

N° 6683⁷

CHAMBRE DES DEPUTES

Session extraordinaire 2013-2014

PROJET DE LOI

portant modification:

- 1) du Code pénal et
- 2) 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 volontaire de grossesse

* * *

**AVIS DU MOUVEMENT LUXEMBOURGEOIS
POUR LE PLANNING FAMILIAL ET L'EDUCATION SEXUELLE**
(4.9.2014)

PREAMBULE

Le Mouvement Luxembourgeois pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle, ci-après dénommé le Planning Familial a été saisi par le gouvernement en date du 30 avril 2014 pour donner son avis sur le projet de loi ci-dessus référencé.

Le projet de loi déposé en avril 2014 fait faire à la cause et aux droits des femmes, un bond en avant. Le Planning Familial salue la volonté politique actuelle alors même que dans certains pays, comme l'Espagne, l'heure est à la restriction de ces mêmes droits.

*

AUTODETERMINATION DES FEMMES

Le Gouvernement propose un texte qui s'appuie sur une notion de *déla*i. C'est le principe fondamental d'une **loi libérale**. Les lois restrictives retiennent, elles, un certain nombre d'indications plus ou moins larges dans le seul cadre desquelles une femme peut obtenir une IVG.

Dans le projet de loi, la seule limite posée aux femmes qui souhaitent interrompre leur grossesse est le délai à respecter: 12 semaines de grossesse, à l'instar de l'immense majorité des pays qui ont adopté ce type de loi¹ (exceptions: Pays-Bas (13 semaines ou viabilité du fœtus en cas de détresse discutée par la femme et son médecin, Suède (18 semaines), Roumanie et Espagne (14 semaines).

Ce texte permet au Luxembourg de rejoindre le groupe des 21 pays de l'Union Européenne qui ont adopté une loi fondée sur les délais. L'Union Européenne (UE) rassemble désormais 22 pays sur 58² dans le monde ayant une loi libérale.

Sur le territoire de l'UE, 3 pays, Chypre, la Finlande et la Grande-Bretagne, autorisent l'interruption volontaire de grossesse (IVG) sur base d'une indication socio-économique, 1 pays, la Pologne, pour sauvegarder la santé physique de la mère y compris le viol et l'inceste et enfin 2 derniers, Malte et l'Irlande où en théorie un avortement est possible pour sauver la vie de la mère. Mais c'est dans cette catégorie que se range le plus grand nombre de pays, 69 dans le monde.

¹ IPPF; Abortion legislation in Europe – www.ippfen.org

² Center for reproductive rights; The World abortion laws – www.reproductiverights.org

1. En posant comme seule condition légale à l'avortement, un délai de 12 semaines à respecter, le projet de loi consacre le droit à l'**autodétermination** des femmes. La femme n'a plus besoin de se justifier, même pas d'être en détresse (loi de 2012). C'est SA décision; la femme est souveraine.
2. Une jeune femme mineure peut également décider d'interrompre sa grossesse de manière confidentielle, avec l'accompagnement d'une personne majeure de confiance et de son choix, sans pression sur elle pour obtenir le consentement du représentant légal.
3. Autre mesure qui souligne l'autodétermination des femmes dans ce texte: l'obligation de consultation à caractère psychosocial instaurée par la loi de 2012 se transforme en droit. La/les consultation(s) seront systématiquement offerte(s) avant et après l'IVG.
4. La suppression de l'obligation pour la femme enceinte majeure de confirmer sa détermination à interrompre sa grossesse par écrit procède du même état d'esprit.

Le Planning Familial approuve.

Il appartiendra alors au médecin de prévoir dans ses procédures qualité un dispositif qui documente qu'il a, d'une part, offert les consultations pré- et post-IVG et, d'autre part, constaté la détermination de la femme. La responsabilité est désormais du côté du médecin. Dans ce domaine, les cliniques des Pays-Bas sont très bien outillées.

*

DEPENALISATION DE L'IVG

En abordant la question de l'IVG dans une perspective de santé publique, le Gouvernement change de paradigme. Le Planning Familial ne peut qu'être satisfait de cette évolution.

Il se place désormais dans la logique de l'OMS qui définit la santé comme un état de complet **bien-être physique, mental et social**, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

1. L'IVG est un acte médical qui engage toujours la responsabilité pénale du médecin qui la pratique.

L'article 350 du Code pénal prévoit que „Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura avorté ou tenté d'avorter une femme enceinte ou supposée enceinte qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de deux à cinq ans et à une amende de „251.– à 25.000.– euros“.

Il conviendrait d'ajouter pour tenir compte du cas de l'IVG médicamenteuse, à l'instar de l'article L.2222-4 du Code de santé publique français, un alinéa à l'article 350 dont la teneur pourrait être: la prescription ou la délivrance de médicaments ayant pour but de provoquer une IVG ne peuvent être assimilées au délit susmentionné.

2. En revanche, il écarte toute responsabilité pénale dans le chef de la femme.

Le Planning Familial ne peut que se réjouir de cette évolution majeure.

3. Le Gouvernement, dans son exposé des motifs, dit en effet entendre dépenaliser l'avortement à l'instar de certains pays d'Europe (Danemark, France et Pays-Bas). Pour reprendre l'exemple de la France, il convient de noter que ce pays ne retient plus de sanctions vis-à-vis des femmes³. Ce sont les médecins qui peuvent être pénalisés en ayant accepté de pratiquer une IVG en dehors des conditions légales.

On pourrait alors avancer l'idée de réintroduire un alinéa 2 à l'article 351 (article 13 dans le présent projet de loi), comme c'était le cas dans la loi de 1978 et qui disposerait par exemple qu'il n'y aurait pas d'infraction lorsque la femme aurait agi sous l'empire d'une situation d'exception.

4. Délit d'entrave à l'IVG

Dans la droite ligne de la dépenalisation de l'IVG, du respect du choix des femmes, de la garantie d'accès à un acte médical dans un contexte de santé publique, le Gouvernement pourrait aller plus loin en prévoyant un délit d'entrave à l'IVG.

Le Planning recommande vivement sa mise en place, en s'inspirant par exemple de la législation française.

³ Code de la santé publique français: titre II-chapitre II

Code de santé publique français

Art. L.2223-1.– Toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits, dont l’objet statutaire comporte la défense des droits des femmes à accéder à la contraception et à l’interruption de grossesse, peut exercer les droits reconnus à la partie civile en ce qui concerne les infractions prévues par l’article L.2223-2 lorsque les faits ont été commis en vue d’empêcher ou de tenter d’empêcher une interruption volontaire de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L.2212-3 à L.2212-8.

Art. L.2223-2.– Modifié par la LOI n° 2014-873 du 4 août 2014 – art. 25

Est puni de deux ans d’emprisonnement et de 30.000 euros d’amende le fait d’empêcher ou de tenter d’empêcher de pratiquer ou de s’informer sur une interruption de grossesse ou les actes préalables prévus par les articles L.2212-3 à L.2212-8:

- soit en perturbant de quelque manière que ce soit l’accès aux établissements mentionnés à l’article L.2212-2, la libre circulation des personnes à l’intérieur de ces établissements ou les conditions de travail des personnels médicaux et non médicaux;
- soit en exerçant des pressions morales et psychologiques, des menaces ou tout acte d’intimidation à l’encontre des personnels médicaux et non médicaux travaillant dans ces établissements, des femmes venues y subir ou s’informer sur une interruption volontaire de grossesse ou de l’entourage de ces dernières.

*

QUALIFICATION DES MEDECINS

1. Changement de praticien opéré dans la loi de 2012 par rapport à la loi de 1978 en matière de personnel médical habilité à pratiquer une IVG est: de médecin généraliste à gynécologue obstétricien?

Enigme, oui, car aucun débat n’a eu lieu sur ce point puisque cela ne figurait même pas dans le projet de loi initial.

On peut seulement constater à la lecture du procès-verbal de la réunion du 28 mars 2012 de la commission juridique dans ses propositions d’amendements qu’il y a eu tout bonnement et simplement substitution de termes; de tout médecin autorisé à pratiquer l’art de guérir à gynécologue ou obstétricien.

Dans la dépêche subséquente du Président de la Chambre des Députés au Président du Conseil d’Etat, on peut lire en commentaire de l’article 353: „L’IVG doit être réalisée par un médecin gynécologue ou obstétricien autorisé à pratiquer l’art de guérir au Luxembourg, condition déjà prévue par la législation actuelle et par le projet de loi initial.“, ce qui est faux!

Le Planning Familial réclame des explications.

Le projet de loi de 2014 a rétabli la compétence du généraliste pour la pratique de l’IVG médicamenteuse.

Le Planning Familial approuve.

IVG jusqu’à 12 semaines de grossesse

Deux points restent cependant de la seule compétence du gynécologue:

- l’IVG chirurgicale pour laquelle il existe un problème d’accès à un praticien non jugeant.

De ce fait, certaines femmes préférèrent même se rendre chez nos voisins belges ou néerlandais, qui d’ailleurs ouvrent cette pratique aux généralistes. Ce choix-là n’est pas donné à toutes les femmes pour des raisons financières. En effet, l’IVG pourtant pratiquée dans des centres agréés à l’étranger n’est pas remboursée, sauf bien sûr autorisation préalable improbable du contrôle médical. Cela devrait changer.

- la détermination de l'âge et du siège de la grossesse

La proposition de loi déposée par Lydie Err le 13 mars 2007 proposait l'amendement suivant par rapport à la loi de 1978: article 13 „L'IVG ne peut être pratiquée que par:

- *soit un médecin spécialiste en gynécologie obstétrique;*
- *soit un médecin autorisé à pratiquer l'art de guérir au Luxembourg pouvant faire valoir une formation dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, à définir par RGD.“*

Ceci permettrait d'avoir un accès plus fluide et rapide à l'IVG, dans l'intérêt de la santé des femmes.

Point particulier de l'IVG au-delà de 12 semaines

Le Planning Familial demande une clarification sur la qualité des 2 médecins qui doivent attester qu'il existe une menace grave pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou de l'enfant à naître.

*

INTEGRATION DE LA REGLEMENTATION DE L'IVG DANS UNE LOI SPECIALE, EN L'OCCURRENCE DE LA LOI DE 1978

1. Dépénalisation de l'IVG

Ceci se place dans la droite ligne de la volonté de dépénalisation de l'IVG telle qu'elle figure dans l'exposé des motifs du projet de loi.

Le Planning Familial ne peut qu'approuver.

2. Prévention

La réglementation de l'IVG se trouvait au chapitre II de la loi de 1978, le chapitre I étant, lui, consacré à la prévention.

A la différence de la loi de 2012, le projet de loi actuel prévoit l'articulation de ces 2 chapitres, intimement liés, dans un même texte.

Le Planning Familial salue le retour dans les textes à une logique de prévention des grossesses non désirées.

Pour limiter le nombre de grossesses non désirées, et donc d'avortements, il faut en effet une volonté politique marquée:

- dans le domaine de la prévention (éducation sexuelle et affective, formation, contraception)
- dans la garantie d'un accès facile aux informations et aux services de santé, au risque de ne pas donner la possibilité aux femmes de se situer dans le délai légal de 12 semaines.

Autrement dit, la volonté politique est absolument nécessaire mais pas suffisante; il faut garantir les moyens de cette politique.

Sur ce point, l'Etat doit veiller à la mise en oeuvre de son programme national de promotion de la santé affective et sexuelle et le doter des ressources nécessaires.

Dans la même perspective, l'Etat doit renforcer les moyens des institutions appelées à jouer un rôle de premier plan dans cette politique, parmi lesquels le Planning Familial. Ceci est inscrit dans sa raison sociale. Pour mémoire, le Planning Familial dispose d'1,5 poste pour assurer cette ambitieuse et primordiale mission de formation et d'information sexuelle et affective, acquis après quasi 50 années d'efforts dans ce domaine.

Le Planning Familial demande que des moyens adéquats lui soient octroyés.

Il faut en effet garder à l'esprit, ne serait-ce que 3 faits:

- L'étude HBSC de 2009/10⁴ fait ressortir que les jeunes Luxembourgeois de 15 ans comptent parmi ceux qui ont un rapport sexuel le plus précocement. Or, une activité sexuelle précoce alors que les

⁴ OMS: rapport HSBC 2009/2010 (Health Behavior in School aged Children) p. 173 à 184
<http://www.hbsc.org/publications/international/>

jeunes sont encore en train de se développer sur le plan cognitif et émotionnel comporte des risques plus élevés vis-à-vis des IST et des grossesses non désirées. De plus, une activité sexuelle précoce a été identifiée comme un marqueur de santé sexuelle et de santé en général car associée à d'autres facteurs de risque (usage de substances dangereuses, santé mentale fragile, etc.).

- Cette étude montre encore que les jeunes Luxembourgeois de 15 ans comptent parmi ceux qui ont le plus de difficultés à parler à leurs parents.
- La pornographie a investi la toile en maître, à laquelle jeunes, trop jeunes, ont un accès facile grâce aux nouvelles technologies (smartphone, etc.), source où ils puisent leurs „informations“ et des modèles de comportements, en dehors de toutes valeurs affectives, de respect, etc.

Ceci confirme l'importance de ressources suffisantes dédiées à une information vraie, claire, précoce, répétée et adaptée aux différents âges.

Remboursement des moyens de contraception

Dans l'optique d'une réduction des grossesses non désirées et a fortiori d'IVG répétées, il faut absolument inclure dans les moyens de contraception remboursés, toutes les méthodes à longue durée d'action ou permanentes y compris les actes médicaux y relatifs: stérilets, implants contraceptifs mais aussi la stérilisation volontaire. Il sera alors nécessaire d'adapter la nomenclature de la CNS en créant des codes spécifiques pour ces actes.

Le Planning Familial ne s'explique pas pourquoi ces dispositifs contraceptifs ont été initialement écartés des méthodes prises en charge et demande des explications.

En effet, sur 5 années d'observation, le Planning Familial a constaté que 53% des femmes ayant eu recours à un avortement utilisaient un moyen de contraception. En 2013, une seule grossesse a eu lieu sous moyen de contraception à longue action.

Dans le cadre de l'autodétermination des femmes, il est important de considérer la stérilisation féminine également comme méthode de contraception.

Il n'y a pas non plus de logique financière au non-remboursement des méthodes à longue action. En effet, si l'on prend un coût moyen de 140 euros pour une méthode dont la durée d'action est de 5 années, alors le coût mensuel, hors pose, s'établit à 2,33 euros, et à 3,89 euros pour une méthode efficace pendant 3 années!

Cela évitera des grossesses non désirées et épargnera à la Caisse Nationale de Santé le coût des IVG correspondantes!

Dans la même logique, le Planning Familial recommande au plus haut point de rembourser la contraception d'urgence, EllaOne disponible sur prescription médicale, de même que Norlevo et Postinor pour lesquels il faut trouver une solution particulière car ils sont en vente libre.

Le Planning Familial délivre plus de 1.000 pilules du sur/lendemain par an, 1.349 en 2013. Par contre, le nombre de grossesses non désirées après échec de la contraception d'urgence est en moyenne sur 5 années, de 20 par an, avec l'hypothèse qu'elle ait été prise dans les délais.

Age limite du remboursement de la contraception

Il n'y a pas d'âge pour se trouver face à une grossesse non désirée. Sur 5 années de collecte de données, la moyenne d'âge des femmes ayant eu recours à l'avortement s'établit à 27,5 ans. Autrement dit, 60% des femmes avaient plus de 25 ans sur la même période.

Le Planning Familial demande que la prise en charge soit étendue à toutes les femmes.

*

IVG, QUESTION DE SANTE PUBLIQUE

1. Garantir l'accès

Le Gouvernement doit garantir un accès neutre pour toutes les femmes souhaitant interrompre leur grossesse, en particulier pour l'IVG chirurgicale. Le Planning Familial insiste sur l'accueil non jugeant des femmes.

2. Système de surveillance de l'IVG, de la santé sexuelle et reproductive, en particulier de la contraception

Il faut donc organiser la collecte d'un certain nombre de données, la première d'entre elles étant le nombre annuel d'IVG pratiquées au Luxembourg.

Cela passe par la création de codes spécifiques dans la nomenclature de la CNS pour l'IVG médicamenteuse d'une part, et l'IVG chirurgicale d'autre part.

A l'instar de certains pays, une déclaration anonyme reprenant les données clés à collecter devrait être soumise pour chaque IVG.

Le recueil de données statistiques permettra, entre autres, d'évaluer l'efficacité de la politique de prévention et des mesures mises en place, voire de les amender.

Actuellement, il n'existe aucune donnée d'envergure nationale sur la santé sexuelle et reproductive.

Le Planning Familial recommande vivement la réalisation d'une enquête représentative de la population luxembourgeoise, avec comme objectif notamment d'évaluer la situation avant la mise en place du programme national de promotion de la santé affective et sexuelle dont le remboursement de la contraception.

*

MODIFICATION DE L'ARTICLE 5 DU CHAPITRE I DE LA LOI DE 1978

Le Planning Familial approuve le changement de l'article qui place les centres régionaux de consultation et d'information familiale sous la tutelle du Ministère de la Santé.

La Directrice,
Catherine CHERY

La présidente du Conseil d'administration,
Danielle IGNITI

