögliche Einfluss dieser Erfahrung auf die Nachfrage nach der Präimplantationsdiagnostik. *Medizinische Genetik 12,* 357-358.

Office fédéral de la statistique (OFS) (2018a). Nombre d'interruptions de grossesse par semaines de grossesse, selon le lieu de domicile. Statistique des interruptions de grossesse 2017. Disponible à l'adresse : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.assetdetail.5328572.html

Office fédéral de la statistique (OFS) (2018b). Interruptions de grossesse : motif des interventions après 12 semaines de grossesse. Statistique des interruptions de grossesse 2017. Disponible à l'adresse : https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante.assetdetail.5328544.html

Österreichische Gesellschaft für Prä- und Perinatalmedizin (2002). Konsensus-Statement: «Spät-Abbruch». Abrufbar unter: https://www.kup.at/kup/pdf/1299.pdf

Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie (PaluTiN) (2018). Leitsätze für Palliativversorgung und Trauerbegleitung in der Peri- und Neonatologie. Abrufbar unter: https://www.fruehgeborene.de/sites/default/files/field_page_file/palutin_a_5_web_juli_2018.pdf

Pauer-Studer, H. (2005). Ethik und Geschlechterdifferenz (88-139). In Nida Rümelin, J. (Hrsg): *Angewandte Ethik. Die Bereichsethiken und ihre theroretische Fundierung.* 2. Auflage.

Peterson, W. F. et al. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstet Gynecol;* 62(2): 185-190.

Rager G. (2008). Données biologiques et réflexions sur la personne (97-114). In François-Xavier Putallaz & Bernhard N. Schumacher, L'humain et la personne. Paris, Cerf.

Rapp R. (2000). Testing Women Testing the Fetus: The Social Impact of Amniocentesis in America. New York/London, Routledge.

Rey A.M. & Seidenberg A. (2010). Schwangerschaftsabbruch: die Praxis der Spitäler und Kliniken in der Schweiz. *Schweizerische Ärztezeitung 91*(13/14), 551 ff.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2010). Termination of Pregnancy for Fetal Abnormality in England, Scotland and Wales. Abrufbar unter: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf

Rütsche B. (2009). Rechte von Ungeborenen auf Leben und Integrität. Die Verfassung zwischen Ethik und Rechtspraxis. Zürich, Dike/Nomos.

Schlatter C. (2014). Lebenserhaltung in der Neonatologie. Entscheidungsbefugnis – Entscheidungsfindung – Entscheidungsverantwortung. Diss. Zürich/Basel.

Schwarzenegger C. (2011). Schwangerschaftsabbrüche in der Spätphase – Kriminologische und rechtsdogmatische Perspektiven (151-185). In Tag B. (Hrsg.), Lebensbeginn im Spiegel des Medizinrechts. Beiträge der 2. Tagung der Medizinrechtslehrerinnen und Medizinrechtslehrer 2010 in Zürich. Baden-Baden.

Singh S., Remez L., Sedgh G., et al. (2018). Abortion Worldwide 2017. Uneven Progress and Unequal Access. New York.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2018). Gesundheit. Schwangerschaftsabbrüche: 2017. Fachserie 12 Reihe 3 – 2017. Abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Schwangerschaftsabbrueche/Schwangerschaftsabbrueche2120300177004.pdf?__blob=publicationFile

Tanner S. (2011). Ethische Problemstellungen bei pränataler Diagnostik und spätem Schwangerschaftsabbruch aus unterschiedlicher Indikation: Eine explorative Interviewstudie zur Wahrnehmung von Konfliktsituationen aus der Perspektive von Ärztinnen, Ärzten und Hebammen. Diss. Basel.

Tschuor-Naydowski M. (2014). Der Spätabbruch in der Schweiz. Eine rechtswissenschaftliche und medizinethische Betrachtung. Zürich/Basel/Genf, Schulthess Verlag.

Wewetzer C. & Wernstedt T. (Hrsg.) (2008). Spätabbruch der Schwangerschaft. Praktische, ethische und rechtliche Aspekte eines moralischen Konflikts. Frankfurt/Main, Campus Verlag.

Wiesemann C. (2006). Von der Verantwortung, ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft. München, Beck.

Wild, V. (2010). Arzneimittelforschung an schwangeren Frauen. Dilemma, Kontroversen und ethische Diskussion. Frankfurt/New York, Campus.

Wool C., Limbo R., Denny-Koelsch E.M. (2018) «I Would Do It All Over Again»: Cherishing Time and the Absence of Regret in Continuing a Pregnancy after a Life-Limiting Diagnosis. *J Clin Ethics 29*(3):227-236.

Ce document a été approuvé (à l'unanimité, avec une abstention) par la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine le 13 décembre 2018.

Membres de la Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine

Présidente
Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Vice-président
Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Membres
Prof. Dr. med. Samia Hurst
Prof. Dr. med. Tanja Krones
Prof. Dr. iur. Valérie Junod
Prof. Dr. theol. Frank Mathwig
Dr. med. Karen Nestor
Prof. Dr. phil. François-Xavier Putallaz
Dr. med. Benno Röthlisberger
Prof. Dr. iur. Bernhard Rütsche
Prof. Dr. iur. Brigitte Tag
PD Dr. med. Dorothea Wunder
PD Maya Zumstein-Shaha RN PhD

Graphisme et mise en page
Jordi AG, Aemmenmattstrasse 22, 3123 Belp

Bureau

Responsable du bureau
Dr. iur. Tanja Trost

Collaborateur scientifique
Dr. phil. Simone Romagnoli

Cette prise de position est publiée en français et en allemand le chapitre 8 a en outre été traduit en italien. La version en allemand est la version d'origine.

© 2018 Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine, Berne.

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Commission nationale d'éthique dans le domaine de la médecine humaine CNE

CH–3003 Berne

Téléphone +41 (0)58 480 41 07
Télécopie +41 (0)31 322 62 33
info@nek-cne.admin.ch
www.nek-cne.ch