

COMMISSION NATIONALE
D'ÉVALUATION
DE LA LOI DU 15 OCTOBRE 2018
RELATIVE A
L'INTERRUPTION DE GROSSESSE
(Loi du 13 août 1990)

RAPPORT A L'ATTENTION
DU PARLEMENT
1 janvier 2018 – 31 décembre 2019



Février 2021

TABLE DES MATIERES

Introduction	8
Document d'enregistrement	10
Rapport annuel de l'établissement	12
Notice annexée au rapport annuel de l'établissement	13
Rapport annuel du service d'information	14
1. RAPPORT STATISTIQUE	15
Remarques préliminaires	15
1. Description	16
A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	16
1. Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	16
2. Interruptions de grossesse selon l'état civil	18
3. Interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) mis au monde	19
4. Interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	20
4.1 Données générales	20
4.2 Femmes domiciliées à l'étranger	21
5. Etablissements où se pratiquent les interruptions de grossesse	22
B. DONNEES PSYCHOSOCIALES	23
6. Situations de détresse invoquées	23
C. DONNEES MEDICALES	24
7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois	24
8. Causes de l'échec de la contraception	25
D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT	26
9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse	26
10. Anesthésie	27
11. Durée de l'hospitalisation	28
12. Complications	29
2. Tabulations croisées	30
1. SITUATIONS DE DETRESSE	30
1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (cat. C)	30
1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (Cat. B)	30
1.3. Situation de détresse et âge	31
1.4. Situation de détresse et état civil	32
1.5. Situation de détresse et nombre d'enfant(s)	33

2. METHODES DE CONTRACEPTION	34
2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge	34
2.2. Méthode de contraception et état civil	36
2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfant(s)	37
3. METHODES D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE	39
3.1. Méthodes d'interruption de grossesse et complications	39
3.2. Méthodes d'interruption de grossesse et anesthésie	40
3.3. Méthodes d'interruption de grossesse et tranches d'âge	41
3.4. Méthodes d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	42
4. DUREE D'HOSPITALISATION	43
4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	43
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	43
5. HOPITAL OU CENTRE	44
5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme	44
5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge	45
5.3. Hôpital ou centre et complications	46
5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	46
5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	47
5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie	47
5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines	48
ANNEXE 1	49
Sous-rubriques « Autres » du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse	
1. « Autres » situations de détresse	49
2. « Autres » méthodes de contraception	52
3. « Autres » méthodes d'interruptions de grossesse	52
4. « Autres » méthodes d'anesthésie	53
5. « Autres » complications	53
ANNEXE 2	55
Interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines	
1. Péril grave pour la femme	55
2. Affections graves et incurables de l'enfant	55
2.1. Affections chromosomiques	55
2.2. Malformations	56
2.3. Affections tératogènes	57

2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS	58
Introduction	58
2.1 INSTITUTIONS FRANCOPHONES	59
Tableau des centres	59
Tableau des hôpitaux et cliniques	59
2.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES	60
Tableau des centres	60
Tableau des hôpitaux et cliniques	60
2.3. APERCU GENERAL	60
Tableau des centres	60
Tableau des hôpitaux et cliniques	60
3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION	61
3.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES	61
A. CENTRES	61
1. Nombre et qualification du personnel	61
2. Fonctionnement du service	61
3. Nombre de consultations du service	63
4. Méthode d'accueil et d'assistance appliquée	63
5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler	65
6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	67
B. HOPITAUX ET CLINIQUES	70
1. Nombre et qualification du personnel	70
2. Fonctionnement du service	71
3. Nombre de consultations du service	72
4. Méthode d'accueil et d'assistance appliquée	72
5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler	73
6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	74
3.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES	75
A. CENTRES	75
1. Composition et fonctionnement du service	75
2. Nombre de consultations du service	77
3. Procédure de travail appliquée et méthodes d'assistance	77
4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	79
B. HOPITAUX ET CLINIQUES	83
1. Composition et fonctionnement du service	83
2. Nombre de consultations du service	84
3. Méthodes de prise en charge et d'aide appliquées	84
4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non	85

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	86
4.1 Conclusions	86
4.2. Recommandations	90
MEMORANDUM - RECOMMANDATIONS 2018-2019	90
Introduction générale	90
Glossaire	91
Préalable : données chiffrées	91
I. Contraception : information et accessibilité	92
I.A. Information et accessibilité	94
I.A.1. Contraception féminine	94
I.A.2. Contraception de longue durée	95
I.A.3. Contraception masculine	97
I.A.4. Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle	97
I.B. Coût et remboursement de la contraception, de la contraception d'urgence de la contraception de longue durée	99
I.C. Prescription de la contraception d'urgence	100
I.D. Information sur l'IVG	100
II. Accueil à l'hôpital	101
II.A. Accueil de première ligne	103
II.B. Accueil dans le service	104
II.C. Prise en charge de l'IVG	104
II.D. Entretien pré-IVG	105
II.E. Entretien post-IVG	106
II.F. Confidentialité	106
III. Formation des médecins et du personnel paramédical en Milieu extra-hospitalier	107
IV. Enregistrement des IMG pour raisons médicales	108
V. IVG et public vulnérable	110
V.A. Femmes à faible statut socio-économique	110
V.B. IVG et violences	112
V.C. Grossesse et monde du travail	112
V.D. IVG et handicap / santé	113
VI. Recommandations phares	114
Conclusions	115
Notes de bas de page	116
Position minoritaire non soutenue par la Commission	118

5. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE 120

1. Composition de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse 120
2. Composition du cadre administratif de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse 121

6. TEXTES DE LOI 122

1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même code. 122
2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même code. 125
3. Loi du 16 juin 2016 modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même code, en ce qui concerne la composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse. 129
4. Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même code et modifiant diverses dispositions législatives. 130

7. BIBLIOGRAPHIE 135

INTRODUCTION

Le Parlement voudra bien trouver ici le seizième rapport bisannuel de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives, Commission instituée par la loi du 13 août 1990. Ce rapport porte sur les enregistrements d'interruptions de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années 2018 et 2019.

Pour rappel, les travaux antérieurs de la Commission ont fait l'objet des communications suivantes au Parlement :

août 1992, sur l'état des travaux après quelques mois de fonctionnement;

août 1993, sur les enregistrements couvrant la période 1er octobre - 1er décembre 1992;

août 1994, sur les enregistrements couvrant la période 1er janvier - 31 décembre 1993;

août 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 et 2006, sur les enregistrements couvrant respectivement les années 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005;

décembre 2008, sur les enregistrements couvrant les années 2006-2007; la tardivité de cette communication a fait l'objet d'une explication dans l'avant-propos du rapport relatif à cette période;

septembre 2010, sur les enregistrements couvrant les années 2008 et 2009;

décembre 2012, sur les enregistrements couvrant les années 2010 et 2011.

février 2020, 3 rapports et un mémorandum reprenant les conclusions et recommandations portant sur les enregistrements couvrant les années 2012-2013, 2014-2015 et 2016-2017. La tardivité de cette communication a fait l'objet d'une explication dans l'avant-propos des rapports relatifs à ces périodes;

Le présent rapport aurait dû faire l'objet d'une publication en septembre 2020. Le retard de la publication s'explique par la crise sanitaire, liée à l'épidémie de covid 19 qu' a connue la Belgique en 2020.

En raison du confinement de la population et de l'absentéisme dus à la maladie, du retard a été pris dans la transmission des documents et dans le traitement de ceux-ci. C'est pourquoi, ce rapport n'a pu être transmis au Parlement qu'en février 2021.

La Commission tient à souligner, une fois encore, qu'elle ne dispose que des seules informations qu'elle est autorisée par la loi à demander aux médecins et établissements de soins concernés.

Ce rapport reprend donc trois parties :

- La première traite des chiffres recueillis. Elle comprend deux sections ; tout d'abord, une présentation des données « brutes » socio-démographiques, psychosociales et médicales ; et ensuite les corrélations entre ces données brutes.
- La deuxième partie concerne les informations recueillies, conformément à la loi du 13 août 1990, auprès des établissements de soins au moyen des rapports annuels qu'ils ont transmis à la Commission.
- La troisième partie fournit une synthèse des données que les services d'information francophones et néerlandophones ont transmis dans leurs rapports annuels.

La Commission toute entière renouvelle ses remerciements chaleureux aux membres du personnel administratif mis à sa disposition pour l'enregistrement et le traitement des données, et rend hommage à leur dévouement et à leur compétence.

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE - RECTO

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE (version 2005)

Formulaire à envoyer à la Commission d'évaluation relative à l'interruption de grossesse dans les quatre mois qui suivent l'interruption de grossesse (voir verso svp) Le présent talon est renvoyé comme accusé de réception du formulaire à l'adresse ci-dessous indiquée par le médecin

Nom du médecin :
rue
CP localité

Nom + adresse de l'établissement

Cachet du médecin, date et signature

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date de réception :

N° de code du médecin :

Date d'encodage :

N° de code de l'établissement :

N° de référence :

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date d'encodage :

N° du code du médecin :

Date de réception :

N° de code de l'établissement :

1 Date

- a) demande d'interruption de grossesse :
- b) 1^{er} entretien avec le service d'information:
- c) interruption de grossesse :

2 Femme

- a) âge:
- b) état civil :
 - 1. non mariée
 - 2. mariée
 - 3. divorcée
 - 4. veuve
- c) nombre d'enfants mis au monde :
- d) domicile :
 - 0. pays si domicile à l'étranger (*)
 - 1. Anvers
 - 2. Flandre occidentale
 - 3. Flandre orientale
 - 4. Hainaut
 - 5. Liège
 - 6. Pays de la Région de Bruxelles-Capitale
 - 7. Limbourg
 - 8. Luxembourg
 - 9. Namur
 - 10. Brabant flamand
 - 11. Brabant wallon
 - 12. Région de Bruxelles-Capitale
 - 13. Région de Bruxelles-Capitale

3 a) Etat de détresse invoqué par la femme (voir verso svp)
1, 2 ou 3 numéros à remplir :

3 b) si l'interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délai de 12 semaines :
1) indication du péril grave que pose la poursuite de la grossesse pour la santé de la femme : (*)
(*) _____

2) affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic, dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance : (*) _____

4 Déclaration faite par la femme concernant

- a) les méthodes contraceptives qu'elle a utilisés au cours du cycle de la contraception :
 - 01. aucune
 - 02. coït interrompu
 - 03. abstinence périodique
 - 04. spermicides
 - 05. diaphragme
 - 06. préservatif
 - 07. pilule
 - 08. Injection contraceptive
 - 09. DIU (dispositif intra-utérin)
 - 10. stérilisation homme
 - 11. stérilisation femme
 - 12. stérilisation des deux
 - 13. pilule du lendemain
 - 14. implant
 - 15. patch
 - 16. anneau vaginal
 - 17. méthode NFP
 - 18. autres méthodes: _____
- b) cause de l'inefficacité :
 - 1. n'a pas utilisé de méthode contraceptive
 - 2. utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode
 - 3. méthode contraceptive a été inefficace malgré une bonne utilisation
 - 4. ne sait pas

5 Méthode appliquée pour interrompre la grossesse :
a) méthode d'interruption de grossesse :

- 1. aspiration
- 2. curetage & dilatation
- 3. prostaglandine
- 4. mifépristone
- 5. mifépristone + curetage
- 6. autre méthode

b) anesthésie:

- 1. aucune
- 2. loco-régionale
- 3. narcose
- 4. autres : _____

c) durée d'hospitalisation :

- 1. aucune (ambulatoire)
- 2. hospitalisation : 24 heures ou moins
- 3. hospitalisation : plus de 24 heures

6 complications:

- 1. aucune
- 2. perte de sang estimée à plus de 500 ml
- 3. perforation
- 4. déchirure du col utérin
- 5. autres : _____

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE VERSO

Adresse: SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Eurostation II
Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse
Bureau 7C034
Place Victor Horta 40, boîte 10.
1060 BRUXELLES

Rubrique 3 a) 1, 2 ou 3 numéros de code à remplir

- 00. Problèmes de santé de la femme enceinte
- 01. Problèmes de santé de l'enfant à naître
- 02. Problèmes de santé mentale

- 13. Femme se sent trop jeune
- 14. Femme se sent trop âgée
- 15. Etudiante
- 16. Isolée
- 17. Pas de souhait d'enfant pour le moment (étalement familial)
- 18. Famille complète

- 20. Problèmes financiers
- 21. Situation professionnelle
- 22. Situation de logement

- 30. Relation récemment rompue
- 31. Partenaire n'accepte pas la grossesse
- 32. Relation occasionnelle
- 33. Relation trop récente
- 34. Relation hors mariage
- 35. Problèmes de couple
- 36. Problèmes relationnels avec l'entourage
- 37. Problèmes juridiques liés au divorce

- 40. Viol
- 41. Inceste

- 50. Etrangère en situation administrative précaire
- 99. Autre, à préciser

RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT

RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT

(Original à envoyer à la Commission d'Evaluation relative à l'Interruption de Grossesse pour le 30 avril de l'année suivant celle à laquelle les informations ont trait)

Le présent talon est renvoyé par la Commission d'Evaluation comme accusé de réception du formulaire.

Nom et adresse de l'établissement où ont été pratiquées les interruptions de grossesse :

.....
Date, nom et signature du directeur responsable :

Cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Evaluation

N° de référence :

N° de code de l'établissement :

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date réception :

N° de référence :

Date encodage :

N° de code de l'établissement :

Année à laquelle les informations se rapportent (1er janvier-31 décembre)

1. Nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement *(1) :

2. Nombre d'interruptions de grossesse effectuées :
dont au-delà du délai de 12 semaines (art. 350, al. 2, 4° Code Pénal)

3. Nombre total de demandes d'interruption de grossesse refusées*(2) par le(s) médecin(s) attaché(s) à l'établissement, c'est-à-dire les demandes qui n'ont pas abouti à une IVG dans votre établissement *(3) :

Ce rapport doit être accompagné du rapport du service d'information de l'établissement et être envoyé dans les délais à la Commission Nationale d'Evaluation

* (1) (2) (3) cf. notice ci-annexée.

Notice annexée au rapport de l'établissement

*(1) C'est-à-dire les demandes qui ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier IVG

* (2) Le terme "refusé" peut avoir les significations suivantes :

- la femme ne vient pas au rendez-vous
- la suite réservée à la demande est inconnue
- la femme n'est pas enceinte au moment de la demande
- une fausse couche est survenue pendant la période d'attente
- la grossesse dépasse le délai de douze semaines et la femme est orientée vers l'étranger
- la grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai de l'aménorrhée a dépassé 14 semaines après la période d'attente de 6 jours
- la femme est orientée vers un hôpital belge pour des raisons médicales ou pour des considérations liées à l'anesthésie
- la femme est orientée vers un autre centre belge
- la femme décide de poursuivre la grossesse
- la femme est orientée vers un service d'adoption

*(3) Logiquement le point 3. devrait être égal au point 1. diminué du point 2.

RAPPORT ANNUEL DU SERVICE D'INFORMATION

RAPPORT ANNUEL DU SERVICE D'INFORMATION

(Original à envoyer en annexe au rapport de l'établissement à la Commission d'Evaluation relative à l'Interruption de Grossesse pour le 30 avril de l'année suivant celle à laquelle les informations ont trait)
Le présent talon est renvoyé par la Commission d'Evaluation comme accusé de réception du formulaire

Nom et adresse de l'établissement où ont été pratiquées les interruptions de grossesse :

Date, nom et signature du directeur responsable : _____ cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Evaluation

N° de référence : -----

N° de code de l'établissement :-----

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date de réception :

N° de référence :

Date d'encodage :

N° de code de l'établissement :

Année à laquelle les informations se rapportent (1° janvier – 31 décembre)

1. Composition du service concerné par l'application de la loi relative à l'interruption de grossesse

a) nombre de personnes travaillant dans le service d'information :

b) qualification des différents membres du personnel : _____ nombre :

juristes :

psychologues :

assistan(e)s sociaux (sociales) :

conseillers conjugaux :

médecins :

autres : -----

c) fonctionnement du service, disponibilité, accessibilité, heures d'ouverture, aménagement des locaux, méthodes d'enregistrement, documents utilisés, information procurée (notes ou documents éventuels à joindre)

2) Nombre total de consultations du service d'information en relation avec des problèmes d'interruption de grossesse :

3) Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées (notes ou documents éventuels à joindre)

a) avant l'IVG :

b) pendant l'IVG :

c) après l'IVG :

4) Existe-t-il des cas d'accueil et d'assistance prodigués que vous souhaiteriez signaler ?

Compte tenu de votre expérience, auriez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des Grossesses non désirées ?

1. RAPPORT STATISTIQUE

Remarques préliminaires

1. Pour un item, la rubrique « pas de réponse » signifie que le médecin n'a pas complété cet item dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.
2. La rubrique « Autres », reprise dans les tableaux « *Situations de détresse invoquées – Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois – Méthode utilisée pour interrompre la grossesse – Anesthésie et Complications* », est explicitée à l'**annexe 1**.
3. Les données portant sur les interruptions de grossesse pratiquées au-delà de la période légale de 12 semaines sont détaillées à l'**annexe 2**.

1. DESCRIPTION

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

1. Les interruptions de grossesse selon l'âge de la femme.

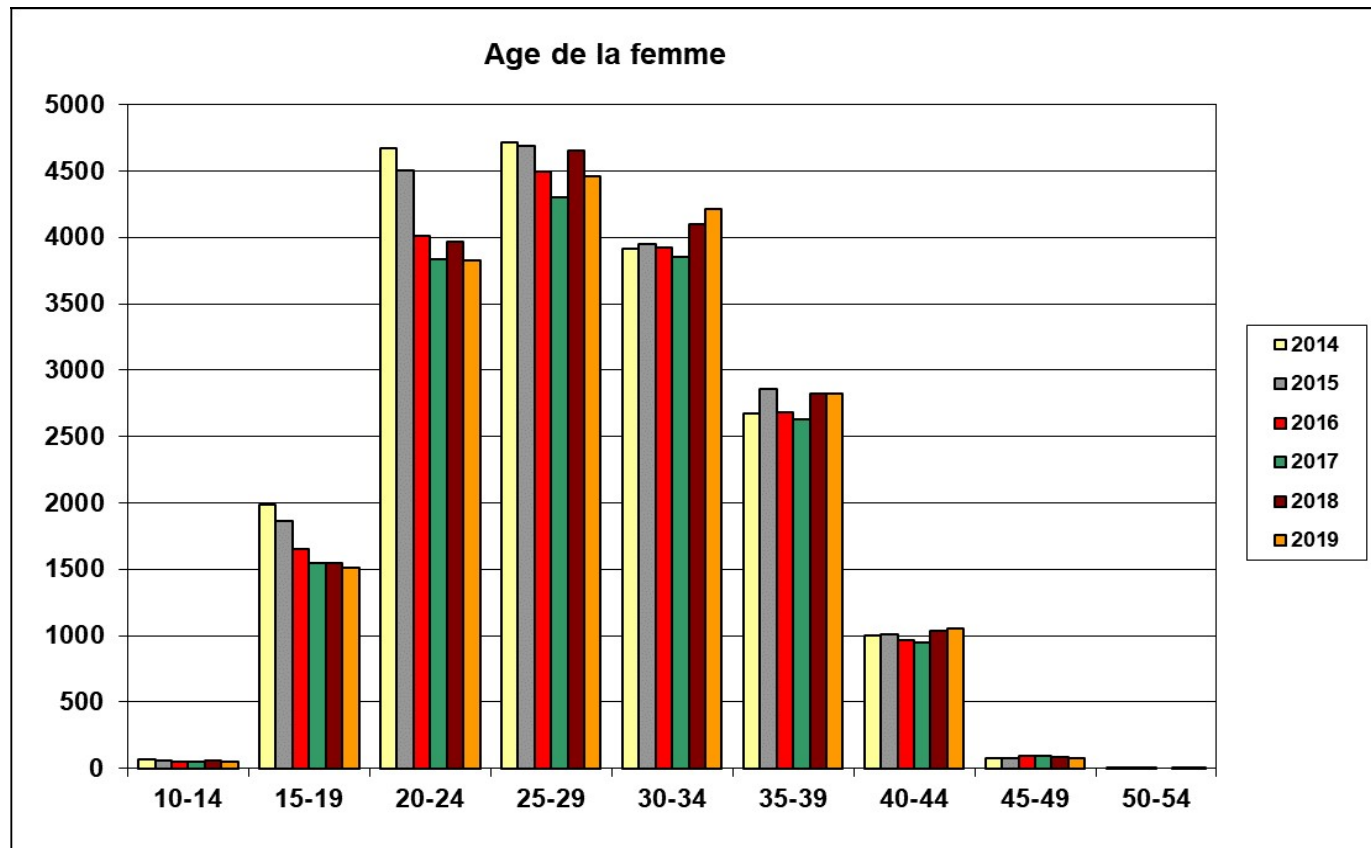
âge	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
10	0	0	0,00	0,00
11	0	0	0,00	0,00
12	0	0	0,00	0,00
13	14	12	0,08	0,07
14	41	33	0,22	0,18
15	102	90	0,56	0,50
16	168	188	0,92	1,04
17	311	269	1,70	1,49
18	420	399	2,30	2,21
19	543	568	2,97	3,15
20	677	637	3,70	3,53
21	704	702	3,85	3,89
22	839	790	4,59	4,38
23	849	830	4,65	4,60
24	899	865	4,92	4,80
25	924	858	5,06	4,76
26	958	948	5,24	5,26
27	921	885	5,04	4,91
28	991	885	5,42	4,91
29	861	888	4,71	4,93
30	900	949	4,93	5,26
31	898	882	4,91	4,89
32	781	865	4,27	4,80
33	779	770	4,26	4,27
34	739	750	4,04	4,16
35	672	648	3,68	3,59
36	640	622	3,50	3,45
37	581	590	3,18	3,27
38	514	491	2,81	2,72
39	419	476	2,29	2,64
40	361	379	1,98	2,10
41	263	272	1,44	1,51
42	229	213	1,25	1,18
43	119	118	0,65	0,65
44	67	75	0,37	0,42
45	45	39	0,25	0,22
46	23	21	0,13	0,12
47	9	11	0,05	0,06
48	6	4	0,03	0,02
49	4	1	0,02	0,01
50	1	2	0,01	0,01
51	0	0	0,00	0,00
52	0	1	0,00	0,01
53	0	1	0,00	0,01
54	0	0	0,00	0,00
55	0	0	0,00	0,00
total	18272	18027	100,00	100,00
Plus âgée que 55*	1	0	* femme de 56 ans	
total général	18273	18027		

âge moyen en 2018 : 28,63

âge moyen en 2019: 28,77

D'après l'âge de la femme par catégories d'âge

âge catégorie	nombre						%					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
10-14	68	62	53	52	55	45	0,36	0,33	0,30	0,30	0,30	0,25
15-19	1986	1860	1651	1544	1544	1514	10,39	9,78	9,24	8,95	8,45	8,40
20-24	4675	4502	4011	3836	3968	3824	24,47	23,68	22,44	22,23	21,72	21,21
25-29	4713	4693	4498	4301	4655	4464	24,67	24,68	25,16	24,92	25,48	24,76
30-34	3917	3954	3925	3852	4097	4216	20,50	20,80	21,96	22,32	22,42	23,39
35-39	2672	2857	2680	2630	2826	2827	13,98	15,03	14,99	15,24	15,47	15,68
40-44	996	1007	969	945	1039	1057	5,21	5,30	5,42	5,48	5,69	5,86
45-49	77	75	89	97	87	76	0,40	0,39	0,50	0,56	0,48	0,42
50-54	3	2	1	0	1	4	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02
total	19107	19012	17877	17257	18272	18027	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
plus de 54	0	1	1	0	1	0						0
total gén.	19107	19013	17878	17257	18273	18027						

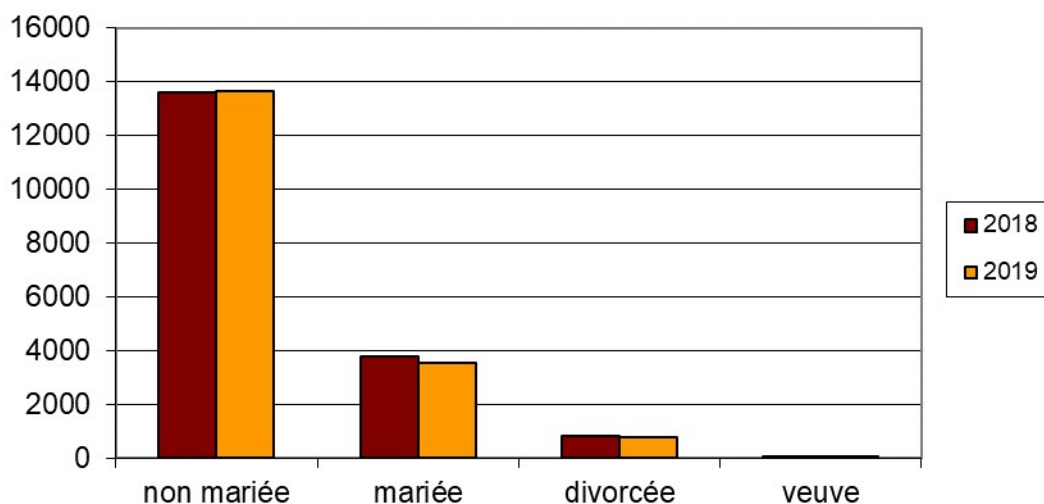


Selon les données de l'Inspection des Soins de santé, les cliniques spécialisées frontalières des Pays-Bas ont pratiqué sur des femmes provenant de Belgique :
 444 interruptions de grossesse en 2018. Pour 2019, ce chiffre n'est pas encore disponible.

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

état civil	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
non mariée	13607	13637	74,47	75,65
mariée	3800	3566	20,80	19,78
divorcée	827	789	4,53	4,38
veuve	39	35	0,21	0,19
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

Etat civil



Les données officielles de l'état civil ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des patientes. En effet, une femme dont l'état civil est "mariée" peut vivre en couple avec son époux ou avec un autre partenaire, ou peut encore vivre seule; de même, une femme dont l'état civil est "célibataire" peut vivre en couple.

Jusqu'à présent, les femmes cohabitantes légales sont reprises dans la catégorie « non mariée », ce qui ne donne pas une image correcte de la situation.

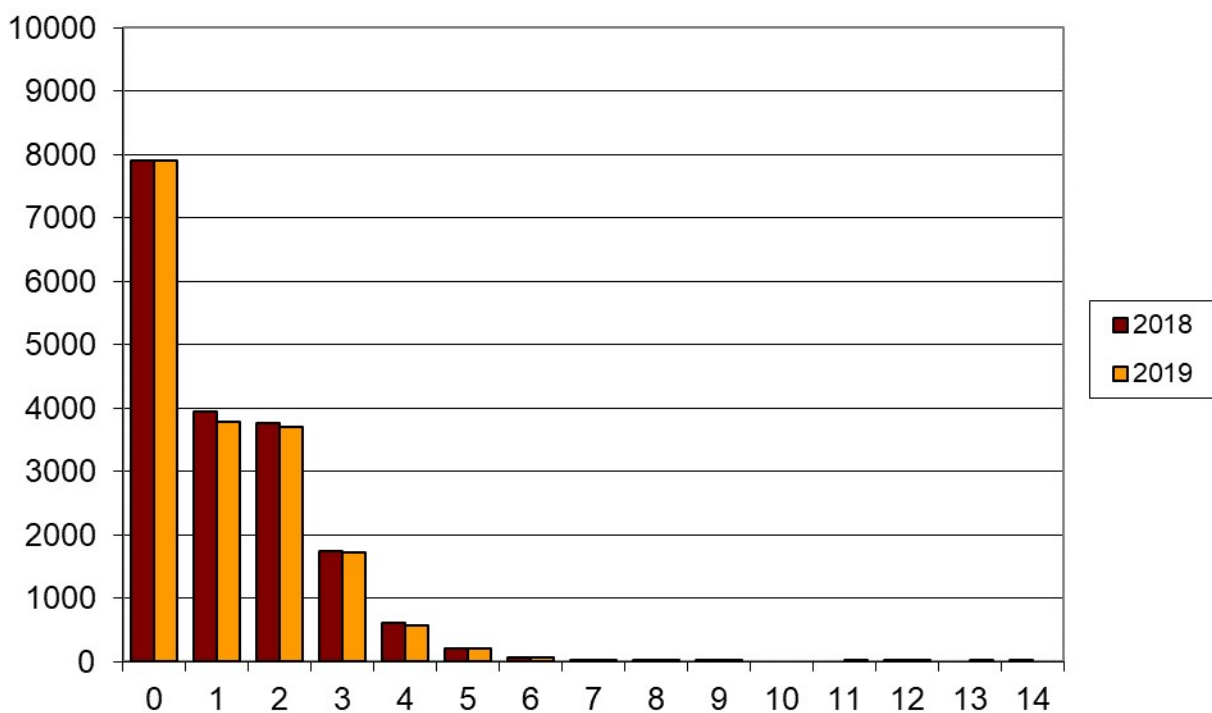
Pour tenir compte de l'évolution de la société et de la diversité des situations rencontrées, un item « cohabitante légale » a donc été ajouté au document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.

Cette nouvelle version du document d'enregistrement (version 2019) est d'application depuis le premier janvier 2020. Ces nouvelles données apparaîtront dès lors dans le prochain rapport, qui portera sur les années 2020-2021 et sera publié en 2022.

3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) mis au monde

enfants	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
0	7900	7912	43,23	43,89
1	3948	3787	21,61	21,01
2	3762	3708	20,59	20,57
3	1735	1731	9,49	9,60
4	615	564	3,37	3,13
5	216	213	1,18	1,18
6	62	73	0,34	0,40
7	21	20	0,11	0,11
8	9	13	0,05	0,07
9	3	1	0,02	0,01
10	0	0	0,00	0,00
11	0	2	0,00	0,01
12	1	2	0,01	0,01
13	0	1	0,00	0,01
14	1	0	0,01	0,00
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

Nombre d'enfant(s)

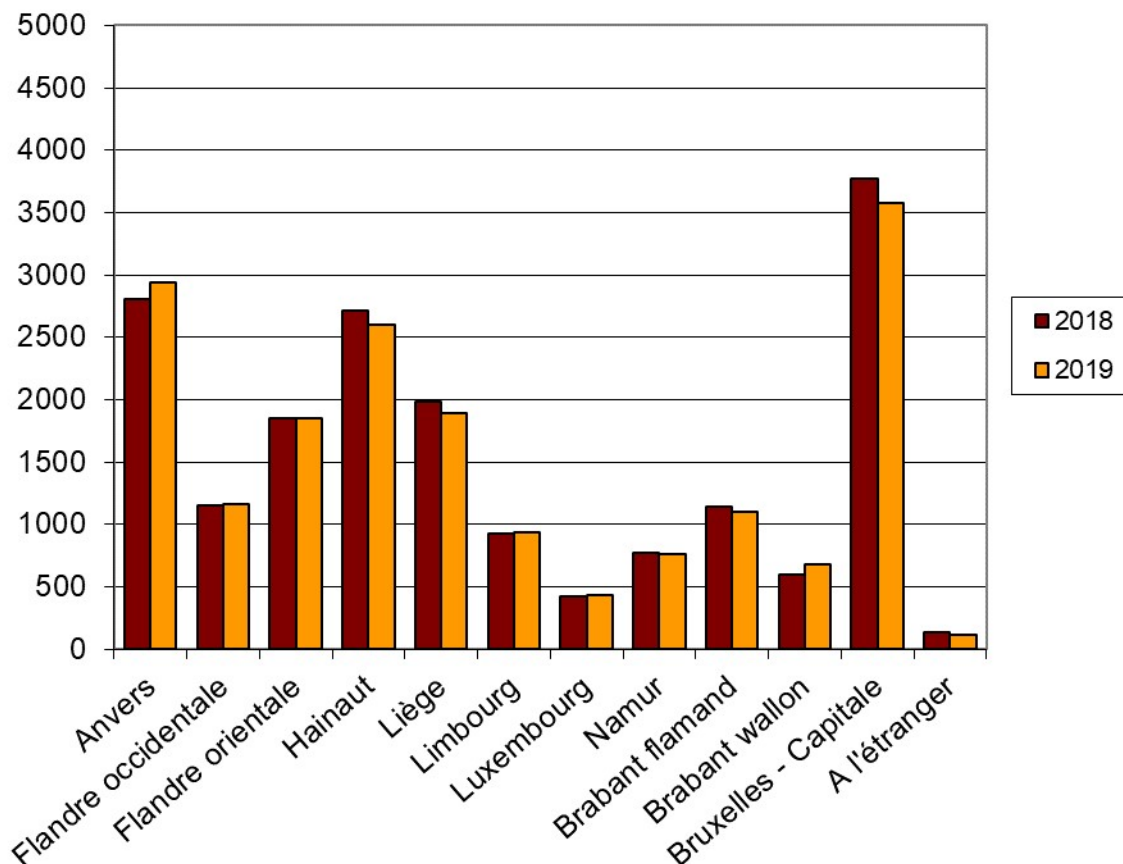


4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme

4.1. Données générales

domicile	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
Anvers	2809	2852	15,71	16,53
Flandre occidentale	1106	1173	6,19	6,80
Flandre orientale	1806	1862	10,10	10,79
Hainaut	1935	1943	10,82	11,26
Liège	2104	1948	11,77	11,29
Limbourg	931	921	5,21	5,34
Luxembourg	387	439	2,16	2,54
Namur	781	721	4,37	4,18
Brabant flamand	1151	1099	6,44	6,37
Brabant wallon	676	615	3,78	3,56
Bruxelles-Capitale	4024	3560	22,51	20,63
A l'étranger	168	124	0,94	0,72
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

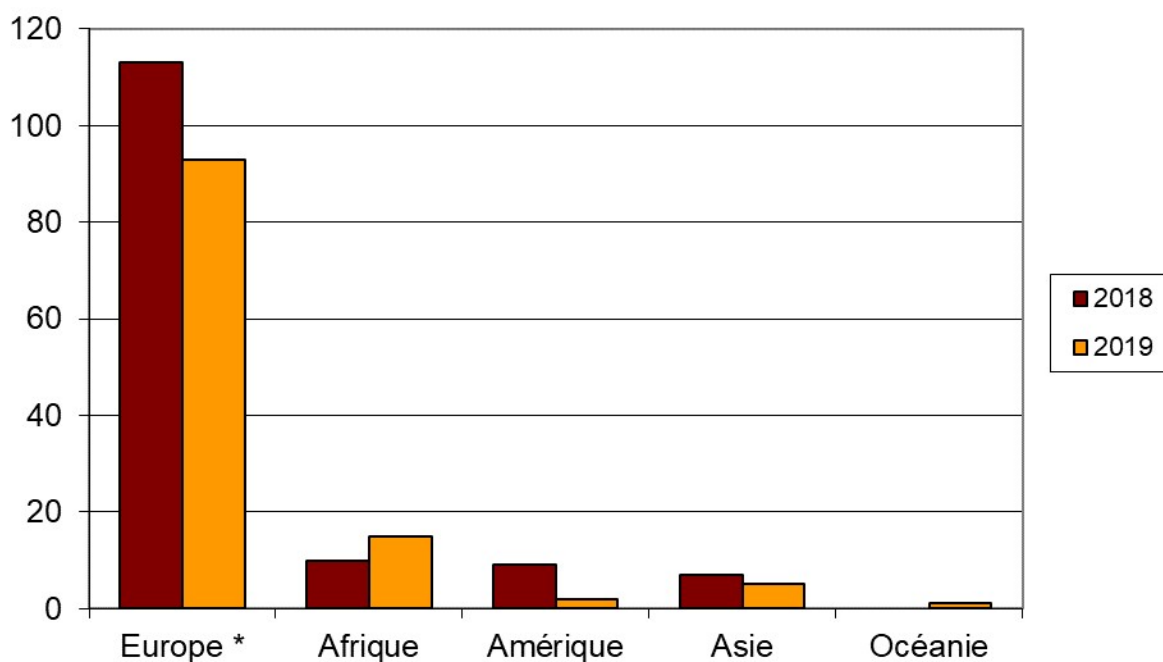
Domicile



4.2. Les femmes domiciliées à l'étranger : division par continent

origine	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
Europe*	113	93	81,29	80,17
Afrique	10	15	7,19	12,93
Amérique	9	2	6,47	1,72
Asie	7	5	5,04	4,31
Océanie	0	1	0,00	0,86
total	139	116	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	139	116		

Femmes domiciliées à l'étranger



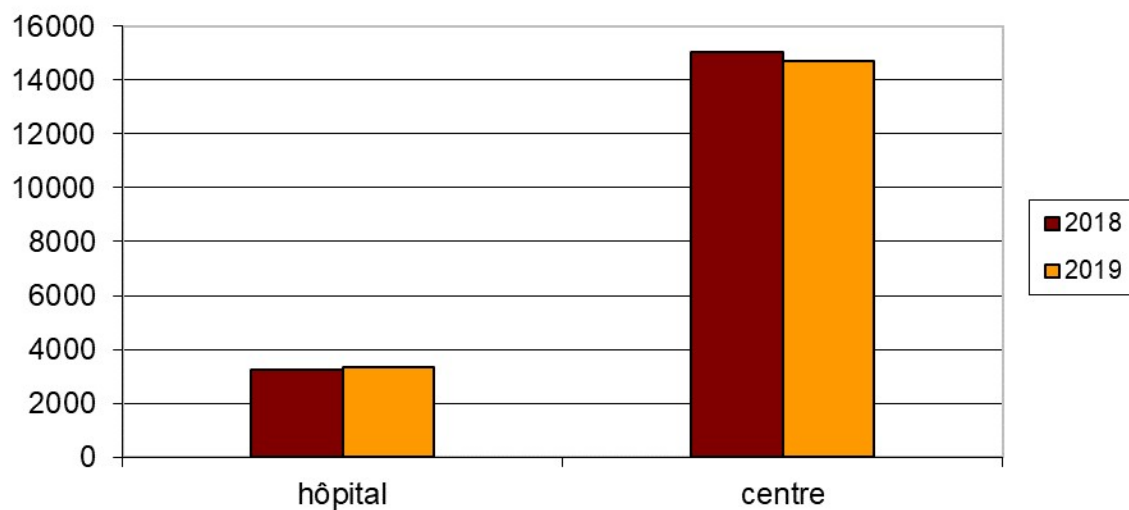
*En 2018, il y a 62 femmes domiciliées dans les pays voisins : 22 aux Pays-Bas ; 4 au Grand-Duché de Luxembourg ; 34 en France ; 6 en Allemagne et 1 au Royaume-Uni.

*En 2019, il y a 58 femmes domiciliées dans les pays voisins : 14 aux Pays-Bas ; 2 au Grand-Duché de Luxembourg ; 34 en France ; 6 en Allemagne et 2 au Royaume-Uni.

5. Etablissements où se pratique l'interruption de grossesse

institution	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
hôpital	3240	3322	17,73	18,43
centre	15033	14705	82,27	81,57
total général	18273	18027	100,00	100,00

Proportion centre / hôpital



B. DONNEES PSYCHOSOCIALES

6. Situations de détresse invoquées

Situations de détresse

A.00 Problèmes de santé de la femme enceinte

A.01 Problèmes de santé de l'enfant à naître

A.02 Problèmes de santé mentale

B.13 La femme se sent trop jeune

B.14 La femme se sent trop vieille

B.15 Etudiante

B.16 Femme isolée

B.17 Pas de souhait d'enfant pour le moment

B.18 Famille complète

C.20 Problèmes financiers

C.21 Situation professionnelle

C.22 Problèmes de logement

D.30 Relation récemment rompue

D.31 Le partenaire n'accepte pas la grossesse

D.32 Relation occasionnelle

D.33 Relation trop récente

D.34 Relation hors mariage

D.35 Problèmes de couple

D.36 Problèmes relationnels avec l'entourage

D.37 Problèmes juridiques liés au divorce

E.40 Viol

E.41 Inceste

F.50 Réfugiée politique

G. 99 Autre

Catégories des situations de détresse

A. Santé physique ou psychique de la mère ou de l'enfant à naître

B. Raisons personnelles

C. Raisons financières ou matérielles

D. Problèmes de couples ou familiaux

E. Grossesse suite à un viol ou à un inceste

F. Réfugiée politique

G. Autres raisons

liste	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
A.00	526	447	2,14	1,98
A.01	268	242	1,09	1,07
A.02	168	124	0,68	0,55
B.13	2098	1312	8,55	5,83
B.14	455	315	1,85	1,40
B.15	1503	1013	6,12	4,50
B.16	542	337	2,21	1,50
B.17	7198	4034	29,33	17,91
B.18	3389	2142	13,81	9,51
C.20	1140	838	4,65	3,72
C.21	1034	757	4,21	3,36
C.22	434	371	1,77	1,65
D.30	1147	747	4,67	3,32
D.31	469	300	1,91	1,33
D.32	638	430	2,60	1,91
D.33	1095	814	4,46	3,61
D.34	292	200	1,19	0,89
D.35	930	584	3,79	2,59
D.36	122	86	0,50	0,38
D.37	32	40	0,13	0,18
E.40	37	43	0,15	0,19
E.41	1	1	0,00	0,00
F.50	199	145	0,81	0,64
G.99	823	7197	3,35	31,96
Total	24540	22519	100,0	100,0

La loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives (MB 29.10.18) ne rend plus obligatoire la mention d'une cause de détresse.

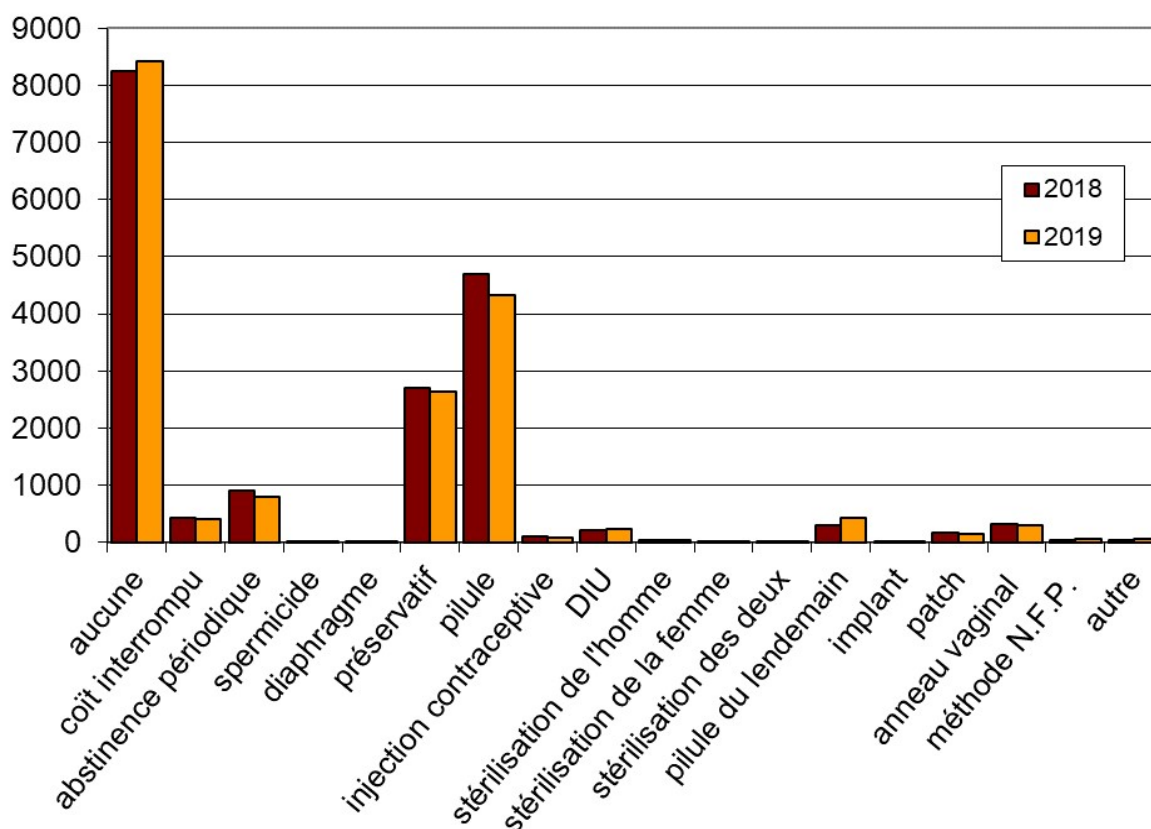
C'est pourquoi, à partir de fin 2018, le nombre de code 99 – autres : « pas d'obligation de notification », augmente, d'abord modérément puis de manière nettement plus marquée : de 823 en 2018 à 7.197 en 2019.

C. DONNEES MEDICALES

7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois

méthode	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
aucune	8257	8415	45,19	46,68
coït interrompu	434	418	2,38	2,32
abstinence périodique	898	799	4,91	4,43
spermicides	10	4	0,05	0,02
diaphragme	17	19	0,09	0,11
préservatif	2704	2645	14,80	14,67
pilule	4706	4335	25,75	24,05
injection contraceptive	98	88	0,54	0,49
DIU	213	231	1,17	1,28
stérilisation homme	36	35	0,20	0,19
stérilisation femme	7	16	0,04	0,09
stérilisation des deux	2	1	0,01	0,01
pilule du lendemain	299	420	1,64	2,33
implant	18	21	0,10	0,12
patch	164	139	0,90	0,77
anneau vaginal	330	311	1,81	1,73
méthode N.F.P.	44	69	0,24	0,38
autres	36	61	0,20	0,34
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

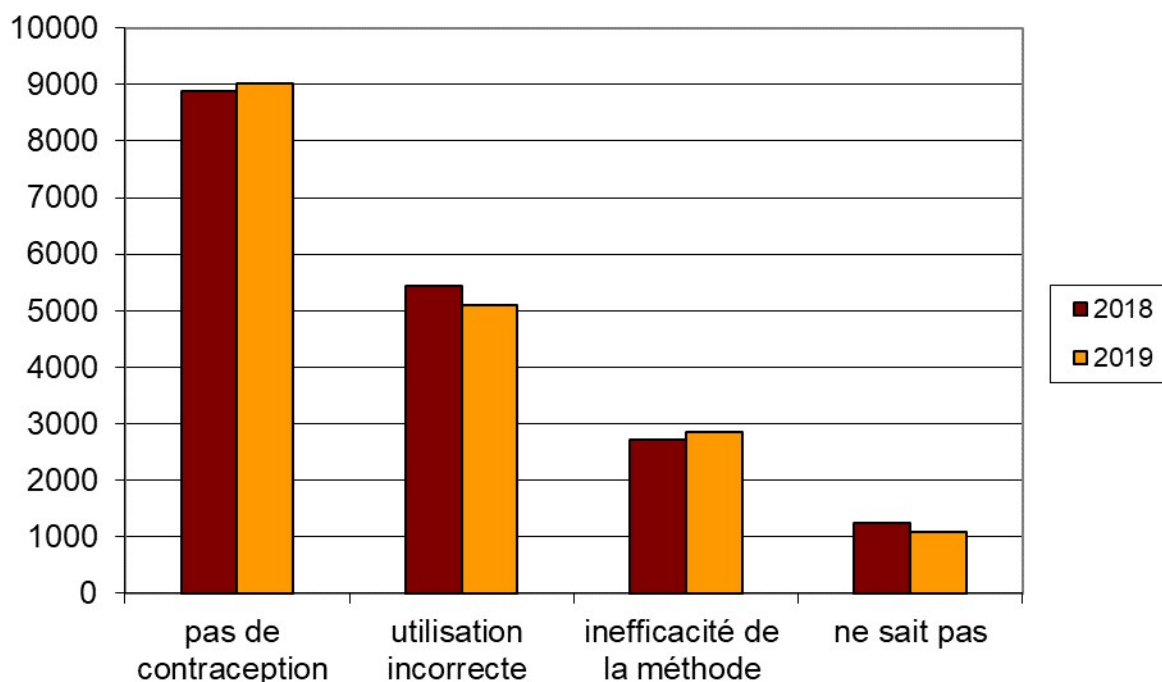
Méthode de contraception



8. Causes de l'échec de la contraception

cause	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
pas de contraception	8879	9009	48,59	49,98
utilisation incorrecte	5436	5095	29,75	28,26
inefficacité de la méthode	2715	2849	14,86	15,80
ne sait pas	1243	1074	6,80	5,96
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

Causes de l'échec



Remarques portant sur les tableaux 7 et 8 :

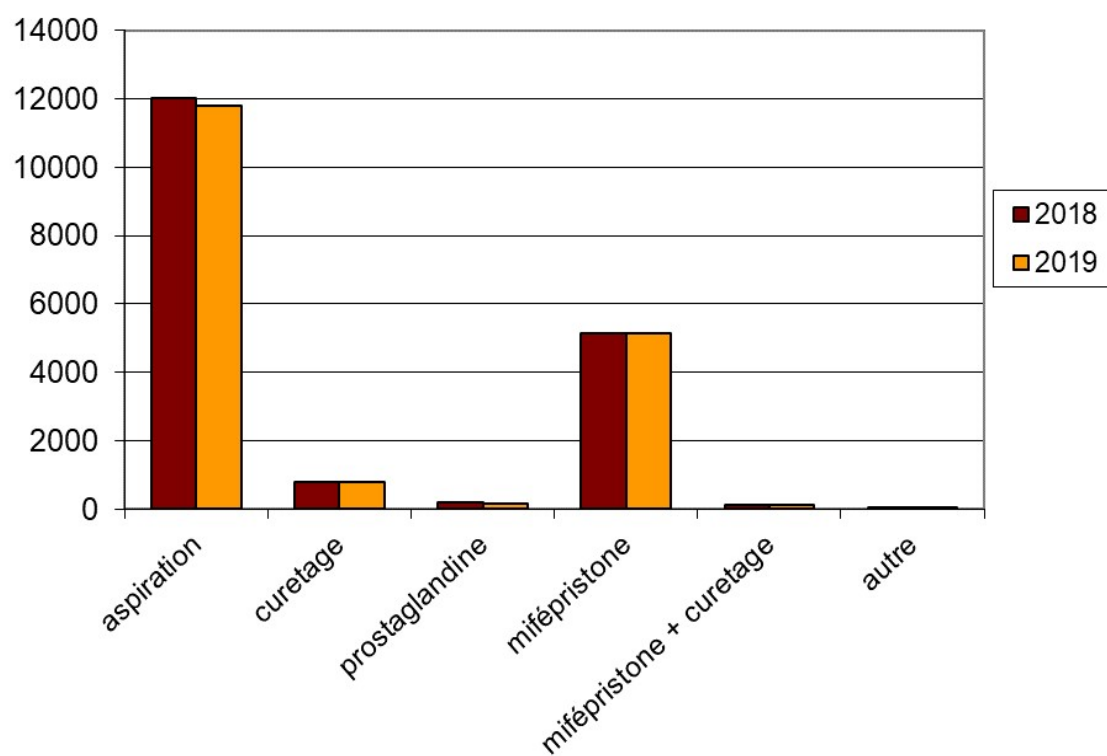
- ✓ Ces chiffres ont été établis à partir des déclarations faites par les femmes aux médecins et ne peuvent être recoupées scientifiquement.
- ✓ La Commission ne possède pas d'informations quant à la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.
- ✓ La publication de ces chiffres ne contient aucun jugement de valeur quant à la fiabilité des méthodes utilisées.

D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

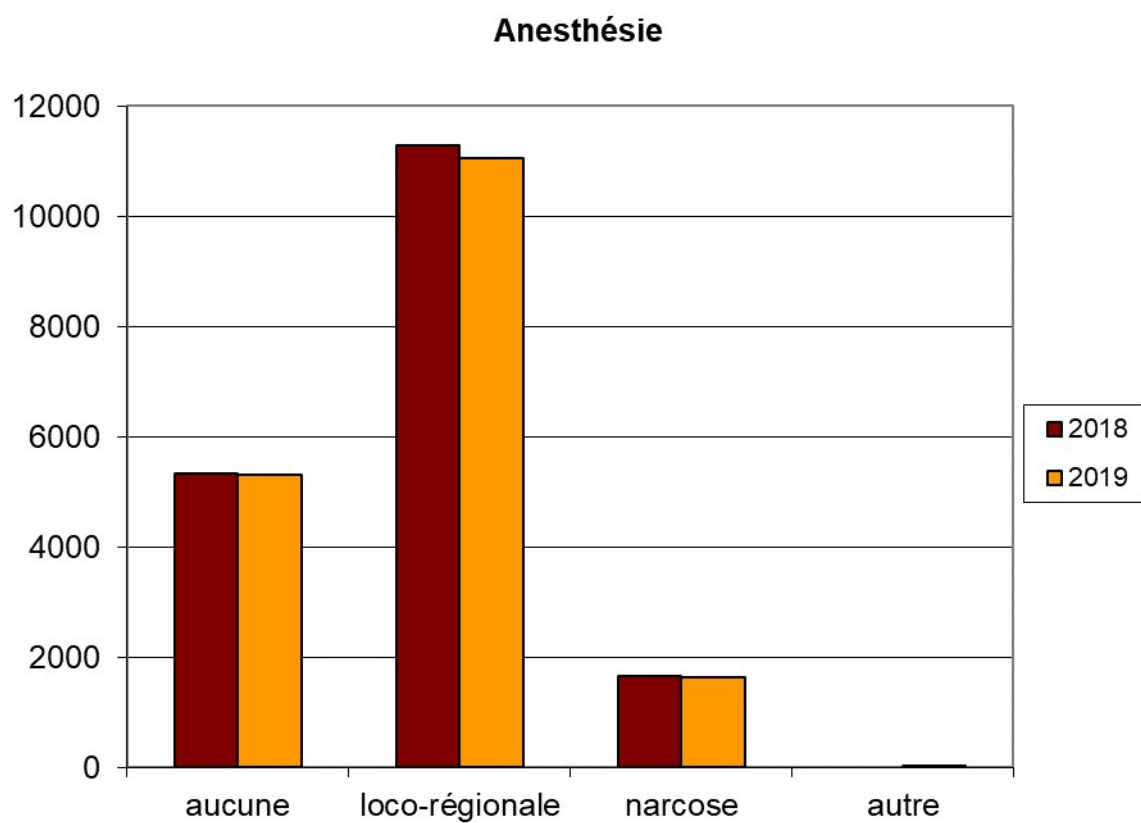
méthode	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
aspiration	12009	11791	65,72	65,41
curetage	800	806	4,38	4,47
prostaglandine	196	155	1,07	0,86
mifépristone	5138	5155	28,12	28,60
mifépristone + curetage	126	109	0,69	0,60
autres	4	11	0,02	0,06
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

Méthode d'interruption de grossesse



10. Anesthésie

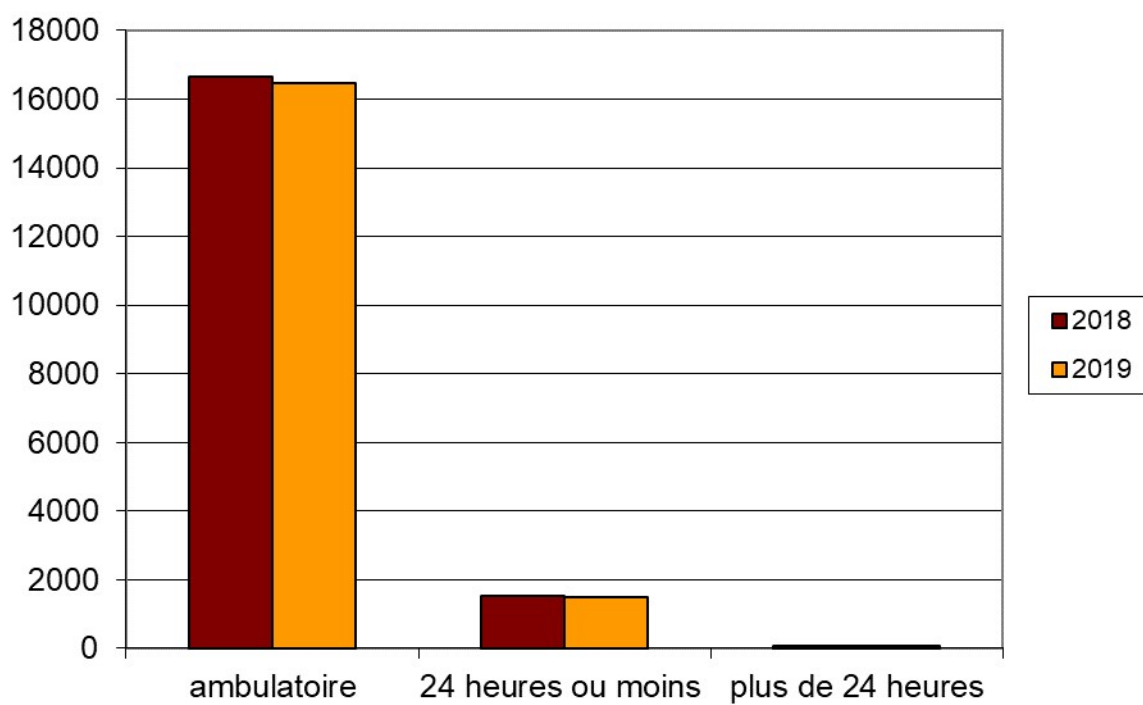
méthode	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
aucune	5334	5318	29,19	29,50
loco-régionale	11291	11068	61,79	61,40
narcose	1648	1639	9,02	9,09
autre	0	2	0,00	0,01
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		



11. Durée d'hospitalisation

type	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
ambulatoire	16663	16451	91,19	91,26
24 heures ou moins	1540	1508	8,43	8,36
plus de 24 heures	70	68	0,38	0,38
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

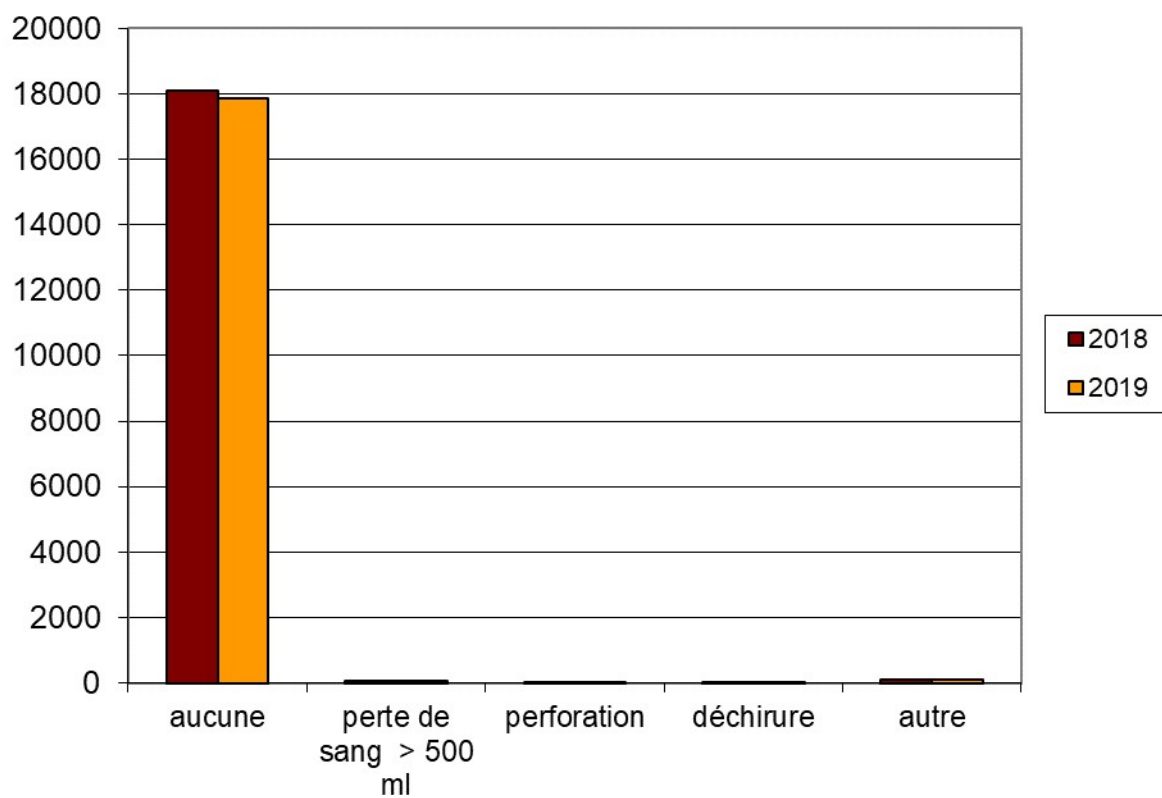
Durée de l'hospitalisation



12. Complications

type	nombre		%	
	2018	2019	2018	2019
aucune	18111	17854	99,11	99,04
perte de sang > 500 ml	42	55	0,23	0,31
perforation	3	3	0,02	0,02
déchirure	9	15	0,05	0,08
autres	108	100	0,59	0,55
total	18273	18027	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	18273	18027		

Complications



2. TABULATIONS CROISEES

1. SITUATIONS DE DETRESSE

1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (catégorie C)

domicile	nombre d'IVG		avec C		% avec C	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Anvers	2803	2937	195	142	7,48	7,22
Flandre occidentale	1153	1159	202	56	7,75	2,85
Flandre orientale	1848	1846	105	78	4,03	3,97
Hainaut	2715	2603	791	636	30,33	32,35
Liège	1988	1890	393	349	15,07	17,75
Limbourg	921	932	65	41	2,49	2,09
Luxembourg	426	437	63	63	2,42	3,20
Namur	776	759	233	154	8,93	7,83
Brabant flamand	1142	1096	83	53	3,18	2,70
Brabant wallon	592	676	122	88	4,68	4,48
Bruxelles-Capitale	3770	3575	336	295	12,88	15,01
A l'étranger	139	117	20	11	0,77	0,56
total	18273	18027	2608	1966	100,00	100,00

1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (catégorie B)

domicile	nombre d'IVG		avec B		% avec B	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Anvers	2803	2937	2405	1319	15,84	14,41
Flandre occidentale	1153	1159	1013	477	6,67	5,21
Flandre orientale	1848	1846	1562	1003	10,29	10,96
Hainaut	2715	2603	2042	1968	13,45	21,50
Liège	1988	1890	1668	1047	10,98	11,44
Limbourg	921	932	862	326	5,68	3,56
Luxembourg	426	437	303	224	2,00	2,45
Namur	776	759	593	490	3,91	5,35
Brabant flamand	1142	1096	1007	524	6,63	5,72
Brabant wallon	592	676	469	336	3,09	3,67
Bruxelles-Capitale	3770	3575	3150	1382	20,74	15,10
A l'étranger	139	117	111	57	0,73	0,62
total	18273	18027	15185	9153	100,00	100,00

Ces deux tableaux reprennent la province d'origine des patientes ayant invoqué au moins une situation de détresse matérielle et/ou personnelle.

En 2019, beaucoup moins de justifications et/ou pas de justification ont été mentionnées dans le document d'enregistrement, en raison de la suppression de l'obligation de mentionner une situation de détresse (voir loi du 15 octobre 2018). Dans la rubrique « Autres » ont donc été ajoutées toutes les situations de détresse « en blanc » et une très forte augmentation peut donc être observée.

1.3. Situations de détresse et âge

1.3.1. Nombre

situation de détresse	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	1	0	23	15	111	101	238	196
sit. détresse personnelle	76	39	1897	1200	3493	2044	3277	1921
sit. détresse matérielle	0	1	155	129	750	526	811	609
problèmes relationnels	0	3	221	175	1015	656	1458	857
viol - inceste	1	1	4	8	8	8	12	12
réfugiée politique	0	0	13	7	55	40	55	42
autres	0	14	46	572	218	1565	224	1839
total	78	58	2359	2106	5650	4940	6075	5476

situation de détresse	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	283	250	230	184	72	65	4	2	0	0
sit. détresse personnelle	2976	1832	2313	1432	1054	632	99	50	0	3
sit. détresse matérielle	530	414	285	237	74	48	3	2	0	0
problèmes relationnels	1162	853	670	503	187	150	12	3	0	1
viol - inceste	9	6	3	5	1	4	0	0	0	0
réfugiée politique	51	39	18	14	7	2	0	1	0	0
autres	193	1656	104	1081	33	432	3	36	1	2
total	5204	5050	3623	3456	1428	1333	121	94	1	6

1.3.2. Pourcentage

situation de détresse	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	1,28	0,00	0,97	0,71	1,96	2,04	3,92	3,58
sit. détresse personnelle	97,44	67,24	80,42	56,98	61,82	41,38	53,94	35,08
sit. détresse matérielle	0,00	1,72	6,57	6,13	13,27	10,65	13,35	11,12
problèmes relationnels	0,00	5,17	9,37	8,31	17,96	13,28	24,00	15,65
viol - inceste	1,28	1,72	0,17	0,38	0,14	0,16	0,20	0,22
réfugiée politique	0,00	0,00	0,55	0,33	0,97	0,81	0,91	0,77
autres	0,00	24,14	1,95	27,16	3,86	31,68	3,69	33,58
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	5,44	4,95	6,35	5,32	5,04	4,88	3,31	2,13	0,00	0,00
sit. détresse personnelle	57,19	36,28	63,84	41,44	73,81	47,41	81,82	53,19	0,00	300,00
sit. détresse matérielle	10,18	8,20	7,87	6,86	5,18	3,60	2,48	2,13	0,00	0,00
problèmes relationnels	22,33	16,89	18,49	14,55	13,10	11,25	9,92	3,19	0,00	100,00
viol - inceste	0,17	0,12	0,08	0,14	0,07	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00
réfugiée politique	0,98	0,77	0,50	0,41	0,49	0,15	0,00	1,06	0,00	0,00
autres	3,71	32,79	2,87	31,28	2,31	32,41	2,48	38,30	100,00	200,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

PS. La femme non reprise dans ce tableau (2018) a déclaré une « autre » situation d'urgence – code 99. En 2019, beaucoup moins de justifications et/ou pas de justification ont été mentionnées dans le document d'enregistrement, en raison de la suppression de l'obligation de mentionner une situation de détresse (voir loi du 15 octobre 2018). Dans la rubrique « Autres » ont donc été ajoutées toutes les situations de détresse « en blanc » et une très forte augmentation peut donc être observée.

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4.1. Nombre	situation de détresse	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	santé	564	505	350	287	42	26	6	1
sit. détresse personnelle	11324	6872	3273	1931	558	366	30	14	
sit. détresse matérielle	2141	1618	373	324	89	95	5	0	
problèmes relationnels	3831	2590	519	353	364	292	11	12	
viol - inceste	30	32	8	9	0	3	0	0	
réfugiée politique	148	99	43	37	7	11	1	2	
autres	630	5536	145	1366	47	290	1	12	
total	18668	17252	4711	4307	1107	1083	54	41	

1.4.2. Pourcentage	situation de détresse	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	santé	3,02	2,93	7,43	6,66	3,79	2,40	11,11	2,44
sit. détresse personnelle	60,66	39,83	69,48	44,83	50,41	33,80	55,56	34,15	
sit. détresse matérielle	11,47	9,38	7,92	7,52	8,04	8,77	9,26	0,00	
problèmes relationnels	20,52	15,01	11,02	8,20	32,88	26,96	20,37	29,27	
viol - inceste	0,16	0,19	0,17	0,21	0,00	0,28	0,00	0,00	
réfugiée politique	0,79	0,57	0,91	0,86	0,63	1,02	1,85	4,88	
autres	3,37	32,09	3,08	31,72	4,25	26,78	1,85	29,27	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

En 2019, beaucoup moins de justifications et/ou pas de justification ont été mentionnées dans le document d'enregistrement, en raison de la suppression de l'obligation de mentionner une situation de détresse (voir loi du 15 octobre 2018). Dans la rubrique « Autres » ont donc été ajoutées toutes les situations de détresse « en blanc » et une très forte augmentation peut donc être observée.

1.5. Situation de détresse et nombre d'enfant(s)

1.5.1. Nombre

situation de détresse	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	244	226	279	224	234	189	128	112
sit. détresse personnelle	6735	3895	2770	1656	3222	2004	1557	1020
sit. détresse matérielle	1139	803	728	508	460	422	194	149
problèmes relationnels	2326	1495	1241	811	755	580	295	218
viol - inceste	23	19	8	11	5	8	0	6
réfugiée politique	82	57	60	40	38	20	9	17
autres	412	3488	164	1427	150	1356	69	627
total	10961	9983	5250	4677	4864	4579	2252	2149

situation de détresse	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	56	40	13	15	8	7
sit. détresse personnelle	587	371	209	136	105	71
sit. détresse matérielle	63	57	20	16	4	17
problèmes relationnels	79	60	23	18	6	13
viol - inceste	2	0	0	0	0	0
réfugiée politique	8	2	2	4	0	5
autres	21	194	6	71	1	34
total	816	724	273	260	124	147

1.5.2. Pourcentage

situation de détresse	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	2,23	2,26	5,31	4,79	4,81	4,13	5,68	5,21
sit. détresse personnelle	61,45	39,02	52,76	35,41	66,24	43,77	69,14	47,46
sit. détresse matérielle	10,39	8,04	13,87	10,86	9,46	9,22	8,61	6,93
problèmes relationnels	21,22	14,98	23,64	17,34	15,52	12,67	13,10	10,14
viol - inceste	0,21	0,19	0,15	0,24	0,10	0,17	0,00	0,28
réfugiée politique	0,75	0,57	1,14	0,86	0,78	0,44	0,40	0,79
autres	3,76	34,94	3,12	30,51	3,08	29,61	3,06	29,18
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
santé	6,86	5,52	4,76	5,77	6,45	4,76
sit. détresse personnelle	71,94	51,24	76,56	52,31	84,68	48,30
sit. détresse matérielle	7,72	7,87	7,33	6,15	3,23	11,56
problèmes relationnels	9,68	8,29	8,42	6,92	4,84	8,84
viol - inceste	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
réfugiée politique	0,98	0,28	0,73	1,54	0,00	3,40
autres	2,57	26,80	2,20	27,31	0,81	23,13
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

En 2019, beaucoup moins de justifications et/ou pas de justification ont été mentionnées dans le document d'enregistrement, en raison de la suppression de l'obligation de mentionner une situation de détresse (voir loi du 15 octobre 2018). Dans la rubrique « Autres » ont donc été ajoutées toutes les situations de détresse « en blanc » et une très forte augmentation peut donc être observée.

2. METHODE DE CONTRACEPTION

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

2.1.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	33	25	721	784	1756	1728	2036	1989
coït interrompu	0	2	30	22	73	70	113	88
abstinence périodique	1	0	24	19	111	98	205	159
spermicides	0	0	0	0	0	2	3	1
diaphragme	0	0	0	1	3	0	2	9
préservatif	12	11	295	262	566	554	635	633
pilule	9	5	422	358	1217	1074	1270	1188
injection contraceptive	0	0	6	6	19	30	36	30
DIU	0	0	8	9	39	56	69	58
stérilisation homme	0	0	0	0	2	0	2	3
stérilisation femme	0	0	0	0	0	1	2	2
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	1	1
pilule du lendemain	0	0	21	33	70	94	84	127
implant	0	0	3	4	4	1	5	3
patch	0	0	5	5	32	28	49	45
anneau vaginal	0	2	9	10	68	62	116	96
méthode N.F.P.	0	0	0	0	4	14	13	11
autres	0	0	0	1	4	12	14	21
total	55	45	1544	1514	3968	3824	4655	4464

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	1850	1956	1301	1334	516	549	44	48	0	2
coït interrompu	99	126	89	81	28	27	2	1	0	1
abstinence périodique	225	231	220	184	103	100	9	8	0	0
spermicides	5	0	2	1	0	0	0	0	0	0
diaphragme	10	4	1	2	1	3	0	0	0	0
préservatif	601	601	426	440	156	136	13	8	0	0
pilule	1007	952	593	569	174	180	14	8	0	1
injection contraceptive	20	12	10	9	6	1	1	0	0	0
DIU	49	60	32	35	15	12	0	1	1	0
stérilisation homme	12	17	13	12	6	2	1	1	0	0
stérilisation femme	3	6	1	3	1	4	0	0	0	0
stérilisation des deux	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	62	94	51	56	10	16	1	0	0	0
implant	1	6	5	7	0	0	0	0	0	0
patch	51	37	20	18	5	6	1	0	0	0
anneau vaginal	77	80	49	46	10	14	1	1	0	0
méthode N.F.P.	14	23	9	15	4	6	0	0	0	0
autres	10	11	4	15	4	1	0	0	0	0
total	4097	4216	2826	2827	1039	1057	87	76	1	4

PS. La femme de 56 ans non reprises dans le tableau (2018) a utilisé un patch comme moyen de contraception.

2.1.2. Pourcentage

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	60,00	55,56	46,70	51,78	44,25	45,19	43,74	44,56
coït interrompu	0,00	4,44	1,94	1,45	1,84	1,83	2,43	1,97
abstinence périodique	1,82	0,00	1,55	1,25	2,80	2,56	4,40	3,56
spermicides	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,06	0,02
diaphragme	0,00	0,00	0,00	0,07	0,08	0,00	0,04	0,20
préservatif	21,82	24,44	19,11	17,31	14,26	14,49	13,64	14,18
pilule	16,36	11,11	27,33	23,65	30,67	28,09	27,28	26,61
injection contraceptive	0,00	0,00	0,39	0,40	0,48	0,78	0,77	0,67
DIU	0,00	0,00	0,52	0,59	0,98	1,46	1,48	1,30
stérilisation homme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,04	0,07
stérilisation femme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,04	0,04
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
pilule du lendemain	0,00	0,00	1,36	2,18	1,76	2,46	1,80	2,84
implant	0,00	0,00	0,19	0,26	0,10	0,03	0,11	0,07
patch	0,00	0,00	0,32	0,33	0,81	0,73	1,05	1,01
anneau vaginal	0,00	4,44	0,58	0,66	1,71	1,62	2,49	2,15
méthode N.F.P.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,37	0,28	0,25
autres	0,00	0,00	0,00	0,07	0,10	0,31	0,30	0,47
total	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	45,15	46,39	46,04	47,19	49,66	51,94	50,57	63,16	0,00	50,00
coït interrompu	2,42	2,99	3,15	2,87	2,69	2,55	2,30	1,32	0,00	25,00
abstinence périodique	5,49	5,48	7,78	6,51	9,91	9,46	10,34	10,53	0,00	0,00
spermicides	0,12	0,00	0,07	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
diaphragme	0,24	0,09	0,04	0,07	0,10	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	14,67	14,26	15,07	15,56	15,01	12,87	14,94	10,53	0,00	0,00
pilule	24,58	22,58	20,98	20,13	16,75	17,03	16,09	10,53	0,00	25,00
injection contraceptive	0,49	0,28	0,35	0,32	0,58	0,09	1,15	0,00	0,00	0,00
DIU	1,20	1,42	1,13	1,24	1,44	1,14	0,00	1,32	100,00	0,00
stérilisation homme	0,29	0,40	0,46	0,42	0,58	0,19	1,15	1,32	0,00	0,00
stérilisation femme	0,07	0,14	0,04	0,11	0,10	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	1,51	2,23	1,80	1,98	0,96	1,51	1,15	0,00	0,00	0,00
implant	0,02	0,14	0,18	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	1,24	0,88	0,71	0,64	0,48	0,57	1,15	0,00	0,00	0,00
anneau vaginal	1,88	1,90	1,73	1,63	0,96	1,32	1,15	1,32	0,00	0,00
méthode N.F.P.	0,34	0,55	0,32	0,53	0,38	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	0,24	0,26	0,14	0,53	0,38	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.2. Méthode de contraception et état civil

2.2.1. Nombre	méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	aucune	6014	6246	1824	1731	393	417	26	21
coït interrompu	274	277	127	118	33	23	0	0	
abstinence périodique	590	532	261	235	46	30	1	2	
spermicides	5	2	4	2	1	0	0	0	
diaphragme	11	13	3	4	3	2	0	0	
préservatif	2034	2023	569	532	97	88	4	2	
pilule	3716	3456	792	703	191	169	7	7	
injection contraceptive	75	74	16	14	7	0	0	0	
DIU	157	160	50	64	6	7	0	0	
stérilisation homme	22	20	13	13	1	2	0	0	
stérilisation femme	6	9	0	5	1	2	0	0	
stérilisation des deux	2	0	0	0	0	0	0	1	
pilule du lendemain	246	340	34	49	18	30	1	1	
implant	16	18	0	1	2	2	0	0	
patch	118	105	37	28	9	5	0	1	
anneau vaginal	265	264	49	38	16	9	0	0	
méthode N.F.P.	34	52	8	16	2	1	0	0	
autres	22	46	13	13	1	2	0	0	
total	13607	13637	3800	3566	827	789	39	35	

2.2.2. Pourcentage	méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	aucune	44,20	45,80	48,00	48,54	47,52	52,85	66,67	60,00
coït interrompu	2,01	2,03	3,34	3,31	3,99	2,92	0,00	0,00	
abstinence périodique	4,34	3,90	6,87	6,59	5,56	3,80	2,56	5,71	
spermicides	0,04	0,01	0,11	0,06	0,12	0,00	0,00	0,00	
diaphragme	0,08	0,10	0,08	0,11	0,36	0,25	0,00	0,00	
préservatif	14,95	14,83	14,97	14,92	11,73	11,15	10,26	5,71	
pilule	27,31	25,34	20,84	19,71	23,10	21,42	17,95	20,00	
injection contraceptive	0,55	0,54	0,42	0,39	0,85	0,00	0,00	0,00	
DIU	1,15	1,17	1,32	1,79	0,73	0,89	0,00	0,00	
stérilisation homme	0,16	0,15	0,34	0,36	0,12	0,25	0,00	0,00	
stérilisation femme	0,04	0,07	0,00	0,14	0,12	0,25	0,00	0,00	
stérilisation des deux	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,86	
pilule du lendemain	1,81	2,49	0,89	1,37	2,18	3,80	2,56	2,86	
implant	0,12	0,13	0,00	0,03	0,24	0,25	0,00	0,00	
patch	0,87	0,77	0,97	0,79	1,09	0,63	0,00	2,86	
anneau vaginal	1,95	1,94	1,29	1,07	1,93	1,14	0,00	0,00	
méthode N.F.P.	0,25	0,38	0,21	0,45	0,24	0,13	0,00	0,00	
autres	0,16	0,34	0,34	0,36	0,12	0,25	0,00	0,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfant(s)

méthode	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	3499	3622	1857	1846	1655	1700	778	796
coït interrompu	162	170	85	72	105	92	52	56
abstinence périodique	338	310	163	143	229	196	116	110
spermicides	1	1	4	2	2	0	2	0
diaphragme	4	6	4	6	6	3	2	3
préservatif	1351	1345	492	467	542	531	229	216
pilule	2027	1876	1082	964	919	890	454	404
injection contraceptive	35	26	22	20	20	23	8	14
DIU	88	92	40	34	51	67	23	22
stérilisation homme	4	1	6	7	15	19	10	4
stérilisation femme	3	3	0	1	4	3	0	6
stérilisation des deux	1	0	1	0	0	0	0	1
pilule du lendemain	163	225	59	85	57	65	14	26
implant	6	5	6	6	4	3	0	4
patch	56	45	33	33	37	31	24	20
anneau vaginal	140	135	75	70	87	63	18	29
méthode N.F.P.	17	35	9	13	13	9	3	8
autres	5	15	10	18	16	13	2	12
total	7900	7912	3948	3787	3762	3708	1735	1731

méthode	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	297	269	115	107	56	75
coït interrompu	20	19	6	7	4	2
abstinence périodique	35	30	11	4	6	6
spermicides	0	0	0	0	1	1
diaphragme	1	0	0	1	0	0
préservatif	60	59	24	23	6	4
pilule	161	134	47	49	16	18
injection contraceptive	6	4	4	1	3	0
DIU	7	11	4	4	0	1
stérilisation homme	1	4	0	0	0	0
stérilisation femme	0	1	0	2	0	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	4	11	1	7	1	1
implant	1	3	1	0	0	0
patch	13	5	1	2	0	3
anneau vaginal	5	9	2	4	3	1
méthode N.F.P.	2	3	0	1	0	0
autres	2	2	0	1	1	0
total	615	564	216	213	97	112

2.3.1. Nombre

2.3.2. Pourcentage

méthode	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	44,29	45,78	47,04	48,75	43,99	45,85	44,84	45,98
coït interrompu	2,05	2,15	2,15	1,90	2,79	2,48	3,00	3,24
abstinence périodique	4,28	3,92	4,13	3,78	6,09	5,29	6,69	6,35
spermicides	0,01	0,01	0,10	0,05	0,05	0,00	0,12	0,00
diaphragme	0,05	0,08	0,10	0,16	0,16	0,08	0,12	0,17
préservatif	17,10	17,00	12,46	12,33	14,41	14,32	13,20	12,48
pilule	25,66	23,71	27,41	25,46	24,43	24,00	26,17	23,34
injection contraceptive	0,44	0,33	0,56	0,53	0,53	0,62	0,46	0,81
DIU	1,11	1,16	1,01	0,90	1,36	1,81	1,33	1,27
stérilisation homme	0,05	0,01	0,15	0,18	0,40	0,51	0,58	0,23
stérilisation femme	0,04	0,04	0,00	0,03	0,11	0,08	0,00	0,35
stérilisation des deux	0,01	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
pilule du lendemain	2,06	2,84	1,49	2,24	1,52	1,75	0,81	1,50
implant	0,08	0,06	0,15	0,16	0,11	0,08	0,00	0,23
patch	0,71	0,57	0,84	0,87	0,98	0,84	1,38	1,16
anneau vaginal	1,77	1,71	1,90	1,85	2,31	1,70	1,04	1,68
méthode N.F.P.	0,22	0,44	0,23	0,34	0,35	0,24	0,17	0,46
autres	0,06	0,19	0,25	0,48	0,43	0,35	0,12	0,69
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	48,29	47,70	53,24	50,23	57,73	66,96
coït interrompu	3,25	3,37	2,78	3,29	4,12	1,79
abstinence périodique	5,69	5,32	5,09	1,88	6,19	5,36
spermicides	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	0,89
diaphragme	0,16	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00
préservatif	9,76	10,46	11,11	10,80	6,19	3,57
pilule	26,18	23,76	21,76	23,00	16,49	16,07
injection contraceptive	0,98	0,71	1,85	0,47	3,09	0,00
DIU	1,14	1,95	1,85	1,88	0,00	0,89
stérilisation homme	0,16	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00
stérilisation femme	0,00	0,18	0,00	0,94	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,65	1,95	0,46	3,29	1,03	0,89
implant	0,16	0,53	0,46	0,00	0,00	0,00
patch	2,11	0,89	0,46	0,94	0,00	2,68
anneau vaginal	0,81	1,60	0,93	1,88	3,09	0,89
méthode N.F.P.	0,33	0,53	0,00	0,47	0,00	0,00
autres	0,33	0,35	0,00	0,47	1,03	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. METHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre

complication	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	11955	11748	768	768	192	150
hémorragie	9	12	17	22	2	2
perforation	1	2	2	1	0	0
déchirure	1	2	8	12	0	1
autres	43	27	5	3	2	2
total	12009	11791	800	806	196	155

complication	mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	5068	5075	124	102	4	11
hémorragie	14	15	0	4	0	0
perforation	0	0	0	0	0	0
déchirure	0	0	0	0	0	0
autres	56	65	2	3	0	0
total	5138	5155	126	109	4	11

3.1.2. Pourcentage

complication	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	99,55	99,64	96,00	95,29	97,96	96,77
hémorragie	0,07	0,10	2,13	2,73	1,02	1,29
perforation	0,01	0,02	0,25	0,12	0,00	0,00
déchirure	0,01	0,02	1,00	1,49	0,00	0,65
autres	0,36	0,23	0,63	0,37	1,02	1,29
total	2018	2019	2018	2019	2018	2019

complication	mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	98,64	98,45	98,41	93,58	100,00	100,00
hémorragie	0,27	0,29	0,00	3,67	0,00	0,00
perforation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
déchirure	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	1,09	1,26	1,59	2,75	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie

3.2.1. Nombre

anesthésie	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	171	181	43	35	170	133
loco-régionale	10875	10708	181	154	21	17
narcose	963	902	576	617	4	4
autres	0	0	0	0	1	1
total	12009	11791	800	806	196	155

anesthésie	mifépristone		mifépr.+ curetage		autres	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	4937	4949	13	14	0	6
loco-régionale	187	170	20	14	4	5
narcose	11	35	93	81	0	0
autres	3	1	0	0	0	0
total	5138	5155	126	109	4	11

3.2.2. Pourcentage

anesthésie	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	1,42	1,54	5,38	4,34	86,73	85,81
loco-régionale	90,56	90,82	22,63	19,11	10,71	10,97
narcose	8,02	7,65	72,00	76,55	2,04	2,58
autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,65
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

anesthésie	mifépristone		mifépr.+ curetage		autres	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aucune	96,09	96,00	10,32	12,84	0,00	54,55
loco-régionale	3,64	3,30	15,87	12,84	100,00	45,45
narcose	0,21	0,68	73,81	74,31	0,00	0,00
autres	0,06	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.3. Méthode d'interruption de grossesse et tranches d'âge

3.3.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiration	38	30	1076	1063	2647	2528	3011	2846
curetage	6	2	79	65	175	169	174	183
prostaglandine	2	2	16	13	45	27	38	40
mifépristone	9	11	358	367	1077	1077	1406	1370
mifépristone + curetage	0	0	15	5	24	18	25	22
autres	0	0	0	1	0	4	1	3
total	55	45	1544	1514	3968	3823	4655	4464

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiration	2662	2713	1868	1869	657	688	49	52	1	1
curetage	193	197	123	132	44	55	6	2	0	1
prostaglandine	48	39	33	23	13	10	1	1	0	0
mifépristone	1165	1233	779	783	313	292	30	20	0	2
mifépristone + curetage	27	34	23	20	11	9	1	1	0	0
autres	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0
total	4097	4216	2826	2827	1039	1057	87	76	1	4

PS. Le Mifépristone a été utilisé chez la femme de 56 ans non reprise dans le tableau (2018).

3.3.2. Pourcentage

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiration	69,09	66,67	69,69	70,21	66,71	66,13	64,68	63,75
curetage	10,91	4,44	5,12	4,29	4,41	4,42	3,74	4,10
prostaglandine	3,64	4,44	1,04	0,86	1,13	0,71	0,82	0,90
mifépristone	16,36	24,44	23,19	24,24	27,14	28,17	30,20	30,69
mifépristone + curetage	0,00	0,00	0,97	0,33	0,60	0,47	0,54	0,49
autres	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,10	0,02	0,07
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiration	64,97	64,35	66,10	66,11	63,23	65,09	56,32	68,42	100,00	100,00
curetage	4,71	4,67	4,35	4,67	4,23	5,20	6,90	2,63	0,00	100,00
prostaglandine	1,17	0,93	1,17	0,81	1,25	0,95	1,15	1,32	0,00	0,00
mifépristone	28,44	29,25	27,57	27,70	30,13	27,63	34,48	26,32	0,00	200,00
mifépristone + curetage	0,66	0,81	0,81	0,71	1,06	0,85	1,15	1,32	0,00	0,00
autres	0,05	0,00	0,00	0,00	0,10	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.4. Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation

3.4.1. Nombre

hospitalisation	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulatoire	11317	11163	274	275	138	103
24 heures ou moins	687	615	522	524	46	44
plus de 24 heures	5	13	4	7	12	8
total	12009	11791	800	806	196	155

hospitalisation	mifépristone		mifépr. + curetage		autres	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulatoire	4897	4868	37	36	0	6
24 heures ou moins	198	254	86	70	1	1
plus de 24 heures	43	33	3	3	3	4
total	5138	5155	126	109	4	11

3.4.2. Pourcentage

Hospitalisation	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulatoire	94,24	94,67	34,25	34,12	70,41	66,45
24 heures ou moins	5,72	5,22	65,25	65,01	23,47	28,39
plus de 24 heures	0,04	0,11	0,50	0,87	6,12	5,16
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

hospitalisation	mifépristone		mifépr. + curetage		autres	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulatoire	95,31	94,43	29,37	33,03	0,00	54,55
24 heures ou moins	3,85	4,93	68,25	64,22	25,00	9,09
plus de 24 heures	0,84	0,64	2,38	2,75	75,00	36,36
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. DUREE D'HOSPITALISATION

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre	hospitalisation	aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulatoire	5086	5026	11190	10991	387	433	0	1
24 heures ou moins	229	279	60	40	1251	1189	0	0	
plus de 24 heures	19	13	41	37	10	17	0	1	
total	5334	5318	11291	11068	1648	1639	0	2	

4.1.2. %	hospitalisation	aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulatoire	95,35	94,51	99,11	99,30	23,48	26,42	0,00	50,00
24 heures ou moins	4,29	5,25	0,53	0,36	75,91	72,54	0,00	0,00	
plus de 24 heures	0,36	0,24	0,36	0,33	0,61	1,04	0,00	50,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2.1. Nombre	hospitalisation	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulatoire	16581	16376	17	12	1	2	0	3	64	58
24 heures ou moins	1470	1426	19	34	2	1	9	12	40	35	
plus de 24 heures	60	52	6	9	0	0	0	0	4	7	
total	18111	17854	42	55	3	3	9	15	108	100	

4.2.2. %	hospitalisation	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulatoire	91,55	91,72	40,48	21,82	33,33	66,67	0,00	20,00	59,26	58,00
24 heures ou moins	8,12	7,99	45,24	61,82	66,67	33,33	100,00	80,00	37,04	35,00	
plus de 24 heures	0,33	0,29	14,29	16,36	0,00	0,00	0,00	0,00	3,70	7,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

5. HOPITAL OU CENTRE

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

5.1.1. Nombre	domicile	hôpital		centre		nombre d'IVG	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
	Anvers	42	40	2761	2897	2803	2937
Flandre occidentale	25	21	1128	1138	1153	1159	
Flandre orientale	137	121	1711	1725	1848	1846	
Hainaut	1160	1178	1555	1426	2715	2603	
Liège	607	603	1381	1287	1988	1890	
Limbourg	11	4	910	928	921	932	
Luxembourg	28	18	398	419	426	437	
Namur	169	175	607	584	776	759	
Brabant flamand	108	124	1034	972	1142	1096	
Brabant wallon	135	135	457	541	592	676	
Bruxelles-Capitale	797	886	2973	2689	3770	3575	
A l'étranger	21	17	118	99	139	117	
total	3240	3322	15033	14705	18273	18027	

5.1.2. Pourcentage (*)	domicile	hôpital	centre	total	hôpital	centre	total
		2018	2018		2019	2019	
	Anvers	1,50	98,50	100,00	1,36	98,64	100,00
Flandre occidentale	2,17	97,83	100,00	1,81	98,19	100,00	
Flandre orientale	7,41	92,59	100,00	6,55	93,45	100,00	
Hainaut	42,73	57,27	100,00	45,26	54,78	100,00	
Liège	30,53	69,47	100,00	31,90	68,10	100,00	
Limbourg	1,19	98,81	100,00	0,43	99,57	100,00	
Luxembourg	6,57	93,43	100,00	4,12	95,88	100,00	
Namur	21,78	78,22	100,00	23,06	76,94	100,00	
Brabant flamand	9,46	90,54	100,00	11,31	88,69	100,00	
Brabant wallon	22,80	77,20	100,00	19,97	80,03	100,00	
Bruxelles-Capitale	21,14	78,86	100,00	24,78	75,22	100,00	
A l'étranger	15,11	84,89	100,00	14,53	84,62	100,00	

(*) = pourcentage par rapport au nombre d'interruptions de grossesse par province

5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge

5.2.1. Nombre

institution	10-14		15-19		20-24	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	11	6	251	209	667	652
centre	44	39	1293	1305	3301	3172
total	55	45	1544	1514	3968	3824

institution	25-29		30-34		35-39	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	796	864	732	808	544	559
centre	3859	3600	3365	3408	2282	2268
total	4655	4464	4097	4216	2826	2827

institution	40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	224	216	15	7	0	1
centre	815	841	72	69	1	3
total	1039	1057	87	76	1	4

PS. L'interruption de grossesse de la femme de 56 ans non reprise dans le tableau (2018) a été réalisée dans un centre.

5.2.2. Pourcentage

institution	10-14		15-19		20-24	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	20,00	13,33	16,26	13,80	16,81	17,05
centre	80,00	86,67	83,74	86,20	83,19	82,95
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

institution	25-29		30-34		35-39	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	17,10	19,35	17,87	19,17	19,25	19,77
centre	82,90	80,65	82,13	80,83	80,75	80,23
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

institution	40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	21,56	20,44	17,24	9,21	0,00	0,00
centre	78,44	79,56	82,76	90,79	100,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3.1. Nombre	complication	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	aucune	3165	3244	14946	14610
hémorragie	19	25	23	30	
perforation	0	0	3	3	
déchirure	1	3	8	12	
autres	55	50	53	50	
total	3240	3322	15033	14705	

5.3.2. %	complication	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	aucune	97,69	97,65	99,42	99,35
hémorragie	0,59	0,75	0,15	0,20	
perforation	0,00	0,00	0,02	0,02	
déchirure	0,03	0,09	0,05	0,08	
autres	1,70	1,51	0,35	0,34	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre	durée d'hospitalisation	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	ambulatoire	1940	2055	14723	14396
24 heures ou moins	1233	1201	307	307	
plus de 24 heures	67	66	3	2	
total	3240	3322	15033	14705	

5.4.2. %	durée d'hospitalisation	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	ambulatoire	59,88	61,86	97,94	97,90
24 heures ou moins	38,06	36,15	2,04	2,09	
plus de 24 heures	2,07	1,99	0,02	0,01	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse

5.5.1. Nombre	méthode	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	aspiration	1225	1134	10784	10657
curetage	329	363	471	443	
prostaglandine	169	106	27	49	
mifépristone	1407	1620	3731	3535	
mifépristone + curetage	106	91	20	18	
autres	4	8	0	3	
total	3240	3322	15033	14705	

5.5.2. Pourcentage	méthode	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	aspiration	37,81	34,14	71,74	72,47
curetage	10,15	10,93	3,13	3,01	
prostaglandine	5,22	3,19	0,18	0,33	
mifépristone	43,43	48,77	24,82	24,04	
mifépristone + curetage	3,27	2,74	0,13	0,12	
autres	0,12	0,24	0,00	0,02	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie

5.6.1. Nombre	anesthésie	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	aucune	1534	1698	3800	3620
loco-régionale	342	269	10949	10799	
narcose	1364	1353	284	286	
autres	0	2	0	0	
total	3240	3322	15033	14705	

5.6.2. %	anesthésie	hôpital		centre	
		2018	2019	2018	2019
	aucune	47,35	51,11	25,28	24,62
loco-régionale	10,56	8,10	72,83	73,44	
narcose	42,10	40,73	1,89	1,94	
autres	0,00	0,06	0,00	0,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines

5.7. Nombre	après 12 semaines		hôpital		centre	
			2018	2019	2018	2019
	danger pour la mère		4	4	0	0
	danger pour l'enfant		64	73	1	0
	danger pour la mère + l'enfant		0	0	0	0
	total		68	77	1	0

après 12 semaines	danger pour la mère		danger pour l'enfant		danger pour la mère + l'enfant	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
hôpital	4	4	64	73	0	0
centre	0	0	1	0	0	0
total	4	4	65	73	0	0

ANNEXE 1

Sous-rubrique “Autres” du document d’enregistrement d’une interruption de grossesse

Les points 1 à 5 détaillent ci-dessous les éléments enregistrés sous la sous-rubrique « autres » et qui ne peuvent être repris dans une sous-rubrique spécifique.

1. « Autres » situations de détresse¹

En application de la loi du 15.10.2018 (MB 29.10.2018), les femmes ne sont plus tenues de justifier une interruption de grossesse par une des situations de détresse reprises dans la liste détaillée page 23 (A.00 → F.50). C’est pourquoi de plus en plus de documents d’enregistrement d’une interruption de grossesse mentionnent en 2019, sous le code 99 – autres, « pas d’obligation de notification », à savoir à 6319 reprises ou, en d’autres termes, dans un peu plus d’un tiers des documents enregistrés.

Ces raisons indiquées sous le code 99, remplacent les raisons ventilées, en 2019, dans les « Situations de détresse invoquées » reprises dans le tableau présenté page 23. Cette situation explique les chiffres très élevés repris dans les tableaux ci-dessous, pour la catégorie « pas d’obligation de notification ».

Certains documents d’enregistrement ne mentionnent aucune raison (blanc) et sont donc repris dans les tableaux dans la rubrique « pas d’obligation de notification en raison de la modification de la loi » : 35 cas en 2018 et 1 en 2019.

En 2018, sur les 825 « autres situations de détresse » enregistrées, les raisons les plus fréquemment invoquées étaient « pas de souhait d’enfant / pas prête » (505 soit 61.2 %) et « grossesse / accouchement trop récent.e (76 soit 9.2 %).

En 2019, sur les 6.934 « autres situations de détresse » enregistrées, les raisons les plus fréquemment invoquées étaient « Pas d’obligation de notification » (6.319 soit 91,12 %), « Pas de souhait d’enfant / pas prête » (478 soit 6,89 %) et « religion, culture et organisation familiale » (36 soit 0.52 %).

RAISONS INVOQUEES EN 2018 :

RAISONS INVOQUEES	2018
Pas de souhait d’enfant / pas prête	505
Pas de souhait d’enfant	428
Pas prête	77
Grossesse / accouchement	76
Accouchement(s) trop récent(s)	62
Grossesse multiple	11
Fausse couche	2
Peur de l’accouchement et/ou de la maternité	1

¹ Comme mentionné sous le code G.99 dans la liste des situations de détresse de la page 22.

RAISONS INVOQUEES (suite)	2018
Situation du père (généteur) / relation avec le père (généteur)	60
Père violent	23
Père résidant à l'étranger	8
Père atteint d'une maladie (grave)	8
Doute sur l'identité du père	8
Père en prison	7
Père différent du partenaire (adultère)	5
Père trop âgé	1
Religion et culture	50
Tabou culturel	37
Religion	13
Pas de communication en raison de la modification de la loi / pas d'obligation de notification	35
Santé de la femme	25
Complications dues aux accouchements précédents / dépression postnatale	9
Maladie grave et/ou génétique / chirurgie récente	8
Problèmes psychologiques / dépression / burn out	8
Situation spécifique de l'enfant/des enfants	22
Enfant(s) avec un handicap et/ou des problèmes de santé	9
Enfant(s) trop jeune(s) / naissances multiples / trop d'enfants dans la famille	9
Enfant(s) placé(s)	2
Enfant(s) décédé(s)	1
Choix entre fille et garçon	1
Situation particulière de la femme	20
Arrivée récente en Belgique (d'abord intégration)	7
Départ à l'étranger programmé / retour au pays d'origine	4
Instabilité financière / professionnelle / sans emploi	3
Relation à distance	3
Réfugiée	2
Reprise d'études / formation professionnelle / nouvel emploi	1
Santé de l'enfant à naître	20
Cytomégalovirus	19
Grossesse non évolutive	1
Problèmes relationnels/difficultés familiales	4
Problèmes familiaux	3
Relations difficiles avec la famille	1
Prostitution	4
Prostitution	4
Addictions (drogues et alcool)	4
Drogues	4
Total	825

RAISONS INVOQUEES EN 2019:

RAISONS INVOQUEES	2019
Pas de communication en raison de la modification de la loi / pas d'obligation de notification	6.319
Pas de souhait d'enfant / pas prête	478
Pas de souhait d'enfant	474
Pas prête	4
Religion et culture / organisation familiale	33
Tabou culturel et religieux	33
Situation du père (généiteur) / relation avec le père (généiteur)	33
Père en prison	8
Père malade	6
Père violent	4
Père (souvent) à l'étranger	4
Père marié / en couple	3
Identité du père incertaine	2
La femme ne veut pas garder de contact avec le père	1
Père étudiant	1
Père souffrant de problèmes psychologiques	1
Père sans papiers	1
Père trop jeune	1
Père trop âgé	1
Grossesse / Accouchement	31
Accouchement(s) trop récent(s)	25
Grossesse multiple	3
Plusieurs césariennes	2
Fausse couche trop récente	1
Situation spécifique de l'enfant / des enfants	14
Enfant(s) avec des problèmes de santé	5
Naissances multiples / trop d'enfants dans la famille	3
Enfant(s) placé(s)	3
Enfant(s) avec un handicap	3
Situation particulière de la femme	12
Organisation familiale	3
Femme s'occupant de proche(s) malade(s)	2
Arrivée récente en Belgique (d'abord intégration)	1
Départ à l'étranger programmé / retour au pays d'origine	1
Réfugiée (couple réfugié)	1
Famille monoparentale	1
Fugue	1
Etrangère	1
Comportement à risques	1
Santé de la femme	10
Maladie grave et/ou génétique	3
Burn out	2
Chirurgie récente	2
Problèmes psychologiques / dépression	2
Prise d'Isotrétinoïne	1
Exposition aux rayons X	1

RAISONS INVOQUEES (suite)	2019
Santé de l'enfant à naître	2
Problèmes de santé redoutés	2
Addictions (drogues et alcool)	2
Drogues	2
Total	6.934

2. « Autres » méthodes de contraception

Cette sous-rubrique est fréquemment utilisée quand le médecin déclare plusieurs méthodes.

Abstinence Allaitement Application sur smartphone (gestion du cycle)
Calcul (calendrier)
Méthode naturelle des températures / Symptothermie Mini / micro pilule (pilule d'allaitement)
Non pénétration
Retrait
Stérilité du mari

3. « Autres » méthodes d'interruption de grossesse

Cette sous-rubrique est fréquemment utilisée quand le médecin déclare plusieurs méthodes.

Aspirotomie
Cytotec (misoprostol)
Expulsion Expulsion après Cytotec
Fausse couche spontanée
Mifépristone + Cytotec
Syntocinon

4. « Autres » méthodes d'anesthésie

Contramal
Intraveineuse

5. « Autres » complications

Cette sous-rubrique a été complétée par les médecins 108 fois en 2018 et 100 fois en 2019 (voir point 5.3.1 dans « Tabulations croisées – page 45). Ces “autres” complications sont survenues dans 0.59 % des interruptions de grossesse enregistrées en 2018 et dans 0.55 % des interruptions de grossesse enregistrées en 2019.

Adhérence car expulsion précoce Aspiration impossible
Caillots de sang abondants Curetage de restes placentaires Curetage hémostatique
Débris post-IVG Décès à l'hôpital en raison d'une embolie pulmonaire Douleurs importantes
Echec de la méthode Endométrite Expulsion à domicile / incomplète / impossible / retardée (48h)
Fausse route
Hématométrie (rétention de sang dans l'utérus)
Infection urinaire Intervention impossible sans anesthésie locale Intervention impossible sans anesthésie générale : transfert vers l'hôpital
Malaise vagal Manifestations psychologiques
Patiente malade : observation à l'hôpital pendant quelques heures
Stress important et hospitalisation psychiatrique Stress important et arrêt de la procédure
Rétention Rétention placentaire Révision manuelle

Saignements car ligature Saignements : métrorragie Saignements abondants (perte estimée à plus de 500 ml)
Taux d'hémoglobine insuffisant nécessitant une transfusion sanguine Tromboplénie sévère idiopathique nécessitant une transfusion de plaquettes
Utérus volumineux (avec légers saignements)
Vacuité non satisfaisante Vomissements

ANNEXE 2

Les interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines

L'article 350, 4°, du Code pénal stipule que « l'interruption de grossesse peut être pratiquée au-delà du délai de douze semaines sous les conditions prévues à l'article 350, 1°, b), 2° et 3° du même Code, lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic ».

En 2018, 69 interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines ont été enregistrées; en 2019, ce nombre s'élevait à 77.

Ces interruptions de grossesse se répartissent comme suit :

après 12 semaines	hôpital		centre	
	2018	2019	2018	2019
danger pour la mère	4	4	0	0
danger pour l'enfant	64	73	1	0
danger pour la mère + l'enfant	0	0	0	0
total	68	77	1	0

après 12 semaines	danger pour la mère		Danger pour l'enfant		Danger pour la mère et l'enfant	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Hôpital	4	4	64	73	0	0
Centre	0	0	1	0	0	0
total	4	4	65	73	0	0

Les raisons invoquées pour pratiquer ces interruptions de grossesse sont les suivantes :

1. Péril grave pour la femme

- Cancer du sein
- Chorioamniotite
- Décompensation psychique
- Dépression post-partum
- Hernie discale
- Métrorragies massives
- (Pré-) éclampsie (syndrome HELLP)

2. Affections graves et incurables de l'enfant

Ces affections peuvent être isolées ou combinées entre elles.

2.1. Affections chromosomiques

- Délétion sur le chromosome 22 / délétion 16p11.2 / délétion 22q11
- Hygroma colli (kystique)
- Maladie chromosomique / anomalie du caryotype
- Microdélétion chromosome 18

- Microduplication 15q11
- Syndrome de Turner
- Syndrome de Wolf-Hirschhorn
- Triploïdie (69 xxy)
- Trisomie 13 (syndrome de Patau)
- Trisomie 18 (syndrome d'Edwards)
- Trisomie 21 (syndrome de Down)
- Trisomie 22

2.2. Malformations

2.2.1. Coeur

- Dextrocardie
- Hypoplasie
- Malformation / anomalie cardiaque létale
- Tétralogie de Fallot

2.2.2. Poumon

- Atrésie pulmonaire
- Hypoplasie du poumon
- Perforations des poumons

2.2.3. Squelette

- Dysplasie thanaphore / squelettique
- Pseudoachondroplasie
- Syndrome de régression caudale
- Phocomélie

2.2.4. Reins

- Agénésie rénale bilatérale
- Hyperplasie surrénale congénitale
- Rein multikystique bilatéral

2.2.5. Foie

- Hypoplasie

2.2.6. Système nerveux central

- Anencéphalie
- Anomalie spinale
- Spina-bifida

2.2.7. Crâne et cerveau

- Acranie
- Agénésie du corps calleux
- Holoprosencéphalie
- Hydrocéphalie
- Malformation cérébrale majeure
- Syndrome d'Arnold Chiari
- Ventriculomégalie

2.2.8. Malformations ou pathologies diverses

- Absence de vessie
- Affection / anomalie de la paroi abdominale / masse de la paroi abdominale
- Anamnios par rupture des membranes (PPROM - Preterm Premature Rupture of Membranes)
- Anémie falciforme
- Anhydramnios
- Ascites
- Fausse couche spontanée / mort in utero
- Hernie diaphragmatique
- Hydrops
- Retard de croissance intra utérin (RCIU)
- Syndrome polymalformatif

2.3. Affections tératogènes

- Affections dues à la prise d'Isotrétinoïne (anciennement Roaccutane)
- Cytomégalovirus
- Toxoplasmose

2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS

INTRODUCTION

Dans son rapport annuel, chaque institution est tenue de mentionner :

- le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été introduites auprès de l'institution ou des médecins qui y sont rattachés;
- le nombre d'interruptions de grossesse qui ont été pratiquées par les médecins attachés à l'institution avant la fin de la douzième semaine suivant la fécondation;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse après douze semaines;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été « refusées ».

Cette dernière rubrique appelle deux commentaires car le terme « refus » est sujet à des interprétations différentes :

1. Les interruptions de grossesse refusées par une institution doivent être mentionnées car il est possible que l'interruption ait été pratiquée dans une autre structure que celle où la demande a été initialement introduite : ce n'est pas un refus au sens strict.
2. Les conditions suivantes (liste non exhaustive) ont été classées comme « refus » :
 - La femme ne vient pas au rendez-vous.
 - La suite réservée à la demande est inconnue : cela ne signifie pas que l'interruption de grossesse n'a pas eu lieu; elle a pu être effectuée dans une autre structure.
 - La femme n'est pas enceinte au moment de la demande.
 - Une fausse couche est survenue pendant la période d'attente.
 - La grossesse dépasse le délai de 12 semaines et la femme est orientée vers l'étranger.
 - La grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai de l'aménorrhée a dépassé 14 semaines après la période d'attente de 6 jours.
 - La femme est orientée vers un hôpital belge pour des raisons médicales ou pour des considérations liées à l'anesthésie.
 - La femme est orientée vers un autre centre belge.
 - La femme décide de poursuivre sa grossesse.
 - La femme est orientée vers un service d'adoption.

Les tableaux ci-dessous totalisent, par année de référence, les chiffres déclarés par les centres et les hôpitaux dans leurs rapports annuels.

Ces chiffres ne corroborent pas systématiquement ceux qui sont comptabilisés sur base des documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse encodés par le secrétariat de la Commission.

Cette différence ne s'explique que partiellement par le fait qu'une institution peut créer et enregistrer des dossiers en décembre de l'année X alors que l'interruption de grossesse a lieu et est enregistrée en janvier de l'année X+1 par l'institution et par la Commission.

2.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES

2.1.1. Centres

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 Après 12 semaines	2019 Après 12 semaines	2018	2019	2018	2019
28 (*)	29(**)	9.515	9.942	7.990	8.358	0	0	1.510	1.586	15,86	15,95

(*) : En 2018, 1 centre liégeois et un centre du Brabant wallon n'ont pas transmis de rapport annuel ; ces deux centres totalisent ensemble 693 interruptions de grossesse.

(**) : En 2019, un centre bruxellois n'a pas transmis de rapport annuel, ce centre totalise 237 interruptions de grossesse.

2.1.2. Hôpitaux et cliniques

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 Après 12 semaines	2019 Après 12 semaines	2018	2019	2018	2019
28 (*)	28 (**)	4.048	3.126	3.568	2.714	79	59	472	405	11,66	12,95

(*) : En 2018, 1 hôpital du Hainaut et 1 hôpital de Liège n'ont pas transmis de rapport annuel ; ces hôpitaux totalisent ensemble 8 interruptions de grossesse .

(**) : En 2019, 3 hôpitaux de Liège n'ont pas transmis de rapport annuel ; ces hôpitaux totalisent ensemble 505 interruptions de grossesse.

2.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES

2.2.1. Centres

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 Après 12 semaines	2019 Après 12 semaines	2018	2019	2018	2019
7	7	9.185	9.388	7.522	7.732	0	0	1.659	1.651	18.06	17.59

2.2.2. Hôpitaux et cliniques

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont nombre d'interruptions pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 Après 12 semaines	2019 Après 12 semaines	2018	2019	2018	2019
9	7(*)	264	185	237	171	47	23	18	19	6.82	10.27

(*) en 2019, 1 hôpital du Brabant flamand et 1 hôpital de la province d'Anvers n'ont pas transmis de rapport annuel ; les deux hôpitaux comptabilisent ensemble 7 interruptions de grossesse en 2019.

2.2. APERÇU GENERAL DES INSTITUTIONS BELGES

2.3.1. Centres

nombre de centres		nombre d'IVG pratiquées	
2018	2019	2018	2019
35	36	15.512	16.090

2.3.2. Hôpitaux et cliniques

nombre d'hôpitaux		nombre d'IVG pratiquées		dont après délai de 12 semaines	
2018	2019	2018	2019	2018	2019
37	35	3.805	2.885	126	82

3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION DES ETABLISSEMENTS DE SOINS

Les données transmises par les institutions néerlandophones sont présentées page 75

3.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES

A. Centres

Ces données sont extraites des rapports transmis par 28 centres sur 30 en 2018 et 29 sur 30 en 2019.

A.1. Nombre et qualification du personnel du service

Le service compte entre 7 et 37 personnes et se compose en nombre variable de :

juriste,
psychologue,
assistant(e) social(e),
conseillère ou conseiller conjugal(e),
médecin et gynécologue,
personnel chargé des animations,
animatrice ou animateur EVRAS,
psychiatre,
infirmier ou infirmière breveté(e),
infirmier ou infirmière gradué(e),
infirmier ou infirmière en santé communautaire,
sage-femme,
médiatrice ou médiateur ou thérapeute familial(e),
licencié(e) en science de la famille et sexualité ou sexologue,
licencié(e) en communication,
éducatrice ou éducateur,
personnel comptable, administratif, coordinateur et financier.

A.2. Fonctionnement du service

L'accessibilité des services varie en fonction des centres et s'étend sur une plage horaire comprise entre 7h30 et 20h30 en semaine et entre 9h30 et 13h le samedi.

Des permanences sont organisées pour l'accueil et certaines consultations mais les entretiens médicaux, les interruptions de grossesse, les consultations juridiques, sociales, conjugales et psychologiques ainsi que les médiations familiales se déroulent uniquement sur rendez-vous.

Les données administratives, psychosociales et médicales sont reprises dans le dossier patient généralement informatisé.

Les données relatives aux interruptions de grossesse des femmes en ordre de mutuelle sont répertoriées dans le registre INAMI. Les données des femmes n'étant pas en ordre de mutuelle sont enregistrées dans les rapports d'activités transmis à la Région.

Un rapport médical est envoyé par le centre au médecin conseil de la mutuelle qui reçoit aussi la demande d'intervention dans le coût de prestation de rééducation fonctionnelle.

Si la femme le souhaite, une fiche de liaison est transmise à son médecin traitant.

Des animations promouvant la triple prévention « préservatif + contraceptif + prévention des maladies sexuellement transmissibles pour éviter la stérilité » sont effectuées par des animatrices / animateurs, des éducatrices / éducateurs, des assistant.e.s sociales.aux ou des coordinatrices / coordinateurs.

Ces animations sont axées sur la vie relationnelle, affective et sexuelle, le respect, l'intimité, les assuétudes, la violence, les relations avec les parents, le désir d'enfant,... et ciblent

- les milieux scolaires et étudiants (niveaux secondaire et supérieur),
- les lieux de vacances et de loisirs,
- les structures pour jeunes adultes handicapés physiques et/ ou mentaux,
- les structures pour adultes précarisés,
- les lieux de discussion et de promotion de la santé (maisons médicales,...),
- les maisons maternelles et les lieux d'hébergement pour adultes.

Des collaborations sont également organisées avec des partenaires ponctuels ou réguliers (ex. : love week, Love Pack Day, plateforme contre les violences conjugales, collectif de femmes Fedasil,...)

Les centres s'intègrent généralement dans un réseau comprenant d'autres centres (pour la gestion des délais d'attente), des structures spécifiques (pour une prise en charge psycho-médico-sociale appropriée) et des hôpitaux, via des conventions (pour réaliser une anesthésie générale ou gérer un tableau clinique trop complexe).

Des réunions pluridisciplinaires sont régulièrement organisées pour :

- améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi,
- aborder les cas traités et les nouveaux médicaments,
- échanger les bonnes pratiques,
- aborder les questions d'éthique et de confidentialité, les prescrits légaux,
- améliorer la prise en charge des mineures,
- gérer les animations.

Dans le cadre de la prise en charge de femmes étrangères (migrantes,...), outre le recours à des collègues parlant d'autres langues, des collaborations avec des structures fournissant des interprètes sont fréquentes (exemple SETIS).

Difficultés spécifiques liées au fonctionnement du service :

Quelques centres déplorent la difficulté de trouver des médecins formés à l'interruption de grossesse et notamment à la réalisation des aspirations, ce qui les obligent à limiter la prise en charge des femmes ou à supprimer des plages horaires dédiées aux interruptions de grossesse. Ils plaident pour l'inscription de la pratique de l'interruption de grossesse dans le cursus des futurs médecins.

Certains centres dénoncent le refus d'intervention de certaines mutuelles pour non-respect du délai légal de réflexion alors qu'en application de la jurisprudence, le médecin peut réduire ce délai légal en cas de nécessité médicale. Ces centres dénoncent également le fait que ces mutuelles s'arrogent le droit de vérifier s'il y avait bien nécessité médicale, notamment, en demandant un justificatif (y compris les notes personnelles du médecin). L'adaptation de la convention INAMI est donc demandée car si un courrier a été envoyé aux fédérations de mutuelles pour leur demander de respecter la jurisprudence, ce respect n'est pas encore généralisé.

Plusieurs centres émettent des doutes quant à l'utilité du registre des consultations des femmes en ordre de mutuelle, imposé par la Convention INAMI, car ce registre n'est jamais vérifié et les temps qui y sont indiqués sont forfaitaires.

A.3. Nombre de consultations du service, en relation avec une interruption de grossesse

Les données communiquées varient entre 149 et 7.128. La différence d'interprétation des critères d'enregistrement explique l'écart entre les deux valeurs. Le second chiffre, très élevé, intègre les rendez-vous multiples en cas d'ambivalence ou de difficultés.

Deux centres n'ont pas communiqué de chiffre car ils sont inconnus, et ce, soit parce que des informations sont fournies pendant la permanence alors que la femme est encore anonyme ; soit, parce que des demandes d'informations n'aboutissent pas à une interruption de grossesse ; soit, parce que les rendez-vous multiples ne sont pas tous comptabilisés ou sont intégrés dans le forfait INAMI et ne sont donc pas repérables dans l'encodage du centre ou, soit, parce que le suivi de la femme est assuré par le médecin traitant.

A.4. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après l'interruption de grossesse

Un.e accueillant.e, généralement assistant.e social.e ou psychologue, accompagne la femme avant, pendant et après l'interruption de grossesse. L'accueillant.e et/ou le médecin peuvent s'entretenir plusieurs fois avec la femme si la demande s'avère ambivalente ou si des craintes subsistent.

1. Méthodes appliquées avant l'interruption

Entretien psychosocial : le désir d'enfant, la place de la grossesse dans la vie affective et de couple, le contexte socio-économique et administratif, le climat affectif et relationnel, les pressions familiales, culturelles et religieuses ainsi que les diverses difficultés et fragilités sont précisées ; les situations de crise possibles (deuil, adolescence, traumatisme,...) sont identifiées et les violences et addictions éventuelles sont formulées.

Présentation des alternatives : poursuite de la grossesse pour garder l'enfant ou le donner pour adoption ou placement en famille d'accueil: visualisation des conséquences de l'interruption ou de la poursuite de la grossesse sur la vie de la femme et ses relations conjugales et familiales. Dispensation d'informations sur les services internes et externes pouvant aider la femme à garder sa grossesse.

Communication d'informations sur les droits et aides au logement, les aides financières, sociales et juridiques auxquelles prétendre en cas de poursuite de la grossesse. Si nécessaire, l'accueillant(e) régularise les dossiers de sécurité sociale, entreprend des démarches auprès du centre public d'action sociale (CPAS), cherche une maison d'accueil ou réalise une médiation avec les parents. En cas de problème aigu, la femme peut être orientée vers un service juridique, social ou psychologique spécialisé.

Présentation des méthodes d'interruption : loi, procédé, consignes, coût, suivi et conséquences (a)normales.

Remise des documents nécessaires : formulaire de consentement à signer par la femme, document d'assurabilité à faire remplir par la mutuelle et formulaire de demande d'intervention dans le coût de la prestation de rééducation fonctionnelle et les frais de déplacement y afférents.

Réalisation de l'anamnèse et d'un examen gynécologique et prophylactique : échographie pour dater la grossesse, prise de sang pour vérifier le groupe sanguin et l'absence d'infections et/ou de contre-indications et entretien médical.

Interruptions de grossesse à réaliser après le délai légal de 12 semaines : les échographies sont réalisées et, si le rhésus est négatif, le rhogam, gratuit en Belgique, est prescrit. Les coordonnées des structures relais, les démarches à faire et les documents à fournir sont fournis ; le centre peut entreprendre ces démarches dans le cadre d'une éventuelle collaboration avec des institutions situées à l'étranger, essentiellement aux Pays-Bas (par exemple, clinique Bloemenhove) et en Espagne (par exemple, clinique Medico Aragon). Si la grossesse est néanmoins trop avancée, des contacts peuvent être pris avec des organismes qui accompagnent la poursuite de la grossesse et l'accouchement et assurent un suivi psychosocial. Si nécessaire, une aide peut être apportée pour choisir entre la garde de l'enfant ou l'adoption.

Contraception : analyse de l'échec ou des résistances à la contraception et évocation de la contraception future pour prévenir toute nouvelle grossesse non désirée (remise de brochures sur la contraception et la contraception d'urgence (Norlevo)).

Intervision entre le médecin et l'accueillante : échange d'informations.

2. Méthodes appliquées pendant l'interruption

Réalisation de l'interruption de grossesse par le médecin, en présence de l'accueillant(e) qui donne des conseils, rassure la femme et lui permet d'exprimer son vécu. Un second médecin est présent dans le centre.

La femme peut être orientée vers un hôpital pour des raisons médicales ou liées à l'anesthésie, notamment dans le cadre de convention de collaboration conclue entre le centre et un hôpital. En cas d'urgence, la femme est transférée à l'hôpital.

Contraception : mise au point.

Remarque : en 2019, un centre a indiqué expérimenter les interruptions de grossesse médicamenteuses à domicile, sur base de l'expérience menée par le réseau REVHO en Ile de France².

3. Méthodes appliquées après l'interruption

Visite de contrôle : après deux semaines, le médecin réalise un contrôle médical et vérifie la contraception. L'accueillant(e) rencontre la femme pour lui permettre d'exprimer son vécu post-interruption. La femme peut aussi être entendue par le/la psychologue et, le cas échéant, être dirigée vers un service psychologique ou social spécialisé.

A.5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler

A.5.1.Situation particulière des femmes reçues

De plus en plus de femmes ne disposent pas de couverture sociale et très peu d'entre elles font appel à l'aide médicale urgente.

Certaines femmes, très fragiles, se présentent à 14 semaines d'aménorrhées : le délai pendant lequel une grossesse peut être interrompue est trop court pour ces femmes.

De nombreuses femmes sont étrangères et l'influence des appartenances culturelles, ethniques et religieuses se fait sentir sur la prise de décision. La prise de décision peut également être influencée par des situations difficiles (adolescence,...) ou critiques (deuil, séparation, licenciement,...)

Certaines femmes demandent une interruption de grossesse en raison de problèmes socio-économiques majeurs, de difficultés familiales importantes ou de situations psycho-sociales complexes. Ces situations impliquent un accompagnement pluridisciplinaire soutenu et une prise en charge parfois lourde et compliquée. L'accompagnement de l'IVG devient alors parfois secondaire, après l'aide à la résolution de ces nombreux problèmes.

Un centre souligne les cas de violence sexuelle, familiale ou conjugale, en ce compris le non respect de la femme et de ses droits.

Un centre signale un cas de violence domestique dans le milieu diplomatique et la difficulté rencontrée par la femme car sa situation financière ne lui donne pas accès aux aides sociales prévues pour les étrangers non européens et la législation applicable est hors juridiction.

² Réseau créé en 2004, pour faciliter l'accès à l'IVG en ville. <http://revho.fr/livg-et-vous/deroulement-avortement-medicamenteux/>

Un autre centre souligne les difficultés vécues par les étrangères non européennes qui, d'une part, ne disposent ni d'adresse, ni de mutuelle et n'ont que très peu droit aux aides sociales et qui, d'autre part, ont subi un traumatisme dans leur pays d'origine. Ces femmes perdent rapidement le contact avec le centre en raison de leur précarité et de leur situation d'errance : la collaboration avec FEDASIL doit être améliorée.

Un centre rapporte le cas d'un couple ayant demandé une interruption de grossesse à l'issue d'un processus de procréation médicalement assistée et la prise en charge psychologique plus soutenue qui s'ajoute aux évaluations et entretiens psychologiques classiques proposés lors d'une interruption de grossesse.

Un centre indique gérer stress, angoisses et appréhensions par l'hypnose et note une demande accrue de suivi psychologique et/ou médical après l'interruption de grossesse.

Un centre rapporte qu'une femme en situation précaire a demandé une interruption de grossesse avant de disparaître, ce qui a donné lieu à une enquête de police ; le personnel du centre a dû trouver du temps pour collaborer à l'enquête.

Un autre centre a géré le cas du viol d'une étudiante en Erasmus, fragilisée car loin de ses proches. L'embryon aspiré a été gelé dans le cadre de l'enquête. Le personnel a été confronté au problème de la violence sexuelle et de ses conséquences médico-légales.

A.5.2. Contraception

Certaines femmes refusent la contraception, principalement hormonale (mauvaise presse) et n'acceptent que les méthodes naturelles.

A.5.3. Tests de grossesse

Un centre souligne que les tests de grossesse sont de plus en plus fiables et sont réalisés de plus en plus tôt : les demandes d'interruption de grossesse sont introduites plus rapidement.

A.5.4. Entretiens

Certains centres notent que les femmes mènent plus leur réflexion dans le centre et que le nombre d'entretiens réalisés avant l'interruption de grossesse est en augmentation.

A.5.5. Problème de confidentialité

Un centre souligne que, lorsque la mutuelle effectue le remboursement du tiers-payant sur le compte bancaire d'un titulaire, la confidentialité des prestations médicales effectuées pour la personne à charge n'est plus garantie ; l'informatisation renforce cet état de fait car elle ne permet pas d'exception dans le traitement des données.

Un centre pose la question de l'exigence d'avoir un adulte informé de la situation dans le cadre de l'interruption de grossesse d'une mineure : quelle est la responsabilité du centre en cas de complications si aucun adulte n'est au courant de l'interruption de grossesse ?

A.5.6. Situation légale

De nombreux centres demandent une réflexion approfondie sur la sortie de l'IVG du code pénal, l'allongement du délai pour interrompre une grossesse et l'assouplissement du délai légal de réflexion.

A.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

A.6.1. Interruption de grossesse

Destigmatiser l'interruption de grossesse auprès du public et des professionnels de la santé.

Réduire le délai de réflexion obligatoire avant l'interruption de grossesse ; celui-ci doit répondre aux demandes des femmes et aux ressentis sur le terrain (urgence).

Prolonger la possibilité d'interrompre une grossesse sans devoir se rendre à l'étranger.

A.6.2. Formation

Inclure la pratique de l'interruption de grossesse dans le cursus universitaire des futurs médecins et soutenir ceux qui souhaitent pratiquer des IVG (les centres forment des stagiaires et il est difficile pour eux d'intégrer cette formation dans leur cursus).

A.6.3. Accès et financement de la contraception

Octroyer la gratuité de tous les contraceptifs (ou les rendre plus accessibles), y compris la pilule d'urgence et le DIU, quel que soit l'âge. Favoriser les dispositifs de longue durée.

Prendre en charge financièrement toutes les demandes d'accompagnement d'une IVG des femmes en situation précaire.

A.6.4. Information

Accentuer la sensibilisation de tous les professionnels de la santé, (médecin généraliste, gynécologue, personnel paramédical, psychologue,...) à une information de qualité des patientes et des partenaires sur les contraceptifs, en mettant l'accent sur les contraceptifs de longue durée.

Renforcer et généraliser l'information sur la vie sexuelle, les maladies sexuellement transmissibles, la contraception,... via les animations EVRAS dans les milieux scolaires,

festif et associatif ; ce qui implique plus de moyens financiers (ou la gratuité), de temps et de personnel pour le programme EVRAS.

Multiplier les canaux d'informations (brochures, spot TV et radio, internet, affiches, publicité) et les animations, pour toucher le public le plus large possible (adolescents et adultes). Identifier notamment des réseaux de référence sur des thématiques ciblées telles que contraception, vie affective, parentalité responsable, risque lors d'une rupture,...

Penser la prévention de manière globale en abordant la connaissance du corps et de son fonctionnement, l'intimité, l'usage concret de chaque moyen de contraception et du préservatif à utiliser en plus, la réflexion sur les différentes résistances à la contraception, la prise de risque, les préjugés, les représentations et la responsabilisation du partenaire.

Disposer de plus de subsides pour engager du personnel pour assurer la prévention.

Déconstruire l'image négative des contraceptifs hormonaux (suite à des informations diffusées via certains médias) ; organiser des campagnes d'information sur la nécessité de prendre un contraceptif même après une rupture pour être protégée lors d'une nouvelle relation.

Inclure les hommes dans chaque campagne d'information et dans chaque information dispensée par les professionnels de la santé. Sensibiliser les hommes qui ne se posent pas de question sur la protection de leur partenaire.

Développer la réflexion et la recherche sur la contraception masculine.

Différencier désir de grossesse et désir d'enfant et expliciter le concept de grossesse non désirée : une grossesse peut être désirée mais la maternité peut s'avérer impossible ou non désirée, une grossesse peut être non prévue mais acceptée.

Diffuser des campagnes de sensibilisation auprès des parents qui refusent la contraception à leur fille adolescente en pensant que celle-ci n'aura dès lors pas de relations sexuelles.

A.6.5. Centres de planning

Permettre aux centres de distribuer gratuitement la pilule d'urgence.

Identifier auprès du public et du réseau psychosocial les centres comme structure ressource pour la vie affective, sexuelle et relationnelle et la prévention des grossesses non voulues et valoriser l'engagement dans la pratique sociale du planning familial.

Défendre les centres de planning en tant qu'espaces de parole.

A.6.6. Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse

Transformer la Commission en organisme de recherche pour récolter des données permettant des analyses scientifiques.

A.6.7. Mémoire « Un droit à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes » de la plateforme Abortion Right³

Ce mémorandum est repris ci-dessous :

³ <https://www.planningsfps.be/memorandum-abortion-right-un-droit-a-linterruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/> (2019)

« Mise en place en 2011, la plateforme Abortion Right est une structure de vigilance et d'action qui regroupe des associations partenaires francophones et néerlandophones actives dans le champ des droits sexuels et reproductifs :

Centre d'Action Laïque, Centre du Libre Examen, Centre Séverine, Conseil des Femmes Francophone de Belgique (CFFB), Nederlandstalige Vrouwen Raad (NVR), deMens.nu -Unie Vrijzinnige Verenigingen vzw, Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging (HVV), Fédération des Centres de Planning et de Consultations, Fédération des Centres de Planning Familial des FPS, Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial, Fédération Laïque de Centres de Planning Familial, FGTB-ABVV, Furia, GACEHPA, Garance, LUNA, Mouvement Ouvrier Chrétien – MOC, Mutualité Socialiste, Université des femmes, VIVA.

Elle a pour objectif de garantir le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et son accès libre et sécurisé pour toutes les femmes, en Belgique, en Europe et dans le monde.

Le droit à l'IVG constitue un droit fondamental des femmes à disposer de leur corps et un enjeu de santé publique. Pourtant, partout dans le monde, en Europe et même en Belgique, des groupes se mobilisent pour entraver son accès sous couvert de protéger les plus faibles (l'embryon, le fœtus à naître) en culpabilisant les femmes et en désinformant la population. La plateforme entend donc se mobiliser pour que ces discours anti-choix soient systématiquement déconstruits grâce à des arguments scientifiques et à l'expertise des femmes et des professionnel.le.s de terrain.

En vue des prochaines élections du 26 mai 2019, la plateforme Abortion Right revendique « L'abrogation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'IVG et l'adoption d'une nouvelle loi relevant du droit médical, rattachée à la loi du 10 mai 2015 relative aux soins de santé et à la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient ;

La suppression des peines de prison et sanctions pénales à l'encontre des femmes et des médecins ;

L'allongement du délai légal au cours duquel une IVG peut être réalisée à, au minimum, 18 semaines de grossesse en vue notamment d'éviter aux femmes des voyages dans les pays limitrophes comme les Pays-Bas. En effet, entre 500 et 800 femmes sont redirigées chaque année vers ces pays car elles ont dépassé le délai légal belge ;

Dans le cadre de l'allongement du délai légal, la création, par région, de structures disposant du matériel adapté pour une bonne prise en charge des IVG de plus de 12 semaines de grossesse. En effet, la prise en charge de ces IVG nécessite des structures spécialement équipées et des équipes multidisciplinaires composées de professionnel.le.s formé.e.s. ;

La suppression de l'obligation d'informer sur les possibilités d'adoption de l'enfant à naître ;

La suppression de l'obligation du délai de réflexion obligatoire de 6 jours entre la première consultation prévue et le jour de l'IVG. Dans la pratique, un délai à convenir entre la patiente et l'équipe médicale entre la première consultation médicale et l'interruption de la grossesse est néanmoins nécessaire pour une prise en charge de qualité ;

L'obligation, pour le médecin qui refuse de pratiquer une IVG en raison de ses convictions personnelles, de référer la patiente, dès le premier contact à un médecin ou à une structure qui pratique des IVG ;

La sanction par les autorités publiques de toute clause de conscience dite institutionnelle, appliquée pour l'ensemble du personnel hospitalier, voire prévue dans le contrat de travail des employé.e.s ;

La garantie d'une bonne accessibilité géographique des centres et d'un accompagnement psychosocial de qualité en amont, pendant et après l'IVG pour toutes les femmes qui le souhaitent. Ce dispositif doit être garanti par la loi et financé par l'État dans toutes les structures de soins hospitalières et extrahospitalières ;

La gratuité des IVG pour les femmes les plus vulnérables et les plus précarisées ;

Un accès à des informations de qualité, claires et fiables sur l'IVG qui placent les femmes à l'abri de toute culpabilisation et pression extérieure ;

Des campagnes de sensibilisation régulières sur l'IVG et traduites dans plusieurs langues ;

La mise en place, via des canaux publics, d'une information complète, exacte et neutre relative au droit et à l'accès à l'IVG, au travers notamment d'un référencement adéquat sur les sites Internet officiels² et la mise à disposition des coordonnées de toutes les structures agréées à la pratique des IVG. En effet, à l'instar de la France, la Belgique doit prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer cette information ;

La sanction en tant que délit d'entrave envers toute désinformation à propos de l'IVG, en ce compris sur internet et les réseaux sociaux ;

La valorisation de la pratique médicale de l'IVG auprès des étudiant.e.s en médecine ;

L'inscription des techniques d'avortement dans le cursus d'enseignement en faculté de médecine de toutes les universités de Belgique afin que la loi puisse être appliquée dans l'intérêt de toutes les femmes, où qu'elles se trouvent sur le territoire national. A l'heure actuelle, à l'exception de l'ULB, aucune faculté de médecine ne propose de formation aux techniques d'avortement ;

La possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG de type médicamenteux ;

La mise en place d'un institut public à caractère scientifique. Cet institut serait chargé d'une part de collecter toutes les données sur la pratique des IVG en Belgique et de les croiser avec d'autres données disponibles de type démographique ou social et d'autre part d'élaborer des recommandations et analyses scientifiques relatives à la pratique de l'IVG. Cet organisme rassemblerait en son sein notamment des experts.e.s en sociologie, en épidémiologie et en santé sexuelle et reproductive, des médecins et des juristes et des praticiens ;

La généralisation effective de l'EVRAS au sein de tous les établissements scolaires, qu'ils ressortent de l'ordinaire ou du spécialisé, et ce pour l'ensemble des réseaux d'enseignement tout au long du cursus scolaire et ce dès la maternelle.

La garantie et la pérennisation de la délivrance gratuite de la pilule d'urgence dans les centres de planning familial et la modification en ce sens les lois coordonnées du 10 mai 2015 relatives à l'exercice des professions des soins de santé. »

B. Hôpitaux et cliniques

Les données présentées sont extraites des rapports transmis par 28 hôpitaux sur 30 en 2018 et 28 sur 31 en 2019.

B.1. Nombre et qualification du personnel du service

Certains hôpitaux, dont le service d'information est inexistant ou restreint, se réfèrent au service social de l'hôpital ou ont conclu des accords de coopération avec un ou plusieurs centres situés dans la même zone géographique.

Certains hôpitaux pratiquent les interruptions de grossesse dans le service de gynécologie sociale, également lieu de conseil en matière de planning familial et de contraception.

D'autres hôpitaux organisent un service d'information à part entière.

Ce service se compose alors en nombre variable de :

juriste,
psychologue,
assistant(e) social(e),
conseiller ou conseillère conjugal(e),
médecin et gynécologue,
personnel chargé des animations,
animatrice ou animateur EVRAS,
psychiatre,
infirmier ou infirmière social(e),
infirmier ou infirmière breveté(e),
infirmier ou infirmière gradué(e),
infirmier ou infirmière en santé communautaire,
sage-femme,
pédiatre,
médiatrice ou médiateur ou thérapeute familial(e),
licencié(e) en science de la famille et sexualité ou sexologue,
licencié(e) en communication,
éducatrice ou éducateur,
médiateur ou médiatrice,
victimologue,
personnel comptable, administratif, coordinateur et financier.

D'après les chiffres communiqués, le personnel présent varie entre 2 et 50 personnes mais il est possible que ce nombre englobe le personnel issu d'autres services (service social, gynécologie sociale) qui intervient dans la gestion des interruptions de grossesse mais qui ne fait pas partie en tant que tel du service d'information.

Certains hôpitaux ne pratiquent que les interruptions de grossesse motivées par des raisons médicales et avalisées par le Comité éthique de l'hôpital, avec l'avis favorable d'un second médecin. Le service d'information est alors remplacé par une cellule pluridisciplinaire comprenant gynécologue, psychologue, assistant(e) social(e), sage-femme et pédiatre. Les demandes liées à des motivations personnelles sont guidées vers d'autres hôpitaux ou des centres de planning.

B.2. Fonctionnement du service

L'accessibilité des services varie en fonction des hôpitaux et s'étend sur une période comprise entre 7h30 et 18h00. Des plages horaires sont prévues pour les rendez-vous mais des permanences psychosociales ou téléphoniques sont parfois mises en place. En dehors des heures d'accessibilité et en cas de problème, il est possible de s'adresser à l'accueil gynécologique ou aux urgences.

Le service de médiation interculturelle de l'hôpital est disponible pour aider les femmes d'origine étrangère qui ne parlent pas une des langues nationales.

Le dossier patient informatisé reprend l'anamnèse médicale, psychologique et sociale ainsi que les données administratives.

Les interruptions de grossesse pratiquées après douze semaines, pour des raisons socio-économiques ou personnelles, sont réalisées à l'étranger, surtout aux Pays-Bas.

B.3. Nombre de consultations du service, en relation avec une interruption de grossesse

Les données communiquées varient entre 4 et 925. (5 hôpitaux n'ont pas communiqué de chiffres).

La différence d'interprétation des critères d'enregistrement explique l'écart entre les deux valeurs alors que le second chiffre, plus élevé, intègre les rendez-vous multiples en cas d'ambivalence ou de difficultés.

B.4. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après l'interruption de grossesse

L'accueillant(e), assistant(e) social(e) ou infirmier(ère) social(e), accompagne la femme avant, pendant et après l'interruption de grossesse.

S'il n'y a pas de service d'information spécifique, le service social de l'hôpital est requis.

1. Méthodes appliquées avant l'interruption

Entretien psychosocial pour clarifier la demande : le contexte socio-économique et administratif, le climat relationnel et les pressions familiales, culturelles et religieuses sont précisées, la vision de la sexualité, de la famille et du couple parental est abordée, les situations de crise éventuelles (deuil, adolescence, traumatismes) sont identifiées et les violences et addictions éventuelles sont formulées. Les cas de détresse profonde peuvent déboucher sur des entretiens psychologiques organisés avec le couple et/ou la famille. Certains hôpitaux collaborent avec des centres pour assurer la prise en charge psychologique des demandes requérant un suivi spécialisé.

Présentation des alternatives : poursuite de la grossesse, don de l'enfant pour adoption ou placement en famille d'accueil.

Communication d'informations sur les droits et aides au logement, les aides financières, sociales et juridiques auxquelles prétendre en cas de poursuite de la grossesse.

Si nécessaire, l'accueillant(e) peut entreprendre certaines démarches (régularisation de dossiers de sécurité sociale, contacts avec le CPAS, recherche d'une maison d'accueil ou médiation avec les parents). En cas de problème aigu, la femme peut être orientée vers un service interne ou externe spécialisé.

Présentation de l'interruption de grossesse : loi, méthodes, consignes, coût, suivi et conséquences (a)normales.

Règlement des formalités liées à l'interruption de grossesse : document de consentement éclairé, documents à transmettre à la mutuelle.

Entretien médical : réalisation de l'anamnèse ainsi que d'un examen gynécologique et prophylactique (échographie pour dater la grossesse et prise de sang pour vérifier le groupe sanguin et l'absence d'infections et de contre-indications). Rencontre avec le médecin anesthésiste en cas d'anesthésie générale.

Contraception : analyse de l'échec ou des résistances à la contraception et évocation de la contraception future pour prévenir toute nouvelle grossesse non désirée.

Remise de brochures : il s'agit des brochures d'information portant sur la poursuite de la grossesse, la vie affective et sexuelle, la contraception, la contraception d'urgence (y compris des brochures provenant des firmes pharmaceutiques).

Intervision entre le médecin et l'accueillante : accueil et suivi multidisciplinaire.

Plusieurs entrevues avec l'accueillante et/ou le médecin sont organisées si la demande s'avère ambivalente ou si des craintes subsistent une fois la décision prise.

2. Méthodes appliquées pendant l'interruption

Méthode : dans le cadre de l'interruption de grossesse médicamenteuse, les hôpitaux, n'ayant pas droit au forfait « one day » préfèrent éviter une hospitalisation ne donnant lieu à aucun remboursement : un comprimé de mifépristone est administré en journée dans le service de gynécologie sociale et une surveillance médicale (quelques heures) est organisée dans le cadre de la prise de prostaglandine. Un accueil est réalisé aux urgences 7/7 jours et 24/4h si nécessaire.

Dans le cadre d'une interruption chirurgicale, l'anesthésie est locale ou générale (l'anesthésie générale est possible au quartier opératoire, dans le cadre de l'hospitalisation de jour). Certains hôpitaux pratiquent toutes les interruptions chirurgicales sous anesthésie générale, d'autres laissent le choix de l'anesthésie à la femme mais ce choix est conditionné par l'âge de la grossesse et les antécédents médicaux de la femme.

Interruption de grossesse : le médecin pratique l'interruption chirurgicale en présence de l'infirmière (et de l'anesthésiste si l'interruption se fait sous anesthésie générale). En cas d'interruption de grossesse médicamenteuse, une sage-femme ou une infirmière assiste le gynécologue. En cas d'interruption de grossesse médicamenteuse plus tardive, une sage-femme et un anesthésiste assistent le gynécologue. La contraception future est mise au point.

3. Méthodes appliquées après l'interruption

Suivi : après deux semaines, le médecin pratique un contrôle médical et vérifie l'utilisation de la contraception. Si nécessaire, l'assistante sociale ou la psychologue rencontre la femme pour lui permettre d'exprimer son vécu post-interruption; le cas échéant, la femme peut être dirigée vers un service psychologique ou social spécialisé.

B.5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler

B.5.1. Contraception

Un nombre accru de femmes, issu de toutes les catégories d'âge, n'utilisent pas de contraceptif soit car elles n'ont pas de sexualité régulière, soit parce qu'elles recourent à des méthodes naturelles (coït interrompu, abstinence périodique,...), soit parce qu'elles méconnaissent la sexualité et la reproduction, soit parce que des idées fausses leur ont été inculquées.

De nombreuses femmes utilisent irrégulièrement un contraceptif. L'importance de la prévention et de la contraception doit alors être (ré)expliquée, ce qui prend beaucoup de temps.

La vasectomie est méconnue et reste très peu pratiquée par les hommes ; même si, en 2019, certains couples ont intégré cette possibilité dans leurs réflexions.

B.5.2. Situation particulière de la femme

De plus en plus de femmes qui demandent une IVG ont déjà interrompu une grossesse dans le passé.

Parfois, ces demandes résultent de la pression du partenaire (menace de rupture,...). De même, de plus en plus de femmes consultent en couple, ce qui est parfois la traduction d'une contrainte, d'une surveillance, il faut donc être vigilant par rapport aux signes éventuellement manifestés par la femme.

De plus en plus de demandes d'IVG sont introduites par des femmes migrantes ne parlant pas une des langues nationales ; la prise en charge de ces femmes s'avère souvent difficile et insatisfaisante.

B.5.3. Situation particulière du partenaire

Certains géniteurs ne trouvent pas leur place dans le processus amenant à l'interruption de grossesse et ressentent cela comme une injustice.

Remarque par rapport à la pratique de l'interruption de grossesse :

Certains gynécologues, soumis à de très nombreuses interruptions de grossesse, expriment une saturation psychologique et émotionnelle par rapport à la « *pratique récurrente de l'acte, parfois lourde à porter* ».

B.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

B.6.1. Prise en charge des femmes

Assurer un accueil et un suivi multidisciplinaire.

B.6.2. Accès et financement de la contraception

Octroyer le remboursement total des contraceptifs y compris de longue durée, quel que soit l'âge, mais au moins jusqu'à 35 ans.

Assurer le remboursement du stérilet hormonal, directement dans les pharmacies.

Placer des distributeurs de préservatifs dans les lieux publics, en particulier, les milieux fréquentés par les jeunes.

B.6.3. Personnel soignant

Accentuer la sensibilisation des gynécologues et des médecins généralistes à une information de qualité des patientes et des partenaires sur les contraceptifs, en mettant l'accent sur les contraceptifs de longue durée.

B.6.4. Information

Dispenser davantage d'informations dans les écoles (dans toutes les classes) sur la vie sexuelle, les maladies sexuellement transmissibles, la contraception...

Sensibiliser et informer femmes et hommes sur la prévention et les risques liés aux relations non protégées en multipliant les canaux d'informations (brochures, spot TV et radio, internet, affiches) et les animations, pour toucher le public le plus large possible (pas seulement les adolescents)

Expliquer concrètement la manière d'utiliser chaque contraceptif et attirer l'attention sur certaines thématiques comme l'usage de la pilule en association avec des antibiotiques.

B.6.5. Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse

Mentionner le nombre d'interruption(s) de grossesse déjà pratiquée(s) ainsi que la méthode contraceptive appliquée après l'interruption de grossesse.

Mieux différencier les interruptions de grossesse pratiquées pour raison médicales (réalisées même après 12 semaines) et les interruptions de grossesse pratiquées pour raisons personnelles (limite légale de 12 semaines).

Spécifier le nombre d'enfant dont la femme s'occupe, si un enfant est à la charge de l'autre parent, décédé ou placé.

Ajout des items « Mise en péril de la situation financière en cas de poursuite de la grossesse », « Femme ou conjoint sans emploi », « SDF », « Logement insalubre ou trop petit » et « Déménagement en cours ».

3.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES

A. Centres

A.1. Composition et fonctionnement du service

La Flandre compte actuellement sept centres d'avortement néerlandophones répartis sur 5 provinces. Les provinces d'Anvers et de Flandre orientale disposent chacune de 2 centres, à savoir le centre d'avortement LUNA à Anvers et le centre Labyrinth à Borgerhout. Dans la province de Flandre orientale, il y a le centre d'avortement LUNA à Gand et le Centre Durmelaan à Lokeren.

Les trois autres centres se situent à Ostende (Centrum voor Verantwoord Ouderschap – CEVO), Hasselt (Bourgognecentrum) et Bruxelles (Sjerp-Dilemma-VUB).

Le 1^o janvier 2018, a eu lieu la fusion de quatre centres (Anvers, Gand, Hasselt et Ostende), qui travaillaient déjà ensemble depuis plusieurs années. Ils ont fusionné pour former l'ASBL Luna. Dorénavant, nous parlons donc des centres d'avortement Luna à Anvers, Gand, Hasselt et Ostende. Une collaboration intensive et contractuelle a été mise en place avec le centre néerlandophone Sjerp-Dilemma qui opère au sein de la Vrije Universiteit Brussel. Tous les rapports envoyés à l'INAMI et à la Commission d'évaluation sont chaque fois cosignés par Luna et Sjerp-Dilemma-VUB.

Grâce à cette fusion, les centres Luna souhaitent améliorer leur collaboration et, avec un programme de formation bien conçu, pour continuer à garantir la meilleure qualité des soins possibles.

Tous les centres offrent un accompagnement médical et psychosocial lors d'une grossesse non désirée. Le centre Labyrinth, centre pratiquant des IVG, qui fait partie du service gynécologique de ZNA – site Erasme, offre également une assistance lors de la poursuite de la grossesse.

Selon les rapports annuels des services d'information, le nombre moyen de collaborateurs dans ces services est de 12 (minimum 5 et maximum 20) avec un nombre variable de qualifications telles que médecins, gynécologues, psychologues, et/ou sexologues, infirmiers (sociaux), assistants sociaux et responsables administratifs.

Les centres sont joignables (par téléphone) les jours ouvrables pendant les heures de bureau (par demi-jour ou journée entière) et parfois une soirée en semaine pour la prise en charge urgente.

Les entretiens et consultations se font sur rendez-vous. Pendant l'entretien initial, une grande attention est accordée à une approche psychosociale de qualité.

Un grand soin est apporté à l'information des femmes pour leur permettre de faire un choix mûrement réfléchi. Tout problème sous-jacent est également discuté. Les femmes sont aussi informées des dispositions légales relatives au délai de réflexion, à la période dans les limites desquelles l'interruption de grossesse est légalement possible, etc.

Les femmes peuvent, en outre, y être dirigées vers un collaborateur psychosocial et/ou un assistant social pour une aide supplémentaire à la prise de décision.

À tout moment, les femmes peuvent demander une consultation médicale supplémentaire.

C'est, de préférence, le même médecin et la même accueillante qui accompagnent les femmes pendant toute la durée du processus (examen préliminaire, intervention et contrôle).

Quand les femmes sont déterminées à procéder à l'interruption de grossesse, leur vécu de ce processus et ses conséquences sont analysés de manière approfondie.

Les femmes reçoivent des explications sur la méthode d'interruption de grossesse choisie et sont sensibilisées à leur future contraception.

Le centre pour interruption de grossesse Labyrinth, qui fait partie de la section gynécologie du réseau hospitalier d'Anvers (ZNA), site Sint-Erasmus et se situe à Borgerhout, signale un grand nombre de femmes allochtones, sans titre de séjour et demandeuses d'asile.

Labyrinth veut s'adresser au grand nombre de femmes allochtones comme à un groupe vulnérable et tente de les rendre plus fortes en matière de sexualité et de contraception, en accordant une attention particulière à la formation à la santé et à l'éducation.

Labyrinth a aussi recours à des interprètes pour aider ces personnes à surmonter la barrière de la langue. Ces personnes ont également le droit de se voir dispenser des informations précises et claires sur la législation et l'accompagnement.

A.2. Nombre de consultations du service d'information liées à des problèmes dans le cadre d'une interruption de grossesse

En ce qui concerne le nombre de consultations du service d'information, il ressort que ce nombre de consultations correspond grosso modo au nombre de demandes d'interruptions de grossesse. La raison en est que la plupart des centres indiquent le nombre de femmes qui font appel à eux en cas d'interruption de grossesse. Le nombre de contacts avec les femmes (une première consultation, éventuellement un entretien supplémentaire, la consultation d'interruption de grossesse – pour une interruption médicamenteuse, il y en a deux – et un contrôle éventuel) peut amener à une mauvaise interprétation des chiffres car chaque femme est reprise au moins deux fois et parfois cinq fois, dans ces chiffres.

En réalité, ces chiffres devraient être plus élevés car, comme les centres le déclarent eux-mêmes, une demande d'interruption de grossesse donne lieu à deux ou plusieurs entretiens ou consultations. La plupart des femmes limitent le nombre de consultations à l'entretien préliminaire, l'interruption de grossesse en tant que telle et un contrôle éventuel.

Les 7 centres ont enregistré ensemble : 9 185 consultations en 2018 et 9 388 consultations en 2019.

A.3. Procédure de travail appliquée et méthodes d'assistance des centres d'avortement LUNA et Sjerp-Dilemma-VUB

Les méthodes appliquées sont similaires dans tous les centres. Les centres d'avortement travaillent sur rendez-vous.

Conformément à la législation, la procédure comprend 3 phases : l'entretien préliminaire et examen médical, l'intervention et l'examen de contrôle.

- La première consultation - l'examen préliminaire

L'examen préliminaire est effectué par l'équipe interdisciplinaire (personnel psychosocial et médecins). Trois attitudes de base sont essentielles pour un conseil qualitatif en matière d'avortement : il doit être orienté client, non paternaliste et professionnel.

En concertation avec la cliente dont la grossesse est non planifiée/non désirée/non intentionnelle, les partenaires ou autres tiers importants sont impliqués dans le processus d'assistance.

Lorsque nous parlons plus loin de "cliente", nous entendons toujours le système client concerné par la grossesse.

Le travailleur psychosocial fait une offre pour revoir et/ou clarifier ensemble le processus de décision. Le premier entretien a toujours un caractère ouvert. Il est important d'établir un lien entre les souhaits et les "besoins" de la cliente, tant en termes de soutien psychosocial qu'en termes d'informations concrètes et pratiques.

Le contenu des entretiens psychosociaux est déterminé par la situation spécifique dans laquelle les clientes sont confrontées à une grossesse vécue comme non planifiée, non désirée ou involontaire.

Certains thèmes sont néanmoins systématiquement abordés lors de l'examen préliminaire :

- donner aux clientes l'espace nécessaire pour raconter leur histoire sur la grossesse ;
- évaluer les sentiments de la cliente concernant la grossesse et les circonstances qui en découlent ;
- évaluer le contexte (social) plus large, etc. ;
- le déroulement de la grossesse jusqu'à ce moment ;
- les antécédents médicaux de la cliente ;
- faire une échographie pour déterminer le nombre de semaines de grossesse.
- Si la femme enceinte souhaite mettre fin à sa grossesse et que les autres options ont été exclues, les aspects médicaux d'une éventuelle interruption de grossesse sont examinés. Ensemble, nous déterminons le traitement le plus adapté à la cliente et nous lui fournissons les explications nécessaires.
- Discuter des contraceptifs utilisés auparavant, de ce qui a pu mal tourner à cet égard et des options possibles pour l'avenir, en d'autres termes, fournir des informations sur les contraceptifs représente une part essentielle du conseil en matière d'avortement.

Si la cliente le souhaite, un rendez-vous pour l'interruption de grossesse peut être pris à la fin de l'examen préliminaire. En cas de doute sur la décision, des entretiens supplémentaires peuvent être programmés.

• L'interruption de grossesse

Le jour de l'interruption de grossesse, la décision et tous les aspects qui y sont liés sont réexaminés dans le cadre d'un entretien à l'issue duquel la femme confirme par écrit son désir d'interrompre sa grossesse.

Deux types de traitements sont utilisés pour procéder à l'interruption de grossesse

1. Le premier type de traitement est l'*interruption de grossesse médicamenteuse*.

Ce traitement peut être effectué en ambulatoire jusqu'à une période de gestation de neuf semaines d'aménorrhée. Il se compose de deux phases espacées de 48 heures maximum.

Phase 1

Au cours de cette phase, la cliente prend un comprimé de mifépristone. Il s'agit d'un antiprogestatif qui contrecarre les effets de l'hormone progestative endogène - nécessaire au développement de la grossesse.

Phase 2

Cette phase a lieu 24 à 48 heures plus tard. La cliente reçoit alors des prostaglandines. Les prostaglandines provoquent la contraction de l'utérus, ce qui entraîne l'expulsion du sac amniotique. Pendant la phase 2, les clientes restent dans le centre pendant quatre heures maximum.

En fonction du déroulement du traitement, un contrôle est prévu.

2. Le deuxième type de traitement est l'interruption de grossesse par aspiration.

Il s'agit d'une intervention technique au cours de laquelle le contenu de l'utérus est aspiré. Cette intervention est pratiquée jusqu'à une période de gestation de 14 semaines d'aménorrhée et est effectuée sous anesthésie locale. La cliente est assistée pendant et après l'intervention par un assistant psychosocial. Le traitement dure environ 15 minutes et est suivi d'un moment de repos d'au moins une demi-heure. L'autorisation de sortie est donnée par le médecin traitant qui décide si un contrôle doit être prévu.

- La consultation de contrôle

Environ deux semaines après l'interruption de la grossesse, un examen médical est éventuellement prévu. Si un contrôle est nécessaire, le médecin qui effectue le traitement ou supervise le traitement médicamenteux discutera avec la cliente. Les clientes reviennent aussi pour une échographie de contrôle après la pose d'un stérilet.

Des entretiens de suivi psychosocial sont toujours possibles. Dans le centre Labyrinthe, les femmes sont informées qu'elles peuvent bénéficier d'un accompagnement de suivi et éventuellement être orientées vers un centre de soins de santé mentale ou vers la vzw Fara si nécessaire.

A.4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

A. Comme dans son rapport précédent, Labyrinthe reformule les trois mêmes propositions :

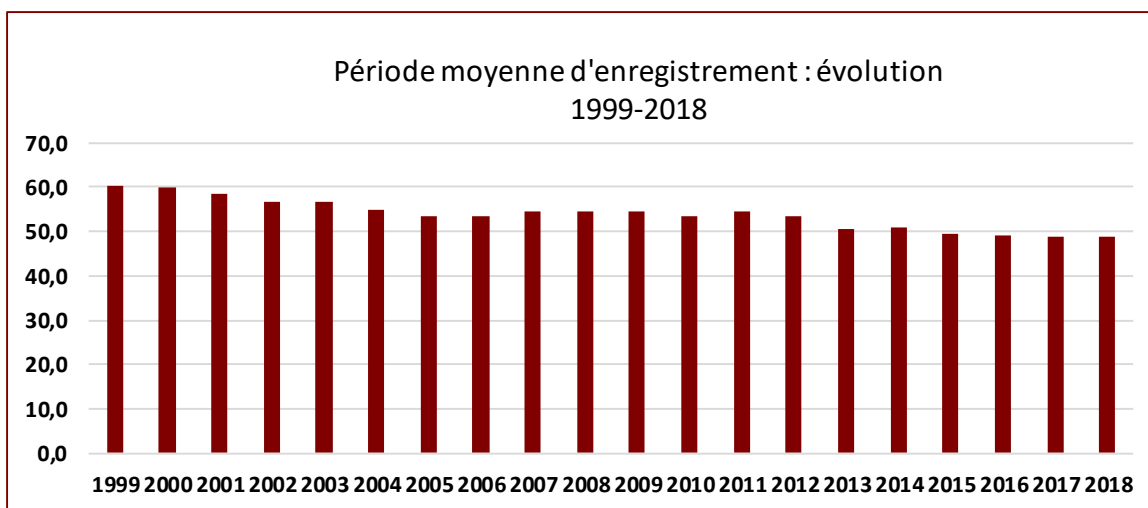
- Une meilleure diffusion de l'information au sujet de l'existence et de la disponibilité de la pilule d'urgence, toujours méconnue, notamment chez les jeunes.
- Une plus large diffusion d'informations dans les écoles, notamment sur le bon usage des contraceptifs et la rupture des tabous concernant la sexualité. Il faut en particulier insister sur le fait que l'usage du préservatif doit être combiné à un autre moyen de contraception.
- Accentuer la diminution du prix des contraceptifs car les jeunes, les personnes précaires, les demandeurs d'asile et les personnes sans titre de séjour ne peuvent souvent pas les acheter.

B. Comme les années précédentes, les centres d'avortement LUNA et le centre Sierp-Dilemma proposent une réponse commune.

Question 1 : Y a-t-il des cas d'accueil et d'assistance que vous aimeriez signaler ?

- Durée de la grossesse au moment de l'inscription :

Pour diverses raisons (amélioration de la sensibilité des tests urinaires HCG, prix et disponibilité des tests de grossesse en dehors de la pharmacie, abaissement du seuil d'accès à l'aide à l'avortement, contact rapide via smartphone), les clientes nous contactent de plus en plus tôt dans la grossesse. Le graphique ci-dessous illustre cette évolution sur les vingt dernières années : le délai moyen au moment de l'inscription est passé de 60 jours d'aménorrhée à environ 49 jours d'aménorrhée.



Par conséquent, beaucoup plus de clientes s'inscrivent avant qu'une grossesse puisse être constatée par échographie.

Pour cette raison, il convient de prévoir des consultations supplémentaires dans ce groupe pour le suivi échographique et sérologique des grossesses très précoces et l'exclusion des grossesses extra-utérines : il s'agit donc d'un facteur de coût qui augmente chaque année.

Parallèlement, le diagnostic très précoce des grossesses signifie également que les clientes contactent notre centre à un stade très précoce et de manière plutôt impulsive. Beaucoup de ces clientes décident finalement de ne pas donner suite à ce rendez-vous. En conséquence, le pourcentage de "non-présentation" augmente d'année en année.

- Seuils à la mise en place d'une LARC (Long Acting Reversible Contraception) :

Les centres d'avortement misent sur la prévention d'une grossesse ultérieure non planifiée en discutant de la contraception lors de chaque contact avec les clientes.

Au niveau international, en raison des bons résultats obtenus, de plus en plus d'efforts ont été faits ces dernières années pour prescrire la LARC.

Nos centres ont également utilisé cette méthode avec succès ces dernières années.

Malheureusement, pour de nombreuses clientes, cette contraception de haute qualité est trop coûteuse, ce qui a pour conséquence de reporter la pose d'un implant ou d'un

stérilet jusqu'au rendez-vous de contrôle ou jusqu'à une consultation ultérieure avec leur propre médecin.

Nous craignons toutefois que ce report signifie souvent son abandon, d'autant plus que les clientes mentionnent souvent explicitement qu'elles reportent son placement en raison de problèmes financiers.

L'expérience montre que la contraception est inabordable pour un certain nombre de clientes. Ces clientes connaissent la contraception, veulent utiliser un contraceptif, mais le trouvent inaccessible en raison de son coût. Nous regrettons donc la décision de la Mutualité chrétienne de réduire, après quelques mois, la mesure relative à la contraception applicable aux moins de 21 ans (et depuis peu aux moins de 25 ans) aux seuls bénéficiaires d'une intervention majorée. L'intervention majorée constitue un critère objectif pour déterminer un statut socio-économique faible.

Nos chiffres montrent que les clientes consultent de plus en plus souvent très tôt dans la grossesse et prennent directement rendez-vous, c'est-à-dire sans passer par l'intervention d'un autre médecin.

Cela pourrait indiquer la levée du tabou entourant les grossesses non planifiées et involontaires et une réduction de la stigmatisation qui entoure l'interruption de grossesse.

Parallèlement, le nombre de clientes qui ne peuvent pas recevoir de traitement dans les centres d'avortement parce que leur grossesse est déjà trop avancée le jour de leur première inscription semble stable.

Question 2: Votre expérience vous pousse-t-elle éventuellement à faire des suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées ?

Avant tout, il convient de mentionner que la Belgique affiche un très bon profil de contraception, c'est-à-dire que l'utilisation des contraceptifs sûrs et fiables y est très élevée. L'Atlas européen de la contraception (www.contraceptioninfo.eu), une publication du Forum parlementaire européen sur la population et le développement (EPF*), montre que la Belgique se situe parmi les trois premiers pays d'Europe en termes d'accès à la contraception moderne, de disponibilité d'informations en ligne et d'accès à des conseils. Le faible taux d'avortement en Belgique est indissociablement lié à cette situation.

Bien entendu, cela ne signifie pas qu'il n'y a pas, en Belgique, de groupes qui présentent une vulnérabilité supplémentaire et qui ne sont donc pas pris en charge. Des mesures politiques sont nécessaires dans ce domaine.

Afin d'apporter une réponse fondée et largement soutenue, nous souhaitons nous appuyer sur le rapport final ⁴du Symposium sur la santé sexuelle qui a eu lieu le 14 décembre 2018.

Ce symposium était une collaboration de l'Agentschap Zorg en Gezondheid en collaboration avec Sensoa, le centre d'expertise flamand pour la santé sexuelle.

En préparation de ce symposium, une consultation du vaste terrain d'action a été organisée sur la base de cinq tables rondes auxquelles ont participé 148 personnes.

⁴ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

L'objectif était de dresser un état des lieux dans le domaine de la santé sexuelle en Flandre et d'examiner les points névralgiques signalés par le terrain et la politique, ainsi que de réfléchir, en collaboration avec le terrain et la politique, à des recommandations pour répondre à ces points névralgiques " (p.6 du rapport final).

Le Chapitre 5 du rapport final concerne les grossesses (non)planifiées et (non)désirées. Nous allons reprendre ici une série de recommandations du rapport qui sont étroitement liées à l'expérience des centres d'avortement et plus précisément les éléments de ce rapport final qui s'appliquent le plus à notre situation.

Les personnes qui ont un faible statut socio-économique (5.1.6.2 du rapport final, p. 55) Divers facteurs et besoins spécifiques contribuent à faire des personnes qui ont un faible statut socio-économique un groupe à risque en ce qui concerne les grossesses non désirées. Les personnes qui vivent dans la pauvreté ont souvent un faible niveau d'éducation, ce qui va de pair avec une mauvaise connaissance du corps, du cycle menstruel et de la contraception. En outre, il est difficile pour les personnes vivant dans la pauvreté de faire de la contraception une priorité, car elles sont souvent confrontées à de nombreux autres défis. Parfois, l'utilisation de la contraception est aussi soudainement interrompue quand des questions plus urgentes exigent une attention particulière.

Le partenaire n'est pas toujours au courant. De plus, les personnes qui vivent dans la pauvreté ont souvent peu confiance en elles et ont le sentiment de ne pas avoir beaucoup de contrôle sur leur vie. Il n'est donc pas évident pour elles de faire leurs propres choix en matière de planning familial et de contraception.

Le choix d'un contraceptif est également en partie déterminé par son prix. Pour les personnes en situation de pauvreté, le prix d'un stérilet hormonal s'avère particulièrement dissuasif. À long terme, le stérilet n'est pas coûteux, mais il doit être payé en une fois, ce qui n'est pas faisable pour beaucoup. Le stérilet en cuivre est moins cher et donc plus accessible. Les personnes qui touchent le revenu d'intégration doivent soumettre leurs factures au CPAS. Dans ce cas, il se peut qu'elles aient honte de soumettre des factures pour des contraceptifs et qu'elles ne le fassent pas. Même les jeunes ne savent généralement pas que la contraception est moins chère ou gratuite pour eux et que le CPAS intervient si nécessaire.

Enfin, de nombreuses personnes qui ont un statut socio-économique faible souhaitent avoir des enfants très tôt. Cela pourrait avoir des répercussions sur leur façon de gérer la contraception (et l'information sur la contraception), les rapports sexuels à risque et la prévention des grossesses.

Groupes vulnérables (5.4.1.2 du rapport final p. 60)

Dans certains groupes vulnérables, notamment les personnes assurées ayant droit à l'intervention majorée, les personnes ayant un score positif selon l'indice de pauvreté des enfants et des familles et les personnes non assurées, l'utilisation de la contraception se heurte à des obstacles financiers et administratifs importants.

Les obstacles financiers et pratiques font que les groupes particulièrement vulnérables utilisent moins les contraceptifs plus fiables et de longue durée (y compris le stérilet ou l'implant).

Nous reprenons ici quelques recommandations

- *Prévoir un accès gratuit à la contraception (d'urgence) pour les personnes vulnérables.*

Il convient d'explorer les moyens de promouvoir l'accès des groupes vulnérables à une contraception à longue durée d'action. À cette fin, les bonnes pratiques élaborées à l'étranger, notamment aux Pays-Bas et au Royaume-Uni ont été étudiées. On a ainsi pu étudier la possibilité d'acheter des contraceptifs à longue durée d'action par le biais d'un appel d'offres public et de les distribuer par l'intermédiaire des pharmacies. Il est également nécessaire de mettre en place une politique uniforme au niveau des CPAS en ce qui concerne l'intervention dans le remboursement de ces produits aux bénéficiaires du revenu d'intégration. L'intervention financière ne peut pas dépendre de la région dans laquelle on vit.

- *Améliorer les services de contraception et de planning familial (5.4.2), en particulier pour les groupes vulnérables {5.4.2.2. aux p. 61-62}*

Certains groupes vulnérables, notamment les personnes assurées ayant droit à l'intervention majorée, les personnes ayant un score positif selon l'indice de pauvreté des enfants et des familles et les personnes non assurées, sont confrontés à un seuil élevé à l'accès aux soins de santé reproductive de première et de deuxième ligne.

La procédure d'aide médicale urgente est difficile, ce qui limite l'accès aux soins. En outre, il existe de très grandes différences d'application entre les villes. Les femmes vulnérables ne savent pas toujours vers qui se tourner et ne connaissent pas non plus leurs droits. Les services que les points de soutien prénatal peuvent offrir aux personnes non assurées sont limités, alors que ce groupe de femmes a justement souvent plus de complications pendant la grossesse et doit donc avoir accès à des soins réguliers - ainsi qu'à des soins spécialisés.

Enfin, nous constatons, dans les groupes les plus vulnérables, une grande méfiance à l'égard des intervenants sociaux ce qui nuit à la diffusion des messages envoyés par ceux-ci.

Nous reprenons également une recommandation du rapport final qui serait également essentielle pour les centres d'avortement :

Nous préconisons que la procédure d'aide médicale urgente soit grandement simplifiée, élargie et appliquée de manière plus cohérente. Idéalement, les femmes enceintes non assurées devraient avoir un accès direct aux soins médicaux, y compris aux soins prénataux, à l'avortement, à l'accouchement à l'hôpital et aux soins postnataux.

B. HÔPITAUX

B.1. Composition et fonctionnement du service

Le nombre de membres du personnel varie de 2 à 23.

Cela ne signifie pas que ces personnes sont exclusivement employées au service d'information et s'occupent exclusivement des problèmes liés à la grossesse.

Par exemple, l'AZ Nikolaas nous informe qu'en plus des 55 sages-femmes qui y travaillent, 66 personnes font également partie du service d'information.

L'activité s'inscrit dans le cadre du service de gynécologie ou le service d'obstétrique.

Les qualifications sont comparables à celles rencontrées dans les centres. Il existe une équipe multidisciplinaire de médecins, psychologues, assistant sociaux et/ ou d'infirmiers sociaux.

Dans le cadre du fonctionnement du service dans les hôpitaux, un avis est éventuellement demandé à la Commission d'éthique. La procédure suivie avant, pendant et après l'interruption de grossesse est comparable à celle des centres.

B.2. Nombre de consultations du service d'information en lien avec une interruption de grossesse

Les 9 hôpitaux qui ont soumis leur rapport annuel pour 2018 ont fait état conjointement de 272 consultations et 7 hôpitaux ont fait état ensemble de 218 consultations en 2019.

B.3. Méthodes de prise en charge et d'aide appliquées

La plupart du temps, l'intervention du service d'information se fait à la demande du gynécologue ou du médecin. La disponibilité du service d'information correspond aux heures d'ouverture des établissements (heures de bureau).

La plupart des hôpitaux disposent de leurs propres dépliants et brochures d'information qui expliquent ce que propose le service d'information et reprennent les coordonnées des collaborateurs ou des médecins auprès desquels il est possible de prendre un rendez-vous.

Pendant les entretiens, l'accent est mis sur le soutien émotionnel, le cadre législatif, l'interruption de grossesse, son déroulement et la contraception. Il est également toujours fait référence à la vzw FARA, le centre de soutien qui guide les choix de grossesse.

La femme signe une déclaration d'intention indiquant qu'elle est décidée à interrompre sa grossesse.

Les aspects émotionnels de sa décision et les suites éventuelles sont discutés. Elle est informée qu'un ou plusieurs entretiens de suivi sont possibles dans le cadre du processus de traitement et, que si elle le souhaite, elle a la possibilité de bénéficier d'un entretien de soutien avec le service d'information ou d'une consultation psychologique. Si nécessaire, des réunions d'entraide sont organisées au niveau de FARA.

Par exemple, AZ Nikolaas a mis en place une procédure « Diagnostic périnatal- Interruption de grossesse » décrivant les actions à effectuer lorsqu'une patiente se présente pour une interruption de grossesse pour raisons médicales. Il s'agit d'un plan en 11 étapes visant à assurer l'uniformité des actions et à fournir un fil conducteur sur les différentes actions possibles.

B.4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

Comme les années précédentes, l'AZ gantois Jan Palfijn, dans son rapport annuel 2019, continue de plaider pour une contraception abordable et ce, également pour les personnes sans documents de séjour.

De plus, l'hôpital insiste sur le manque de canaux simples d'information au sujet du cycle menstruel, de la contraception et des moyens de lutte contre les mythes sur la contraception dans certaines cultures.

Les rapports des autres hôpitaux ne mentionnent pas de nouvelles suggestions ou actions.

4. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

4.1. CONCLUSIONS

1.

Comme relevé dans les rapports précédents, qui portaient sur les années 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 et 2016 -2017, les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission concernant les années 2018-2019 doivent être précisés.

Si, du nombre total des interruptions volontaires de grossesse pratiquées en Belgique (1), on déduit le nombre de femmes domiciliées à l'étranger qui font pratiquer une interruption de grossesse dans notre pays (2) et si on y ajoute le nombre de femmes belges et luxembourgeoises qui la font pratiquer aux Pays-Bas (3) ainsi que le nombre de déclarations introduites trop tard (4) et qui ne sont donc pas reprises dans les tableaux de la première partie, on obtient les résultats suivants :

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	14.791	15.595	16.024	16.696	17.640	18.033	18.595	18.870	19.095
(2)	- 414	- 349	- 392	-- 295	- 296	- 314	- 291	- 252	- 182
(3)	+ 1.224	+ 1.091	+ 984	+ 913	+ 857	+ 851	+ 830	+ 803	+ 681(*)
(4)	+ 115	+ 370	+316	+ 553	+ 0	+ 135	+ 172	+ 0	+ 93
	15.716	16.707	16.932	17.867	18.201	18.705	19.306	19.421	19.687

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(1)	19.578	19.155	19.551	19.107	19.013	17.878	17.257	18.273	18.027
(2)	- 123	- 119	- 128	- 153	-141	- 168	- 124	- 139	- 116
(3)	+ 698	+ 611	+ 598	+ 574	+ 530	+ 527	+ 472	+ 444	+ (**)
(4)	+ 146	+ 139	+ 54	+ 110	+110	+ 407	+ 365	+ 4	+ 0
	20.299	19.786	20.075	19.638	19.512	18.644	17.970	18.582	17.911

(*) : ce chiffre a particulièrement diminué depuis 2010 car 2 cliniques pratiquant des interruptions de grossesse ont été fermées aux Pays-Bas en 2010.

(**) : ce chiffre n'est pas encore disponible

Un second tableau avec graphique (voir page suivante) montre le nombre d'avortements réalisés en Belgique pour 1000 femmes fertiles suivant les statistiques démographiques de la population belge. Les chiffres absolus, tels qu'utilisés dans ces rapports, sont un point de départ mais sont difficiles à interpréter. Pour les interpréter correctement, il faut mettre en perspective le nombre d'interruptions de grossesse avec le nombre de femmes en âge de procréer.

Ce taux d'avortement pour 1000 femmes fertiles de 15 à 44 ans est utilisé internationalement. Les données de la Belgique peuvent alors être comparées avec les données des autres pays. Même si ces pays ont des chiffres de population très différents, l'évolution du taux d'avortement dans un pays particulier peut être facilement suivie au fil du temps.

Ces données montrent que le taux d'avortement en Belgique est presque stable mais qu'il y a eu une tendance à la baisse ces dernières années. Par comparaison, le taux d'avortement aux Pays-Bas (très constant) a été rajouté (***)).

(***) Ce chiffre est mentionné au point 3.3. du rapport annuel **WAFZ** destiné au gouvernement des Pays-Bas.

Le taux d'avortement = le nombre d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 44 ans.						
Le taux d'avortement relie le nombre d'IVG au nombre de femmes en âge de procréer.						
POPULATION (*)	Nombre total femmes de 15 à 44 ans	Nombre total femmes de 15 à 44 ans / 1000	Années enregistrement interruptions de grossesse	Nombre IVG enregistrées pour les femmes domiciliées en Belgique (chiffre corrigé)	Le taux d'avortement en Belgique	En comparaison : le taux d'avortement aux Pays-Bas (**)
au 01 janvier 2003	2.096.541	2096,541	2002	15.716	7,5	8,7
au 01 janvier 2004	2.092.589	2092,589	2003	16.707	8,0	8,5
au 01 janvier 2005	2.087.883	2087,883	2004	16.932	8,1	8,7
au 01 janvier 2006	2.090.534	2090,534	2005	17.867	8,5	8,6
au 01 janvier 2007	2.092.576	2092,576	2006	18.201	8,7	8,6
au 01 janvier 2008	2.097.682	2097,682	2007	18.705	8,9	8,6
au 01 janvier 2009	2.100.772	2100,772	2008	19.306	9,2	8,7
au 01 janvier 2010	2.099.576	2099,576	2009	19.421	9,2	8,8
au 01 janvier 2011	2.107.163	2107,163	2010	19.687	9,3	8,7
au 01 janvier 2012	2.110.759	2110,759	2011	20.299	9,6	8,7
au 01 janvier 2013	2.112.587	2112,587	2012	19.786	9,4	8,5
au 01 janvier 2014	2.110.416	2.110,416	2013	20.075	9,5	8,5
au 01 janvier 2015	2.109.166	2.109,166	2014	19.638	9,3	8,5
au 01 janvier 2016	2.109.777	2.109,777	2015	19.512	9,2	8,6
au 01 janvier 2017	2.106.606	2.106,606	2016	18.644	8,9	8,5
au 01 janvier 2018	2.105.997	2.105,997	2017	17.970	8,5	8,6
au 01 janvier 2019	2.110.429	2.110,429	2018	18.582	8,8	8,8
au 01 janvier 2020	2.120.167	2.120,167	2019	17.911 (***)	8,4	

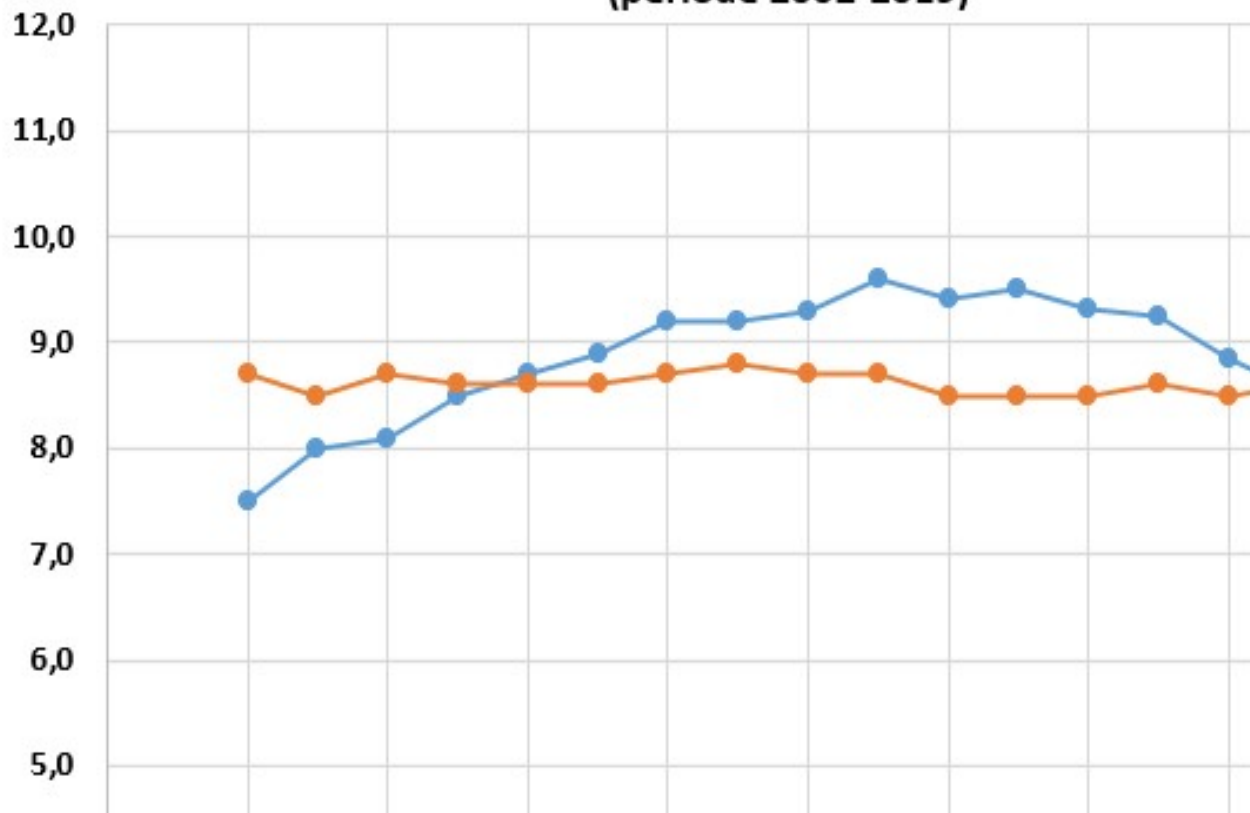
<https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=5fee32f5-29b0-40df-9fb9-af43d1ac9032>

(*) : Population au 1 janvier 2003 = la population pour 2002. Par conséquent, le nombre d'avortement de l'année 2002 est utilisé pour calculer le taux d'avortement.

(**) : Ce chiffre est mentionné au point 3.3 du rapport annuel WAFZ destiné au gouvernement des Pays-Bas. Ce chiffre n'est pas encore connu pour 2019.

(***) : Ce chiffre n'est pas corrigé car les femmes belges ayant interrompu leur grossesse aux Pays-Bas n'est pas encore connu.

Taux d'avortement en Belgique comparé à celui des Pays (période 2002-2019)



2.

La Commission rappelle une fois de plus que, pour des raisons multiples qui ont varié dans le temps, les chiffres contenus dans le présent rapport, comme ceux contenus dans les rapports précédents, sont indicatifs.

En effet:

- pour des raisons qui demeurent inexplicables, des différences sont constatées entre les déclarations d'interruptions de grossesse faites par les médecins, établies individuellement, et les rapports annuels des institutions au sein desquelles ces médecins pratiquent leur art;
- la Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie; elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis; et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger qu'une institution ou un médecin fasse des déclarations. En résumé, la Commission est tributaire des données qui lui sont fournies.

3.

La Commission souligne une fois de plus l'intérêt qu'il y aurait, pour les différentes autorités compétentes du pays, à prendre davantage encore en considération les suggestions formulées par les institutions, tant centres que cliniques et hôpitaux, visant à diminuer le nombre des interruptions volontaires de grossesse.

4.

Depuis 1992, la Commission établit tous les deux ans un rapport qui est communiqué au Parlement fédéral, conformément à la loi qui l'institue, ainsi qu'au Premier ministre et au ministre en charge de la Santé publique et des Affaires sociales.

Cependant, la compétence de prendre des mesures préventives "en vue de diminuer le nombre des interruptions de grossesse" a été en grande partie attribuée aux Communautés et bon nombre des suggestions reprises ci-dessus en sont l'illustration.

La Commission prend donc la liberté, comme elle l'a fait pour les rapports précédents, de communiquer aussi celui-ci aux Parlements des trois Communautés, à savoir : la Communauté Française (Fédération Wallonie-Bruxelles), la Communauté Germanophone et la Communauté Flamande.

Suite au transfert de compétences en matière de santé, les rapports seront également transmis au Parlement de la Région Wallonne ainsi qu'aux assemblées de la Commission communautaire commune, de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire flamande de la région de Bruxelles-Capitale.

Le rapport sera également transmis au Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale.

4.2. RECOMMANDATIONS

En février 2020, la Commission a publié un document dénommé « *Mémoire à l'attention du Parlement « Recommandations et conclusions faisant suite aux rapports bisannuels 2014, 2016, 2018 » et reprenant les recommandations proposées au législateur sur base de ces six années*⁵.

La plupart de ces recommandations sont toujours pertinentes, c'est pourquoi elles sont reprises dans le présent rapport. Les recommandations issues de l'analyse statistique 2018-2019, présentée dans ce rapport, y sont insérées.

« MEMORANDUM A L'ATTENTION DU PARLEMENT » « RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS FAISANT SUITE AU RAPPORT BISANNUEL 2018 - 2019 »

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce document comprend les recommandations que la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse souhaite formuler dans le cadre de sa troisième mission. Ces recommandations ont fait l'objet de débats nourris et approfondis.

Si la thématique de l'interruption de grossesse engendre souvent des prises de position divergentes, la commission a réussi à mener ses débats dans le respect d'opinions qui peuvent parfois s'avérer opposées les unes aux autres, et toujours dans le souci d'une approche scientifique et fondée sur des arguments.

Malgré des différences de points de vue, les membres de la commission ont toujours réussi à s'écouter et à échanger leurs points de vue, sans avoir comme objectif de se convaincre les uns les autres. Grâce à l'expérience multiple de ses membres, la commission est heureuse de vous présenter une liste de recommandations, résultat de cette expertise combinée.

En effet, comme dans la société, le monde des experts confrontés à l'interruption de grossesse professionnelle – que ce soit en tant que médecin ou comme accueillant dans les centres de soins – ou encore les spécialistes du droit, en arrive rapidement à un consensus lorsqu'il s'agit de formuler des recommandations pour améliorer la situation.

Dans notre exigence de communiquer un rapport complet et de respecter l'opinion de chacun, la commission a décidé d'ajouter aux recommandations l'opinion minoritaire émanant d'un membre suppléant (page 118).

En résumé, ce mémorandum fournit un aperçu assez complet de tous les aspects auxquels vous, en tant que législateur, devez avoir à connaître.

Il comprend également des références bibliographiques actualisées.

⁵ Ces rapports bisannuels peuvent être trouvés sur le site du SPF Santé Publique en suivant le lien <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse>

Nous adressons nos vifs remerciements aux experts de la commission qui ont, malgré les conditions dictées par la crise sanitaire et l'interdiction de se réunir physiquement, continué à travailler avec assiduité et engagement lors des sessions virtuelles organisées par le secrétariat, que nous remercions également.

Président du rôle néerlandophone,
Monsieur Mario Van Essche

Présidente du rôle francophone,
Madame Sylvie Lausberg

GLOSSAIRE

AMO Service d'aide en milieu ouvert
AMU Aide médicale urgente
CPF Centre de planning familial
DIU Dispositif intra-utérin - stérilet au cuivre
EVRAS Education à la vie relationnelle, affective et sexuelle
ILA Initiative locale d'accueil
IVG Interruption volontaire de grossesse
LARC Long Acting Reversible Contraception
OMS Organisation Mondiale de la Santé
PMS Centres psycho-médico-sociaux
SIU Système intra-utérin - stérilet hormonal

PRELABLE : DONNEES CHIFFREES

L'âge moyen des femmes ayant recours à l'IVG est de 28 ans et reste stable ; la majorité des femmes pratiquant une IVG se situe dans la tranche d'âge 25-35 ans : Selon le rapport bisannuel 2018-2019, les femmes entre 20 et 35 ans représentent 69,62 %, en 2018 et 69,36 % en 2019 des femmes ayant eu recours à une IVG.

L'un des mythes les plus persistants sur l'avortement est que ce sont principalement les adolescentes qui tombent enceintes sans le vouloir. Les chiffres de la commission ont démystifié cet à priori depuis le début de l'enregistrement, mais le mythe persiste. Ainsi, ce rapport démontre que les moins de 20 ans représentent 8,75% des femmes en 2018 et 8,65% en 2019 alors que la catégorie 20-45 ans équivaut à environ 91 % en 2018 et en 2019. Des informations complémentaires peuvent être trouvées dans l'étude « Grossesse chez les adolescentes en Belgique 2010-2017 – FARA/SENSOA

<https://assets.fara.be/attachment/20113b50ba53ab847bed691614a9ecb7.pdf>

Alors que la Belgique a l'un des taux d'avortement les plus bas au monde et obtient de très bons résultats en terme de couverture contraceptive - la Belgique est classée première pour la première fois dans l'Atlas de la contraception de l'UE 2020 - le pourcentage de femmes indiquant ne pas avoir utilisé de contraception au cours du dernier mois soulève de nombreuses questions et suscite des réflexions négatives à l'égard des femmes concernées depuis le début des enregistrements.

Selon le rapport 2018-2019, respectivement, 45,19 % et 46,68 %, des femmes ayant avorté n'ont pas utilisé de contraception au cours du dernier mois.

Il est légitime de se questionner sur la manière dont ces données relatives aux femmes confrontées à une grossesse non désirée, souvent liée au fait de ne pas utiliser ou de ne pas utiliser correctement la contraception, doivent être interprétées.

Néanmoins, des chiffres inverses seraient plus alarmants, si 95% des femmes indiquaient utiliser une contraception, cela signifierait que celle-ci n'est pas fiable. Il est donc logique que parmi les femmes confrontées à une grossesse non désirée, un plus grand nombre d'entre elles n'ait utilisé aucune contraception pendant les mois précédant la grossesse. En effet, dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse, la question de l'usage d'un contraceptif porte sur la période de la conception et non sur une période plus longue (vie de la femme).

Cela signifie que l'interprétation correcte du chiffre selon lequel 46 % en moyenne des femmes n'ont pas utilisé de contraception est la suivante: étant donné qu'une personne demande une interruption de grossesse en raison d'une grossesse non désirée, il y a 46 % de chances que cette femme n'ait pas utilisé de contraception durant le mois où elle est tombée enceinte.

RECOMMANDATIONS

- *Lutter contre l'idée selon laquelle, un grand nombre de femmes pratiquant des IVG sont des adolescentes ; la majorité des femmes pratiquant une IVG se situent dans la tranche d'âge 25-35 ans : il faut une approche et une sensibilisation spécifiques à destination de cette tranche d'âge.*
- *Mettre les chiffres portant sur les IVG en perspective avec le nombre de femmes en âge de procréer.*
- *Lutter contre l'idée reçue selon laquelle les femmes pratiquant des IVG ne se protègent pas ; la majorité des femmes n'ayant pas utilisé de contraception se protègent généralement. Si ce ne fut pas le cas pendant le mois de la conception, il faut poser la question du pourquoi de cet accident de contraception.*

I. CONTRACEPTION : INFORMATION ET ACCESSIBILITE

De nombreux moyens de contraception sont disponibles en Belgique. Il est fondamental pour chaque citoyen de pouvoir disposer des informations nécessaires concernant ces différents moyens en ce compris leur coût et le choix le plus adéquats pour lui/elle. Le choix de la contraception peut varier en fonction de l'âge, de l'état de santé ou encore du mode de vie de la personne.

Dans la population, les moyens contraceptifs les plus connus sont : préservatif (féminin et masculin), pilule, stérilet, patch, anneau vaginal, implant et injection contraceptive, abstinence périodique (calendrier), Sensiplan, coït interrompu. Il existe également des contraceptifs d'urgence, comme la pilule et le stérilet d'urgence.

Les prix des moyens de contraception peuvent varier de quelques euros à plusieurs centaines d'euros. La plupart sont partiellement remboursés par les mutuelles qui optent pour un remboursement à hauteur d'environ 40-50€/an.

En 2019, grâce au Parlement fédéral et au vote de la loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 (1), le remboursement des contraceptifs (2) est désormais total, à l'exception du préservatif et de la formation à Sensiplan, jusqu'à l'âge de 25 ans et la pilule d'urgence est gratuite, quel que soit l'âge de la femme. Dans les deux cas, une prescription médicale est requise.

Cette avancée est remarquable, mais elle n'est pas suffisante, sachant que l'âge moyen des femmes qui recourent à une IVG était de 28,5 ans en 2017 (3). La tranche d'âge 25-35 ans doit donc faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne la contraception.

Selon le classement 2019 de « Contraception Atlas de l'UE (4) », la Belgique est classée comme le meilleur pays européen (ex aequo avec la France) avec une note de 90,1%, en termes de politiques publiques, d'information, d'approvisionnement et d'assistance sur les différentes méthodes de contraception. Pour les politiques publiques concernant spécifiquement l'approvisionnement et l'assistance pour la contraception, notre pays obtient la note de 84,8%.

Dans ce classement établi en 2020, la Belgique se classe première avec une note de 96.4 %. C'est pourquoi nous ne devons pas nous concentrer sur les femmes qui n'utilisent pas de contraception et interrompent leur grossesse mais plutôt faire référence aux excellents résultats de notre pays dans l'utilisation de la contraception chez les femmes en âge de procréer.

Une enquête sur la contraception publiée en 2017 par la mutualité Solidaris (5) confirme ce très bon score même si elle nuance les résultats:

- Bonne connaissance pour la pilule, le stérilet et le préservatif masculin; + de 80% des répondants disent connaître l'un de ces moyens.
- Connaissance moyenne pour les méthodes naturelles, l'anneau, le préservatif féminin, le patch, l'implant et le diaphragme (entre 40 et 70%)
- Faible connaissance pour l'injection trimestrielle et la cape cervicale qui sont connues par moins de 30% des répondants.

En Belgique, la contraception reste cependant principalement sous la responsabilité des femmes, tant financièrement que psychologiquement. Elle constitue donc une réelle charge mentale pour les femmes (6).

Parallèlement, les Femmes Prévoyantes Socialistes relevaient déjà, dans une étude réalisée en 2013, que "les médecins ont une place importante dans le choix que posent les femmes en terme de contraception"(7)

RECOMMANDATIONS

- *Continuer à promouvoir l'information et la liberté de choix pour la contraception féminine et masculine.*
- *Supprimer efficacement et durablement tous les obstacles que les femmes pourraient rencontrer.*
- *Connaître la prévalence de la coercition reproductive (sabotage contraceptif, contraintes psychologiques et/ou physiques) pour prévenir les grossesses non désirées.*

I.A. INFORMATION ET ACCESSIBILITÉ

L'information sur la contraception et la contraception d'urgence ainsi que l'accessibilité des moyens contraceptifs sont indispensables pour que ceux-ci soient correctement utilisés, mais aussi disponibles pour toutes, indépendamment du statut socio-économique des personnes et des situations de vie particulières.

I.A.1. CONTRACEPTION FÉMININE

Les méthodes contraceptives relèvent de choix individuels posés par la femme en concertation avec les médecins et professionnels de la santé qui sont les plus aptes à la conseiller afin qu'elle puisse choisir la meilleure contraception pour elle.

La femme ne doit pas être la seule responsable de la contraception car si physiologiquement, seule la femme tombe enceinte, d'un point de vue biologique l'homme contribue à part égale à la procréation.

La prescription ne doit pas être un frein à la contraception, or certaines femmes se retrouvent confrontées à des grossesses non désirées car elles n'ont pas pu obtenir à temps de prescription médicale.

RECOMMANDATIONS

- *Accroître l'accessibilité à la contraception ainsi que l'information sur son utilisation, les effets secondaires éventuels et les risques en cas de mauvaise utilisation ou d'arrêt (par exemple, après une rupture, un problème de santé, un contraceptif non adapté).*
- *Trouver des alternatives à l'obligation de disposer d'une prescription médicale.*
- *Renforcer l'Information du public, par des spots informatifs diffusés sur tous les canaux possibles, sur l'existence et l'utilisation de la contraception d'urgence – pilule et stérilet.*
- *Renforcer l'accessibilité à la contraception par la délivrance de pilules et de préservatifs accessibles, la mise en place de distributeurs gratuits de préservatifs dans les écoles, la délivrance de la pilule d'urgence dans les centres de planning familial (ci-après « CPF ») et dans les établissements scolaires via les centres psycho-médico-sociaux (ci-après « PMS ») qui collaborent avec les services de promotion de la santé.*
- *Faciliter l'accès à la contraception d'urgence en autorisant le personnel paramédical et les sages-femmes à la délivrer sans prescription médicale..*
- *La majorité des femmes pratiquant une IVG se situant dans la tranche d'âge 25-35 ans, il faut une approche et une sensibilisation spécifiques à destination de ces femmes et, notamment, augmenter au moins jusqu'à 35 ans le remboursement total des contraceptifs.*
- *Lutter contre les a priori et idées reçues (traditions, habitudes familiales, craintes ...) sur la contraception grâce à des campagnes d'information à destination du grand public.*

RECOMMANDATIONS – Suite

- *Sensibiliser le personnel des CPF à leur rôle de conseil proactif. Si certaines femmes disent parfois ne pas vouloir d'enfant, il arrive aussi qu'elles ne fassent aucune démarche pour éviter une grossesse. c'est pourquoi il faut former les professionnels de terrain à repérer ces ambivalences afin de pouvoir engager un dialogue, rassurer ces femmes et les informer au plus près de leurs préoccupations afin qu'elles trouvent le moyen de contraception qui leur correspond le mieux.*
- *Le personnel doit également être formé à la prise en charge des femmes qui, en désir d'enfant n'ont pas pris de contraceptif et qui, en raison d'un changement de leur situation, ont décidé d'interrompre leur grossesse.*
- *Sensibiliser les intervenants de première ligne extérieur au CPF, à leur rôle proactif et consultatif : personnel du CPAS - OCMW, ONE – Kind en Gezin, CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk), CLB (Centrum voor leerlingenbegeleiding)...., ce qui permettra de toucher un large public car les chiffres du rapport 2018-2019 démontrent que toutes les tranches d'âges et surtout la tranche 25-35 ans nécessitent un accompagnement pour éviter une grossesse non désirée et pas seulement les jeunes filles. Les problématiques abordées peuvent porter sur la prise de conscience de la fertilité, la contraception, le report du désir d'enfant, l'analyse des risques d'être confrontée à une grossesse non planifiée, la planification familiale.*
- *Recueillir des données sur les femmes qui sont enceintes malgré l'usage correct d'un contraceptif, car cette information n'est pas reprise dans les statistiques.*
- *Mener des études scientifiques sur les contraceptifs féminins et informer le personnel soignant des différentes évolutions de la contraception.*
- *Impliquer les partenaires dans la contraception afin que la gestion de celle-ci soit équilibrée dans la relation et pas uniquement à charge de la femme.*

I.A.2. CONTRACEPTION FÉMININE DE LONGUE DURÉE

La contraception de longue durée réversible (ci-après « LARC ») regroupe les méthodes de contraception de longue durée. Cela comprend les méthodes non hormonales, dont le stérilet au cuivre (ci-après « DIU »), les stérilets hormonaux (systèmes intra-utérins (ci-après « SIU »), le contraceptif injectable progestatif ainsi que l'implant progestatif.

Ces méthodes ont un rôle important dans la prévention de grossesses non désirées. En effet, il est avéré que la pose immédiate, après une interruption volontaire de grossesse (ci-après « IVG »), d'un stérilet hormonal, au cuivre ou d'un implant, entraîne une diminution du nombre de nouvelles grossesses non désirées (8). Outre les études internationales, les statistiques analysées par la Commission le démontrent : après une campagne de sensibilisation des médecins et gynécologues sur le DIU pour jeunes femmes, menée en 2013, les chiffres des IVG ont baissé de 22 et 18 % , respectivement, dans les catégories d'âge 15-19 et 20-24 ans.

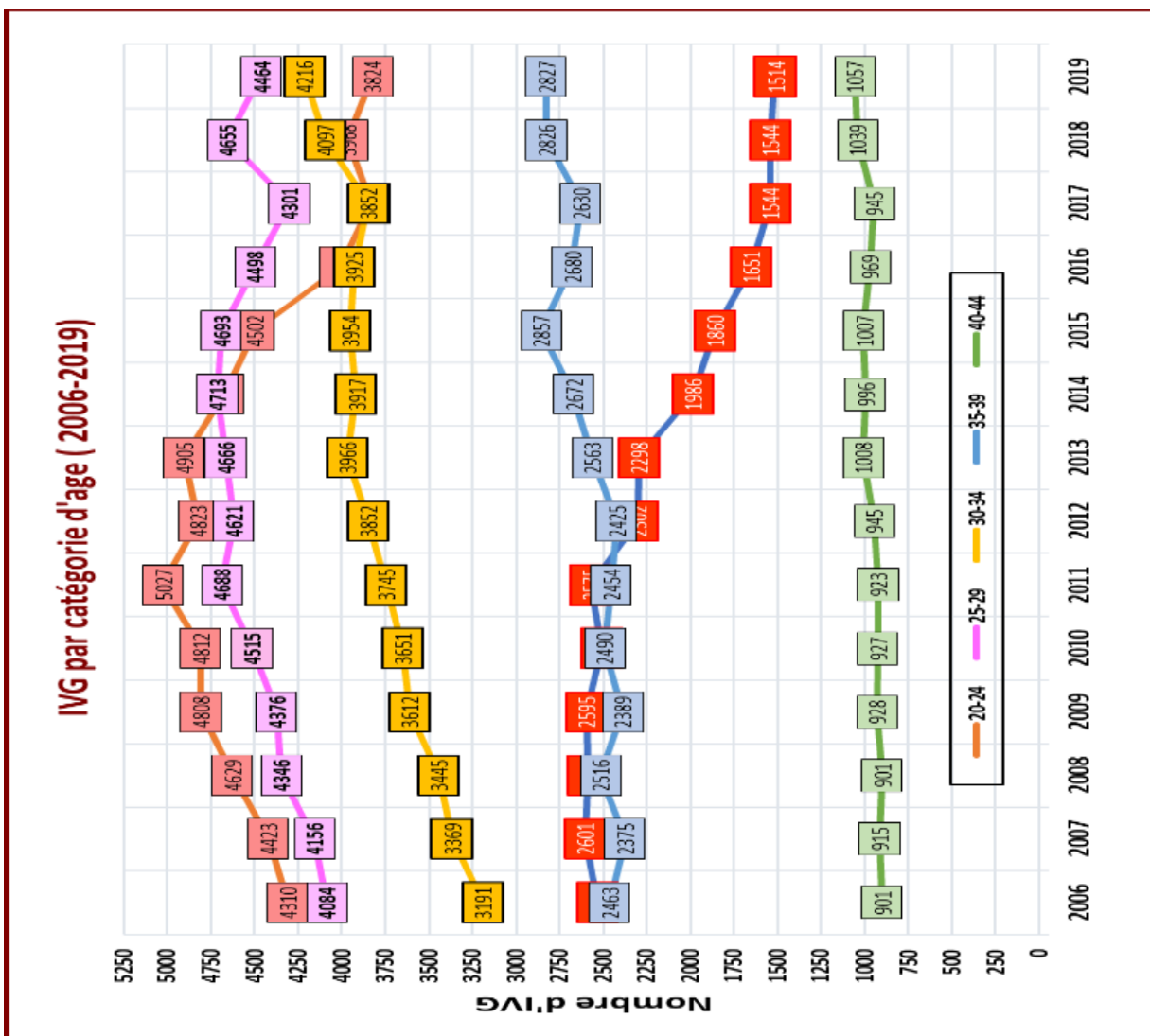
Le consensus, partagé par des gynécologues belges de renom, publié en mars 2013 dans GUNAÏKEIA (revue distribuée à tous les gynécologues en Belgique), sur le fait que la contraception intra-utérine est une contraception de premier choix, qui peut être utilisée en toute sécurité

également pour les jeunes ayant moins de 18 ans, a aidé à changer les habitudes des médecins qui, auparavant, réservaient souvent la contraception intra-utérine aux femmes ayant déjà eu des enfants.

La contraception gratuite pour les jeunes ainsi que ce consensus ont permis à de nombreuses jeunes femmes de bénéficier d'une contraception de longue durée des plus efficaces.

Il est probable que ceci a contribué à la diminution des IVG chez les jeunes de 15 à 19 ans et les jeunes adultes de 20 à 24 ans à partir de 2014 (les dispositifs intra-utérins agissant pendant 5 ans)

IVG par catégorie d'âge (2006-2019)														
catégorie d'âge	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19	2531	2601	2588	2595	2506	2575	2302	2298	1986	1860	1651	1544	1544	1514
20-24	4310	4423	4629	4808	4812	5027	4823	4905	4675	4502	4011	3836	3968	3824
25-29	4084	4156	4346	4376	4515	4688	4621	4666	4713	4693	4498	4301	4655	4464
30-34	3191	3369	3445	3612	3651	3745	3852	3966	3917	3954	3925	3852	4097	4216
35-39	2463	2375	2516	2389	2490	2454	2425	2563	2672	2857	2680	2630	2826	2827
40-44	901	915	901	928	927	923	945	1008	996	1007	969	945	1039	1057
	17480	17839	18425	18708	18901	19412	18968	19406	18959	18873	17734	17108	18129	17902



RECOMMANDATIONS

- Sensibiliser les professionnels de la santé à l'usage de ces contraceptifs et informer le public de leur existence, de leur fonctionnement et des avantages apportés.
- Favoriser leur accessibilité pour toutes les femmes quelles que soient leur catégorie d'âge et leur statut.

I.A.3. CONTRACEPTION MASCULINE

Comme souligné plus haut, la contraception est encore trop souvent considérée comme relevant du ressort exclusif des femmes. Une évolution des mentalités est nécessaire tout comme la responsabilisation des hommes en matière de contraception : si physiologiquement, seule la femme tombe enceinte, d'un point de vue biologique l'homme contribue à part égale à la procréation : l'homme doit donc être concerné par la question de la contraception et participer autant que possible à la prise en charge de celle-ci.

Deux moyens de contraception masculine fiable existent aujourd'hui. Il s'agit du préservatif et de la vasectomie (9).

RECOMMANDATIONS

- *Accroître l'accessibilité à la contraception masculine ainsi qu'à l'information sur son utilisation, les effets secondaires éventuels et les risques en cas de mauvaise utilisation ou d'arrêt (par exemple, après une rupture, un problème de santé, un contraceptif non adapté) et, également, informer pour répondre aux craintes et angoisses liées à cette utilisation.*
- *Sensibiliser les hommes et les femmes à la contraception masculine grâce à des campagnes à destination du grand public.*
- *Sensibiliser les hommes et les femmes à la part de responsabilité des hommes dans la prévention d'une grossesse non désirée.*
- *Stimuler la recherche scientifique et la mise sur le marché de la contraception masculine*
- *Assurer l'accessibilité financière à la contraception masculine.*
- *Insister sur l'utilisation du préservatif comme moyen de prévention des grossesses non désirées et pas uniquement comme moyen de prévention des MST.*

I.A.4. ÉDUCATION À LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE

La Commission nationale d'évaluation des interruptions volontaires de grossesse mettait déjà en lumière, dans son rapport publié en 2012 (10), le nombre important de grossesses non désirées consécutives à une absence de contraception ou à une mauvaise utilisation de celle-ci. Dès lors, c'est en amont qu'un travail doit être effectué : l'information doit être délivrée le plus tôt possible aux filles et aux garçons susceptibles d'avoir une activité sexuelle.

Les entités fédérées ont des programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, mais la généralisation effective de ces animations reste lacunaire dans les établissements scolaires de tous les réseaux.

Pourtant, toutes les études le confirment, l'information répétée et régulière tout au long du parcours scolaire est indispensable pour s'assurer que les jeunes soient sensibilisés aux relations affectives, mais aussi aux comportements proscrits comme les violences au sein du couple, en ce compris les grossesses forcées (11).

Ces animations en milieu scolaire ou mouvements de jeunesse incitent les jeunes à s'approprier les différents moyens de contraception et leur utilisation pour finalement trouver le moyen le plus adéquat à leur style de vie.

Il ne fait aucun doute que la conscientisation via ces animations concourt à la réduction du nombre de grossesses non désirées chez les jeunes. De plus, l'accès à l'information et à l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle favorise l'épanouissement des personnes et contribue à plus d'égalité entre les individus.

RECOMMANDATIONS

- Améliorer l'information des professionnels de la santé ainsi que les personnes en charge des conseils conjugaux, animateurs et animatrices de groupes de parole ou encore des équipes éducatives sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG. Pour ce faire, promouvoir des sites internet tels que celui du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (www.cbip.be).
- Améliorer l'information sur la vie relationnelle, affective et sexuelle dans les cours obligatoires dispensés dans les écoles et y consacrer suffisamment de moyens humains et financiers.
- Développer les animations sur la vie relationnelle, affective et sexuelle et promouvoir la double prévention (préservatif et contraceptif) en ciblant les milieux scolaires, étudiants et festifs, les structures pour jeunes adultes handicapés physiques et/ou mentaux, les lieux de promotion de la santé (maisons médicales...) et les lieux de discussion (associations, maisons de femmes, groupes de parole, AMO, mouvements de jeunesse...) tout en multipliant les activités de sensibilisation lors de manifestations publiques, ce qui nécessite d'y affecter plus de moyens.
- Veiller à la qualité des programmes dispensés dans le cadre de la formation à la vie relationnelle, affective et sexuelle. Cela implique un contenu adapté au public, par tranche d'âge, en ce qui concerne la présentation technique des contraceptifs, ou la qualité, la sécurité et la durabilité de la relation. Un gage de qualité des programmes pourrait être donné via la « labellisation » des acteurs, formateurs. L'efficacité de ces programmes devrait être évaluée par des études universitaires.
- S'assurer que les informations dispensées ne s'estompent pas dans la vie adulte par l'accès à une information continue (spots informatifs, sites de référence, campagnes,...)

RECOMMANDATIONS - Suite

- Développer des campagnes d'information à destination du public jeune sur la contraception et l'IVG, la parentalité responsable, les grossesses désirées ou non ainsi que des témoignages de mères mineures ... Utiliser plusieurs moyens de diffusion pour ces campagnes telles que la radio, la télévision, mais également les nouveaux médias tels que les réseaux sociaux.
- Promouvoir des sites internet de référence en matière de vie sexuelle, relationnelle et affective (par exemple, www.zanzu.be) qui donneront aux jeunes les outils pour développer un sens critique, entre autres sur les séries qui banalisent les grossesses d'adolescentes, ainsi que des informations fiables sur la contraception
- Sensibiliser les parents qui refusent que leurs (jeunes) filles utilisent un contraceptif alors que cette attitude n'empêche ni les relations sexuelles ni les risques corollaires (grossesse, transmission d'infections).

I.B. COÛT ET REMBOURSEMENT DE LA CONTRACEPTION, DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE ET DE LA CONTRACEPTION DE LONGUE DURÉE

La meilleure contraception est celle qui est choisie. Dès que ce choix intègre l'aspect financier parmi les critères de sélection, certaines femmes ne peuvent librement s'orienter vers une contraception pleinement choisie. La contrainte financière devient un frein à l'épanouissement sexuel et affectif de la femme.

Il est bon de savoir que les femmes bénéficiant d'une allocation majorée, quel que soit leur âge, ont obtenu les mêmes droits que les -25 ans depuis le 10 septembre 2020 et reçoivent donc également 3 euros par mois à titre d'allocation spéciale pour la plupart des contraceptifs. Lors de l'achat de la pilule d'urgence, toutes les femmes, quel que soit leur âge, reçoivent une allocation spéciale de 9 euros par paquet⁶.

Mais même lorsque l'État et les mutuelles interviennent, la contraception a toujours un coût pour les femmes en Belgique, ce qui peut constituer un frein important pour celles qui disposent de peu de moyens financiers. Nous savons pourtant que la prévention par l'élargissement de l'accessibilité financière à la contraception permet de diminuer le nombre d'IVG tout en réalisant des économies importantes en aval. Ajoutons qu'un certain nombre de femmes n'ont pas de couverture sociale et doivent donc payer un prix important, qui peut s'élever jusqu'à 150 €.

La femme est bien souvent seule à assumer la charge financière de la contraception. Faciliter son accès financier contribue donc à rétablir un certain équilibre homme/femme.

Les professionnels de première ligne ne sont pas toujours bien informés des différentes modalités de remboursement et peuvent parfois donner, de bonne foi, des informations erronées.

⁶ Extension de l'allocation spéciale de l'INAMI pour les contraceptifs » sur le site: bcfi.be/nl/gows/3439

RECOMMANDATIONS

- *Prévoir un système clair de remboursement ou de prise en charge directe par la sécurité sociale afin que la patiente n'ait aucun débours à réaliser (reste à charge zéro) : étendre le principe de gratuité des moyens contraceptifs aux femmes jusqu'à 35 ans. L'idéal étant qu'aucune femme ne doive avancer d'argent, quel que soit son âge et quel que soit le moyen de contraception choisi et ce, en application du principe du tiers-payant.*
- *Si le principe du tiers-payant n'est pas applicable, le remboursement total de tous les contraceptifs et contraceptifs d'urgence ainsi que l'achat et le placement pour les contraceptifs de longue durée doivent être assurés par l'INAMI et non par les mutuelles afin d'éviter les différences de prise en charge*
- *Les professionnels de première ligne doivent pouvoir dispenser une information claire et précise au public ; une (in)formation appropriée et correcte doit leur être prodiguée.*
- *Promouvoir la transparence au budget afin de connaître la part du budget de l'état octroyé à l'INAMI et, sur celle-ci, la part dédiée à la contraception.*

I.C. PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

Actuellement, seuls les médecins peuvent prescrire la plupart des méthodes de contraception, ce qui représente une contrainte sur le terrain et entrave leur accessibilité.

RECOMMANDATIONS

- *Le personnel paramédical et, le cas échéant, les sages-femmes doivent être spécifiquement formés et doivent pouvoir délivrer la contraception d'urgence.*
- *Prévoir une dérogation pour que les professionnels du secteur paramédical et social, formés à la contraception d'urgence, puissent la distribuer. Actuellement, ces pilules d'urgence ne peuvent être délivrées que par les médecins et pharmaciens.*

I.D. INFORMATION SUR L'IVG

La loi sur l'IVG du 15 octobre 2018 qui consacre un droit à l'IVG a également supprimé l'article 383 du Code pénal qui interdisait toute publicité sur l'IVG. De nombreuses organisations (12) affirment que le déni d'information affecte profondément la vie et la santé des femmes et entrave la réalisation de leurs droits et libertés. À l'heure actuelle, la prolifération de fausses informations ou d'informations incomplètes et/ou trompeuses ne permet pas de garantir la protection ni l'effectivité du droit à l'IVG.

Dès lors, en suivant l'exemple de la France (13) qui a également consacré un droit à l'IVG en 2014, il est indispensable de mettre à disposition des femmes un site d'information dédié à l'IVG afin de leur garantir un accès sans entraves à ce droit.

Le travail des centres de planning familial en Fédération Wallonie Bruxelles et leur site loveattitude (14) doivent être salués ; cependant, il revient au Gouvernement et plus particulièrement au SPF Santé publique de garantir le libre choix des femmes et de veiller au respect de leur droit à l'IVG par l'intermédiaire d'un site internet officiel.

Actuellement, sur le site du SPF Santé publique, les informations destinées aux femmes sont reprises dans la page « Santé », sous l'onglet « Début et fin de vie », ce qui est inapproprié : aucune femme confrontée à une grossesse non désirée n'ira chercher des informations sous cet onglet.

RECOMMANDATIONS

- *Mettre en ligne un site internet officiel sous l'égide du gouvernement et régulièrement actualisé sur le droit à l'IVG.*
- *Ce site simple, accessible et objectif, devra regrouper les informations utiles pour éclairer le choix des femmes confrontées à une grossesse non désirée (cadre juridique, procédure à suivre, liste des lieux accessibles pour une écoute ou pour pratiquer une IVG...)*
- *Modifier la structure actuelle du site du SPF Santé publique pour que les informations destinées aux femmes soient claires, complètes et aisément accessibles.*
- *Développer des campagnes régulières d'information à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur l'IVG ; utiliser plusieurs moyens de diffusion pour ces campagnes tels que la presse, l'affichage dans l'espace public et les transports en commun, la radio, la télévision, mais également internet et les nouveaux médias tels que les réseaux sociaux.*
- *Veiller à ce que le personnel de première ligne, y compris les médecins traitants, soient informés du rôle des CPF (abortuscentra – FARA) en tant que structure de prise en charge des grossesses non désirées.*

II. ACCUEIL A L'HOPITAL

Depuis le début des statistiques traitées par la Commission d'évaluation, le pourcentage des IVG pratiquées en structure hospitalière reste stable, entre 15 % et 20% ; à titre d'exemple, en 2017, 15,72% des IVG ont été pratiquées en milieu hospitalier (15).

Cependant, les hôpitaux ne reçoivent pas de financement pour l'accueil des femmes qui viennent pour une IVG alors que cet accueil est une obligation légale. Pour pallier ce manque de moyens, certains hôpitaux utilisent un code « entretien avec le service social » pour obtenir une intervention de l'INAMI.

De plus, bien que le recours à une clause de conscience institutionnelle ne soit pas autorisé, dans les faits, certains hôpitaux ne pratiquent pas d'interruption de grossesse, ce dont les femmes ne sont pas préalablement informées. Selon les dispositions de la loi de 2018 (16), si un médecin n'est pas tenu de pratiquer une interruption de grossesse, il a l'obligation légale de le signaler à la femme dès le premier contact et de la référer à un confrère qui peut effectuer la prise en charge.

Il est donc recommandé de définir un cadre clair qui aidera tant les professionnels du milieu hospitalier que les femmes qui s'adressent à eux.

L'accueil de première ligne ainsi que l'orientation vers le service concerné sont les premières étapes à franchir pour une femme désirant recourir à une IVG ; c'est pourquoi le personnel hospitalier concerné doit être spécialement formé et un financement adéquat doit être prévu.

Outre les exigences légales relatives à l'information sur les alternatives (options de soutien) et la contraception, il est important d'être à l'écoute, de prendre en compte la situation spécifique du couple ou de la femme impliquée, sans pression d'aucune sorte et dans le respect de l'autonomie de décision de la personne.

De plus, la discrétion et le respect de la vie privée posent des problèmes spécifiques aux structures hospitalières : à l'arrivée, les coordonnées du médecin traitant sont demandées et un rapport médical lui est envoyé, sans que la femme soit au courant (y compris pour les mineures d'âge).

Ce problème de respect de la vie privée ne se rencontre pas dans les centres extrahospitaliers: le rapport médical y est remis à la femme qui décide elle-même de le remettre à son médecin traitant (ou aux urgences, si nécessaire).

Enfin, en hôpital, des remarques ou attitudes « inadéquates » émanant des professionnels de la santé ou du personnel sont régulièrement constatées à l'encontre des femmes demandeuses d'une IVG, quel que soit l'hôpital et son réseau, et ce, à différents niveaux de la prise en charge : accueil de l'hôpital ou du service de gynécologie, call center téléphonique, hospitalisation,...

Il peut s'agir de phrases culpabilisantes - « vous êtes en couple, pourquoi ne gardez-vous pas la grossesse ? », « pourquoi ne preniez-vous pas de contraception ? », « vous êtes certaine de vouloir interrompre cette grossesse ? » ... - ou encore de comportements traduisant un manque d'empathie et de compréhension lors de la prise en charge.

La plupart des IVG réalisées en milieu hospitalier se font en One Day clinic, sous anesthésie générale, une alternative aux anesthésies locales pratiquées dans les CPF extra-hospitaliers; dès lors, les patientes sont prises en charge par un personnel qui ne fait pas spécifiquement partie de l'équipe de gynécologie ou du planning familial de l'hôpital. C'est le cas des secrétaires, infirmiers et infirmières de la One Day Clinic ou de la salle d'opération ou encore des anesthésistes.

Dans leur pratique courante, ces soignants ne sont généralement pas impliqués dans la pratique de l'IVG, n'ont pas d'informations sur l'histoire des patientes et sont parfois empreints de préjugés.

Il faut tenir à l'esprit que pour certains soignants, l'IVG reste un acte punissable pénalement et à la limite de la légalité. Les comportements décrits plus haut ont parfois comme objectif, conscient ou non, d'infliger une sorte de « punition » aux patientes, avec en filigrane l'idée que de la sorte elles feront « plus attention la prochaine fois » et « ne recommenceront plus à l'avenir ». Cela peut prendre d'autres formes moins directement identifiables comme une attitude professionnelle peu empathique, exempte de communication verbale, sans aucun sourire ou regard soutenant, un manque de prise en compte de la pudeur requise, etc.

L'expérience démontre donc qu'en milieu hospitalier les femmes demandeuses d'une IVG peuvent être confrontées à une prise en charge inadéquate et non respectueuse. L'amélioration de cette situation est une nécessité dans un contexte où le recours à l'IVG est un droit reconnu par la loi du 15 octobre 2018.

RECOMMANDATIONS

- *Prévoir un code de nomenclature spécifique pour les IVG. Actuellement aucun code de nomenclature spécifique pour les IVG n'existe dans les hôpitaux. Pour pallier cette situation, ce sont les codes «curetage» pour les IVG chirurgicales, et « consultation et échographie » pour les IVG médicamenteuses qui sont utilisés pour obtenir un financement de l'INAMI; or les IVG médicamenteuses nécessitent une surveillance de près d'une demi-journée par l'équipe médicale et paramédicale.*
- *Appuyer et valoriser la formation de médecin-gynécologue car seuls les gynécologues sont autorisés à interrompre une grossesse après 14 semaines d'aménorrhée en raison de la nature technique de la procédure.*
- *Insister sur la valorisation de l'engagement de médecins généralistes dans les hôpitaux pour aider les équipes de gynécologues.*

II.A. ACCUEIL DE PREMIERE LIGNE

L'accueil de première ligne est une étape très importante dans l'accès aux soins. De plus, une formation spécifique pour le personnel du standard téléphonique et de l'accueil général de l'hôpital est nécessaire afin qu'il puisse entendre la demande et diriger sans stigmatisation la femme vers le service adéquat. La diffusion de l'information doit également être une priorité qui facilitera l'accueil.

RECOMMANDATIONS

- *Un accueil téléphonique seul est insuffisant, mais un numéro spécial dédié aux grossesses non désirées est envisageable. Cela peut prendre la forme d'un numéro de téléphone spécifique identifié sur le site internet afin de ne pas devoir passer par le standard général.*
- *Prévoir une plage de rendez-vous spécifique pour organiser la prise en charge des IVG.*
- *Former le personnel de l'accueil de première ligne afin de pouvoir prendre en charge les femmes de manière appropriée.*
- *Organiser une consultation de gynécologie ouverte aux urgences. C'est un moyen utile pour accueillir les femmes directement, mais il faut tenir compte du risque de débordement aux urgences et du fait que le médecin de garde n'est peut-être pas ouvert aux demandes d'IVG.*
- *Informé par divers canaux sur la prise en charge des IVG dans l'hôpital. Depuis la suppression de l'article 383 du Code pénal (loi du 15 octobre 2018), la publicité et la diffusion d'informations sur l'IVG sont légales. Plus il y a d'informations par des canaux diversifiés, au mieux les femmes pourront choisir en connaissance de cause. Le site internet et les panneaux informatifs de l'hôpital devraient reprendre une rubrique « grossesse non désirée ». Cette rubrique préciserait la procédure à suivre pour interrompre une grossesse et à qui s'adresser pour prendre rendez-vous. Lorsque l'hôpital pratique des IVG, il faut que cela soit également indiqué dans ses brochures imprimées.*

RECOMMANDATIONS – Suite

- *Outre les sites internet des hôpitaux, certains sites internet, notamment ceux des services publics fédéraux, ne reprennent pas, ou pas assez, d'informations, sur les IVG (INAMI, VVOG – Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gyneacologie, SPF Santé publique, associations de médecins traitants ...). Ces sites doivent informer sur la loi, les conditions d'accès, les pratiques ainsi que sur les hôpitaux et institutions pratiquant les IVG, via les fédérations de centres de planning familial.*

II.B. ACCUEIL DANS LE SERVICE

L'accueil dans le service, pour être de qualité, nécessite que le personnel bénéficie d'une formation spécifique ; ce personnel doit être formé à l'IVG, à l'écoute des femmes, à l'accompagnement. Le personnel de l'accueil de l'hôpital doit pouvoir dire aux femmes si des IVG sont pratiquées dans l'hôpital et, si ce n'est pas le cas, a l'obligation de les diriger vers une autre institution qui pratique cette intervention.

RECOMMANDATIONS

- *Aménager l'espace pour garantir une certaine confidentialité lorsque la femme s'adresse à l'accueil pour expliquer l'objet de sa venue.*
- *Prévoir une signalétique visible dans l'hôpital qui mène au service adéquat*
- *Prévoir un financement pour, au minimum, un salaire de psychologue/assistant.e social.e afin de mener les entretiens psychologiques pré-IVG. Ces entretiens constituent en effet une obligation légale*
- *Prévoir une salle spécifique pour les IVG : outre le lieu de l'intervention elle-même, les femmes ne devraient pas ensuite se retrouver dans une salle d'accouchement ou à côté d'une femme qui a fait une fausse couche.*

II.C. PRISE EN CHARGE DE L'IVG

Outre les médecins, les membres du personnel qui sont d'accord de s'impliquer dans les IVG doivent recevoir une formation spécifique à l'écoute, l'accueil et l'information à donner aux femmes.

Il faut permettre aux femmes d'interrompre leur grossesse dans des structures faciles d'accès et librement choisies, sans que les distances à parcourir ou les délais d'attente soient trop importants.

Le droit d'interrompre sa grossesse doit être garanti, même en temps de crise majeure comme par exemple une crise sanitaire.

RECOMMANDATION

- *Définir l'interruption de grossesse comme un acte médical essentiel, en toute circonstance, y compris en cas de crise sanitaire.*

RECOMMANDATIONS - Suite

- Favoriser le développement des consultations en lien avec la pratique de l'IVG dans les zones où l'accès est plus difficile ou dans les structures qui proposent de manière insuffisante cette pratique, afin de répondre aux demandes locales.
- Assurer un accès aux soins respectueux des femmes par la formation à la pratique volontaire de l'IVG.
- Informer le médecin qu'il doit systématiquement demander l'autorisation de la femme pour envoyer un rapport médical au médecin traitant. À cet effet, le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2020) reprend un item concernant la demande préalable de l'autorisation de la femme pour l'envoi du rapport médical.
- Proposer la création d'une "cellule IVG" avec les membres du personnel qui sont motivés. Nous suggérons deux possibilités :
 - Soit créer, au sein d'un hôpital, un service de prise en charge de l'IVG avec une équipe pluridisciplinaire (psychologues, sages-femmes, infirmières, gynécologues ou généralistes, assistants sociaux, juristes ...)
 - Soit destiner à la pratique de l'IVG, selon des plages horaires fixes, des locaux habituellement utilisés pour des consultations gynécologiques (rythme souhaité : 2 fois/semaine)

II.D. ENTRETIEN PRE- IVG

En plus des exigences légales d'information sur les alternatives, les possibilités de soutien et la contraception, il est important d'offrir activement des conseils concernant le choix, ce qui va au-delà de la simple information.

Il s'agit de faire de la place à la perception de la femme - ou du couple impliqué - à ses doutes et ses hésitations, à une évaluation de l'impact pour chacune des personnes concernées de chacune des options présentées, en les aidant à évaluer ce qui est important dans leur situation spécifique. Guider ce processus de décision - aussi court que possible, aussi longtemps que nécessaire - est émancipateur et donne confiance pour l'avenir, quel que soit le choix posé en définitive.

Pour les plus vulnérables qui ont du mal à choisir, qui ont des difficultés psychologiques ou qui sont sous la pression de leur environnement, une telle aide à la décision est précieuse. Mais cette situation de vie nécessite aussi des éclaircissements pour les moins vulnérables qui vivent un choix difficile. Toujours dans le contexte du dépistage et du diagnostic prénatal, l'évaluation des risques dans le contexte d'une grossesse désirée est très difficile pour les parents

Certaines femmes, ou couples, ont des difficultés psychologiques qui ne leur permettent pas d'envisager le plus sereinement possible la situation.

RECOMMANDATION

- Le personnel qui accueille les femmes, ou les couples, doit être particulièrement bien formé afin de pouvoir accompagner les personnes au mieux en leur donnant l'aide et l'information requise.

RECOMMANDATION - Suite

- *Stimuler la recherche concernant les entretiens pré-IVG.*
- *Soutenir les mesures visant à réaliser un équilibre vie familiale – vie professionnelle afin d'améliorer la santé psychologique des personnes.*

II.E. ENTRETIEN POST- IVG

Dans toutes les structures hospitalières et les centres extra-hospitaliers, il est proposé à la femme de revenir pour un contrôle médical et un entretien post-IVG. Cet entretien n'est pas obligatoire mais il est recommandé.

Cet entretien peut, pour certaines femmes, s'avérer important, sur le plan psychologique surtout. C'est très important d'en tenir compte. La recherche scientifique nous apprend que si la grande majorité des femmes assument leur choix, un petit nombre d'entre elles peuvent éprouver des difficultés psychologiques par la suite. Il faut donc les aider à surmonter la perte, ce qui inclut un éventuel transfert vers une structure externe de prise en charge.

Certaines femmes ou certains couples, qui vivent l'avortement de manière ambivalente, peuvent aussi ensuite être à la recherche du sens du choix posé.

Cet entretien permet également de vérifier la prise correcte de la contraception choisie par la femme et d'éventuellement en modifier les modalités pour garantir son efficacité et prévenir toute nouvelle grossesse non désirée.

Cet entretien permet en outre, par l'ensemble des informations recueillies, d'améliorer le parcours de soins avant (pré) et après (post) l'interruption de grossesse.

RECOMMANDATION

- *Stimuler la recherche concernant les entretiens post-IVG.*
- *Tenir compte de l'importance de cet entretien et dégager les moyens nécessaires.*

II. F. CONFIDENTIALITE

1. La vie privée des jeunes :

La Commission d'Evaluation approuve la recommandation de Sensoa : « Les jeunes devraient en tout état de cause avoir droit au tiers payant lorsqu'ils consultent un médecin généraliste ou un gynécologue pour une contraception ou pour diagnostiquer une grossesse non prévue ».

Le remboursement d'une visite chez le médecin peut être constaté par les parents dans le relevé des remboursements. Les jeunes qui souhaitent la discrétion doivent donc choisir entre payer le montant total de leur poche ou espérer que leurs parents ne vérifieront pas le relevé des remboursements.

Il y a également des frais lors de la réalisation de tests de laboratoire (ex : détection d' IST) avec envoi de lettres à la maison pour payer le ticket modérateur. Pour certains jeunes, il s'agit d'un obstacle à la réalisation d'un test IST

2. Vie privée et secret médical partagé : les patients et les professionnels de la santé ne sont souvent pas conscients des droits en matière de vie privée.

Les résultats de laboratoire et les rapports médicaux sont inclus dans un dossier médical partagé si le patient en a donné l'autorisation (parfois il y a des années). Parfois, le médecin de famille est un parent et une grossesse non désirée ou un avortement peuvent être découverts par ce dossier partagé. Il existe un "droit de cacher des informations spécifiques" afin de rendre inaccessible un document ou un rapport particulier. Par exemple : « Abrumet », la plateforme de partage de données entre les acteurs de soins de la Région bruxelloise, permet les échanges de données de santé avec les autres prestataires de soins de la première ligne qui entourent le patient. « Abrumet » donne la possibilité de rendre inaccessible un document ou un rapport particulier. Les patients et les prestataires de soins de santé ne sont souvent pas conscients de ce fait, ni de la manière dont on doit procéder en pratique.

Même constat en ce qui concerne la prescription et la délivrance de médicaments (contraception d'urgence, contraceptifs...). Ces informations sont partagées entre pharmaciens via le « Dossier Pharmaceutique Partagé » (DPP). Le patient a le droit de refuser que certaines données soient partagées, mais il n'est souvent pas au courant de la procédure à suivre. Il nous revient par ailleurs que certaines femmes ne souhaitent pas que le pharmacien lise la carte d'identité et renoncent par la même occasion à l'intervention prévue par le gouvernement sur leur contraception d'urgence.

3. Les laboratoires envoient les résultats antérieurs du patient au demandeur actuel lors d'une prise de sang. De cette façon, le résultat d'un test de grossesse antérieur (demandé par un autre médecin) peut être connu, alors que ce n'était pas le but.

Lorsqu'un test de grossesse sanguin est effectué, il devrait être possible d'indiquer que le résultat de ce test ne peut être envoyé qu'au seul demandeur actuel et doit être gardé secret dans l'ordinateur du laboratoire.

RECOMMANDATION

- *Prêter davantage attention au droit à la vie privée et communiquer plus clairement sur ce sujet aux acteurs de la santé et aux citoyens.*

III. FORMATION DES MEDECINS ET DU PERSONNEL PARAMEDICAL EN MILIEU EXTRA-HOSPITALIER

La formation des médecins et du personnel médical est primordiale pour garantir l'accès et la pratique des IVG dans des conditions psycho-médico-sociales respectueuses du droit des femmes.

En 2017, 84,28 % des IVG recensées par la Commission d'évaluation ont été pratiquées dans les centres extra-hospitaliers. Les médecins praticiens de ces centres sont très majoritairement des médecins généralistes.

Les médecins généralistes pratiquant l'IVG rencontrent un obstacle spécifique, celui de la réglementation qui distingue les consultations « classiques » des consultations réalisées dans d'autres formes de structure (par exemple ONE, assistance aux toxicomanes, PMS).

Les médecins doivent, en effet, justifier d'un certain nombre de consultations « classiques » pour bénéficier d'un avantage social via l'accréditation.

Une pénurie de praticiens de l'IVG est dénoncée depuis des années.

Une seule université (ULB) propose une formation spécifique, sur base volontaire, aux diplômés en médecine en formation de médecine générale, désireux d'acquérir une expertise de la pratique de l'IVG en centres extra-hospitaliers.

Différentes universités (ULB, ULiège, VUB) organisent une formation obligatoire spécifique de la pratique de l'IVG pour les médecins généralistes qui se spécialisent en gynécologie-obstétrique. (l'université de Gand a conclu un accord de collaboration avec le centre IVG - LUNA de Gand où les assistants, dans le cadre de leur formation, font des stages et collaborent en gynécologie et obstétrique).

Les formations existantes dans ces universités ne suffisent pas à assurer la relève de praticiens vieillissants et déjà trop peu nombreux.

Les centres et leurs associations assurent eux-mêmes la formation du personnel paramédical qui accompagne les femmes demandeuses d'une IVG.

RECOMMANDATIONS

- Inscrire dans le cursus d'enseignement des universités et des hautes écoles des formations sur la santé sexuelle et reproductive et la sensibilisation à la pratique de l'IVG. Les soins pour la femme confrontée à une grossesse non désirée doivent faire partie de la formation de base des médecins, et par la suite, plus particulièrement de celle des gynécologues et des médecins généralistes.
- Organiser un module de formation à l'IVG dans les différentes facultés de médecine ainsi que dans les hautes écoles formant le personnel paramédical (sage-femme, praticiens de l'art infirmier,..) et psychosocial (assistant(e)s social(e)s, psychologues,....).
- Reconnaître la spécificité des médecins généralistes pratiquant l'IVG en centre extra-hospitalier.

IV. ENREGISTREMENT DES IMG POUR RAISONS MEDICALES

Le nombre d'interruptions de grossesse après 12 semaines des différents rapports de la Commission nationale d'évaluation relative à l'interruption de grossesse à l'attention du parlement se trouve au chapitre 1.5.7 et à l'annexe 2 des rapports des années 2012 – 2013, 2014 – 2015 et 2016 – 2017.

On peut y lire que le motif de l'interruption correspondant à un danger pour l'enfant est de 79 en 2012, 103 en 2013, 94 en 2014, 35 en 2015, 93 en 2016 et 107 en 2017 (tableau).

Nous avons analysé ces chiffres en les croisant avec ceux du registre EUROCAT, registre qui collige toutes les malformations congénitales des enfants, et ce, durant la vie foetale, à la naissance et jusqu'à l'âge de 1 an.

Le but de ce registre européen est d'exercer une veille et de donner l'alerte si un pic de malformations survenait chez les foetus et les nouveau-nés.

En effet, après la dramatique survenue des malformations liées à la thalidomide (Softenon), il a été décidé de réagir rapidement si l'un ou l'autre risque était identifié.

Le registre central se compose de registres régionaux où avec la collaboration des maternités, toutes les malformations congénitales sont notées. Il existe 2 registres en Belgique, l'un qui couvre partiellement le Hainaut et la province de Namur (depuis 1979) et l'autre qui couvre toute la province d'Anvers (depuis 1989) (Morris et al, 2018).

Le registre central qui coordonne les différents registres régionaux européens est localisé à l'European Joint Centre à Ispra depuis le 01.01.15 (Commission européenne). Il fait ainsi partie de la plateforme européenne de l'enregistrement des maladies rares. <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat>

Depuis l'enregistrement des malformations congénitales, les techniques de diagnostic prénatal ont permis un diagnostic de plus en plus précoce durant la grossesse. Ce diagnostic prénatal peut entraîner en cas de malformations graves une interruption médicale de grossesse après 12 semaines (E. Garne et al, 2004 et 2010).

La prévalence des interruptions de grossesse pour malformations foetales est donc connue dans les registres Hainaut – Namur et Antwerpen depuis de nombreuses années. Le tableau ci-dessous nous a permis de comparer les données déclarées à la Commission pour tout le pays et les données concernant la prévalence des interruptions après 12 semaines pour 10.000 naissances.

En fonction du nombre de naissances (Statbel Direction générale Statistique – Statistics Belgium) durant les années 2012 à 2017, on peut donner une estimation du nombre d'interruptions de grossesse pour malformations foetales. Ce nombre est estimé à 464 IMG en 2012 et grimpe à 654 en 2017.

Années	Nombre de naissance	Interruptions pour malformations Rapport Commission	Interruptions pour malformations prévalence pour 10.000 naissances (eurocat HN et A)	Nombre estimé interruptions pour malformations en Belgique
2012	126.993	79	36,53	464
2013	124.862	103	31,6	450
2014	124.415	94	37,75	469
2015	121.713	35	42,25	514
2016	121.161	93	40,74	493
2017	118.109	107	54,89	654

Tableau montrant le nombre d'IVG après 12 semaines déclaré à la Commission et le nombre estimé en Belgique

Il semble que le nombre d'interruptions déclaré soit manifestement moindre que ce qui se passe dans le pays puisque les chiffres des interruptions pour malformations foetales repris dans le rapport statistique sont de l'ordre de 7 à 23% de celles estimées.

Les causes de cette différence peuvent s'expliquer soit par le surcroît de travail dans les hôpitaux ne permettant pas de prendre le temps de remplir et envoyer le document d'enregistrement, soit par une interprétation différente de celle de la loi dans le chef du médecin concernant l'interruption volontaire de grossesse et l'interruption médicale de grossesse, soit enfin par le souhait de garantir une certaine confidentialité à cette pratique.

RECOMMANDATION

➤ *Les interruptions de grossesse réalisées pour des raisons médicales doivent être systématiquement communiquées à la Commission nationale d'évaluation comme cela est prévu par la loi. Le personnel médical pratiquant les IVG doit être sensibilisé sur ce point.*

V. IVG ET PUBLIC VULNÉRABLE

V.A. FEMMES A FAIBLE STATUT SOCIO - ECONOMIQUE

Divers facteurs et besoins spécifiques contribuent à ce que les femmes les plus fragiles, notamment en raison d'une situation socio-économique précaire, constituent un groupe à risque de grossesse non désirée.

Les femmes en demande d'IVG qui n'ont pas de couverture sociale et qui sont dans l'incapacité de payer le montant demandé par l'INAMI sont, soit renvoyées sans prise en charge, soit prises en charge à perte par les hôpitaux et centres extra-hospitaliers. Le coût en centre extra-hospitalier fixé par l'INAMI est de 470 € et est nettement plus élevé dans les hôpitaux.

Le rapport de 2013 des Femmes Prévoyantes Socialistes mettait également en avant la spécificité du choix du moyen contraceptif selon le statut socio-économique de la femme : lorsqu'une femme se retrouve dans une situation financière précaire, elle ne privilégiera pas dans son budget l'achat de contraceptifs et encore moins la contraception d'urgence. La mutualité Partena affirmait également, dans un article paru le 12 février 2019, l'absence fréquente de contraception chez les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée (17).

Une différence se marque entre les femmes avec un diplôme d'études primaires ou sans diplôme qui optent pour la pilule contraceptive alors que celles qui ont un diplôme d'études supérieures privilégient le stérilet (18).

Il est donc impératif d'adopter une approche prenant en compte le statut socio-économique de la femme.

La situation des femmes immigrées sans droit de séjour est également préoccupante. La Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse a modifié le formulaire d'enregistrement en 2019, car celui-ci ne contenait pas de questions relatives à ces situations.

L'association née de la fusion des centres IVG néerlandophones (ci-après « LUNA ») et de VUB-Dilemma demande, depuis quelques années, d'indiquer l'origine de la patiente. Selon leurs chiffres de 2017, sur 6688 patientes ayant interrompu leur grossesse dans un centre d'avortement LUNA, 58% étaient autochtones et 42% d'origine étrangère. Parmi les personnes de nationalité belge, 22% sont d'origine immigrée.

Parmi les femmes d'origine immigrée, 39% ont la nationalité belge (19) Ceci démontre l'importance d'une approche prenant en compte cette dimension qui engendre manifestement de nombreux obstacles quant à l'accessibilité à l'IVG et aux moyens de contraception (20) : inaccessibilité géographique, difficultés financières, manque d'instruction et donc méconnaissance des moyens de contraception, pressions sociales ou familiales ...

Concernant l'IVG proprement dite, l'intervention coûte environ 450 € même si ce montant varie en fonction du lieu où elle est réalisée et dépend également de l'aide financière à laquelle la personne concernée a droit.

Depuis 2003, le coût d'une IVG réalisée en centre extra-hospitalier est pris en charge par la mutuelle et le ticket modérateur, à charge de la femme, s'élève à moins de 5 €.

Pour les femmes sans mutuelle, le prix total de l'intervention est à leur charge, même si les centres proposent souvent une intervention en fonction de leurs possibilités financières. Une aide peut également être demandée à divers services sociaux : CPAS, aide médicale urgente, Croix-Rouge ... La diversité des situations de précarité rend complexe la prise en charge de ces femmes par les structures et services, comme indiqué ci-dessous.

En effet, une demande d'aide au CPAS peut être faite par toute personne qui séjourne légalement en Belgique. Afin de décider si une aide peut être attribuée, la personne en charge de l'assistance sociale réalise une « enquête sociale », c'est-à-dire qu'elle vérifie si la personne a réellement besoin d'une aide pour pouvoir vivre dignement. Le CPAS a 30 jours pour prendre une décision. Ce délai est trop long en cas de demande d'IVG.

Les femmes se trouvant sur le territoire, sans titre de séjour, ne bénéficient pas de ce fait d'une couverture sociale ; elles peuvent, théoriquement, recourir à l'aide médicale urgente (AMU) (21), définie comme « une aide urgente garantissant l'accès aux soins médicaux aux personnes sans séjour légal en Belgique » (22).

En revanche, les personnes en demande d'asile peuvent, elles, s'adresser à la structure d'accueil dans laquelle elles résident (Fedasil, Croix-Rouge). Toutefois, si elles ne sont pas accueillies par un centre ou sont accueillies en Initiative locale d'accueil (ILA), elles peuvent demander une aide au CPAS (23).

Les dispositifs existants ne permettent pas toujours de lever les difficultés rencontrées par ces femmes en cas de grossesse non désirée.

Bon nombre de femmes sans titre de séjour vivent dans la rue, n'ont pas d'adresse de référence et sont davantage victimes de violences/viols. Pour que leur demande d'aide soit acceptée, le CPAS réalise des visites à domicile. Confrontées à un risque accru de grossesse non désirée, ces femmes font face à un dilemme : pour recourir à une IVG médicalement sûre, elles ont l'obligation de remplir un dossier, avec le risque d'être fichée et finalement expulsée du territoire.

RECOMMANDATIONS

- *Appliquer automatiquement le tiers-payant pour la contraception des personnes bénéficiant d'une "prestation majorée" de la part de la caisse d'assurance maladie.*
- *Prendre en charge les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse et à la contraception des femmes ne disposant pas de couverture sociale.*
- *Permettre, via une simplification administrative, un accès aux soins médicaux d'urgence pour les personnes ne bénéficiant pas de droit de séjour.*

V.B. IVG ET VIOLENCES

Nous savons qu'environ 40% de violences conjugales ont lieu ou s'aggravent au moment de la grossesse (24). Il est impératif d'établir et faire connaître le lien entre violences et grossesse. Cela permettra, entre autres, aux praticiens de l'IVG de déceler les cas de violences exercées par le partenaire qui conduisent certaines femmes à recourir à une IVG. D'autre part, il apparaît que certaines grossesses sont le résultat de manoeuvres pour rendre la femme enceinte contre son gré. Ce phénomène, appelé dans la littérature scientifique « coercition à la procréation » (25), est méconnu et par conséquent sous-estimé dans notre pays.

RECOMMANDATIONS

- *Former le personnel médical à identifier les signes de violences dans le cadre des grossesses désirées ou non.*
- *Réaliser une étude de fond sur les violences conjugales que subissent les femmes qui souhaitent et/ou ont eu une ou plusieurs IVG ainsi que sur le phénomène de « coercition à la procréation »*
- *Connaître la prévalence de la coercition reproductive (sabotage contraceptif, contraintes psychologiques et/ou physiques) pour prévenir les grossesses non désirées.*

V.C. GROSSESSE ET MONDE DU TRAVAIL

Selon une étude de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes - IEFH - publiée en 2017 (26), 3 travailleuses sur 4 ont été confrontées à au moins une forme de discrimination, préjudice, inégalité de traitement et tensions au travail, sur base de leur grossesse ou maternité. 22% des travailleuses enceintes ont été confrontées à des discriminations directes et 69% ont subi de la discrimination indirecte. Cette situation inacceptable ne peut qu'induire des effets dissuasifs sur les femmes qui, alors que la grossesse n'était pas prévue, sont enceintes et envisagent de poursuivre leur grossesse.

RECOMMANDATIONS

- *Réaliser des campagnes publiques de sensibilisation sur les discriminations en cas de grossesse dans le milieu professionnel.*
- *Réaliser une étude sur la prévalence des IVG liées à des risques potentiels de discrimination au travail.*

V.D.IVG ET HANDICAP/SANTÉ

Selon Women Enabled International, les filles et femmes porteuses de handicaps représentent un cinquième de la population féminine mondiale (27). Les droits des personnes handicapées, et plus particulièrement des femmes, restent menacés en ce qui concerne leurs droits sexuels et reproductifs.

Le Forum Européen des Personnes Handicapées explique dans un communiqué récent que « les services de santé sexuelle et reproductive, y compris les services de gynécologie et d'obstétrique, ne sont souvent pas accessibles, et aucun ou très peu de dispositifs de soutien technique et d'assistance personnelle sont fournis pour assurer le respect des droits sexuels et reproductifs (28).

La Belgique doit adopter des mesures efficaces pour permettre aux femmes handicapées de prendre des décisions autonomes sur leur santé sexuelle et reproductive, et doit veiller à ce que les femmes aient accès à des informations factuelles et impartiales à cet égard. Il est également essentiel que ces décisions soient prises librement et que toutes les femmes, y compris les femmes handicapées, soient protégées contre l'avortement forcé, la contraception ou la stérilisation contre leur gré ou sans leur consentement éclairé. Les femmes ne devraient ni être stigmatisées pour avoir eu une IVG ni forcées de subir une IVG ou une stérilisation contre leur gré ou sans leur consentement éclairé (29).

RECOMMANDATIONS

- *Réaliser une étude de fond sur les femmes porteuses d'un handicap qui souhaitent et ont eu une IVG.*
- *Réaliser une étude de fond sur les femmes porteuses d'un handicap qui souhaitent et ont porté leur grossesse à terme contre l'avis de leur entourage.*
- *Adapter les structures de prise en charge, de l'accueil téléphonique à l'accueil physique, pour une meilleure accessibilité et communication des structures où se pratiquent des IVG.*
- *Revaloriser les aspects socio-économiques pour les personnes porteuses de handicaps: assurer le remboursement de tous les soins liés au handicap.*

VI : RECOMMANDATIONS « PHARES »

Afin d'en faciliter la prise en compte, la Commission d'évaluation a souhaité synthétiser les recommandations contenues dans ce mémorandum en sept recommandations phares concernant la contraception, et neuf recommandations phares concernant l'interruption volontaire de grossesse.

1. Accroître l'accessibilité à la contraception en ce compris d'urgence et de longue durée ainsi que l'information sur son utilisation, par des campagnes régulières d'informations émanant des services publics à destination du grand public.
2. Autoriser la délivrance sans ordonnance de la contraception d'urgence par le personnel paramédical et les sages-femmes.
3. Renforcer l'accessibilité à la contraception pour le public jeune par la délivrance de la pilule d'urgence dans les centres de planning familial et dans les établissements scolaires via les centres psycho-médico-sociaux qui collaborent avec les services de promotion de la santé et prévoir la mise en place de distributeurs gratuits de préservatifs dans les écoles.
4. Promouvoir l'information et les animations sur la vie sexuelle, relationnelle et affective à l'école, mais aussi via des sites internet de référence (par exemple, www.zanzu.be) afin de développer chez les jeunes un sens critique, entre autres sur les séries qui banalisent les grossesses d'adolescentes.
5. Diligenter une étude afin de recueillir des données sur les femmes qui sont enceintes malgré l'usage correct d'un contraceptif, information non reprise jusqu'ici dans les statistiques
6. Généraliser le système du tiers payant pour toutes les catégories d'âge et pour toute les formes de contraception
7. Assurer le remboursement total par l'INAMI de tous les contraceptifs et contraceptifs d'urgence, ainsi que l'achat et le placement pour les contraceptifs de longue durée et non plus par les mutuelles afin d'éviter les différences de prise en charge.
8. *Définir l'interruption de grossesse comme un acte médical essentiel, en toute circonstance, y compris en cas de crise sanitaire*
9. Développer sous l'égide du gouvernement un site internet officiel spécifique et régulièrement actualisé sur le droit à l'IVG regroupant les informations utiles pour éclairer le choix des femmes confrontées à une grossesse non désirée (cadre juridique, procédure à suivre, liste des lieux accessibles pour une écoute ou pour pratiquer une IVG,...).
10. Prévoir des campagnes officielles et régulières d'information à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur l'IVG en utilisant plusieurs moyens de diffusion (presse, affichage, transports en commun, radio, télévision, internet, nouveaux médias, réseaux sociaux...).
11. Améliorer l'accueil et la prise en charge des IVG dans les institutions hospitalières et y prévoir un code de nomenclature spécifique pour les IVG. Actuellement, pour obtenir un financement de l'INAMI les codes « curetage » sont utilisés pour les IVG chirurgicales, et « consultation et échographie » pour les IVG médicamenteuses. Or ces dernières nécessitent une surveillance de près d'une demi-journée par l'équipe médicale et paramédicale.

12. Prévoir le financement pour un psychologue/assistant social dans les services hospitaliers afin de mener les entretiens psychologiques pré-IVG qui constituent une obligation légale.
13. Les soins aux femmes confrontées à une grossesse non désirée doivent être inclus dans la formation de base en médecine ainsi que dans la formation en sciences humaines.
14. Reconnaître la spécificité des médecins généralistes pratiquant l'IVG en centre extrahospitalier.
15. Prendre en charge les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse et à la contraception post-IVG des femmes ne disposant pas de couverture sociale.
16. Permettre, via une simplification administrative, un accès aux soins médicaux d'urgence pour les personnes ne bénéficiant pas de droit de séjour.

CONCLUSIONS

Les présidents de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse remercient chaleureusement tous les membres qui ont permis de produire ce rapport statistique ainsi que les recommandations à l'attention des parlementaires.

Grâce aux parlementaires qui ont décidé de modifier les profils des candidats éligibles à la fonction de membre de la commission nationale d'évaluation de la loi sur l'IVG (loi du 16.06.16 en annexe), la commission a pu rattraper les six années d'interruption présentées en 2020, mais elle a également pu assurer ses missions dans un délai raisonnable, malgré la crise sanitaire.

Grâce à l'expertise de ses membres, les rapports présentés ainsi que les recommandations éclairent les enjeux sociétaux de ce domaine très spécifique de la législation. La commission, consciente également des limites imposées par la loi, suggère de pouvoir bénéficier de l'aide de statisticiens, sociologues et épidémiologiste du SPF Santé publique ainsi que de la possibilité de demander au SPF de réaliser des études sur des thématiques précises, comme indiqué dans nos recommandations.

Président du rôle néerlandophone,
Monsieur Mario Van Essche

Présidente du rôle francophone,
Madame Sylvie Lausberg

NOTES DE BAS DE PAGE DU MEMORANDUM

1 Loi, modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans afin d'étendre les remboursements prévus pour les contraceptifs et la pilule d'urgence, adoptée le 22 avril 2019.

2 L'article 1er de l'AR du 16 septembre 2013 modifié par la loi du 22 avril 2019 reprend les contraceptifs dont le coût fait l'objet d'une intervention spécifique.

3 Rapport bisannuel de Commission évaluation IVG p 15 années 2016-2017

4 <https://www.contraceptioninfo.eu/node/7>

5 Solidaris, grande enquête – contraception 2017, disponible sur https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf,

6 Le planning familial, « C'est quoi au juste la charge sexuelle ? », février 2019, disponible sur : <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>, dernière consultation le 13 janvier 2020.

7 Fps, « Femmes et contraception : quel véritable choix », 2013, disponible à l'adresse <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>,

8 N. BIRGISSON, Q. ZHAO et al. "Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project, in Journal of women's health (2002) vol. 24.5 (2015), pp. 349-353 ; S.ROSE et B. LAWTON, « Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion », Am J Obstet Gynecol (2012), vol 206(1); B.WINNER, J.F. PEIPERT et al, « Effectiveness of Long-Acting reversible Contraception », in The New England Journal of Medicine, (366/21), 24 mai 2012, pp. 1998-2007

9 Pour plus d'informations voir G.ROBIN, F.MARCELLI et al., « Contraception masculine », La presse Médicale, Vol 43, n°2,2014, pp.205-211; R.MIEUSSET et J-C. SOUFIR et al., « La contraction masculine », Revue francophone des laboratoires, Vol 43, n°451, avril 2013, p17.

10 <https://www.senate.be/www/?MIval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=1784&VOLGNR=1&LANG=fr>

11 Recommandations de la plateforme EVRAS pour une généralisation de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire, janvier 2019 , disponible sur https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf,

12 [https://www.ippf.org/sites/default/files/2019-](https://www.ippf.org/sites/default/files/2019-06/IPPF%20Annual%20Performance%20Review%202018.pdf)

06/IPPF%20Annual%20Performance%20Review%202018.pdf ;

<https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2018.pdf>

13 Site officiel du gouvernement français : <https://ivg.gouv.fr/>

14 <http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement/>

15 Rapport bisannuel de la com nationale IVG 2016/2017

16 Chapitre 2 ; Article 2) 7° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention. Il indique dans ce cas les coordonnées d'un autre médecin, d'un centre d'interruption de grossesse ou d'un service hospitalier qu'elle peut solliciter pour une nouvelle demande d'interruption de grossesse. Le médecin qui refuse l'interruption volontaire transmet le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme.

17 <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>

18 [http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-](http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf)

FemmesEtContraception.pdf (pp5-6)

19 [https://www.zorg-en-](https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf)

gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf

20 INAMI & Médecins du Monde, 2014, pp. 257–259

21 Loi sur les CPAS (1976)

- 22 Arrêté Royal du 12 décembre 1996
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi
- 23 <https://medimmigrant.be/L-aide-medicale-du-CPAS-en-general>
- 24 <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccentue-3908112>
- 25 Committee; Women, Underserved; Gynecologists, February (2013). "Committee Opinion No. 554: Reproductive and Sexual Coercion". *Obstet Gynecol.* 121 (2 Pt 1): 411–5.
doi:10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b. PMID 23344307.
- Et Chamberlain, Linda, and Rebecca Levenson. *Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 2010
- 26 https://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/grossesse_au_travail_experiences_de_candidates_employees_et_de_travailleuses
- 27 Women Enabled International, *Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls with Disabilities*, <https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20-%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>
- 28 EDF, *Position Paper on Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities* (2019), <http://www.edf-fehp.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>
- 29 Joint statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities and the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (2018), <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>

POSITION MINORITAIRE NON SOUTENUE PAR LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION

Le texte suivant est une réflexion personnelle du Docteur Chantal KORTMANN, membre suppléante de la commission. Un certain nombre d'éléments ont été ajoutés après la dernière réunion de la Commission.

Dans le contexte de la liberté d'expression, la commission a décidé d'inclure ses commentaires dans leur intégralité, même si nous soulignons qu'il s'agit d'un point de vue minoritaire, qui n'est pas partagé par le reste de la Commission.

RECOMMANDATION PRÉSENTÉE PAR LE DR CHANTAL KORTMANN

Je voudrais à nouveau me référer à la note minoritaire, publiée dans le précédent mémorandum, (voir lien, page 29)

https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/memorandum_recommandations_ivg_1.pdf

pour mes recommandations visant à réduire le nombre d'avortements dans notre pays et à promouvoir l'offre d'alternatives réelles aux femmes dans le besoin.

Les recommandations pour faciliter l'accès à l'avortement, promouvoir les institutions où les avortements peuvent avoir lieu, montrer des vidéos promotionnelles dans lesquelles le choix de l'avortement est présenté comme un bon choix, etc. ne me semblent pas de nature à réduire le nombre d'avortements.

Pour équilibrer les choses, il faut donner au moins la même quantité d'énergie et de ressources à des films promotionnels montrant par exemple que, dans certains cas, choisir de garder son enfant s'avère également être un bon choix, ce qui peut ramener du bonheur dans la vie des femmes et des hommes.

En plus des reportages montrant que l'adoption peut causer de nombreux problèmes, il faut également montrer des reportages montrant des situations où l'adoption a en fait entraîné beaucoup de joie. Sinon, l'opinion publique aura une image irréaliste négative de la parentalité et de la croissance des enfants dans des circonstances moins évidentes.

Proposition de réduction du nombre de grossesses chez les adolescentes.

Parmi les jeunes adolescentes (10-14 ans), 55-60% n'utilisent pas de contraception et se retrouvent enceintes

Les adolescentes plus âgées (15-19 ans) ont également des rapports sexuels non protégés (jusqu'à 52%). C'est au-dessus de la moyenne de 45%. Cela signifie que ces jeunes filles ne sont pas suffisamment armées pour se protéger contre une grossesse non planifiée ou une MST.

Il serait intéressant de lancer un programme d'éducation qui travaille spécifiquement à retarder le début de l'activité sexuelle. Des recherches ont montré que de nombreuses jeunes filles ne se sentaient souvent pas libres de dire non la première fois et qu'elles avaient donc des rapports sexuels sous une certaine contrainte.

Un programme spécifique pour l'autonomisation des jeunes filles, mettant l'accent sur la construction d'une relation durable et sur le fait que la sexualité se passe mieux dans le cadre d'une relation durable et à un âge un peu plus tardif, serait utile.

L'idée que l'on pourrait devenir responsable d'une autre personne peut retarder l'expérimentation et peut aussi réduire la propagation des MST. Cela rendrait les filles plus fortes, de sorte, qu'elles puissent faire un choix éclairé et mieux se protéger contre une grossesse non planifiée.

Pour le moment, l'éducation à la vie affective, sexuelle et relationnelle dans les écoles se limite principalement aux aspects techniques de l'information et à l'explication des types de contraceptifs et se soucie moins de la qualité de la relation et de ce qu'il fut faire pour assurer la durabilité et la sécurité de la relation.

Le gouvernement devrait encourager la coopération avec les organisations qui offrent ce programme éducatif et mieux subventionner ces organisations.

En collaboration avec les universités, des recherches peuvent être lancées sur l'efficacité de ces informations dans les écoles, par rapport aux informations techniques plus traditionnelles.

5. Composition de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse

1. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE DE LA LOI DU 15 OCTOBRE 2018 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

(A.R. du 15 octobre 2018 – MB du 05.11.2018)

Membres effectifs

1° En tant que docteurs en médecine :

Prof. Dr M. Jean-Noël Missa (F)

Dr Anne Firquet (F)

Dr Dominique Roynet (F)

Prof. Dr Jan Deprest (N)

Prof. Dr Kristien Roelens (N)

Prof. Dr Hendrik Cammu (N)

Dr Anne Verougstraete (N)

Dr Jacques Germeaux (N)

2° En tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

Me. Nathan Radelet (F)

Prof. Anne Lagerwall (F)

Me Myriam Van Varenbergh (N)

Me Mario Van Essche (N) -

Coprésident

3° En tant qu'issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse :

Mme Violaine De Clerk (F)

M. Frédéric Brichau (F)

Mme Sylvie Lausberg (F) – **Coprésidente**

Mme Carine Vrancken (N)

Membres suppléants

1° En tant que docteurs en médecine :

Prof. Dr Christine Verellen - Dumoulin (F)

Dr Yannick Manigart (F)

Dr Isabelle Dumont (F)

Dr Karine Welffens (F)

Prof. Dr Gunnar Naulaers (N)

Prof. Dr Roland Devlieger (N)

Prof. Dr Wilfried Gyselaers (N)

Dr Chantal Kortmann (N)

2° En tant que professeurs de droit dans une université belge ou avocats :

Prof. Jules Messinne (F)

Prof. Jean-Marc Hausman (F)

Me Elise Boutriau (F)

Prof. Ingrid Boone (N)

3° En tant qu'issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse :

M. Michel Pasteel (F)

Mme Katleen Alen (N)

Mme Arlette Geuens (N)

Mme Ellen Van Stichel (N) a démissionné en 2019, un(e) remplaçant(e) est en cours de désignation.

2. COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 15 OCTOBRE 2018 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

SECRETAIRE

Mme Valérie De Nef (F)

SECRETARIAT

Mme Lydie Cappelmans (F)
Mme Karine Delatte (F)

M. Kristiaan Coppens (N)
Mme Evelyne Coppens (N)

6. TEXTES DE LOI

1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse

3 avril 1990 – Loi relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code. (MB 05.04.1990)

Au nom du Peuple belge,
Nous, Ministres réunis en Conseil,

Vu l'arrêté du 3 avril 1990 constatant que le Roi se trouve dans l'impossibilité de régner ;
Vu les articles 25, 69, 79, alinéa 3, et 82 de la Constitution.

Les Chambres ont adopté et Nous, Ministres réunis en Conseil, sanctionnons ce qui suit :

Article 1er.

L'article 348 du Code pénal est remplacé par la disposition suivante :

“Article 348. Celui qui médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la réclusion. Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué.”

Article 2.

L'article 350 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

“Article 350. Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent francs à cinq cents francs.

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes :

1. a) l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;

b) elle doit être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande, soit du médecin soit de la femme, accordera à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

2° Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit :

- a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse ;
- b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, b), du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés ;
- c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

L'appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne pourra au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue et après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder.
Cette déclaration sera versée au dossier médical.

4° Au-delà du délai de douze semaines, sous les conditions prévues aux 1°, b), 2° et 3°, l'interruption volontaire de grossesse ne pourra être pratiquée que lorsque la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assurera le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis sera joint au dossier.

5° Le médecin, ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

6° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention."

Article 3.

L'article 351 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

"Article 351. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 350 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante francs à deux cents francs."

Article 4.

L'article 352 du Code est remplacé par la disposition suivante :

« Article 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention ait été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et aux travaux forcés de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti."

Article 5.

L'article 353 du même Code est abrogé.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 3 avril 1990.

Le Premier Ministre,
W. MARTENS

Le Vice-premier Ministre et Ministre des Réformes institutionnelles, chargé de la Restructuration du Ministère de l'éducation nationale et du Ministère de la région bruxelloise,
Ph. MOUREAUX

Le Vice-premier Ministre et Ministre des Affaires économiques et du Plan, chargé de la Restructuration du « Ministerie van Onderwijs »,
W. CLAES

Le Vice-premier Ministre et Ministre des Communications et des Réformes institutionnelles,
J.-L. DEHAENE

Le Vice-premier Ministre et Ministre de la justice et des Classes moyennes,
M. WATHELET

Le Vice-premier Ministre et Ministre du Budget et de la Politique scientifique,
H. SCHILTZ

Le Ministre des Affaires étrangères,
M. EYSKENS

Le Ministre des Finances,
Ph. Maystadt

Pour le Ministre du Commerce extérieur, absent :

Le Vice-premier Ministre et Ministre des Réformes institutionnelles, chargé de la Restructuration du Ministère de l'éducation nationale et du Ministère de la région bruxelloise,
Ph. MOUREAUX

Le Ministre des Affaires sociales,
Ph. BUSQUIN

Le Ministre de la Défense nationale,
G. COËME

Le Ministre de l'Intérieur, de la Modernisation des services publics et des institutions scientifiques et culturelles nationales,
L. TOBBACK

Pour le Ministre de la Coopération au développement, absent :

Le Vice-premier Ministre et Ministre du Budget et de la Politique scientifique,

H. SCHILTZ

Le Ministre des Pensions,
A. VAN DER BIEST

Le Ministre de l'Emploi et du Travail,
L. VAN DEN BRANDE

Le Ministre des Postes, Télégraphes et Téléphones,
M. COLLA

Le Ministre de la Fonction publique,
R. LANGENDRIES

Scellé du sceau de l'Etat
Le Ministre de la Justice,
M. WATHELET

Texte de l'article 349 du Code pénal

Article 349. Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans et d'une amende de vingt-six francs à trois cents francs.

Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de six mois à trois ans, et l'amende de cinquante francs à cinq cents francs.

2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation

13 Août 1990 – Loi visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code. (MB 20.04.1990)

Baudouin, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit

Article 1er

§ 1er. Il est institué une Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions relatives à l'interruption de grossesse.

§ 2. La Commission est composée de seize membres, dont neuf femmes et sept hommes. Ils sont désignés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience

dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins professeurs de médecine dans une université belge.

Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse.

La qualité de membre de la Commission est incompatible avec celle de membre d'une des Assemblées législatives et avec celle de membre du Gouvernement ou d'un Exécutif.

Les membres de la Commission sont nommés, par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres, sur une liste double présentée par le Sénat, dans le respect de la parité linguistique et de la représentation pluraliste, et pour une période de quatre ans qui peut être prorogée. Les candidats qui n'ont pas été désignés comme membres effectifs sont nommés en qualité de membres suppléants.

La Commission est présidée par un néerlandophone et un francophone. Les présidents sont élus par les membres de la Commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

§ 3. La Commission établit à l'attention du Parlement, pour le 31 août 1992, et par la suite tous les deux ans :

- a) un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3 ;
- b) un rapport détaillant et évaluant l'application et l'évolution de l'application de la loi ;
- c) le cas échéant, des recommandations en vue d'une initiative législative éventuelle et/ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse.

Pour l'accomplissement de cette mission, la Commission peut s'informer auprès des pouvoirs et organismes concernant le planning familial, la parenté responsable et la contraception.

Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à aucune instance, y compris le pouvoir judiciaire.

Article 2

La Commission établit un document d'enregistrement à compléter par le médecin qui a pratiqué une interruption de grossesse. Ce document comportera :

- 1) l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin ;
- 2) l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse;
- 3) l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme;

- 4) l'indication de la date à laquelle l'interruption de grossesse a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée;
- 5) une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance ;
- 6) l'indication de la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information ;
- 7) l'indication des déclarations faites par la femme concernant les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées et les raisons de leur inefficacité ;
- 8) l'indication de la méthode qui a été appliquée pour interrompre la grossesse et, le cas échéant, des complications qui en ont résulté.

Le médecin transmet ce document à la Commission d'évaluation, visée à l'article 1^{er}, dans les quatre mois de l'interruption de grossesse.

Article 3

La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.

Ce rapport mentionne :

- le nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement ;
- le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par les médecins attachés à l'établissement sur la base de l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal ;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse ayant été refusées par les médecins attachés à l'établissement.

A ce rapport est joint un rapport du service d'information de l'établissement sur :

- la composition et le fonctionnement du service ;
- les méthodes d'accueil et d'assistance utilisées;
- le nombre de consultations;
- éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

Article 4

La Commission d'évaluation dispose, pour rédiger le rapport d'évaluation, d'un cadre administratif restreint, afin de pouvoir accomplir correctement ses missions légales.

Le cadre et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. La commission d'évaluation désigne les membres de ce

personnel, qui sont détachés des services publics selon les conditions fixées par le Roi.

Article 5

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission d'évaluation ainsi que les indemnités de ses membres sont à charge du budget du Ministère de la Santé publique.

Article 6

Celui qui, soit par négligence, soit par mauvaise volonté et après qu'un rappel lui aura été adressé, omettra de transmettre les documents d'enregistrement visés à l'article 2 ou les rapports annuels visés à l'article 3 à la Commission d'évaluation dans les délais prévus, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de cinquante francs à cinq mille francs.

Le chapitre VII et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées par la présente loi.

Article 7

Toute personne qui, en quelque qualité que ce soit, prête son concours à l'application de la présente loi, est par la même responsable du secret des données qui lui sont confiées dans l'exercice de sa mission et qui ont trait à l'exercice de cette mission. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Article 8

Un débat se tiendra à la Chambre et au Sénat dans les six mois du dépôt des premiers rapports et, le cas échéant, des recommandations de la Commission d'évaluation, visés à l'article 1^{er}, § 3. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle les Chambres législatives sont dissoutes et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de Gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 13 août 1990.

Baudouin

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
Philippe BUSQUIN

La Secrétaire d'état à la Santé publique,
Roger DELIZEE

Scellé du sceau de l'Etat :

Pour le Ministre de la justice,absent :

Le vice-premier Ministre

Et Ministre des Réformes institutionnelles,
Philippe MOUREAUX

3. Loi du 16 juin 2016 modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation

16 juin 2016 – Loi modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, en ce qui concerne la composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse. (MB 30.06.2016)

Philippe, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

La Chambre des Représentants a adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Article 2

Dans l'article 1^{er}, §2, alinéa 1^{er}, de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « dont quatre au moins sont professeurs » sont remplacés par les mots « dont quatre au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites » ;

2° les mots « Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge » sont remplacés par les mots « Quatres membres sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une université belge ».

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le Moniteur belge.

Donné à Bruxelles, le 16 juin 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre de la justice,
Koen GEENS

Scellé du sceau de l'Etat :
Le Ministre de la justice,
Koen GEENS

4. Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse

15 octobre 2018 – Loi relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives. (MB 29.10.2018)

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

La Chambre des représentants a adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE 1er. — *Disposition introductive*

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2. — *Conditions et procédure*

Art. 2. La femme enceinte peut demander à un médecin d'interrompre sa grossesse dans les conditions suivantes:

1° L'interruption de grossesse doit:

a) sans préjudice des 3° et 5°, intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;

b) être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales, par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueille la femme enceinte et lui donne des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande soit du médecin soit de la femme, accorde à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle peut avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

2° Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit:

a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse;

b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service d'information visé au 1°, b), pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés;

c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse. L'appréciation de la détermination de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne peut au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue, sauf s'il existe une raison médicale urgente pour la femme d'avancer l'interruption de grossesse. Si la première consultation a lieu

moins de six jours avant l'échéance du délai visé au 1°,), ce délai est prolongé au prorata du nombre de jours non écoulés du délai de six jours. Toutefois lorsque le dernier jour de cette prolongation est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, l'interruption de grossesse peut être pratiquée le jour ouvrable suivant.

4° L'intervention ne peut avoir lieu qu'après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder. Cette déclaration est versée au dossier médical.

5° Au-delà du délai de douze semaines, prolongé le cas échéant conformément au 3°, la grossesse peut, sous les conditions prévues aux 1°, b), et 2° à 4°, être interrompue volontairement seulement si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assure le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis est joint au dossier.

6° Le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

7° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite,

de son refus d'intervention. Il indique dans ce cas les coordonnées d'un autre médecin, d'un centre d'interruption de grossesse ou d'un service hospitalier qu'elle peut solliciter pour une nouvelle demande d'interruption de grossesse. Le médecin qui refuse l'interruption volontaire transmet le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme.

CHAPITRE 3. — *Disposition pénale*

Art. 3. Celui qui aura fait avorter une femme qui y a consenti en dehors des conditions prévues à l'article 2 sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent euros à cinq cents euros. Celui qui tente d'empêcher une femme d'accéder librement à un établissement de soins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent euros à cinq cents euros. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 2 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante euros à deux cents euros. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion de cinq ans à dix ans, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention a été pratiquée en dehors des conditions prévues à l'article 2. Les dispositions du livre Ier, y compris celles du chapitre VII et l'article 85 du Code pénal sont d'application aux infractions visées par la présente loi.

CHAPITRE 4. — *Modification du Code civil*

Art. 4. Dans l'article 497/2, 19°, du Code civil, inséré par la loi du 17 mars 2013, les mots "article 350 du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

CHAPITRE 5. — Modifications du Code pénal

Art. 5. Les articles 350 et 351 du Code pénal, remplacés par la loi du 3 avril 1990 et modifiés par la loi du 26 juin 2000, sont abrogés.

Art. 6. L'article 352 du même Code, remplacé par la loi du 23 janvier 2003, est remplacé par ce qui suit: "Art. 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme qui n'y a pas consenti auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion de dix ans à quinze ans."

Art. 7. Dans l'article 383 du même Code, modifié en dernier lieu par la loi du 26 juin 2000, les phrases "Quiconque aura, soit par l'exposition, la vente ou la distribution d'écrits imprimés ou non, soit par tout autre moyen de publicité, préconisé l'emploi de moyens quelconques de faire avorter une femme, aura fourni des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ou aura fait connaître, dans le but de les recommander, les personnes qui les appliquent." et "Quiconque aura exposé, vendu, distribué, fabriqué ou fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quelconque de publicité les drogues ou engins spécialement destinés à faire avorter une femme ou annoncés comme tels;" sont abrogées.

CHAPITRE 6. — Modifications de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code

Art. 8. Dans l'article 2 de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, les modifications suivantes sont apportées: a) à l'alinéa 1er, 1), les mots "article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2, 1°, de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."; b) à l'alinéa 1er, 5), la première phrase est supprimée et dans la deuxième phrase, les mots "article 350, deuxième alinéa, 4° du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2, 4° de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

Art. 9. Dans l'article 3 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées: a) dans l'alinéa 1er, les mots "article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2, 1°, de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives"; b) dans l'alinéa 2, deuxième tiret, les mots "article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et

modifiant diverses dispositions législatives ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 2, 4° de la même loi.”.

CHAPITRE 7. — *Modification de la loi du 19 décembre 2003 relative au mandat d'arrêt européen*

Art. 10. Dans l'article 5, § 4, de la loi du 19 décembre 2003 relative au mandat d'arrêt européen, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 8.—*Modification de la loi 5 août 2006 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle des décisions judiciaires en matière pénale entre les États membres de l'Union européenne*

Art. 11. Dans l'article 6, § 4, de la loi du 5 août 2006 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle des décisions judiciaires en matière pénale entre les États membres de l'Union européenne, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 9. — *Modification de la loi du 15 mai 2012 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux peines ou mesures privatives de liberté prononcées dans un État membre de l'Union européenne*

Art. 12. Dans l'article 11, § 4, de la loi du 15 mai 2012 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux peines ou mesures privatives de liberté prononcées dans un État membre de l'Union européenne, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 10. — *Modification de la loi du 21 mai 2013 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux jugements et décisions de probation aux fins de la surveillance des mesures de probation et des peines de substitution prononcées dans un État membre de l'Union européenne*

Art. 13. Dans l'article 11, § 4 de la loi du 21 mai 2013 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux jugements et décisions de probation aux fins de la surveillance des mesures de probation et des peines de substitution prononcées dans un État membre de l'Union européenne, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 11. — *Modification de la loi du 23 mars 2017 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux décisions relatives à des mesures de contrôles prononcées à titre d'alternative à la détention préventive*

Art. 14. Dans l'article 11, § 4, de la loi du 23 mars 2017 relative à l'application du principe de reconnaissance mutuelle aux décisions relatives à des mesures de

contrôles prononcées à titre d'alternative à la détention préventive, les mots "article 350, alinéa 2, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

CHAPITRE 12. — Modification de la loi du 22 mai 2017 relative à la décision d'enquête européenne en matière pénale

Art. 15. Dans l'article 11, § 5, de la loi du 22 mai 2017 relative à la décision d'enquête européenne en matière pénale, les mots "article 350, alinéa 2, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 15 octobre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le ministre de la Justice,
K. GEENS

La ministre de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Scellé du sceau de l'Etat :
Le ministre de la justice,
K. GEENS

7. BIBLIOGRAPHIE

7.1. LÉGISLATION – DÉCLARATION POLITIQUE

- Arrêté royal du 16 septembre 2013 - fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans – modifié par la loi du 22 avril 2019.
- Arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.
- Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale (Région Wallonne).
- Fédération Wallonie-Bruxelles, « **Déclaration de politique communautaire** », 2019-2024, p.21.

7.2. ANALYSES

7.2.1 TEXTES EN FRANÇAIS / NÉERLANDAIS

- Agentschap zorg en gezondheid, « **Eindrapport symposium seksuele gezondheid** », février 2019, 173 p., <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>
- Centre d'action laïque, « **Etat des lieux de l'avortement en Europe** », juin 2019, 16 p., <https://www.laicite.be/app/uploads/2019/07/avortement-en-europe-2019.pdf>.
- Centre d'action laïque, « **Sondage d'opinion sur l'interruption volontaire de grossesse en Belgique** », avril 2018, 24 p., <https://www.laicite.be/app/uploads/2018/04/sondage-IVG-FR-avril-2018.pdf>
- Centre d'action laïque, « **Même poids, deux mesures** », septembre 2018, <https://www.laicite.be/magazine-article/meme-poids-deux-mesures/>
- Crisp, Bérangère Marquès-Pereira, « **L'avortement dans l'Union européenne. Acteurs, enjeux et discours** », 2021, 281 pages, <http://www.crisp.be/librairie/catalogue/2045-avortement-union-europeenne-acteurs-enjeux-discours-9782870752524.html>
- Dr Catherine Blanpain – Santé mentale en contexte social, « **Ces médecins funambules – réflexions sur le vécu, les émotions et les besoins des médecins généralistes pratiquant des avortements dans les centres de planning familial à Bruxelles et en Wallonie.** », 2012, 47 p.

- Europe 1, « **Violences conjugales : « au moment de la grossesse, cela s'accroît»** », <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccroît-3908112>
- FARA / SENSOA, Silke Brants, Katrien Vermeire, « **Tienerzwangerschappen in Belgique 2010-2017** », 2020, <https://assets.fara.be/attachment/20113b50ba53ab847bed691614a9ecb7.pdf>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Femmes et contraception, quel véritable choix** », 2013, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Analyse FPS 2015 « 25 ans de la loi IVG en Belgique : Enjeux actuels et perspectives d'avenir** », 2015, 11 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-25-ans-loi-IVG.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **La stigmatisation de l'avortement** », 2015, 10 p. <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-La-stigmatisation-de-lavortement.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Attribuer un statut au fœtus, une menace pour le droit à l'IVG** », 2015, 12 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-statut-foetus.pdf>.
- Fonds des Nations-Unies pour la population, « **Femmes et jeunes en situation de handicap – Guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs** », novembre 2018, 204 p.,
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes – H. Van Hove, « **Grossesse au travail. Expériences de candidates, d'employées et de travailleuses indépendantes en Belgique** », 2017, 150 p. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/107_-_grossesse_au_travail_0.pdf
- Institut Solidaris, « **Grande enquête contraception** », https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
- Journal des tribunaux – chronique judiciaire 2019 - Diane Bernard, Sahra Datoussard, Eugénie d'Ursel, Valérie Eloy - « **L'autonomie reproductive et les droits des femmes à l'aune de trois nouvelles lois « symboliques » : du glissement au recul ?** » volume 2019, numéro 17, p. 344-347,
- Journal Le soir, « **Grand format – Pourquoi le contraceptif pour homme pourrait (enfin) envahir la planète** »,

<https://plus.lesoir.be/272901/article/2020-01-14/grand-format-pourquoi-le-contraceptif-pour-homme-pourrait-enfin-envahir-la>

- La presse médicale, G. Robin, F. Marcelli et al., « **Contraception masculine** », vol. 43, n°2, 2014, pp.205-211,
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498213008737>
- Médecins du monde – Evaluation des activités de « Médecins du monde » en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019 – « **Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles** »,2019,
<https://medecinsdumonde.be/actualitespublications/publications/rapport-sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-en-situation>
- Medimmigrant, « **L'aide médicale du CPAS (en général)** »,
<https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-du-cpas-en-general?lang=fr>
- Partenamut, « L'importance de la contraception chez les adolescentes », 12 février 2019,
<https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>
- Planning familial, « **C'est quoi au juste la charge sexuelle ?** », février 2019,
<https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>
- Populations 2018 - Agnès Guillaume, Clémentine Rossier - « **L'avortement dans le monde, état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences** », volume 73, pp. 255 à 322,
<https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm?ref=doi>
- Plateforme Abortion Right, « **Mémoire Abortion Right : Un droit à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes** », 2019,
<https://www.planningsfps.be/memorandum-abortion-right-un-droit-a-l-interruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/>
- Plateforme EVRAS, « **Recommandations de la plateforme EVRAS pour une généralisation de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire** », janvier 2019,
[https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations PE 21 janvier 2019 avec cosignataires.pdf](https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf)
- Revue francophone des laboratoires, R. Mieusset, J.-C. Soufir et al., « **La contraception masculine** », vol. 43, n° 451,avril 2013, p.17

7.2.2. TEXTES EN ANGLAIS

- American College of Obstetricians and Gynecologists, « **Reproductive and Sexual Coercion** », 2013 Feb;121(2 Pt 1):411-5. doi: <http://10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b>.
https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2013/02000/Committee_Opinion_No_554_Reproductive_and_Sexual.43.aspx
- American Journal of Obstetrics & Gynecology - Rose SB, Lawton BA – « **Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion** », 2012, 206 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21944222>
- Bjog.orgEpidemiology – E. Garne, B. Khoshnood, M. Loane, P. Boyd, H. Dolk; EUROCAT Working Group, « **Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study** », mai 2010 117(6):660-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02531.x.
- Center for Reproductive Rights « **Bulletin : reproductive rights developments in Europe – round – up of abortion law reform in 2018 and a preview of prospective developments in 2019** », février 2019, <https://reproductiverights.org/story/reproductive-rights-developments-europe>
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Committee on the Rights of Persons with Disabilities (joint statement), « **Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities** », 29 août 2018, <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>
- European disability forum, - « **It is time to ensure the sexual and reproductive health and rights of women with disabilities** », mars 2019, <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>
- European Parliamentary Forum for sexual and reproductive rights, « **European contraception atlas 2020** », mars 2020, <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>
- Guttmacher Institute – Perspective on sexual and reproductive health – Sarah Van de Velde, Nina Van Eekert, Kristof Van Assche, Nina Sommerland, Edwin Wouters – « **Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium** », 09/2019, volume 51, issue 3, pp. 175 à 183, <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2019/09/characteristics-women-who-present-abortion-beyond-legal-limit-flanders>
- Jama – American medical association - Sarah C. M. Roberts, Ushma D. Upadhyay, Guodong Liu, Jennifer L. Kerns, Djibril Ba, Nancy Beam, Douglas L. Leslie - « **Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2497 à 2505, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2685987>

- Jama – American medical association - Carolyn L. Westhoff, Anne R. Davis - « **Abortion-related adverse events by facility type reassurance from a national analysis** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2481 à 2483, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2685966>
- Jama – Network Open – T.A. Wilkinson et al. « **Cost minimization analysis of same-day long-acting reversible contraception for adolescents** », 2019;2(9):e1911063 - doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11063.
- Journal of pediatric & adolescent gynecology – L.F. Damle, A.C. Gohari, A.K. McEvoy, S.Y. Desale, V. Gomez-Lobo – « **Early initiation of postpartum contraception : does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents ?** », feb; 2015, 28 (1):57-62. doi: 10.1016/j.jpag.2014.04.005. Epub 2014 May 5.
- Journal of women’s health - Natalia E. Birgisson, Qihong Zao, Gina M. Secura, Tessa Madden, Jeffrey F. Peipert - « **Préventing unintended pregnancy : the contraceptive choice project in review** », 2015, volume 24, numéro 5, pp. 349-353, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441000>
- Plos one - Morris JK, Springett AL, Greenlees R, Loane M, Addor MC, Arriola L Barisic I, Bergman JEH, Csaky-Szunyogh M, Dias C, Draper ES, Garne E, Gatt M, Khoshnood B, Klungsoyr K, Lynch C, McDonnell R, Nelen V, Neville AJ, O'Mahony M, Pierini A, Queisser-Luft A, Randrianaivo H, Rankin J, Rissmann A, Kurinczuk J, Tucker D, Verellen-Dumoulin C, Wellesley D, Dolk H, « **Trends in congenital anomalies in Europe from 1980 to 2012** », avril 2018; 13(4): e0194986. doi: 10.1371/journal.pone.0194986 PMID: PMC5886482, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886482/>
- Prenatal diagnosis – Garne E, Loane M, de Vigan C, Scarano G, de Walle H, Gillerot Y, Stoll C, Addor MC, Stone D, Gener B, Feijoo M, Mosquera-Tenreiro C, Gatt M, Queisser-Luft A, Baena N, Dolk H, « **Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations in 14 regions of Europe** », novembre 2004, pp. 908-912, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.1044>
- The new England journal of medicine – Paula H. Bednarek, Mitchell D Creinin, Matthew F. Reeves, Carrie Cwiak, Eve Espey, Jeffrey T. Jensen – « **Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration** », 2011, numéro 364, pp 2208- 2217. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011600>
- The new England journal of medicine – B. Winner, J.F. Peipert, et al., « **Effectiveness of long-acting reversible contraception**», (366/21), 24 mai 2012, pp. 1998-2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621627>
- Women enabled international – Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities, « **Forms and manifestations of SRHR violations against women and girls with disabilities** »

<https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>

- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research - United Nations Population Fund (UNFPA), « **Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities – WHO-UNFPA guidance note** », 2009, 84 p., ISBN: 978 92 4 159868 2, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>

7.3. VIDEO

- Conseil économique, social et environnemental – Véronique Séhier - « **Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès** », novembre 2019, <https://www.lecese.fr/content/seance-pleniere-1211-14h30-droits-sexuels-et-reproductifs-en-europe-entre-menaces-et-progres>

7.4. BROCHURES

- Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes, « **L'avortement : mon corps, mon choix, ma liberté** », 26 p. <https://www.planningsfps.be/product/brochure-lavortement-mon-corps-mon-choix-ma-liberte/>
- Femmes Plurielles (magazine des FPS), « **Interruption volontaire de grossesse : l'hypocrisie de la loi** », mars 2019, p.12, http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/Femmes-plurielle_Mars2019.pdf
- Family Violence Prevention Fund - L. Chamberlain, R. Levenson, « **Reproductive health and partner violence guidelines: an integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion** », 2010, https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf

7.5. SITES INTERNET

- www.jeveuxavorter.be www.planningsfps.be : Fédération des centres de planning familial des FPS (femmes prévoyantes socialistes)
- www.gacehpa.be : Groupe d'action des Centres Extra-Hospitaliers pratiquant l'Avortement ; les centres du GACEHPA sont membres de la Fédération laïque des Centres de Planning Familial FLCPF.
- www.planningfamilial.net : Fédération laïque de centres de planning familial.
- www.abortus.be : Nederlandstalige abortuscentra: Luna en VUB – Dilemma.
- www.catholicsforchoice.org

- www.ippf.org : International planned parenthood federation
- www.contraceptioninfo.eu
- www.zanzu.be
- www.cpib.be - centre belge d'information pharmacothérapeutique
- www.medimmigrant.be
- <https://ivg.gouv.fr/> : site du gouvernement français dédié aux IVG
- <http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement>
- www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/02/07/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2017 : Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) 2017 voor Nederland (jaarlijks brengt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verslag uit over de zwangerschapsafbrekingen (tot 24 weken), die in het voorafgaande jaar werden verricht).

7.6. POSITION SECTORIELLE

- Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) – Fédération pluraliste des centres de planning familial (FCPPF) – Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes (FCPF – FPS) – Fédération des centres de planning et de consultation (FCPC) – Groupe d'action des centres extra-hospitalier pratiquant l'avortement (GACEHPA), « **Interruption volontaire de grossesse : pour un réel droit des femmes à disposer de leur corps** » , mars 2019, 2 p, <https://fcpc.be/wp-content/uploads/2019/03/Revendications-dossier-interruption-volontaire-de-grossesse-Note-sectorielle-Centres-de-Planning-familial-2.pdf>

7.7. STATISTIQUES

- Contraceptioninfo.eu, « **Contraception Atlas** », février 2019. https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/map_cci-english_english_v9-web.pdf
- Rapport de la Commission nationale d'Evaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2010 et 2011, août 2012, 89 p. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/2012-ivg-rapport-bisannuel>
- Perspective monde (Ecole de politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada), « **Pyramides des âges en Belgique – 2015** », 2015 <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMPagePyramide?codePays=BEL>
- Carine Vrancken, « **Taux d'avortement en Belgique** », janvier 2020.

7.8. MÉMOIRES

- Marion Barbier - Delfosse, « **La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse : un compromis parmi d'autres ? – Extension des délais, jusqu'où peut-on aller ?** », Bruxelles (Université Libre de Bruxelles), 2017, 52 p.
- Charlotte Lenz, « **La sortie de l'interruption volontaire de grossesse du code pénal, une réelle avancée pour les droits des femmes ?** », Louvain – La – Neuve (Université Catholique de Louvain), 2019, 87 p.
- Juliette Polus, « **Interruption volontaire de grossesse : comment garantir l'équilibre entre l'effectivité des droits du patient et la liberté de conscience du médecin ?** », Faculte de droit et de criminologie de l'universite libre de bruxelles, master en droit civil et penal - année academique 2019-2020

**Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018
relative à l'interruption de grossesse.**

Secrétariat de la Commission :

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Eurostation II.

Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse
Bureau 7C034

Place Victor Horta 40, boîte 10

1060 Bruxelles.

02/524.92.56 (Fr) – 02/524.92.60 (NI)

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse>