

**N° 6683<sup>11</sup>****CHAMBRE DES DEPUTES**

Session ordinaire 2014-2015

**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

\* \* \*

**RAPPORT DE LA COMMISSION JURIDIQUE**

(19.11.2014)

La Commission se compose de: Mme Viviane LOSCHETTER, Présidente-Rapportrice; MM. Paul-Henri MEYERS, Marc ANGEL, Guy ARENDT, Mme Simone BEISSEL, MM. Alex BODRY, Franz FAYOT, Léon GLODEN, Mmes Josée LORSCHÉ, Octavie MODERT, M. Laurent MOSAR, Mme Lydie POLFER, MM. Roy REDING et Gilles ROTH, Membres.

\*

**I. ANTECEDENTS**

Le projet de loi élargé a été déposé à la Chambre des Députés le 16 avril 2014 par le Ministre de la Justice.

Le texte du projet de loi est accompagné d'un exposé des motifs et d'un commentaire des articles.

Le Conseil d'Etat a rendu son avis en date du 1er juillet 2014 auquel a été annexé un avis séparé portant la même date.

Le projet de loi a également été avisé par:

- le Collège médical en date du 7 mai 2014;
- la Société Luxembourgeoise de Gynécologie et d'Obstétrique en date du 5 mai 2014;
- la Commission consultative des Droits de l'Homme en date du 1er juillet 2014;
- l'asbl Initiativ Liewensufank en date du 9 juillet 2014;
- le Conseil National des Femmes du Luxembourg en date du 14 juillet 2014;
- l'Ombudscomité fir d'Rechter vum Kand en date du 22 juillet 2014;
- l'asbl Femmes en détresse en date du 31 juillet 2014;
- l'asbl Mouvement Luxembourgeois pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle en date du 4 septembre 2014; et
- l'asbl Œuvre pour la vie naissante en date du 5 novembre 2014.

En date du 24 septembre 2014, Madame Viviane Loschetter a été désignée comme rapportrice du présent projet de loi.

La Commission juridique a, lors de la réunion du 24 septembre 2014 ainsi que lors des réunions des 8 et 22 octobre 2014 examiné le projet de loi, l'avis du Conseil d'Etat et les divers avis qui lui ont été soumis.

Compte tenu des nombreuses implications que le projet de loi sous rubrique pourrait avoir au niveau de la santé publique, les membres de la Commission de la Santé, de l'Egalité des chances et des Sports

ont également été associés par le biais de commissions jointes à la discussion générale et à l'examen des différents avis.

Un amendement parlementaire du 4 novembre 2014 a été avisé par le Conseil d'Etat en date du 18 novembre 2014.

La Commission juridique a adopté le rapport lors de sa réunion du 19 novembre 2014.

\*

## II. CONSIDERATIONS GENERALES

La notion d'IVG telle qu'utilisée dans le présent rapport vise l'interruption volontaire de grossesse.

### 2.1. L'IVG au niveau mondial

Les données exposées ci-dessous sont extraites de „Facts on Induced Abortion Worldwide“, Guttmacher Institute, élaborés en 2012 pour l'Organisation Mondiale de la Santé, Département de la Santé Reproductive et de la Recherche.

#### *Impact de l'IVG au niveau mondial*

- Entre 1995 et 2003, le taux d'avortement (nombre d'avortements par millier de femmes en âge de procréer, soit âgées de 15 à 44 ans) a diminué de 35 à 29 pour mille à l'échelle mondiale. Depuis 2008, le taux est resté inchangé en se situant à 28 pour mille.
- Près de la moitié des avortements pratiqués dans le monde ont lieu dans des conditions non médicalisées. Quasiment tous ces actes non médicalisés (98%) sont pratiqués dans des pays en voie de développement. Dans les pays émergents, 56% des avortements se pratiquent dans des conditions non médicalisées contre uniquement 6% dans les pays développés.

#### *Impact de l'IVG selon les régions*

- En Afrique, où la plupart des actes d'interruption de grossesse sont illégaux et non médicalisés, le taux d'avortement total se maintient à 29 pour mille des femmes en âge de procréer, sans qu'une baisse considérable ait pu être notée entre 2003 et 2008.
- En Chine, le nombre d'IVG semble avoir augmenté depuis 2003. Cette tendance à la hausse pourrait s'expliquer par un accroissement de l'activité sexuelle pré-nuptiale et par des difficultés d'accès aux services de contraception.
- En Europe, où l'IVG est généralement autorisée par les diverses législations en vigueur, on enregistre des taux sous-régionaux les moins et les plus élevés; 12 pour mille en Europe de l'Ouest et 43 pour mille en Europe de l'Est.

Cet écart reflète la pratique contraceptive relativement faible à l'Est, qui tend à se fier encore trop souvent aux méthodes douteuses en matière de contraception.

En Europe, un taux de 30% de grossesses est considéré comme faisant l'objet d'une IVG.

#### *Législation et conséquences de l'IVG non médicalisée*

- Il n'existe pas de corrélation entre des législations extrêmement restrictives et des taux d'IVG moins importants. Ainsi, les taux d'avortement s'élèvent à 29 pour mille femmes en âge de procréer en Afrique et 32 pour mille en Amérique latine, deux régions où l'avortement est illégal dans presque la plupart des pays. En Europe de l'Ouest, où l'IVG est généralement autorisée, le taux d'IVG est de 12 pour mille.
- Dans les pays autorisant l'IVG, celle-ci est médicalisée, contrairement aux pays qui appliquent une législation restrictive, voire une criminalisation, ne prévoyant aucune médicalisation.
- En Afrique du Sud, où l'IVG est légalement autorisée depuis 1997, la mortalité annuelle liée à cet acte a diminué de 91% entre 1994 et 1998-2001.
- En Amérique latine, 95% des avortements ne sont pas médicalisés. La majorité des actes médicalisés se pratiquent aux Caraïbes, principalement à Cuba, où une loi libérale permet une IVG médicalisée laquelle est accessible à toutes les femmes.

- Aux Etats-Unis, la légalisation de l'IVG est la cause de 0,6 décès pour cent mille actes.

#### *La grossesse non désirée comme cause de l'IVG*

- L'instauration de méthodes contraceptives modernes a considérablement atténué le taux d'avortement à l'échelle mondiale. La hausse de 0,6% de 1990 à 1999 a été relativée à 0,1% par an de 2002 à 2009.
- Quelque 82% des grossesses non planifiées dans les pays en voie de développement affectent des femmes qui n'ont pas accès à des moyens de contraception efficaces.

### **2.2. L'évolution de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse à l'échelle européenne**

En Europe, le droit à l'IVG a connu au cours du dernier tiers du 20e siècle un processus de libéralisation progressive à travers l'assouplissement des législations nationales, notamment sous la pression des mouvements féministes.

C'est finalement dans les années 1970 à 1980 que la plupart des pays européens adoptent des lois plus ou moins restrictives légalisant l'IVG: la Grande-Bretagne inaugure cette dynamique avec l'*Abortion Act* de 1967, suivie par la Finlande en 1970, le Danemark en 1973, l'Autriche, Chypre, la France et la Suède en 1974, la Grèce, l'Italie et le Luxembourg en 1978, les Pays-Bas en 1981, le Portugal et l'Espagne en 1984 et 1985, la République Tchèque et la Slovaquie en 1986. Les derniers pays qui ont adopté une loi dépénalisant l'IVG, autorisant les interruptions de grossesse sans justification, sont le Portugal en 2007 et l'Espagne en 2010.

En 2013, suite au décès médiatisé d'une jeune femme enceinte des suites d'une fausse couche, l'Irlande assouplit légèrement sa législation et l'IVG est désormais autorisée en cas de risque avéré pour la vie de la femme enceinte, y compris par suicide.

Mais l'accès à une IVG sûre et légale reste toujours un processus inachevé dans les pays européens. Certains pays ont résisté à ce mouvement global, parfois de façon sévère, d'autres ont même connu des reculs, comme par exemple la Pologne qui, depuis 1993, a considérablement restreint les droits en la matière. La question a également retrouvé une acuité particulière à l'occasion de l'arrivée de nouveaux Etats membres. Ces données font qu'aujourd'hui, l'Union européenne est la partie du monde où les disparités entre pays en matière de droits des femmes sont les plus prononcées: alors que l'IVG est totalement libéralisée dans certains Etats membres, elle est totalement interdite dans d'autres pays membres de l'Union européenne.

### **2.3. L'évolution de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse au Luxembourg**

*„Quiconque sera convaincu d'avoir par breuvage, par violence ou par tout autre moyen, procuré l'avortement d'une femme enceinte, sera puni de vingt années de fers.“*, Code des délits et des peines du 3 Brumaire de l'an 4 (1795).

Alors que dans le premier code révolutionnaire de 1791 l'avortement ne figurait pas parmi les actes punissables, le texte de 1795 prévoit des peines lourdes, mais uniquement à l'encontre des personnes pratiquant des avortements et non pas à l'encontre des femmes enceintes.

Le Code pénal introduit en 1810 par Napoléon renforce ces dispositions et prévoit désormais l'emprisonnement à vie pour les femmes ayant eu recours à l'avortement. Médecins, sages-femmes ou pharmaciens qui auraient concouru au crime risquaient le travail forcé.

En 1879, le Code pénal est réformé en profondeur en s'inspirant du modèle belge. L'article sur l'avortement est remplacé par les articles 348 à 353 *„des crimes et des délits contre l'ordre des familles et de la moralité publique“* que nous retrouvons encore aujourd'hui dans notre Code pénal. L'avortement et l'assistance à l'avortement sont désormais punis de deux à cinq ans de prison. Les médecins et sages-femmes pratiquant des avortements restent passibles de longues peines d'emprisonnement ou de travail forcé.

En 1933, Venant Hildgen, député socialiste, dépose une proposition de loi visant à autoriser l'IVG pour raison médicale. La proposition, jugée scandaleuse par les députés de droite et les libéraux, reste lettre morte.

En 1936, Jean Origer, député conservateur, dépose une proposition de loi visant à punir sévèrement la vente et la propagation de tout moyen servant à l'avortement ou à la contraception. La proposition de loi sera ajoutée au rôle des affaires sans pour autant trouver de suites favorables au niveau parlementaire.

Les modalités des amnisties accordées à l'occasion des célébrations du centenaire de l'indépendance du Grand-Duché en 1939, du 30e anniversaire de l'avènement au trône de la Grande-Duchesse Charlotte en 1950 et de l'avènement au trône du Grand-Duc Jean en 1964 excluent explicitement l'avortement.

En 1972, le député socialiste Antoine Wehenkel dépose une nouvelle proposition de loi sur l'avortement ayant pour objet la modernisation des dispositions relatives à l'avortement et introduisant une solution de délais inspirée par le modèle danois et levant l'interdiction de publicité pour les moyens de contraception tout en dépénalisant la stérilisation volontaire. Le texte ne connaît pas de suites, mais provoque un débat animé à la Chambre des Députés. Pour la première fois, plusieurs député-e-s revendiquent publiquement le droit à l'autodétermination de la femme et la dépénalisation de l'avortement.

En 1978, la loi relative à l'information sexuelle, la prévention de l'avortement clandestin et la réglementation de l'interruption de grossesse déposée par un gouvernement libéral-socialiste est votée. Cette loi autorise et rembourse l'interruption volontaire de grossesse sous certaines conditions, dont notamment le risque pour la santé physique ou psychique de la femme, le risque de malformations physiques, le risque d'altérations psychiques ou de maladies graves pour l'enfant à naître de même que l'avortement pratiqué en conséquence d'un viol.

Cette loi, préconisant l'interruption de grossesse sur „indication“ défend le principe que seul le médecin a le droit d'apprécier s'il y a indication légale ou non pour pratiquer un avortement lors d'une grossesse non désirée. Dans cet ordre d'idées, les femmes restent dépossédées de la liberté de décision.

Reste à noter que la notion d'„*interruption volontaire de grossesse*“ commence à se substituer de façon progressive à celui d'„avortement“, ce qui montre qu'une réflexion sur la situation de la femme et son droit à l'autodétermination a lieu.

En 2007 et en 2010, la députée socialiste Lydie Err ainsi que la députée libérale Lydie Polfer déposent à leur tour la même proposition de loi pour étendre le droit à l'IVG. Au niveau parlementaire, la proposition n'a pour autant pas connu de suite.

En 2012, un projet de loi (doc. parl. 6103) portant modification de l'article 353 du Code pénal est voté. Dans le cadre dudit vote par la Chambre des Députés réunie en séance plénière, une motion dénommée „*Prévenir les IVG par une information sur les méthodes de contraception, garantir la qualité et la neutralité des consultations en matière d'IVG, évaluer l'impact de la nouvelle loi*“ a recueilli l'accord unanime des députés.

Cette loi modifie les dispositions pénales concernant l'interruption volontaire de grossesse par l'adaptation de l'article 353 du Code pénal, qui introduit la notion de détresse sociale et prévoit le passage obligatoire de la femme par un centre de consultation et d'information familial agréé. Cette nouvelle loi définit également les modalités à respecter dans le cas de femmes mineures enceintes désirant pratiquer une IVG.

\*

### III. OBJET DU PROJET DE LOI SOUS RUBRIQUE

Le projet de loi 6683 vise à traduire la volonté affirmée du Gouvernement d'adapter la loi du 12 décembre 2012 portant modification des articles 351, 353 et 353-1 du Code pénal.

Ainsi, l'accord de coalition de décembre 2013 énonce clairement: „*La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse ne fera plus partie du Code pénal et sera intégrée dans 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. Cette législation sera réformée afin de rendre la deuxième consultation facultative*“.

#### 3.1. La dépénalisation partielle de l'IVG

Le projet de loi entend dépénaliser partiellement l'interruption volontaire de grossesse à l'instar de plusieurs pays européens (dont la France, les Pays-Bas et le Danemark). Une telle dépénalisation est

notamment prévue par la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes qui est entrée en vigueur en 1981 et que le Luxembourg a signée le 17 juillet 1980 et ratifiée le 2 février 1989.

L'article 12, 1er paragraphe de la Convention, dispose que „*Les Etats parties prennent toutes les mesures appropriées pour éliminer la discrimination à l'égard des femmes dans le domaine des soins de santé en vue de leur assurer, sur la base de l'égalité de l'homme et de la femme, les moyens d'accéder aux services médicaux, y compris ceux qui concernent la planification de la famille*“. Par ailleurs, le Comité pour l'élimination de la discrimination à l'égard des femmes (CEDAW) a insisté, dans sa recommandation 24 (1999), auprès du Gouvernement de réduire les taux de mortalité maternelle par des services de maternité sans risque et d'assistance prénatale. Il en résulte la nécessité d'amender la législation qui fait de l'IVG une infraction pénale et de supprimer les peines infligées aux femmes qui interrompent volontairement leur grossesse.

Le Gouvernement et la Chambre des Députés sont d'avis qu'il importe de suivre ces différentes recommandations. Ils estiment que l'IVG n'a pas sa place dans le Code pénal, mais que les dispositions sur l'interruption volontaire de grossesse doivent trouver leur place dans la loi spéciale 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. L'IVG sera donc considérée comme une question de santé publique et tombera sous les seules compétences du Ministre ayant la Santé dans ses attributions. La réglementation ne se fera plus sur un plan répressif. Il existe un lien certain entre la réglementation sur les IVG, d'une part, et d'autre part, la question d'une meilleure prévention des grossesses non désirées grâce à une politique d'information et d'éducation sexuelle plus efficace et grâce à une amélioration de l'accès aux moyens contraceptifs. Par conséquent, une intégration du texte sous rubrique dans la loi de 1978 est indiquée.

### **3.2. La deuxième consultation devient facultative**

La deuxième modification porte sur le caractère obligatoire de la deuxième consultation qui est proposée par le médecin lors de la première consultation. Le Gouvernement et les membres de la Commission juridique sont d'avis que la deuxième consultation, si elle est obligatoire, est contraire au libre choix de la femme concernée et partant ne présente pas de réelle plus-value.

Il appartient à la femme seule d'apprécier si elle a besoin de conseils supplémentaires sur les droits, aides et avantages garantis par les lois en vigueur, sur les possibilités et sur les offres au niveau du soutien psychologique et social. Etant donné que cette deuxième consultation doit être explicitement proposée par le médecin lors de la première consultation, il doit en fin de compte appartenir à la femme concernée de se décider librement pour une deuxième consultation. Le présent projet de loi prévoit ainsi que la deuxième consultation deviendra un droit facultatif et ne sera plus considérée comme étant une obligation.

### **3.3. La solution de délai sans indication**

Il est proposé de retenir dans le texte de l'article 14 une disposition claire et non équivoque prévoyant une solution liée au seul délai et sans maintien d'indications. En effet, la disposition actuelle dans l'article 353, paragraphe 1 suivant laquelle la femme enceinte doit se trouver dans une situation de détresse qu'elle doit apprécier souverainement, renvoie à un choix personnel et donc nécessairement subjectif de la part de la femme enceinte. Cette disposition n'apporte pas de plus-value au texte normatif. Il est donc proposé de supprimer la précision liée à la détresse de sorte qu'il n'y a plus d'indications pour procéder à l'IVG.

Il est également proposé d'adapter les anciens articles à certains endroits afin de les moderniser et de souligner que la femme enceinte est et va rester libre dans son choix. Il appartient aux différents acteurs consultés tout au long du processus d'accompagner la femme dans son choix en lui fournissant les conseils et l'assistance nécessaires. Toutefois il n'appartient pas à ces acteurs de la guider dans une direction ou une autre. En cette matière, la femme adulte doit être libre dans ses choix de façon à ce que toute disposition visant à influencer sa prise de décision est contraire au droit à l'autodétermination de la femme.

### 3.4. L'abolition du consentement par écrit

Dans le même ordre d'idées, la formalité de la confirmation obligatoire par écrit de la volonté à procéder à une interruption volontaire de grossesse pour la femme majeure est supprimée.

### 3.5. Les femmes mineures non émancipées

Pour ce qui est des femmes mineures souhaitant interrompre une grossesse, le texte maintient l'obligation de la seconde consultation ainsi que le consentement par écrit.

A l'instar de la loi de 2012, les femmes mineures souhaitant interrompre leur grossesse doivent se faire accompagner tout au long du processus, soit par un représentant légal, soit par une personne de confiance qu'elles désignent elles-mêmes.

Pendant, le texte du projet de loi abolit l'obligation d'information du représentant légal ainsi que son consentement à l'IVG de la femme mineure. Ainsi, le texte abolit la poursuite de la grossesse sur décision parentale contre le gré de la femme mineure. Cette pratique constitue aux yeux de la Commission juridique une violation de l'intégrité corporelle de la femme, intégrité qui est garantie par la Convention européenne des Droits de l'Homme.

### 3.6. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse par l'assurance-maladie

Il convient de rappeler, une fois la nouvelle loi entrée en vigueur, que l'IVG sera remboursée par l'assurance-maladie.

La nomenclature des actes et services médicaux de l'Union des caisses de maladie comportera ainsi à terme un nouveau code relatif à l'IVG.

La définition et les modalités d'utilisation par les organismes de sécurité sociale des données recueillies devront faire face à l'impératif de la mise en balance tant des intérêts inhérents à la santé publique que de ceux relatifs à la protection des données à caractère personnel. Ainsi, le traitement et les modalités d'utilisation des données à caractère personnel recueillies dans le cadre de la prise en charge par l'assurance-maladie de l'interruption volontaire de grossesse en tant qu'acte médical devront faire l'objet d'un dispositif légal approprié.

Ainsi s'agit-il notamment d'assurer que seules les données nécessaires dans une optique de santé publique (principe de la proportionnalité) soient traitées, de même qu'il s'agit de prévoir l'anonymisation des données utilisées à des fins statistiques.

Il importe d'énumérer les informations recueillies qui ne devraient pas être consultables par des personnes tierces. De même, chaque personne doit avoir la possibilité de vérifier à tout moment qui a consulté quelle donnée à quel moment (retracement). Il convient de renvoyer à cet égard à l'Agence E-santé (Agence nationale des informations partagées dans le domaine de la santé; [www.esante.lu](http://www.esante.lu)) et notamment au Dossier de Soins partagé (DSP).

\*

## IV. RECOMMANDATIONS

### 4.1. Les recommandations de la Commission juridique et de la Commission de la Santé, de l'Égalité des chances et des Sports

#### *Les moyens de contraception*

L'analyse des statistiques des IVG pratiquées au Grand-Duché de Luxembourg a suscité la question sur l'opportunité d'élargir les critères des bénéficiaires d'un remboursement des contraceptifs au-delà de 25 ans.

La même question est posée quant aux contraceptifs à long terme tels le stérilet ou l'implant qui, à ce jour, ne sont pas remboursés par la Caisse nationale de santé. En effet, les coûts desdits contraceptifs à long terme sont comparables à la pilule, mais n'ont point le désagrément des contraceptifs chimiques.

Ensuite, en l'absence de code dans la nomenclature, des cas de tarifs abusifs pour la pose de stérilets sont assez régulièrement signalés.

Finalement, la question sur le remboursement de la contraception d'urgence (pilule du lendemain) est également posée.

Les membres des deux commissions ont également discuté de la stérilisation féminine et de l'opportunité de la rendre plus accessible aux femmes qui voudraient l'utiliser comme moyen de contraception définitive. Cette discussion est d'autant plus d'actualité, car une modification de remboursement est prévue.

#### 4.2. L'éducation sexuelle et affective

Les membres des deux commissions étaient unanimes sur l'importance de l'éducation sexuelle et affective des enfants et des jeunes gens et plaident pour un plan d'action relatif à l'éducation sexuelle qui tient plus particulièrement compte de la relation affective dans la vie sexuelle. Une attention particulière devra être donnée à l'information sur les différents moyens de contraception, et ce aussi bien pour les jeunes filles que pour les jeunes garçons.

La question est posée quant aux modérateurs de ce plan d'action, à savoir si ce sujet devrait être partie intégrante des missions des enseignants et donc trouver sa place aussi bien dans la formation initiale que continue, ou si l'éducation sexuelle devrait être assurée par des intervenants externes qui, à ce moment, devraient voir leurs moyens renforcés.

\*

### V. AVIS DU CONSEIL D'ETAT

#### 5.1. L'avis du 1er juillet 2014

##### *Observation préliminaire*

Il convient de noter que l'avis du Conseil d'Etat du 1er juillet 2014 comporte deux avis, un premier intitulé „*Avis du Conseil d'Etat*“ et un second libellé „*avis séparé du Conseil d'Etat*“.

##### *Considérations générales*

Les considérations émises par le Conseil d'Etat dans son avis du 1er juillet 2014, précédant l'examen des articles proprement dit, peuvent être regroupées sous quatre points, tels que détaillés comme suit:

1. L'intégration des dispositions d'ordre pénal visant les avortements réalisés en dehors des conditions légales, les articles 351, 353 et 353-I actuels du Code pénal, dans la loi même 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 rencontre l'approbation du Conseil d'Etat.

Sous réserve de la proposition du Conseil d'Etat d'y ajouter le cas de figure actuellement consigné dans l'article 350 actuel du Code pénal, les seules dispositions maintenues dans le Code pénal au regard de l'interruption volontaire de grossesse sont

- l'article 348 (l'avortement réalisé sans le consentement de la femme enceinte), et
- l'article 349 (l'avortement causé par des violences exercées volontairement sans intention de le produire ou avec préméditation d'exposer la femme enceinte à un risque immédiat de mort ou de blessures).

2. La suppression de la déclaration de situation de détresse dans le chef de la femme enceinte qui a pour effet la consécration sur le plan légal de la solution liée au seul délai sans maintien d'une quelconque indication médicale ou autre recueille l'accord du Conseil d'Etat. L'interruption volontaire de grossesse se conçoit dès lors comme étant un acte médical dans le contexte de santé sexuelle et reproductive.

Le Conseil d'Etat fait néanmoins observer que „[...] le recours à l'interruption volontaire de grossesse qui ne peut être reconnue comme un élément de planification familiale, doit être évité autant que possible en recourant à des mesures d'information et de prévention, qui doivent, comme l'a indiqué le Conseil d'Etat dans son avis précité du 16 juillet 2010 (ndlr: doc. parl. 6103<sup>2</sup>) être considérablement étendues pour avoir l'efficacité requise. Le Conseil d'Etat regrette que les auteurs du projet de loi ne donnent aucune information à cet égard dans leur exposé des motifs.“

3. La suppression du caractère obligatoire de la deuxième consultation psychosociale dans le chef de la femme enceinte pour devenir facultative. Le Conseil d'Etat insiste à ce que le médecin consulté informe la femme enceinte sur l'existence de son droit d'information. Il préconise de prévoir la mise à disposition d'„[...] une documentation renseignant sur le contenu des consultations psychosociales offertes et les aides qui peuvent être proposées, ainsi que sur la manière d'y accéder.“
4. La suppression de l'obligation d'une confirmation écrite préalable par la femme enceinte qui désire recourir à une interruption volontaire de grossesse ne rencontre pas l'approbation du Conseil d'Etat. Ce dernier fait valoir que „[l]a documentation écrite d'une volonté déclarée n'est pas une aide au discernement, mais une preuve retraçable d'un consentement éclairé exprimant une volonté libre.“ Il prône dès lors le maintien de la confirmation écrite dans le chef de la femme enceinte dans le corps du texte de loi future, d'autant plus que cela „[...] contribuera à protéger le médecin“.

Les observations et suggestions d'ordres légistiques, formelles et d'ordre textuel soulevées par le Conseil d'Etat sont intégrées sous le point VI. dénommé „Commentaire des articles“ ci-dessous.

## 5.2. L'avis complémentaire du Conseil d'Etat du 18 juillet 2014

Le Conseil d'Etat a favorablement avisé le libellé amendé de l'article 13, article II du texte de loi future (modification 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).

\*

## VI. COMMENTAIRE DES ARTICLES

### Article Ier – suppression des articles 350, 351, 353 et 353-1 du Code pénal

Le texte de loi future, dans sa version telle que proposée par le Gouvernement, propose de supprimer les articles 351, 353 et 353-1, mais non l'article 350 du Code pénal.

Les membres de la Commission juridique ont repris la proposition du Conseil d'Etat de supprimer l'article 350 du Code pénal et de l'intégrer dans le dispositif de la loi du 18 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse.

Cette solution comporte l'avantage, sur le plan de la cohérence juridique, que l'ensemble des dispositions pénales concernant les personnes qui ont procédé à une interruption volontaire de grossesse en dehors des conditions légales telles que prescrites par la loi précitée de 1978 figurent dans cette même loi.

Il convient de noter que les articles 348 et 349 actuels du Code pénal sont maintenus et continuent de figurer sous le Chapitre Ier – De l'avortement du Titre VII. – Des crimes et des délits contre l'ordre des familles et contre la moralité publique du Livre II du Code pénal. Les dispositions relatives à l'avortement réalisé sur une femme enceinte sans son consentement, l'avortement causé par des violences exercées volontairement mais sans l'intention de le produire et l'avortement causé par des violences exercées avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme continuent ainsi à être incriminées par la loi pénale.

### Article II – modification 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

#### Observation d'ordre légistique

La Commission juridique a repris la suggestion du Conseil d'Etat de subdiviser l'article II en deux points au lieu des quatre points initiaux, à savoir:

- le point 1° (point II-1 initial) comporte la modification de l'article 5 de la loi précitée du 15 novembre 1978, et
- le point 2° (points II-2, II-3 et II-4 initiaux) visant les articles 12 à 15 nouveaux remplaçant les articles 12 et 13 de ladite loi précitée de 1978.

*Point 1° – modification de l'article 5, alinéa 4 (point II-1 initial du projet de loi)*

Les centres régionaux de consultation et d'information sexuelle sont placés sous la tutelle du ministre ayant la Santé dans ses attributions.

*Point 2° – nouveaux articles 12 à 15 (points II-2 et II-3 initiaux – articles 13, 14 et 15 initiaux du projet de loi)*

### **Article 12 – (point II-3, article 14 initial du projet de loi)**

*Paragraphe (1), point 1.*

Le Conseil d'Etat, en rappelant le contexte de la loi spéciale qu'est la loi du 18 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse, propose de reformuler la 1ère phrase en précisant de manière affirmative les conditions dans lesquelles une interruption volontaire de grossesse est permise et non point dans quel cas de figure elle ne l'est pas.

Il souligne qu'il convient, en application du règlement grand-ducal du 10 juillet 2011 fixant la liste des spécialités en médecine et médecine dentaire reconnues au Luxembourg (Mémorial A, n° 139, 15 juillet 2011), d'utiliser les termes légalement consacrés de „*médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique*“.

Le Conseil d'Etat propose encore d'adjoindre un point d) au point 1. du paragraphe (1) sous examen renvoyant à une documentation systématique devant être mise à disposition de la femme enceinte qui veut procéder à une interruption volontaire de grossesse.

Ces suggestions d'ordre textuel recueillent l'accord des membres de la commission.

*Observation quant aux termes „avant la fin de la 12e semaine de grossesse ou avant la fin de la 14e semaine d'aménorrhée“:*

En obstétrique, on utilise la *semaine d'aménorrhée* en tant qu'unité de mesure pour calculer l'âge de la grossesse. Le point de départ est le premier jour des dernières règles, soit environ 14 jours avant la fécondation. Ce point de repère est utilisé car il peut être plus facilement daté.

La *semaine de grossesse* prend pour point de départ le jour de fécondation. Il est moins précis que la méthode de la semaine d'aménorrhée comme la période de fécondité s'étend d'un à cinq jours (période d'ovulation).

Une grossesse normale (à partir du jour de fécondation) dure 9 mois, soit 39 semaines de grossesse. Ainsi, 39 semaines de grossesse correspondent à 41 semaines d'aménorrhée.

*Paragraphe (1), nouveau point 2. proposé par le Conseil d'Etat – obligation de confirmation écrite dans le chef de la femme enceinte – proposition non reprise par la Commission juridique*

Le Conseil d'Etat recommande, a contrario du texte de loi future tel que déposé par le Gouvernement, de maintenir la disposition relative à l'obligation de la confirmation écrite préalable dans le chef de la femme enceinte. Il avance les risques en termes de responsabilité tant civile que pénale qui pèsent dans le chef du médecin et ceux qui l'assistent.

Les membres de la Commission juridique décident de ne pas suivre le Conseil d'Etat dans son raisonnement et ce pour plusieurs raisons.

En premier lieu, il convient de noter que tout médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique, comme tout médecin, est tenu à une obligation de conseil et de sécurité consacrée comme telle par l'article 8 (droit à l'information sur l'état de santé) de la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient. Ainsi, la situation du médecin spécialiste appelé à procéder à une interruption volontaire de grossesse ne diffère point du droit commun. En d'autres termes, la suppression de l'obligation de confirmation écrite vise à ne plus prévoir un régime d'exception pour l'interruption volontaire de grossesse en tant qu'acte médical.

En deuxième lieu, la réalisation de l'interruption volontaire de grossesse constitue un acte médical qui doit, en tant que tel, être assumé par le professionnel qu'est le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique. Le fait d'imposer, dans le chef de la femme enceinte, l'obligation de confirmer par écrit et au préalable cet acte médical n'y est sans aucune incidence.

S'y ajoute le fait que chaque médecin admis à exercer au Luxembourg a l'obligation légale de contracter une assurance „responsabilité civile (RC) professionnelle“.

En troisième lieu, le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique dispose toujours de la faculté de demander le consentement éclairé et libre de sa patiente enceinte.

En quatrième lieu, il ne convient pas de conférer à la confirmation écrite préalable de la femme enceinte une valeur juridique escomptée autre que celle d'une simple déclaration de décharge. En effet, selon le cadre légal actuellement en vigueur, ladite confirmation écrite préalable vise essentiellement à s'assurer formellement que la femme enceinte a obtenu les informations requises tant de la part du médecin que de la part du service d'assistance psychosociale (article 353, paragraphe (1), point 3. actuel du Code pénal).

La Commission juridique, eu égard à ce qui précède, ne conçoit pas en quoi le maintien de l'obligation de confirmation spécifique écrite préalable, disposition spécifique et dérogoire au droit commun, dans le chef de la femme enceinte serait à considérer comme un avantage, voire une plus-value en termes de sécurité juridique.

Subsidiairement, il s'agit d'éviter, dans le cadre de la réforme du cadre légal relatif à l'IVG visant à introduire la solution liée au seul délai à l'exclusion de toute indication, que le maintien de cette obligation du consentement écrit dans le chef de la femme enceinte revient, *in fine*, à constituer une condition supplémentaire de légalité de l'IVG.

*Paragraphe (1), point 2.*

Il convient de noter que la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse peut consister (i) soit en une interruption volontaire de grossesse dite chirurgicale, (ii) soit en une interruption volontaire de grossesse dite médicamenteuse.

Ces deux modes d'interruption volontaire de grossesse peuvent être effectués par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique dans un établissement hospitalier ou autre établissement agréé à cette fin par le ministre ayant la santé dans ses attributions.

La loi admet deux dérogations, à savoir la réalisation d'une IVG médicamenteuse par

- (i) un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique en cabinet médical, ou
- (ii) par un médecin non spécialiste en gynécologie et obstétrique, à condition que le médecin afférent ait conclu une convention avec un établissement hospitalier disposant d'un service de gynécologie-obstétrique qui assure un service d'urgence permanent.

Le Conseil d'Etat fait observer, au regard du libellé tel que proposé par le Gouvernement, que la 2e dérogation, à savoir la réalisation d'une IVG médicamenteuse par un médecin non spécialiste en gynécologie et obstétrique „[...] ne ressort pas clairement du texte proposé.“

Il propose dès lors de modifier le libellé du point 2. du paragraphe (1).

La Commission juridique fait sienne cette adaptation d'ordre textuel.

*Paragraphe (2) – deuxième consultation*

Le caractère obligatoire de la deuxième consultation par la femme enceinte auprès d'un service psychosocial est abandonné. La deuxième consultation, dont l'utilité est reconnue, n'est pas pour autant supprimée; elle est désormais facultative dans le chef de la femme enceinte.

Les auteurs du projet de loi qualifient le caractère contraignant comme étant contraire au principe du libre choix de la femme. En la rendant facultative, il appartient à la seule femme enceinte de décider d'y faire appel ou non.

Cette deuxième consultation désormais facultative, dont les modalités sont généralisées, notamment en ce qu'elle peut avoir lieu avant ou après la réalisation de l'IVG, devient un droit générateur d'obligations dans le chef des pouvoirs publics. L'Etat est investi d'une obligation de résultat en devant assurer la continuité des services d'assistance psychosociale établis au bénéfice des femmes enceintes.

Le cas de figure d'une deuxième consultation facultative souhaitée par la femme après la réalisation d'une IVG vise l'IVG dite thérapeutique réalisée en dehors du délai légal telle que visée à l'endroit du paragraphe (4) de l'article 12 de la loi 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.

Le médecin a l'obligation d'informer la femme enceinte au préalable de la réalisation de l'IVG de son droit à une consultation dans un service d'assistance psychosociale. La mission dévolue audit service est bel et bien d'assister la femme enceinte dans sa prise de position et non pas de la guider dans son choix.

Le Conseil d'Etat, tout en approuvant de rendre la deuxième consultation facultative, est d'avis que le médecin consulté par la femme enceinte a l'obligation de l'informer sur son droit d'information.

Il propose de reformuler le début du paragraphe (2) en prévoyant l'information systématique dans le chef du médecin consulté par la femme enceinte.

Les membres de la Commission juridique approuvent le libellé modifié tel que proposé par le Conseil d'Etat.

*Paragraphe (3) – femme mineure enceinte non émancipée*

Les auteurs du projet de loi ont maintenu le cas de figure particulier de la femme enceinte mineure non émancipée qui désire faire procéder à une IVG.

Ainsi, l'obligation du consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou de son représentant légal est maintenue. A défaut de ce consentement, qu'il ne puisse être obtenu ou que la femme mineure non émancipée désire garder le secret à l'égard du ou des titulaires de l'autorité parentale, il est prévu qu'elle doit se faire accompagner par une personne de confiance majeure. A ce sujet, il appartient au service d'assistance psychosociale de conseiller la femme mineure non émancipée sur le choix de cette personne majeure.

La femme mineure non émancipée reste soumise à l'obligation de la confirmation écrite de sa volonté de faire procéder à une IVG. De même, cette confirmation écrite doit être contresignée par la personne titulaire de l'autorité parentale ou le représentant légal ou par la personne de confiance dans le cas de figure où la femme mineure non émancipée désire garder le secret.

Le Conseil d'Etat fait observer que pour le cas de figure où la femme mineure non émancipée souhaite garder le secret, les auteurs du projet de loi ont supprimé, sans la moindre explication quelconque, l'obligation, dans le chef du service d'assistance psychosociale, de s'efforcer d'obtenir de la part du mineur son consentement de consulter l'un de ses parents ou son représentant légal.

Le Conseil d'Etat insiste à ce que cette obligation soit maintenue et propose de reformuler le libellé du paragraphe (3).

La Commission juridique, tout en rejoignant la position des auteurs du texte de loi, ne perçoit pas l'utilité de maintenir cette démarche obligatoire préalable qui, sous l'empire de la loi actuelle, n'a pas eu l'effet escompté.

Les membres de la commission décident partant de ne pas reprendre le libellé modifié tel que proposé par le Conseil d'Etat.

*Paragraphe (4) – IVG thérapeutique*

L'IVG thérapeutique vise le cas de figure où la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse répond à un impératif médical de sauvegarde de la santé de la femme enceinte en raison d'une menace grave existant pour la santé ou la vie de la femme enceinte ou de l'enfant à naître.

Le Conseil d'Etat propose, dans un souci de cohérence, de prévoir *expressis verbis* que l'interruption volontaire de grossesse ne peut être réalisée que par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique.

Il convient de noter que le principe même qu'une interruption volontaire de grossesse ne peut être pratiquée que par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique est consacré comme tel à l'endroit du paragraphe (1), point 2.

Le libellé du paragraphe (4) tel que proposé correspond au texte actuel, à savoir le paragraphe (3) de l'article 353 du Code pénal.

Les membres de la Commission juridique décident, eu égard à ce qui précède, partant de maintenir le texte tel que proposé et de ne pas réserver une suite favorable à la suggestion d'ordre rédactionnel du Conseil d'Etat.

### Article 13 (point II-3, article 15 initial du projet de loi)

L'article 13 reprend le libellé de l'article 353-1 du Code pénal (article à supprimer en vertu de l'article Ier du texte de loi future) tout en supprimant le bout de phrase *in fine* disposant que le médecin ne saurait être obligé d'émettre une attestation de grossesse.

A l'alinéa 2, la notion de „*professionnel de santé*“, consacrée par la loi du 24 juillet 2014 relative aux droits et obligations du patient (Mémorial A n° 140 du 31 juillet 2014), a été, par voie d'amendement parlementaire substituée à celle d'„*auxiliaire médical*“.

Le Conseil d'Etat, dans son avis complémentaire du 16 novembre 2014, a approuvé ladite modification.

### Article 14 (point II-4, article 16 initial du projet de loi)

L'article 308bis du Code des assurances sociales ayant été abrogé par la loi du 27 juillet 1992 portant réforme de l'assurance maladie et du secteur de la santé (Mémorial A n° 52 du 27 juillet 1992), le renvoi audit article 308bis ayant figuré à l'endroit de l'alinéa 2 de l'article 13 devenant l'article 14 dans le texte de loi future est remplacé par celui aux articles 60 et suivants du Code des assurances sociales.

### Article 15 (point II-2, article 13 initial du projet de loi)

Le Conseil d'Etat suggère de faire figurer les dispositions d'ordre pénal à la fin du dispositif de la loi du 18 novembre 1978 relative à l'information sexuelle, à la prévention de l'avortement clandestin et à la réglementation de l'interruption volontaire de grossesse, loi qu'il qualifie de loi spéciale.

Le paragraphe (1) de l'article 15 reprend, sous une forme adaptée, le libellé de l'article 350 actuel du Code pénal, alors que le paragraphe (2) reprend le libellé de l'article 351 actuel du Code pénal tout en remplaçant le bout de phrase „*la femme enceinte qui volontairement interrompt sa grossesse*“ par celui de „*la femme enceinte qui interrompt volontairement sa grossesse*“.

La modification d'ordre rédactionnel ainsi suggérée par le Conseil d'Etat, supprimant toute ambiguïté éventuelle, du paragraphe (1) du nouvel article 15 vise ainsi tant l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse que l'interruption volontaire de grossesse chirurgicale.

Les membres de la Commission juridique font leurs ces propositions de modification.

\*

Sous le bénéfice des observations qui précèdent, la Commission juridique recommande à la Chambre des Députés d'adopter le projet de loi 6683 dans la teneur qui suit:

\*

## VII. TEXTE PROPOSE PAR LA COMMISSION

### 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

**Art. Ier.** Les articles 350, 351, 353 et 353-1 du Code pénal sont abrogés.

**Art. II.** 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 est modifiée comme suit:

1° A l'article 5, le dernier alinéa est remplacé par la disposition suivante:

„Ces centres sont placés sous la tutelle du ministre ayant la Santé dans ses attributions.“

2° Les articles 12 et 13 sont remplacés par les articles 12 à 15 qui auront la teneur suivante:

„**Art. 12.** (1) Avant la fin de la 12e semaine de grossesse ou avant la fin de la 14e semaine d'aménorrhée, une interruption volontaire de grossesse peut être pratiquée lorsque la femme enceinte 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 spécialiste en gynécologie et obstétrique qui lui fournit:
  - a) une attestation de grossesse datée qui renseigne sur le siège et l'âge exact de la grossesse qui sera remise au médecin qui réalise l'interruption volontaire de 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;
  - 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; et
  - d) une documentation qui est mise à disposition par le ministre ayant la Santé dans ses attributions, informant sur les droits de la femme enceinte, les aides aux enfants et familles, et les différents choix qui s'offrent dans la situation où elle se trouve, ainsi que leurs conséquences. Cette documentation comprend une liste des services d'assistance psychosociale dont question au paragraphe 2;
2. que l'interruption volontaire de grossesse soit réalisée par un médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique autorisé à pratiquer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg et pratiquée dans un établissement hospitalier ou tout autre établissement agréé à cette fin par arrêté du ministre ayant la Santé dans ses attributions.

L'interruption de grossesse réalisée par moyens médicamenteux peut également être réalisée par un médecin, autorisé à pratiquer l'art de guérir au Grand-Duché de Luxembourg, qui n'est pas spécialiste en gynécologie et obstétrique. Elle peut être pratiquée par le médecin en cabinet médical s'il le juge possible, à condition qu'il ait passé une convention avec un établissement hospitalier disposant d'un service de gynécologie-obstétrique qui assure un service d'urgence permanent.

(2) Le médecin informe systématiquement la femme enceinte qui le demande et avant que ne soit pratiquée l'interruption volontaire de grossesse, qu'elle a droit, tant avant qu'après l'interruption volontaire de grossesse, à une consultation dans un service d'assistance psychosociale 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. Le service lui fournit des informations circonstanciées sur les droits, aides et avantages garantis par la loi aux familles ainsi qu'une assistance et des conseils sur les moyens auxquels la femme pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux éventuels posés par sa situation et qui ont pour but d'accompagner la femme dans son choix.

(3) Si la femme enceinte est une mineure non émancipée, elle doit consulter un service d'assistance psychosociale visé au paragraphe 2 et y avoir obtenu les informations mentionnées au même point. 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, l'interruption volontaire de grossesse ainsi que les actes médicaux et les soins qui sont liés peuvent être pratiqués à sa demande 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 psychosociale conseillera la mineure sur le choix de la personne majeure.

La femme mineure non émancipée doit par ailleurs confirmer 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 du paragraphe 1er.

La confirmation écrite est versée au dossier médical et 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.

(4) Il n'y a pas d'infraction lorsque l'interruption volontaire de grossesse est pratiquée après la fin de la 12e semaine de grossesse ou après la fin de la 14e 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. 13.** Aucun médecin ne sera tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse. De même aucun professionnel de santé ne sera tenu de concourir à une telle intervention.

**Art. 14.** Les frais de l'interruption volontaire de grossesse sont remboursés par les caisses de maladie.

Les articles 60 et suivants du Code des assurances sociales sont applicables.

**Art. 15.** (1) Celui qui, par quelque moyen que ce soit, aura avorté ou tenté d'avorter en dehors des conditions posées à l'article 12 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 euros à 25.000 euros.

(2) La femme enceinte qui interrompt volontairement sa grossesse en dehors des conditions posées à l'article 12, sera punie d'une amende de 251 euros à 2.000 euros.“

Luxembourg, le 19 novembre 2014

*La Présidente-Rapporteuse,*  
Viviane LOSCHETTER

