

N° 6103⁸

CHAMBRE DES DEPUTES

Session ordinaire 2012-2013

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

* * *

RAPPORT DE LA COMMISSION JURIDIQUE

(14.11.2012)

La Commission se compose de: M. Gilles ROTH, Président; M. Lucien WEILER, Rapporteur; MM. Marc ANGEL, Xavier BETTEL, Alex BODRY, Félix BRAZ, Mme Christine DOERNER, MM. Jacques-Yves HENCKES, Jean-Pierre KLEIN, Paul-Henri MEYERS, Mme Lydie POLFER et M. Léon GLODEN, Membres.

*

I. ANTECEDENTS

Le projet de loi sous rubrique fut déposé à la Chambre des Députés par Monsieur le Ministre de la Justice le 20 janvier 2010. Il était accompagné d'un exposé des motifs et d'un commentaire des articles.

Le projet de loi sous rubrique a été avisé par le Conseil d'Etat une première fois en date du 16 juillet 2010. La Commission juridique ayant adopté des amendements au texte initial en date du 11 juillet 2012, le Conseil d'Etat a rendu son avis complémentaire le 9 octobre 2012.

Le présent projet de loi a également été avisé par:

- le Conseil National des Femmes du Luxembourg (CNFL) en date du 17 mai 2010;
- l'Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand (ORK) en date du 14 juillet 2010;
- la Commission consultative des Droits de l'Homme (CCDH) en date du 8 décembre 2010 et en date du mois de février 2012 (avis complémentaire).

Lors de sa réunion du 29 février 2012, la Commission juridique a désigné son rapporteur en la personne de Monsieur Lucien Weiler. Au cours de cette même réunion, le présent projet de loi a été présenté aux membres de la Commission juridique qui l'ont ensuite examiné à la lumière du premier avis du Conseil d'Etat. A cette occasion les partenaires de coalition ont également présenté en commission un texte de compromis reprenant les critiques principales du Conseil d'Etat et le rapporteur s'est engagé à rédiger un texte qui prend en compte les différentes remarques formulées au cours de cette réunion.

Une première proposition d'amendements fut présentée aux membres de la Commission juridique en date du 28 mars 2012. Au cours de cette réunion, celle-ci a décidé d'entendre les représentants de la „Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique“ avant d'adopter les amendements proposés.

L'échange de vues avec la „Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique“ a eu lieu en date du 18 avril 2012.

La Commission juridique a également décidé d'entendre en commission les a.s.b.l. „Initiativ Liewensufank“ et „Planning Familial“ lors de sa réunion du 16 mai 2012.

La Commission juridique a poursuivi ses travaux parlementaires le 11 juillet 2012, en adoptant une série d'amendements au texte gouvernemental, amendements qui furent transmis au Conseil d'Etat pour avis. Ces amendements ont été avisés en date du 9 octobre 2012.

La Commission juridique s'est encore réunie en date du 7 novembre 2012 pour examiner l'avis complémentaire du Conseil d'Etat.

Le présent rapport a été, quant à lui, adopté par les membres de la Commission juridique en leur réunion du 14 novembre 2012.

*

II. CONSIDERATIONS GENERALES

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 médicamenteuse 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.

2. Adaptations clés du projet de loi

a) 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.

b) *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.

c) *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 caractéristique obligatoire de cette consultation a fait couler beaucoup d'encre et a été fortement critiquée. 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.

*

III. AVIS DU CONSEIL D'ETAT DU 16 JUILLET 2010

Le Conseil d'Etat a rendu un premier avis très circonstancié en date du 16 juillet 2010. Il est renvoyé pour le détail au document parlementaire n° 6103².

Plusieurs points méritent cependant d'être soulevés.

Le Conseil d'Etat, après avoir constaté la volonté des auteurs du projet de loi de déférer l'appréciation de l'état de détresse aux femmes concernées, attire l'attention sur les risques d'un système qui fait dépendre la dépenalisation d'une IVG de l'appréciation d'un médecin sur l'existence d'une indication, et cite un arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (*Tysiak c. Pologne*) dans lequel la Cour Européenne des Droits de l'Homme a considéré que „[...] le législateur, dès lors qu'il décide d'autoriser l'avortement, ne doit pas l'encadrer par des règles juridiques limitant dans la réalité la possibilité d'obtenir une telle intervention.“.

Pour la Cour, le législateur devrait ainsi également prévoir un cadre procédural approprié pour résoudre les cas de désaccord sur l'opportunité d'une IVG, à défaut de quoi il y aurait violation de l'article 8 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme qui dispose que toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale. A noter que dans cette affaire, il s'agissait d'un avortement thérapeutique.

Le Conseil d'Etat en a conclu que l'appréciation de l'indication ne pouvait être confiée à un médecin que si un contrôle de sa décision était prévu. Il a, par conséquent, approuvé la démarche des auteurs du projet de loi de réserver l'appréciation d'un état de détresse à la seule femme, alors que pour lui la situation de détresse ne peut être qu'une perception intrinsèque de la femme concernée et qui ne saurait partant être soumise à interprétation par autrui. Le Conseil d'Etat a encore ajouté qu'il n'appartient ni au médecin ni à une autre personne qui pourrait être consultée de mettre en question le bien-fondé de cette perception.

Concernant le caractère contraignant de la 2e consultation préalable, le Conseil d'Etat s'est montré plutôt réservé, tout en étant convaincu de l'utilité d'une consultation psycho-sociale.

La Commission juridique a maintenu le caractère obligatoire de la 2e consultation préalable. Elle a cependant proposé des aménagements dont il sera question au niveau du commentaire des articles. Il est à nouveau rappelé que le caractère obligatoire de la 2e consultation permet de s'assurer que toutes les femmes concernées bénéficient d'un soutien et d'une écoute adéquate.

*

IV. AMENDEMENTS PARLEMENTAIRES DU 11 JUILLET 2012 ET AVIS COMPLEMENTAIRE DU CONSEIL D'ETAT DU 9 OCTOBRE 2012

La Commission juridique a adopté en date du 11 juillet 2012 une série d'amendements au projet de loi initial, amendements qui ont été avisés par le Conseil d'Etat le 9 octobre 2012. Pour le détail, il est renvoyé aux documents parlementaires n° 6103⁶ et n° 6103⁷.

A noter que les amendements parlementaires portent essentiellement sur la structure du projet de loi et respectent l'esprit même du texte initial.

*

V. COMMENTAIRE DES ARTICLES

Modification de l'intitulé du projet de loi

Le projet de loi initial proposait de modifier un seul article, à savoir l'article 353 du Code pénal.

Le Conseil d'Etat a fait observer qu'en raison des modifications proposées à l'endroit de l'article 353 du Code pénal, les libellés respectifs des articles 351 et 353-1 du Code pénal devaient également être adaptés.

La Commission juridique ayant décidé de suivre la proposition du Conseil d'Etat de modifier également les articles 351 et 353-1 du Code pénal, une modification de l'intitulé même du projet de loi s'impose.

Dans son avis complémentaire du 9 octobre 2012, le Conseil d'Etat a approuvé cette modification.

Article 1er nouveau – modification de l'article 351 du Code pénal

L'article 351 vise l'impunité de la femme enceinte ayant recouru à une interruption volontaire de grossesse.

Cet article a été modifié suite à la suggestion du Conseil d'Etat. En effet, celui-ci a fait valoir que le libellé actuel de l'alinéa (2) de l'article 351, qui prévoit qu'il n'y a pas d'infraction lorsque la femme enceinte, qui s'est fait avorter volontairement, a agi sous l'emprise d'une situation de détresse particulière, ne pourra pas être maintenu compte tenu des modifications apportées à l'article 353, paragraphe (1).

La Commission juridique a proposé de supprimer l'alinéa (2) de l'article 351, afin de tenir compte des observations du Conseil d'Etat.

Elle a également décidé pour des raisons de clarifications d'insérer à l'endroit de l'alinéa (1) de l'article 351 le bout de phrase „*en dehors des conditions posées à l'article 353*“.

Article 2 nouveau (article unique initial) – modification de l'article 353 du Code pénal

L'article 2 nouveau, reprenant l'article unique initial sous une forme amendée, détermine les circonstances et les conditions dans lesquelles une interruption volontaire de grossesse (dénommé ci-après „IVG“) peut être pratiquée pour ne pas constituer une infraction pénale.

Paragraphe (1)

Dans le projet de loi initial, il était proposé de remplacer la notion de „*santé physique ou psychique de la femme enceinte*“ figurant sous le point a) du paragraphe (1) par celle de „*situation de détresse d'ordre physique, psychique ou social*“.

Les deux autres cas d'ouverture du droit à l'IVG, à savoir (i) l'existence d'un risque sérieux que l'enfant à naître sera atteint d'une maladie grave, de malformations physiques ou d'altérations psychiques importantes et (ii) l'état de grossesse pouvant être considéré comme étant la conséquence d'un viol tels qu'ils figurent sous les points b) et c) de l'article 353 actuel du Code pénal ont été maintenus dans le nouveau libellé proposé de l'article 353 du Code pénal.

Avis du Conseil d'Etat (16 juillet 2010)

Le Conseil d'Etat considère cependant que si la situation de détresse était retenue, il ne faudrait pas la décliner en différentes variations, d'autant plus que la notion de détresse sociale n'est pas autrement définie.

La notion de détresse non autrement définie permet d'intégrer les deux autres cas d'ouverture à l'IVG spécifiques, de sorte qu'il peut en être fait abstraction au niveau du nouveau libellé proposé de l'article 353 du Code pénal. Le Conseil d'Etat fait observer, au sujet de l'état de grossesse pouvant être considéré comme étant la conséquence d'un viol, qu'il ne serait en effet guère concevable qu'un viol entraînant une grossesse ne soit pas à l'origine d'un état de détresse dans le chef de la femme justifiant *per se* un avortement.

Le Conseil d'Etat se prononce pour une approche holistique à la base de la détermination d'un état de détresse.

La Haute Cour note enfin que la notion de détresse pour laquelle il n'existe pas de définition légale est une notion éminemment subjective qui ne peut être appréciée souverainement que par la personne concernée et ne saurait par conséquent être soumise à une interprétation par autrui, et *a fortiori*, par les autorités de poursuite et judiciaires. Il ne serait partant guère possible au juge de fond saisi de vérifier l'existence des éléments constitutifs de l'infraction.

Le Conseil d'Etat renvoie au point 116 de l'arrêt de la Cour Européenne des Droits de l'Homme dans l'affaire *Tysiac v. Pologne* selon lequel „[...] Une fois que le législateur a décidé d'autoriser

l'avortement, il ne doit pas concevoir le cadre légal correspondant d'une manière qui limite dans la réalité la possibilité d'obtenir une telle intervention."

Partant de ces constats, le Conseil d'Etat demande sous peine d'opposition formelle, que le principe d'autodétermination de la femme enceinte soit consacré dans le futur texte de loi.

Amendements parlementaires (11 juillet 2012)

La Commission juridique a procédé à une reformulation du texte de manière à ce qu'il reflète, dès l'ingrès, le principe d'autodétermination de la femme enceinte.

Le libellé tel qu'amendé tient compte des observations afférentes du Conseil d'Etat. La situation de détresse dans sa généralité est retenue comme cas d'ouverture à l'interruption volontaire de grossesse.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le Conseil d'Etat approuve la première phrase telle qu'amendée, sauf à proposer une modification d'ordre rédactionnel qui consiste à ajouter le mot „et“ avant la deuxième partie de la phrase relative au principe de l'autodétermination de la femme enceinte.

Quant à l'ordre de la numérotation des points 1. à 4. du paragraphe (1) de l'article 353 du Code pénal, le Conseil d'Etat considère qu'il faudrait respecter dans cette énumération des conditions la chronologie des différentes étapes dans le parcours de la femme enceinte concernée, à savoir:

1. la consultation préalable d'un gynécologue ou obstétricien;
2. la consultation préalable d'un service d'assistance psycho-sociale;
3. l'existence d'une confirmation écrite; et
4. les modalités selon lesquelles l'interruption volontaire est pratiquée.

Les intitulés ci-après reprennent pour des raisons de lisibilité en premier lieu la numérotation finalement retenue et entre parenthèses celle prévue par le projet de loi initial suivie de celle des amendements parlementaires.

Point 1. (point 1° du projet de loi initial/point 2. des amendements parlementaires)

Le projet de loi initial prévoyait qu'au moins trois jours avant l'interruption volontaire de grossesse, la femme enceinte doit avoir consulté un médecin gynécologue ou obstétricien.

Avis du Conseil d'Etat (16 juillet 2010)

Les auteurs du projet de loi initial précisent dans ce contexte les obligations du médecin. Il devra ainsi déterminer le siège et l'âge exact de la grossesse (premier tiret du point 1° initial) et informer la patiente des différentes méthodes d'IVG existantes ainsi que des risques médicaux et des effets secondaires potentiels de ces méthodes (deuxième tiret du point 1° initial) et remettre à la femme enceinte une liste des centres de consultation et d'information familiale agréés en vue de la deuxième consultation obligatoire (troisième tiret du point 1° initial).

Le médecin devra également, pour autant qu'il ne soit pas en mesure de pratiquer l'interruption volontaire de grossesse lui-même, fournir à la femme enceinte le nom d'un ou de plusieurs médecins disposés à pratiquer une interruption volontaire de grossesse (quatrième tiret du point 1° initial).

Le Conseil d'Etat s'interroge „[...] comment le médecin pourra s'assurer de disposer du nom d'un ou plusieurs médecins disposés à pratiquer une interruption de grossesse sans qu'il existe une liste officielle des établissements agréés où pratiquent ces médecins. Partant, le Conseil d'Etat est d'avis qu'il appartient au ministre ayant la Santé dans ses attributions de mettre à la disposition du médecin une telle liste.“. Il suggère partant une reformulation du texte en ce sens.

Faisant état de considérations d'accessibilité et de continuité de la prise en charge, le Conseil d'Etat plaide en faveur de l'établissement par le ministre ayant la Santé dans ses attributions d'une liste de médecins disposés à pratiquer une interruption volontaire de grossesse. Il formule une proposition de texte en ce sens.

Quant à la femme enceinte mineure non émancipée demandeur d'une IVG qui refuse de recueillir le consentement de son/ses représentant(s) légal(aux) (cinquième tiret du point 1° initial), le Conseil d'Etat désapprouve la solution proposée et insiste à ce que la réalisation de l'IVG soit précédée d'une confir-

mation écrite signée par la femme enceinte mineure non émancipée et par une personne de confiance majeure. Il convient à cet égard d'assurer, sur le plan juridique, la protection du médecin réalisant l'IVG et, le cas échéant, celle de la personne de confiance majeure dans l'hypothèse d'un conflit avec le(s) représentant(s) légal(aux) de la femme enceinte mineure non émancipée qui s'opposent à la réalisation de l'IVG. Le Conseil d'Etat soumet une proposition de reformulation du tiret afférent.

Amendement parlementaire (11 juillet 2012)

Le point 1° initial devient le point 2.

La Commission juridique ne suit que partiellement le Conseil d'Etat et préconise que la consultation préalable du médecin gynécologue ou obstétricien doit se faire au moins trois jours avant l'IVG.

Le texte proposé ne différencie plus entre l'IVG chirurgicale et l'IVG médicamenteuse, comme il s'agit de deux techniques d'IVG couramment utilisées.

Il appartient au médecin de conseiller la femme enceinte sur la meilleure méthode à envisager. A noter qu'une IVG médicamenteuse ne peut être réalisée qu'en tout début de grossesse et qu'une IVG chirurgicale ne peut être pratiquée que dans un établissement hospitalier.

L'obligation d'information imposée au médecin concernant la grossesse elle-même (le siège de la grossesse et la détermination de l'âge) et les risques liés à l'IVG a été reformulée.

Le libellé proposé prévoit aussi un certain nombre d'obligations dans le chef de la femme enceinte. Celle-ci doit avoir obtenu, avant la réalisation de l'IVG, une série de documents et d'informations tant de la part de son médecin que de la part du service d'assistance psycho-sociale tel que visé au point 3. des amendements parlementaires.

Les membres de la commission ont repris la proposition de reformulation du texte du Conseil d'Etat au sujet de la liste des établissements agréés pour pratiquer une IVG à remettre par le médecin gynécologue ou obstétricien en cas d'indisponibilité de sa part à pratiquer une IVG.

La Commission juridique a fait sienne la suggestion de libellé du Conseil d'Etat.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le point 2° devient le point 1.

Le Conseil d'Etat fait observer que le maintien de la consultation obligatoire psycho-sociale préalable „[...] devrait permettre la mise en place d'une filière de prise en charge globale, intégrant dans une structure définie le médecin (qui le cas échéant peut pratiquer en milieu extrahospitalier mais en lien conventionnel avec l'hôpital assurant les urgences) et le service psycho-social.“

Il déclare ne pas partager „[...] le raisonnement des auteurs (ndlr: la Commission juridique) qui estiment dans le commentaire de l'article sous le point 2° (ndlr: version amendement parlementaire) qu'„en mettant l'accent sur les obligations de la femme enceinte plutôt que sur les obligations du médecin, on tient mieux compte du principe de l'autodétermination de la femme.“ “

Le Conseil d'Etat estime qu'il faut veiller à ne pas réduire tant le médecin que le service d'assistance psycho-sociale à des „[...] intervenants requis pour obtenir une dépenalisation, alors qu'il sont censés aider et soutenir la femme qui les consulte, et lui prêter les services dont elle a besoin dans sa situation de détresse.“

La Commission juridique a repris la proposition de reformulation du texte telle que suggérée par le Conseil d'Etat.

Point 2. (point 2° et 1er tiret du point c) du paragraphe (2) initial du projet de loi initial/point 3. selon les amendements parlementaires)

Les auteurs du projet de loi initial ont proposé une deuxième consultation obligatoire auprès d'un centre de consultation et d'information familiale.

Avis du Conseil d'Etat (16 juillet 2010)

Au sujet des centres de consultation et d'information familiale, le Conseil d'Etat indique rester „[...] réservé quant à l'obligation imposée à une femme de s'y rendre contre sa volonté.“

Il propose par conséquent de supprimer le point 2° initialement proposé et de reformuler le libellé du troisième tiret du point 1° initial, tout en insistant sur la nécessité de préciser davantage les conditions d'agrément des centres de consultation et d'information telles que prévues à l'article 5 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.

Finalement, il estime que le délai devant séparer la consultation du médecin gynécologue ou obstétricien et la réalisation de l'IVG devrait être fixé à sept jours.

Amendement parlementaire (11 juillet 2012)

Le point 2° initial devient le point 3.

La Commission juridique quant à elle, bien qu'attachée au principe de la deuxième consultation obligatoire, suggère de modifier les modalités de cette consultation en l'établissant au niveau des établissements hospitaliers ou tout autre établissement agréé pour réaliser une IVG par arrêté du ministre ayant la Santé dans ses attributions en lieu et place des centres de consultation et d'information familiale tel qu'initialement proposé. Ces établissements doivent dès lors disposer d'un service d'assistance psycho-sociale.

L'obligation initialement prescrite dans le chef du médecin gynécologue ou obstétricien de la remise d'une liste des centres de consultation et d'information familiale agréés par le médecin gynécologue ou obstétricien à la femme enceinte (troisième tiret du point 1° initial) n'a partant plus de sens.

En ce qui concerne le tiret 5 initial du point 1° du paragraphe (1) du projet de texte de loi initial, il échet de noter qu'il n'appartient plus au médecin, mais au service d'assistance psycho-sociale d'obtenir le consentement de la femme mineure de voir ses parents ou son tuteur consulté(s), tel que prévu à l'endroit du paragraphe (2) amendé.

Le projet de texte de loi initial ne prévoyait pas de telles précisions. Ainsi, ce service d'assistance psycho-sociale est tenu d'informer la femme sur des alternatives à l'IVG, sur les droits et aides garantis par le législateur aux familles et aux enfants et une offre d'assistance et de conseils sur le plan social et psychologique tant avant qu'après l'IVG. Le libellé initialement proposé ne prévoyait que des informations relatives aux aspects médicaux de l'IVG.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le point 3. devient le point 2.

Conformément à l'avis du Conseil d'Etat, le terme „*circonstanciées*“ rattaché aux informations fournies à la femme enceinte a été supprimé alors que cette notion était trop vague et imprécise pour être insérée au Code pénal, „[...] et ce au risque d'engager la responsabilité pénale des collaborateurs du service d'assistance.“

Le Conseil d'Etat n'a pas exprimé d'autres objections à cet égard.

Point 3. (point 3° et 2e tiret du point c) du paragraphe (2) initial du projet de loi initial/point 4. selon les amendements parlementaires)

Le projet de loi initial disposait que l'accord écrit de la femme enceinte majeure était requis. Dans les cas de figure où la vie de la femme enceinte est en danger et lorsqu'elle est hors d'état de manifester sa volonté, l'accord du représentant légal ad hoc est requis.

Avis du Conseil d'Etat (16 juillet 2010)

Selon le Conseil d'Etat, le terme „*accord*“ n'est pas approprié, alors qu'il s'agit non seulement d'acter le consentement à l'IVG, mais de rendre compte de la détermination de la femme concernée, de confirmer qu'elle se trouve en situation de détresse et qu'elle a eu accès à toute l'information à laquelle elle a droit.

Il suggère de reformuler le texte et soumet une proposition de texte.

Amendement parlementaire (11 juillet 2012)

Le point 3° et le 2e tiret du point c) du paragraphe (2) initial deviennent le point 4.

Le texte amendé tient en grande partie compte des observations du Conseil d'Etat. Le terme d'„*accord*“ est remplacé par celui de „*confirmation*“.

Le texte de loi initial prévoyait seulement que la femme enceinte marque son accord à l'IVG. Selon le texte amendé proposé, elle doit confirmer être déterminée à faire procéder à une IVG et consentir à l'acte prévu. Elle doit aussi confirmer avoir obtenu les informations utiles et nécessaires.

Les femmes mineures doivent, tout comme les femmes majeures, confirmer par écrit leur consentement à l'IVG.

Le texte de loi initial, à l'endroit du paragraphe (1), point 3°, de même que la suggestion de texte proposée par le Conseil d'Etat, prévoit un libellé selon lequel, en cas de danger pour la vie de la femme enceinte, aucune confirmation écrite n'est exigée. De même, il est prévu que, lorsque la femme enceinte est hors d'état de manifester sa volonté, l'accord du représentant légal ad hoc est requis.

Il échet de noter que si la vie de la femme est en danger, on n'est plus dans l'hypothèse d'une IVG. Il est évident que dans ce cas de figure, les conditions de l'article 353 du Code pénal ne sauraient jouer. Dans une telle situation, il est extrêmement difficile pour les personnes directement concernées, qu'il s'agisse de la femme enceinte ou de son conjoint, voire de toute autre personne proche, de prendre rapidement une décision. Or, dans l'hypothèse du danger de vie, chaque seconde compte. Il est impératif de pouvoir agir le plus rapidement possible. D'un point de vue légal, l'article 410-1 du Code pénal prescrit le devoir d'assister une personne en cas de danger. Le médecin est le mieux placé pour juger de l'urgence de la situation et de l'utilité de certains soins ou traitements à dispenser.

Puisqu'il s'agit d'une décision au cas par cas et afin de ne pas limiter les possibilités du médecin, la Commission juridique propose de supprimer toute référence au cas de danger pour la vie de la femme.

Le même raisonnement prévaut pour l'exigence de l'accord du représentant ad hoc d'une femme enceinte hors d'état de manifester sa volonté qu'il est proposé de supprimer également.

A noter que les législations belge et française ne se réfèrent ni à l'hypothèse du danger de vie ni à celle de la femme enceinte hors d'état de manifester sa volonté.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le point 4. devient le point 3.

Le Conseil d'Etat propose de modifier le libellé du texte proposé en tenant compte du rôle et de la fonction dont sont investis tant le médecin gynécologue obstétricien que le service d'assistance psychosociale en ce qu'ils sont appelés, par leurs services et prestations respectifs, à aider et à soutenir la femme qui s'adresse à eux dans sa situation de détresse.

Ainsi, le Conseil d'Etat propose de rappeler, par le biais d'un renvoi respectif à inscrire à l'endroit des points b) et c) du point 3., aux informations que le médecin gynécologue ou obstétricien et le service d'assistance psycho-sociale sont tenus de fournir à la femme enceinte.

Les membres de la Commission juridique font siennes ces suggestions modificatives.

Point 4. (point d) du paragraphe (2) du projet de loi initial/point 1. des amendements parlementaires)

L'interruption volontaire de grossesse 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 reprise par le projet de loi initial.

De même, la condition que l'IVG soit pratiquée dans un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé à cette fin par le ministre ayant la Santé dans ses attributions a été reprise de la législation actuelle et figure dans le texte de loi initialement proposé.

Avis du Conseil d'Etat (16 juillet 2010)

Le Conseil d'Etat s'oppose à ce qu'une IVG médicamenteuse peut être réalisée en ambulatoire par le médecin gynécologue ou obstétricien traitant si ce dernier le juge possible. Il insiste à ce que la réalisation d'une IVG „[...] se fasse exclusivement dans un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé à cette fin par arrêté du ministre ayant la santé dans ses attributions.“ et propose de reformuler le texte du point d) du paragraphe (2) initial en ce sens.

Amendement parlementaire (11 juillet 2012)

Le point d) du paragraphe (2) initial devient le point 1.

Il est proposé de maintenir la faculté de réaliser une interruption de grossesse par voie médicamenteuse en ambulatoire sous la condition que le médecin traitant le juge possible. En pareil cas de figure, ce dernier s'oblige à assurer un suivi et un encadrement de la femme.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le point 1. devient le point 4.

En ce qui concerne l'IVG réalisée „en ambulatoire“, le Conseil d'Etat qualifie ce terme d'inadéquat, alors qu'un établissement hospitalier peut lui aussi dispenser des prestations en ambulatoire. Selon la Haute Corporation, les auteurs du projet de loi visent „[...] plutôt les prestations délivrées en cabinet de ville.“ et si telle était le cas, il faudrait garantir la prise en charge d'éventuelles complications, notamment hémorragiques et dès lors insister à ce que les médecins pratiquant ces actes en dehors du milieu hospitalier aient une convention avec un établissement hospitalier assurant la continuité des soins en cas de complications.

La Commission juridique reprend la proposition de texte du Conseil d'Etat.

Paragraphe (2) initial

Le paragraphe (2) initial comportait les points a) à d).

Le point a) du paragraphe (2) initial relatif à la condition de la durée du domicile légal n'a pas été repris par la Commission juridique dans le cadre des amendements parlementaires du 11 juillet 2012. Elle ne fait que suivre la proposition du Conseil d'Etat de supprimer ladite condition qualifiée à „[...] traiter inégalement les citoyennes européennes en termes d'accès à l'avortement sur le territoire luxembourgeois [...]“ et pose problème à l'égard de l'article 60 du Traité CE.

Le point b) du paragraphe (2) initial relatif au délai de trois jours devant obligatoirement séparer la réalisation de l'IVG et les consultations préalables à effectuer par la femme enceinte a été repris sous une forme modifiée à l'endroit du point 1. du paragraphe (1).

Au sujet du point c), il convient de noter que le premier tiret a été repris au point 1., lettres a) et b), alors que le deuxième tiret a été repris, quant à son essence, tant au paragraphe (2) (accord de la femme mineure enceinte) qu'au point 3.

Le point d) du paragraphe (2) initial relatif au médecin gynécologue ou obstétricien et à l'établissement hospitalier ou autre établissement agréé à réaliser une IVG a été repris sous une forme amendée au point 4. du paragraphe (1).

*Paragraphe (2)**Amendement parlementaire (11 juillet 2012)*

Il est proposé de reprendre, sous un paragraphe autonome, les dispositions relatives aux femmes mineures enceintes et d'y apporter les précisions nécessaires.

Dans son avis du 16 juillet 2010, le Conseil d'Etat a en effet rappelé le droit commun, à savoir que la femme mineure doit recueillir le consentement de son/ses représentant(s) légal(aux). Or, le projet de loi initial ne prévoyait que l'hypothèse de la femme mineure qui refuse de recueillir le consentement de ses parents.

La Commission juridique reprend partiellement les propositions de libellé du Conseil d'Etat, tel qu'il les a formulées dans son avis du 16 juillet 2010, tout en précisant que le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal est requis. Il est en effet préférable, pour assurer une certaine sécurité juridique, de renvoyer tant à la notion de titulaires de l'autorité parentale qu'à celle des représentants légaux.

A noter encore que, contrairement à ce qui était prévu dans le projet de loi initial, il n'appartient pas au médecin, mais au service d'assistance psycho-sociale de s'efforcer à obtenir de la part de la mineure son consentement de consulter l'un de ses parents ou son représentant légal. Le service d'assistance psycho-sociale apparaît mieux adapté pour discuter des questions si délicates avec l'intéressée.

La femme enceinte mineure sera, à l'instar de la femme enceinte majeure, également tenue de confirmer par écrit (i) d'être déterminée à faire procéder à une IVG, (ii) de consentir à l'intervention prévue et (iii) d'avoir reçu toutes les informations nécessaires.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Ces modifications trouvent l'accord du Conseil d'Etat qui demande, à l'endroit de l'alinéa 2, de remplacer les termes „personne majeure de son choix“ par ceux de „personne de confiance majeure qu'elle désigne“.

Paragraphe (3)

Le paragraphe (3) a trait à l'IVG thérapeutique. Dans sa version initiale, le libellé correspond au paragraphe (3) de l'article 353 du Code pénal tel qu'introduit par la loi du 15 novembre 1978. Il autorise la pratique de l'IVG au-delà du délai de douze semaines de grossesse ou après la fin de la 14e semaine d'aménorrhée en cas de risque pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou de l'enfant à naître.

Amendement parlementaire (11 juillet 2012)

Au vu des modifications apportées à l'endroit des paragraphes (1) et (2), la Commission a également dû amender le texte du paragraphe 3 de l'article 353 du Code pénal.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le libellé amendé n'a cependant pas donné satisfaction au Conseil d'Etat qui indique qu'il ne ressort plus clairement du texte du paragraphe (3) qu'au cas où il existe une menace grave pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou de l'enfant à naître, que les conditions énoncées au paragraphe (1) ne doivent plus être remplies.

La Commission juridique comprend l'objection du Conseil d'Etat et fait sienne sa proposition de texte.

Article 3 nouveau – modification de l'article 353-1 du Code pénal

Suite à l'avis du Conseil d'Etat du 16 juillet 2010, la Commission juridique propose d'insérer un article 3 nouveau visant à modifier l'article 353-1 du Code pénal.

Amendement parlementaire (11 juillet 2012)

Il est proposé d'aligner le libellé de l'article 353-1 du Code pénal sur le libellé tel qu'amendé de l'article 353 du Code pénal.

Il est également suggéré de ne plus se référer à l'hypothèse du danger imminent pour la femme enceinte pour les raisons invoquées sous le point 3. (devenu le point 4.) du paragraphe (1) de l'article 353 selon la numérotation des points résultant des amendements parlementaires du 11 juillet 2012.

Avis complémentaire du Conseil d'Etat (9 octobre 2012)

Le texte tel qu'amendé rencontre l'accord du Conseil d'Etat

*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission juridique recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi dans la teneur qui suit:

*

VI. TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION JURIDIQUE**PROJET DE LOI****portant modification des articles 351, 353 et 353-1 du Code pénal**

Art. 1er. L'article 351 du Code pénal est modifié comme suit:

Art. 351. La femme enceinte qui volontairement se sera fait avorter, en dehors des conditions posées à l'article 353, sera punie d'une amende de 251 euros à 2.000 euros.

Art. 2. L'article 353 du Code pénal est modifié comme suit:

Art. 353. (1) Il n'y a pas d'infraction lorsque l'interruption volontaire de grossesse est pratiquée avant la fin de la 12e semaine de grossesse ou avant la fin de la 14e semaine d'aménorrhée, et lorsque la femme enceinte, appréciant souverainement la situation de détresse dans laquelle elle se trouve, la demande, à condition:

1. que la femme enceinte ait consulté au moins trois jours avant que ne soit pratiquée l'interruption volontaire de grossesse un médecin gynécologue ou obstétricien qui lui fournit:

- a) une attestation de grossesse datée qui renseigne sur le siège et l'âge exact de la grossesse;
 - b) des informations médicales sur les différentes méthodes d'interruption volontaire de grossesse existantes ainsi que sur les risques médicaux et les effets secondaires potentiels de ces méthodes; et
 - c) une liste des établissements agréés pour pratiquer une interruption volontaire de grossesse selon les modalités prévues au présent article, qui est mise à disposition par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, lorsque le médecin, pour une raison quelconque n'est pas en mesure de pratiquer lui-même une telle intervention.
2. que la femme enceinte ait consulté avant que ne soit pratiquée l'interruption volontaire de grossesse un service d'assistance psycho-sociale établi auprès d'un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé pour réaliser une interruption volontaire de grossesse par arrêté du ministre ayant la Santé dans ses attributions qui lui fournit:
- a) des informations sur des alternatives à la décision de pratiquer une interruption volontaire de grossesse;
 - b) des informations sur les droits et aides garantis par la législation aux familles et aux enfants; et
 - c) une offre d'assistance et de conseils sur les moyens auxquels la femme peut avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux que sa situation pourrait éventuellement poser tant avant qu'après l'interruption volontaire de grossesse.
3. que la femme enceinte ait confirmé par écrit:
- a) être déterminée à faire procéder à une interruption volontaire de grossesse;
 - b) consentir à l'intervention prévue après avoir obtenu de la part du médecin les informations mentionnées au point 1.;
 - c) avoir consulté un service d'assistance psycho-sociale visé au point 2., et y avoir obtenu les informations mentionnées au point 2.
- La confirmation écrite est versée au dossier médical.
4. que l'interruption volontaire de grossesse, chirurgicale ou par moyens médicamenteux, soit pratiquée par un médecin gynécologue ou obstétricien autorisé à pratiquer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg dans un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé à cette fin par arrêté du ministre ayant la Santé dans ses attributions. Si l'interruption de grossesse est réalisée par moyens médicamenteux et si le médecin traitant le juge possible, elle peut être réalisée en cabinet médical, à condition que le médecin traitant ait passé une convention avec un établissement hospitalier disposant d'un service de gynécologie-obstétrique qui assure un service d'urgence permanent.

(2) Si la femme enceinte est une mineure non émancipée, le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal est requis. Si la femme enceinte mineure non émancipée désire garder le secret à l'égard du ou des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal, il appartiendra au service d'assistance psycho-sociale visé sous le paragraphe (1), point 2. de s'efforcer d'obtenir le consentement pour que celui-ci ou ceux-ci soient consultés.

Si la mineure non émancipée ne veut pas effectuer cette démarche ou si le consentement n'est pas obtenu, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui lui sont liés peuvent être pratiqués à la demande de l'intéressée à condition toutefois que la mineure se fasse accompagner tout au long de la procédure par une personne de confiance majeure qu'elle désigne. Dans ce cas, le service d'assistance psycho-sociale conseillera la mineure sur le choix de la personne majeure.

La confirmation écrite de la femme mineure non émancipée telle qu'exigée au paragraphe (1), point 3. doit être contresignée soit par l'un des titulaires de l'autorité parentale ou par le représentant légal, soit par la personne de confiance ci-avant désignée.

(3) Il n'y a pas d'infraction lorsque l'interruption volontaire de grossesse est pratiquée après la fin de la 12^e semaine de grossesse ou après la fin de la 14^e semaine d'aménorrhée, et lorsque deux médecins qualifiés attestent par écrit qu'il existe une menace grave pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou de l'enfant à naître.

Art. 3. L'article 353-1 du Code pénal est modifié comme suit:

Art. 353-1. Aucun médecin ne sera tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ni d'émettre l'attestation prévue par l'article 353, paragraphe (3).

De même aucun auxiliaire médical ne sera tenu de concourir à une telle intervention.

Luxembourg, le 14 novembre 2012

Le Rapporteur,
Lucien WEILER

Le Président,
Gilles ROTH

