



**Réponse commune de Madame la Ministre de la Santé et de Monsieur le Ministre de la Sécurité sociale à la question parlementaire n°6427 du 29 juin 2022 de Madame la Députée Josée Lorsché et de Monsieur le Député Marc Hansen**

**1. Est-il prévu d'intégrer l'IVG dans la nomenclature de la CNS et de définir dans ce contexte clairement les différents actes et tarifs relatifs à l'IVG en y tenant compte du facteur temps qui est une condition essentielle pour une consultation de qualité dans ce domaine très sensible?**

**2. Dans quel délai une telle nomenclature pourrait-elle le cas échéant entrer en vigueur et quel sera dès lors le taux de remboursement, sachant qu'en France une IVG coûte en moyenne 250 euros et qu'elle est à 100% prise en charge par la Sécurité Sociale française?**

**3. Quelles sont les raisons pour lesquelles une telle nomenclature fait toujours défaut au Luxembourg?**

Début 2018, le ministère de la Santé a saisi la Commission de Nomenclature de quatre demandes standardisées relatives à l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Deux demandes se rapportaient à l'inscription dans la nomenclature de nouveaux actes techniques, la troisième demande concernait la modification du libellé d'un acte technique existant et la quatrième demande proposait la création d'un acte général destiné à être invoqué pour la première consultation de prise en charge et de conseil lors d'une demande d'IVG.

Toutefois, dans le cadre des échanges portant sur ces demandes, la création de codes spécifiques dans la nomenclature des actes des médecins et médecins-dentistes avait alors été mise en doute notamment parce que l'IVG peut être pris en charge sous forme de codes existants et qu'il n'existait pas d'intérêt scientifique pour préciser qu'un curetage est fait hors grossesse. Il avait alors été décidé de relancer les discussions dans le cadre des futurs travaux sur la révision du chapitre relatif à la gynécologie de la nomenclature.

Les travaux sont actuellement en cours entre la CNS et la Société luxembourgeoise de gynécologie et d'obstétrique (SLGO) dans le cadre de la refonte de la nomenclature<sup>1</sup>. Dans ce contexte, les actes d'interruption volontaire de grossesse (IVG) font l'objet de discussions et de précisions avec différents types d'indicateurs, dont notamment le facteur temps. Par ailleurs, des actes plus ciblés permettront aussi d'avoir des données statistiques plus précises.

Une fois la recommandation circonstanciée validée par la Commission de nomenclature, l'avant-projet de règlement grand-ducal devra suivre le parcours de la procédure réglementaire.

**4. Madame la Ministre et Monsieur le Ministre ne sont-ils pas d'avis que le Luxembourg devrait se doter de statistiques et de chiffres fiables relatifs aux IVG effectivement réalisées tant dans le milieu**

---

<sup>1</sup> Règlement grand-ducal modifié du 21 décembre 1998 arrêtant la nomenclature des actes et services des médecins pris en charge par l'assurance maladie



**hospitalier qu'extrahospitalier, vu que de telles données constituent la base pour la mise en place d'une prévention efficace et ciblée ?**

Dans le cadre d'une motion déposée par l'honorable député Alex Bodry le 22 novembre 2012, le Gouvernement avait notamment été invité à veiller à ce que les médecins et les services d'assistance psycho-sociale déclarent à des fins de statistiques les IVG et consultations en matière d'IVG. Ces travaux n'ont pas encore pu être entamés jusqu'à présent, cependant il est prévu d'instaurer à courte échéance un groupe de travail chargé d'établir des statistiques en matière d'IVG.

Par ailleurs, il est important de souligner qu'il existe deux parcours médicaux différents pour procéder à une interruption volontaire de la grossesse (IVG) :

1. IVG par prise du médicament Mifépristone dans le cas où la grossesse est de moins de 9 semaines (63 jours) d'aménorrhée, jusqu'à 12 semaines possibles dans le cadre d'une prise en charge hospitalière ;
2. IVG chirurgicale pour les grossesses de plus de 9 semaines (63 jours) et de moins de 14 semaines d'aménorrhée.

Les IVG par prise de médicament peuvent être réalisées soit au Planning familial, soit auprès d'un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique dans son cabinet médical ou à l'hôpital. Les IVG chirurgicales sont effectuées dans un hôpital.

Les codes de la nomenclature existants (consultations gynécologiques et échographies) suffisent pour que le médecin gynécologue-obstétricien puisse facturer toutes les phases de la procédure à suivre selon la loi du 17 décembre 2014 modifiant 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, mais plus spécifiquement dans son article 12 (1).

Seule la consultation psychologique (obligatoire pour la mineure et facultative chez l'adulte) n'est pas spécifiquement prise en charge par la Caisse nationale de santé (CNS). Toutefois, comme le motif des consultations médicales n'est pas renseigné, il est impossible de distinguer ces consultations des autres consultations facturées et remboursées par la CNS.

Comme la nomenclature n'est actuellement pas suffisamment détaillée en la matière, les données de facturation de la CNS ne permettent pas non plus de définir de manière précise les IVG chirurgicales réalisées à l'hôpital. En effet, la distinction entre une IVG et un curetage réalisé suite à une fausse couche n'est pas possible.

D'autre part, le nombre de cas d'IVG par prise de Mifépristone ne pourrait pas non plus être déterminé de manière précise à partir de la base de données de la CNS, étant donné que la Mifépristone est indiquée dans plusieurs prises en charge médicales autres que l'IVG médicamenteuse.

Actuellement, seuls les chiffres provenant du Planning familial renseignent sur le nombre d'IVG pratiquées. Ainsi, en 2021, 601 femmes ont contacté le Planning Familial en raison d'une grossesse non planifiée. Après réorientation directe par manque de disponibilité (pas de gynécologue), changement d'avis, non présentation pour le premier rendez-vous ou la première échographie, fausse-couche, grossesses arrêtées ou extra-utérines :



- 516 IVG ont été planifiées dont 98,3% au Luxembourg et 1,7% à l'étranger (1,36% hors délais);
- 449 IVG ont été pratiquées au Planning Familial jusqu'à 7, voire 8 semaines depuis les dernières règles (8SA), soit 87%;
- 16 patientes ont été adressées par le CHL (avec 1ère échographie);
- 63 patientes ont été adressées par des confrères privés (avec 1ère échographie);
- 57 femmes ont été transférées au CHL avec qui le Planning Familial a une convention et 1 chez un.e confrère ;
- 9 IVG ont été pratiquées à l'étranger: 2 en Belgique et 7 aux Pays-Bas ;
- 51 femmes ont été adressées chez des consœurs/confrères en raison de l'indisponibilité de la consultation pour 1ère échographie (par ex. vacances du seul médecin spécialiste en gynécologie) puis IVG au Planning Familial.
- La moyenne d'âge était de 28,25 ans à l'instar de 2020; La moyenne d'âge de la grossesse au moment de l'IVG était de 4,3 semaines.

**5. L'obligation de la documentation hospitalière qui a été introduite par la loi sur les établissements hospitaliers du 8 mars 2018, a-t-elle permis d'établir des données précises concernant les IVG réalisées en milieu hospitalier, tel qu'il a été affirmé dans la réponse ministérielle à la question parlementaire 240 du 22 janvier 2019? Dans l'affirmative, de quelles données s'agit-il plus précisément et pourront-elles nous être communiquées ?**

Notons d'emblée que les IVG médicamenteuses, qui sont fréquentes, se font habituellement en milieu extrahospitalier et ne sont donc pas soumises à une obligation de documentation à visée statistique.

Dans le cadre de la documentation hospitalière, un recueil de données médicales est réalisé en milieu hospitalier portant sur les diagnostics et les actes ou procédures réalisés durant le séjour hospitalier. Les classifications utilisées permettent de coder les séjours dont le motif est « induced termination of pregnancy (code Z33.2) ». L'information relative à la cause de l'interruption de grossesse peut être documentée au travers des codes de pathologies associées dans le cas d'une interruption médicale ou thérapeutique de grossesse. Le codage de ces informations est dépendant de la qualité de la documentation présente dans le dossier hospitalier de la patiente et de la bonne utilisation des règles de codage.

Suite à la pandémie COVID-19 et à l'affectation d'agents de la Direction de la santé aux priorités de la lutte pandémique, la documentation hospitalière a pris un certain retard: la qualité du codage hospitalier n'a pas encore été évaluée et la base de données des séjours hospitaliers est en cours de construction. Ainsi, la Direction de la santé n'est pas encore en mesure de fournir des données chiffrées concernant les IVG réalisées en milieu hospitalier. Le délai envisagé pour les exploitations statistiques générales de la documentation hospitalière est envisagé à un an et nécessitera une période supplémentaire de validation pour garantir la pertinence des informations avant publication.

**6. Une évaluation portant sur l'application de la loi sur l'IVG de 2014 est-elle prévue dans le but d'analyser entre autres si l'accès à une IVG est réellement assuré à toute personne concernée, si le**



**nombre des IVG réalisées à l'étranger a diminué et si les campagnes de prévention, voire les programmes d'éducation sexuelle et affective mènent effectivement à réduire le nombre des IVG ?**

Le ministère ne dispose pas d'information dans quelle mesure l'accès à une IVG est assuré à toute personne concernée. Il n'en reste cependant pas moins que toute personne voulant procéder à une IVG dans le délai imparti peut toujours s'adresser au Planning Familial si elle a l'impression de ne pas bénéficier de l'attention que son cas requiert de la part de son médecin traitant.

En ce qui concerne le nombre d'IVG réalisés à l'étranger, seuls les chiffres du Planning Familial renseignent sur ces cas.

Notons finalement que même si l'activité médicale repose sur la prévention tout comme les interventions de l'équipe d'éducation sexuelle et affective (ESA), des grossesses non désirées surviendront toujours. La prise en charge d'une grossesse non désirée implique des consultations longues et minutieuses, il est partant d'autant plus important de fournir dès le premier contact avec la patiente qui souhaite procéder à une IVG, les informations relatives aux possibilités de contraception qui se posent à elle afin d'éviter toute nouvelle grossesse non désirée.

**7. Quelle est la position de Madame la Ministre au sujet de la revendication du planning familial d'étendre le délai du droit à l'IVG d'actuellement 12 à 14 semaines à partir du début de la grossesse?**

La France a effectivement récemment prolongé le délai autorisé pour réaliser une IVG à 14 semaines de grossesse. Des discussions similaires sont actuellement en cours en Belgique. Aux Pays-Bas, le délai s'élève actuellement à 24 semaines d'aménorrhée.

L'éventuel prolongement du délai de droit à l'IVG de 12 semaines à 14 semaines au Luxembourg est actuellement à l'étude et des réflexions concernant une éventuelle réévaluation de cette position et une modification législative de la loi modifiée 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 sont actuellement en cours. Dans ce sens des réunions de concertation sont prévues dès la rentrée entre le ministère de la Santé et la Société de Gynécologie et d'Obstétrique ainsi que le Planning Familial.

Luxembourg, le 23 août 2022

La Ministre de la Santé  
(s.) Paulette Lenert