**N° 6103**

**Projet de loi**

**portant modification des articles 351, 353 et 353-1 du Code pénal**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Résumé**

1. **Objet et genèse du projet de loi sous rubrique**

Le projet de loi a pour objet de modifier les dispositions pénales relatives à l’interruption volontaire de grossesse, à savoir les articles 351, 353 et 353-1 du Code pénal.

Ce faisant, il met en œuvre le programme gouvernemental de 2009 qui prévoit une révision de la loi du 15 novembre 1978 relative à l’information sexuelle, à la prévention de l’avortement clandestin et à la réglementation de l’interruption de la grossesse. C’est cette loi qui a donné aux articles 351, 353 et 353-1 du Code pénal leur teneur actuelle.

Le projet de loi sous rubrique répond également à une résolution de l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe datée du 16 avril 2008. Dans cette résolution, l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe, après avoir réaffirmé clairement que l’avortement ne saurait être considéré comme un moyen de planification familiale et qu’il doit être évité autant que possible, a affirmé, tout aussi clairement, que tout être humain, en particulier les femmes, ont droit au respect de leur intégrité physique et à la libre disposition de leur corps. Dans ce contexte, elle a encore affirmé que le choix d’avoir ou non recours à un avortement devrait revenir à la femme, qui devrait disposer des moyens d’exercer ce droit de manière effective. Ce faisant, l’Assemblée parlementaire du Conseil de l’Europe a invité les Etats membres:

* à dépénaliser l’avortement dans des délais de gestation raisonnables;
* à garantir l’exercice effectif du droit des femmes à l’accès à un avortement sans risque et légal;
* à respecter la liberté de choix de la femme et à offrir les conditions d’un choix libre et éclairé, sans promouvoir particulièrement l’avortement;
* à lever les restrictions qui entravent, en fait ou en droit, l’accès à un avortement sans risque et notamment à prendre les mesures nécessaires pour créer les conditions sanitaires, médicales et psychologiques appropriées et pour assurer une prise en charge financière adéquate.

A noter dans ce contexte que le Parlement européen, qui s’est également penché sur la question de l’accessibilité de l’interruption volontaire de grossesse (désignée ci-après l’IVG) a considéré dans une résolution du 10 février 2010 sur l’égalité des femmes et des hommes au sein de l’Union européenne que «*la reconnaissance de l’autonomie physique et sexuelle totale des femmes est une condition sine qua non de toute bonne politique en matière de droits à la santé sexuelle et reproductive »* et qu’il a insisté pour que *« les femmes aient le contrôle de leurs droits sexuels et reproductifs notamment grâce à l’accès aisé à la contraception et à l’avortement»*.

La loi de 1978 trouve principalement son origine dans le constat que les moyens de contraception, et plus particulièrement la pilule dont l’accès s’est rapidement généralisé à partir du début des années ’70, ne permettaient pas à eux seuls d’éviter des grossesses non désirées et partant des interruptions volontaires de grossesse. Il fallait agir et créer un cadre légal permettant dans certaines situations et sous certaines conditions de recourir à l’interruption volontaire de grossesse.

Le présent projet de loi part du constat que ni la loi de 1978 ni l’évolution de l’information sexuelle ni le large accès aux nombreux moyens contraceptifs n’ont pu éviter des grossesses non désirées.

Le nombre de femmes qui continuent à être confrontées à des grossesses non désirées et qui se retrouvent partant dans une situation difficile est important.

En effet, le nombre des avortements pratiqués au Luxembourg est estimé, en l’absence de statistiques fiables, à environ 1.500 à 2.000 par an par la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d’Obstétrique. Celle-ci prend pour critère celui admis à l’échelle internationale, à savoir un tiers des naissances. Le Planning Familial avance des chiffres plus concrets. D’après cette a.s.b.l., elle aurait été confrontée en 2011 à 583 demandes d’interruption volontaire de grossesse médicamenteuses dont 521 auraient été réalisées. Ce chiffre ne concerne bien évidemment que les IVG pratiquées par le Planning familial ou dont les demandes auraient transité par lui. Il n’inclut pas les IVG pratiquées par les médecins gynécologues et obstétriciens luxembourgeois ni les IVG pratiquées à l’étranger.

Si une partie des interruptions volontaires de grossesse peut être évitée, notamment celles des jeunes filles, via une politique de prévention plus volontariste, il n’en demeure pas moins que la grande majorité des grossesses imprévues, environ les 2/3, interviennent sous contraception. En effet, les méthodes contraceptives, malgré de constantes améliorations, ne sont pas infaillibles.

Il est également illusoire, comme le souligne à juste titre le Conseil d’Etat, de penser pouvoir maîtriser la fécondité des femmes. Il existera toujours une demande d’IVG parce que les raisons qui amènent une femme enceinte à envisager une interruption volontaire de grossesse sont multiples et complexes et dépassent le champ d’intervention des pouvoirs publics.

Si la législation de 1978 dépénalise l’IVG dans certaines situations et sous certaines conditions, elle est exclusivement fondée sur l’indication du médecin et ignore la situation de la femme. En effet, l’article 353 du Code pénal dispose que l’IVG n’est possible que dans certaines hypothèses limitatives p.ex.

* lorsque la poursuite de la grossesse, ou les conditions de vie que pourraient entraîner la naissance, risquent de mettre en danger la santé physique ou psychique de la femme enceinte, ou
* lorsqu’il existe un risque sérieux que l’enfant à naître sera atteint d’une maladie grave, de malformations physiques ou d’altérations psychiques importantes, ou
* encore lorsque la grossesse peut être considérée comme étant la conséquence d’un viol,

et à condition qu’elle soit pratiquée par un médecin ayant constaté personnellement l’existence d’une de ces hypothèses.

Il appartient donc exclusivement au médecin d’apprécier s’il existe ou non une indication légale permettant le recours à une IVG. Cette approche, somme toute assez restrictive, est présentée comme une cause majeure du tourisme sanitaire amenant de nombreuses femmes à se rendre à l’étranger pour y voir pratiquer une IVG. En effet, les législations de nombreux pays européens et notamment celles de nos voisins sont souvent plus adaptées aux évolutions sociétales et accordent une plus grande place à la situation personnelle de la femme et à l’appréciation de celle-ci. Or, le tourisme sanitaire conduit non seulement à des situations d’iniquité sociale par rapport à l’accès à une médecine de qualité, mais expose aussi toutes celles qui se rendent à l’étranger à des risques de santé potentiels supérieurs.

Il résulte de ces considérations que l’IVG constitue bel est bien une question de santé publique et qu’il est impératif de garantir un accès approprié au recours à l’IVG. C’est bien l’objectif du présent projet de loi qui entend préciser les conditions d’accès à l’IVG, tout en s’assurant que la femme enceinte concernée fasse son choix librement, mais en parfaite connaissance de cause.

A noter in fine que la nécessaire adaptation des dispositions légales relatives à l’IVG ne signifie absolument pas qu’on banalise l’IVG. L’IVG doit demeurer exceptionnelle. Il est, dès lors, primordial d’éviter autant que possible le recours aux IVG via une meilleure prévention des grossesses non désirées notamment grâce à une politique d’information et d’éducation sexuelles plus ciblée et efficace et une amélioration de l’accès aux moyens contraceptifs. A noter dans ce contexte que depuis le 1er janvier 2012, les moyens de contraception sont remboursés par les caisses de maladie aux jeunes de moins de 25 ans. Cette mesure traduit dans la pratique un point important de l’accord de coalition de 2009.

1. **Adaptations clés du projet de loi**
2. *la reconnaissance de l’autodétermination de la femme*

La première modification essentielle consiste en la reconnaissance de l’autodétermination de la femme. Il appartient à la femme enceinte, et non plus au médecin, d’apprécier la situation de détresse dans laquelle elle se trouve. En effet, si le médecin peut interpréter ou imaginer les difficultés qu’une femme enceinte peut rencontrer ou vivre et qui l’amène à envisager une IVG, il ne saurait en mesurer l’ampleur réelle. Cette remarque vaut d’ailleurs pour toute personne et non pas seulement pour le médecin. L’appréciation d’une situation de détresse ne saurait être que personnelle.

1. *l’abandon de l’énumération des indications d’existence d’une situation de détresse*

Cette modification est le prolongement de la reconnaissance de l’autodétermination de la femme enceinte. Dans la mesure où il appartient à celle-ci d’apprécier et d’évaluer la situation de détresse dans laquelle elle se trouve, il n’y a plus lieu d’énumérer les différentes situations qui permettent le recours à l’IVG. Il ne fait aucun doute, pour citer le Conseil d’Etat, qu’un viol peut placer la femme dans une situation de détresse, de même que la naissance d’un enfant gravement malade peut déclencher chez elle un tel état.

1. *l’introduction d’une consultation préalable obligatoire*

La nouveauté du présent projet de loi consiste en l’introduction d’une consultation préalable obligatoire. En effet, la femme enceinte doit préalablement à l’interruption volontaire de grossesse avoir consulté un service d’assistance psycho-sociale établi auprès d’un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé pour réaliser une interruption volontaire de grossesse.

Le présent projet de loi a tenu à porter une attention particulière sur l’information et le conseil de la femme enceinte, et ce à un moment délicat pour elle. L’introduction d’une consultation préalable obligatoire doit permettre à la femme enceinte de prendre sa décision en toute connaissance de cause.

La caractère obligatoire de cette consultation a fait couler beaucoup d’encre et a été fortement critiqué. Or, il a été maintenu afin de s’assurer que l’objectif d’information et de consultation soit atteint. En effet, la mise en place d’une consultation à caractère facultatif, demandée par certains, comporte le risque que les femmes qui ont le plus besoin d’être écoutées et conseillées ne le soient pas. Sans vouloir nier ou amoindrir le rôle joué par le médecin gynécologue ou obstétricien, il n’est le plus souvent pas outillé de manière appropriée pour accompagner une femme enceinte dans une situation de détresse multifactorielle. Un tel rôle doit revenir à des professionnels formés de manière adéquate pour répondre aux besoins et aux attentes des femmes concernées.

Il est évident que la consultation doit être neutre et qu’elle ne saurait préjuger la décision de la femme.

Il convient de citer dans ce contexte une étude effectuée au lendemain de l’assouplissement de la loi Weil par une docteure en sociologie, Sophie Divay, et portant sur les IVG pratiquées entre 1997 et 2000 soit avant la réforme de la loi française de 1975. Cette étude, bien qu’elle se base sur un échantillon relativement restreint de femmes, dresse néanmoins un tableau intéressant du vécu de nombreuses d’entre elles.

Cette étude aborde notamment la question des consultations préalables qui furent jusqu’à la réforme de 2001 également obligatoires en France. Pour l’auteure de l’étude précitée, la suppression de la consultation signifie certes la disparition d’une forme de contrôle social, mais par là même celle d’un lieu où il était possible d’offrir du temps d’écoute, du soutien et des informations aux femmes. Pour Sophie Divay, *«Seule une nouvelle étude permettrait de dire si la suppression de l’entretien préalable à l’IVG procure plus de liberté aux femmes ou si elle les laisse seules face aux jugements et à l’absence d’informations pratiques.»* A noter encore que de nombreuses femmes ayant participé à l’étude ont reconnu qu’elles ne seraient pas venues à l’entretien si la consultation n’avait pas été obligatoire, alors même qu’elles se disent satisfaites du déroulement de l’entretien.

*d) la prise en compte de la situation particulière des femmes mineures non émancipées*

Le projet de loi sous rubrique prend en compte la situation particulière des femmes mineures non émancipées. Si la femme mineure non émancipée, qui est enceinte et qui souhaite pratiquer une IVG, doit en principe obtenir le consentement de son ou de ses représentants légaux respectivement du ou des titulaires de l’autorité parentale, en principe ses parents, elle peut, d’après le présent projet de loi, garder le secret à l’égard de ceux-ci et partant faire abstraction de leur consentement. Le présent projet de loi prévoit toutefois que le service d’assistance psycho-sociale doit s’efforcer d’obtenir le consentement de la femme enceinte pour que ses parents soient consultés. Il est, en effet, toujours préférable que les parents soient au courant de la situation dans laquelle se trouve leur enfant.

Si la femme mineure non émancipée refuse d’effectuer cette démarche ou si le consentement n’est pas obtenu, l’IVG pourra néanmoins être pratiquée à condition que la mineure se fasse accompagner d’une personne de confiance majeure qu’elle désigne. Il échet de noter dans ce contexte que des dispositions analogues existent en France.