

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

**RAPPORT À L'ATTENTION DU PARLEMENT**  
**1er JANVIER 2022 – 31 DÉCEMBRE 2023**  
**1st JANUARY 2022 – 31 DECEMBER 2023**



**Mars 2025**  
**March 2025**



## TABLE DES MATIÈRES

<b>1. INTRODUCTION</b> -----	<b>9</b>
<b>2. DOCUMENTS A TRANSMETTRE A LA COMMISSION</b> -----	<b>11</b>
2.1 Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse – version 2022 - recto	11
2.2 Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse – version 2022 - verso	12
2.3 Rapport annuel de l'établissement	13
2.4 Notice annexée au rapport annuel de l'établissement	14
2.5 Rapport annuel du service d'information de l'établissement	15
<b>3. RAPPORT STATISTIQUE</b> -----	<b>16</b>
Remarques préliminaires	16
Remarques importantes	16
3.1. Description	18
3.1.1. Données socio-démographiques	18
3.1.1.1. Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	18
A. Données générales	18
B. Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme par catégories d'âge	19
C. Interruptions de grossesse selon l'âge et par catégories d'âge des femmes en âge de procréer	20
D. Taux d'avortement par catégories d'âge (1996-2023)	21
3.1.1.2. Genre	23
3.1.1.3. Interruptions de grossesse selon l'état civil	23
3.1.1.4. Interruptions de grossesse selon la situation de vie ou de fait	24
3.1.1.5. Interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) mis au monde	27
3.1.1.6. Interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) du ménage	28
3.1.1.7. Interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	29
A. Données générales	29
B. Femmes domiciliées à l'étranger : division par pays de naissance en Europe et par continent	31
C. Nombre de femmes belges par rapport au nombre de femmes domiciliées à l'étranger (2000-2023)	32
D. Évolution des interruptions de grossesse des femmes domiciliées à l'étranger, résidant dans les pays frontaliers	33
E. Nationalités les plus rencontrées parmi les femmes étrangères domiciliées en Belgique	34
F. Pays de naissance de la femme : division par continent	36
3.1.1.8. Établissement où se pratique l'interruption de grossesse	37
A. Centre ou hôpital selon le nombre de semaines de grossesse depuis la conception	37
B. Centre ou hôpital après une durée de 12 semaines de grossesse selon le domicile de la femme	38
3.1.2. Données psychosociales : raisons évoquées des interruptions de grossesse	40
3.1.3. Données médicales	42
3.1.3.1. Interruptions de grossesse selon le nombre de semaines de grossesse depuis la conception	42
3.1.3.2. Contraceptions utilisées ou non	43
A. Données générales	43
B. Les femmes n'ayant pas utilisé de contraception pendant le mois de la conception déclarent :	44
C. Les femmes ayant utilisé une contraception pendant le mois de la conception déclarent :	45

3.1.3.3. Causes de la grossesse	46
3.1.4. Aspects médico-techniques du traitement	48
3.1.4.1. Méthodes utilisées pour interrompre la grossesse	48
A. Données générales	48
B. Méthodes d'interruption de grossesse selon la durée de la grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	48
C. Méthodes d'interruption de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non le domicile de la femme	50
D. Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à 7 semaines incluses de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non le domicile de la femme	52
E. Méthodes d'interruption de grossesse de 8 à 12 semaines incluses de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non le domicile de la femme	54
F. Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non le domicile de la femme	56
3.1.4.2. Méthodes d'anesthésie	58
A. Données générales : Méthode d'anesthésie lors d'une interruption de grossesse avec méthode chirurgicale	58
B. Anesthésies avec une méthode d'interruption de grossesse chirurgicale selon la durée de la grossesse depuis la conception et l'institution	59
3.1.4.3. Durée d'hospitalisation des interruptions de grossesse	61
A. Données générales	61
B. Durée d'hospitalisation des interruptions de grossesse selon la durée de la grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	62
3.1.4.4. Complications médicales immédiates	64
A. Données générales	64
B. Complications médicales immédiates des interruptions de grossesse selon la durée de la grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	65
3.1.4.5. Accord pour l'envoi du rapport médical au médecin traitant	67
3.2. Tabulations croisées	68
3.2.1. Raisons évoquées	68
3.2.1.1. Domicile de la femme et raison relationnelle ou familiale	68
3.2.1.2. Domicile de la femme et raison financière ou matérielle	68
3.2.1.3. Raisons évoquées et catégories d'âge	69
3.2.1.4. Raisons évoquées et situation de vie ou de fait	70
3.2.2. Méthodes de contraception	71
3.2.2.1. Pas de contraception et tranche d'âge	71
3.2.2.2. Contraceptions(s) utilisée(s) et tranche d'âge	72
3.2.3. Méthodes d'interruption de grossesse	74
3.2.3.1. Méthodes d'interruption de grossesse et nombre de semaines depuis la conception	74
3.2.3.2. Méthodes d'interruption de grossesse et complications médicales immédiates	75
3.2.3.3. Méthodes d'interruption de grossesse et catégorie d'âge	75
3.2.4. Hôpital ou centre	76
3.2.4.1. Hôpital ou centre selon le domicile de la femme	76
3.2.4.2. Hôpital ou centre par catégories d'âge	76
3.2.4.3. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception	77

3.3. Annexes au rapport statistique	78
3.3.1. Annexe 1 : sous-rubrique « autre » du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse	78
3.3.1.1. « Autre » raison	78
3.3.1.2. « Autre » situation de vie ou de fait	80
3.3.1.3. « Autre » domicile, sans domicile fixe ou autorisation de séjour	81
3.3.1.4. « Autre » déclaration sur la non utilisation de la contraception	81
3.3.1.5. « Autre » déclaration sur la méthode de contraception utilisée	82
3.3.1.6. « Autre » méthode d'interruption de grossesse	83
3.3.1.7. « Autre » méthode d'anesthésie	83
3.3.1.8. « Autres » complications médicales immédiates	83
3.3.2. Annexe 2 : Interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse depuis la conception	85
3.3.2.1. Péril grave pour la femme et l'enfant	85
3.3.2.2. Affections graves et incurables de l'enfant	86
<b>4. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS-----</b>	<b>90</b>
4.1 Introduction	90
4.2. Institutions francophones	91
4.2.1. Centres	91
4.2.2. Hôpitaux et cliniques	91
4.3. Institutions néerlandophones	92
4.3.1. Centres	92
4.3.2. Hôpitaux et cliniques	92
4.4. Aperçu général des institutions belges	93
4.4.1. Centres	93
4.4.2. Hôpitaux et cliniques	93
<b>5. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS-----</b>	<b>94</b>
5.1. Institutions francophones	94
5.1.1. Centres	94
5.1.1.1. Nombre et qualification du personnel	94
5.1.1.2. Fonctionnement du service	94
5.1.1.3. Nombre de consultations du service en lien avec une interruption de grossesse	96
5.1.1.4. Méthode d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après une interruption de grossesse	97
5.1.1.5. Cas d'accueil et d'assistance spécifiques à signaler	100
5.1.1.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	104
5.1.2. Hôpitaux et cliniques	107
5.1.2.1. Nombre et qualification du personnel	107
5.1.2.2. Fonctionnement du service	108
5.1.2.3. Nombre de consultations du service en lien avec une interruption de grossesse	108
5.1.2.4. Méthode d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après une interruption de grossesse	109
5.1.2.5. Cas d'accueil et d'assistance spécifiques à signaler	112
5.1.2.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	113
5.2. Institutions néerlandophones	114
5.2.1. Centres	114
5.2.1.1. Composition du service d'information	114
5.2.1.2. Fonctionnement du service d'information	114
5.2.1.3. Nombre de consultations du service d'information	115
5.2.1.4. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées	116
5.2.1.5. Cas spécifiques de prise en charge et d'accompagnement	118

5.2.1.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	119
5.2.2. Hôpitaux	119
5.2.2.1. Composition et fonctionnement du service	119
5.2.2.2. Nombre de consultations du service	120
5.2.2.3. Méthode d'accueil et d'assistance appliquées	120
5.2.2.4. Propositions visant à améliorer la prévention	120
<b>6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS-----</b>	<b>121</b>
6.1. Conclusions	121
6.2. Recommandations	123
6.2.1. Introduction générale	123
6.2.2. Recommandations	124
6.2.3. Mot de la fin	128
<b>7. POSITION MINORITAIRE DU DR CHANTAL KORTMANN-----</b>	<b>129</b>
<b>8. ANNEXES SUPPLÉMENTAIRES AUX TABULATIONS CROISÉES-----</b>	<b>135</b>
8.1. Raisons évoquées	135
8.1.1. Raisons évoquées et état civil	135
8.1.2. Raisons évoquées et nombre d'enfant(s) mis au monde	136
8.1.3. Raisons évoquées et nombre d'enfant(s) du ménage	137
8.2. Contraception	138
8.2.1. Pas de contraception et état civil	138
8.2.2. Contraception(s) utilisée(s) et état civil	139
8.2.3. Pas de contraception et nombre d'enfant(s) mis au monde	140
8.2.4. Contraception(s) utilisée(s) et nombre d'enfant(s) mis au monde	141
8.2.5. Pas de contraception et nombre d'enfant(s) du ménage	143
8.2.6. Contraception(s) utilisée(s) et nombre d'enfant(s) du ménage	144
8.3. Méthodes d'interruption de grossesse	146
8.3.1. Méthodes d'interruption de grossesse et anesthésie	146
8.3.2. Méthodes d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	146
8.4. Durée d'hospitalisation	147
8.4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	147
8.4.2. Durée d'hospitalisation et complications médicales immédiates	147
8.5. Hôpital ou centre	148
8.5.1. Hôpital ou centre et complications médicales immédiates	148
8.5.2. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	148
8.5.3. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	148
8.5.4. Hôpital ou centre et anesthésie	149
<b>9. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU OCTOBRE 2018 RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE-----</b>	<b>150</b>
9.1. Commission nationale d'évaluation (AR 3.3.2024)	150
9.2. Cadre administratif de la Commission nationale	151
<b>10. TEXTES DE LOI-----</b>	<b>152</b>
10.1. Interruption de grossesse	152
10.1.1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse	152
10.1.2. Article 349 du Code pénal	152
10.1.3. Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse	152
10.2. Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse	152
10.2.1. Loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation	152
10.2.2. AR du 3 mars 2024 portant nomination des membres de la Commission	153
<b>11. GLOSSAIRE-----</b>	<b>154</b>
<b>12. REMERCIEMENTS-----</b>	<b>155</b>
<b>13. BIBLIOGRAPHIE-----</b>	<b>157</b>
13.1. Législation	157
13.2. Étude scientifique à la demande du politique	157
13.3. Analyses	157

13.3.1. En français	157
13.3.2. En néerlandais	160
13.3.3. En anglais	161
13.4. Vidéo	163
13.5. Brochures	163
13.6. Sites internet	163
13.7. Position sectorielle	164
13.8. Statistiques	164
13.9. Rapports bisannuels de la Commission nationale d'évaluation de l'application de la loi relative à l'interruption de grossesse	165
13.10. Mémoires	165
<b>Colophon</b> -----	<b>167</b>



# 1. INTRODUCTION

Le Parlement voudra bien trouver ici le **dix-huitième 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'interruption de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années **2022 et 2023**.

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;

- Février 2021, sur les enregistrements couvrant les années 2018 et 2019.

Ce rapport aurait normalement dû être publié en septembre 2020 mais cela n'a pu être le cas en raison de la pandémie de Covid-19 : l'absentéisme causé par cette maladie et les mesures de confinement imposées par les autorités ont entraîné du retard dans la transmission des documents d'enregistrement au secrétariat de la Commission. C'est pourquoi le rapport n'a pu être remis au Parlement qu'en février 2021.

- Février 2023, sur les enregistrements couvrant les années 2020 et 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 partie - Chapitre 3 : **Rapport statistique** - 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 - Chapitre 4 : **Rapports annuels des établissements de soins** - 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 - Chapitre 5 : **Analyse des rapports annuels des services d'information des établissements de soins** - 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.



## 2.2 DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE - VERSION 2022 - VERSO

### ADRESSE :

Secrétariat de la Commission nationale d'Évaluation des Interruptions de Grossesse  
SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement  
Avenue Galilée 5/2 – 1210 Bruxelles – bureau 5.35

**A LA RUBRIQUE 3 A), REMPLIR 1, 2 OU 3 NUMÉROS DE CODE : donner les raisons de l'interruption de grossesse n'est plus exigé par la loi mais s'avère indispensable pour comprendre le contexte sociétal et faire des recommandations appropriées au législateur afin de mieux protéger et accompagner les femmes.**

#### ***Raisons personnelles***

- 00 Sentiment d'être trop jeune
- 01 Sentiment d'être trop âgée
- 02 Sentiment d'isolement
- 03 Pas de souhait d'enfant pour le moment
- 04 Décision de ne jamais avoir d'enfant
- 05 La famille est complète
- 06 Sexe du fœtus

#### ***Raisons familiales ou relationnelles***

- 10 Relation récemment rompue
- 11 Le partenaire ne souhaite pas la grossesse
- 12 Relation occasionnelle
- 13 Relation trop récente
- 14 Relation hors couple
- 15 Problèmes de couple
- 16 Problèmes de relation avec l'entourage
- 17 Problèmes juridiques liés au divorce
- 18 Problèmes psychosociaux avec l'/les enfant(s) du ménage (problèmes non médicaux)
- 19 Interdit culturel

#### ***Raisons financières ou matérielles***

- 20. Problèmes financiers
- 21. Situation professionnelle de la femme et/ou du partenaire
- 22. Problèmes de logement
- 23. Étudiante

#### ***Raisons liées aux contraintes ou à la violence***

- 30. Viol
- 31. Inceste
- 32. Violence du partenaire
- 33. Pression de la famille
- 34. Coercition à la maternité

#### ***Raisons liées à des convictions idéologiques ou philosophiques***

- 40. Ecologie
- 41. Démographie mondiale (surpopulation)
- 42. Raisons religieuses

#### ***Raisons de santé***

- 50. Problèmes de santé physique
- 51. Problèmes de santé du fœtus
- 52. Problèmes de santé futurs de l'enfant
- 53. Crainte pour la santé du fœtus
- 54. Problèmes de santé mentale
- 55. Graves problèmes de santé d'un membre de la famille

#### ***Autres raisons***

- 60. Situation administrative précaire
- 99. Autre, à préciser

## 2.3 RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT

RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT	
(Original à envoyer à la Commission d'Évaluation 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'Évaluation 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'Évaluation	
N° de référence : .....	
N° de code de l'établissement : .....	
Réservé à la Commission d'Évaluation	
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'Évaluation	
* (1) (2) (3) cf. notice ci-annexée.	

## 2.4 NOTICE ANNEXÉE AU RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT

### 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 sa 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.

## 2.5 RAPPORT ANNUEL DU SERVICE D'INFORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT

### 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 ?

-----

### 3. RAPPORT STATISTIQUE

#### Remarques préliminaires

- 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.
- La rubrique « **autre** », reprise dans les tableaux « Situation de vie /de fait – Domicile – Raisons évoquées et/ou observées (code 99) – Raison pour laquelle la contraception n'a pas été utilisée – Méthode de contraception utilisée – Méthode utilisée pour interrompre la grossesse – Anesthésie et Complications », est explicitée à l'annexe 1 (pp.78-84).
- Les données portant sur les interruptions de grossesse pratiquées **au-delà de** la période légale de **12 semaines de grossesse depuis la conception** sont détaillées à l'annexe 2 (pp.85-89).
- Les données statistiques reprises dans ce rapport bisannuel ne reprennent pas les données issues des documents d'enregistrement transmis hors délai au secrétariat de la Commission. Ces données sont enregistrées dans des bases de données distinctes nommées « 2022 **bis** » et « 2023 **bis** ».  
  
Le retard dans l'envoi de ces documents d'enregistrement varie généralement entre quelques mois et un an mais peut aller jusqu'à deux ans, voire plus.
- Le nombre de documents d'enregistrement enregistrés hors délai est présenté, par année, au point 6.1 « Conclusions » (p. 121).

#### REMARQUES IMPORTANTES

- Dans ce rapport, le mot « femme » (et les pronoms « elle » ) est utilisé pour décrire les personnes dont le sexe assigné à la naissance est une femme, quelle que soit leur identité de genre.
- Le **terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception** correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2022).
- Dans ce rapport, la notion de « **taux d'avortement** » est abordée à plusieurs reprises car cette notion donne une image plus parlante dans le cadre des comparaisons relatives aux interruptions de grossesse et est également utilisée par de nombreux pays européens.  
  
Le taux d'avortement est le nombre d'avortements par 1000 femmes âgées entre 15 et 44 ans inclus (= en âge de procréer) et est obtenu en multipliant par 1000 le nombre d'avortements de ces femmes et en divisant le chiffre obtenu par le nombre de femmes domiciliées de la même catégorie d'âge.
- La nouvelle version 2022 du **document d'enregistrement d'une interruption de grossesse** (pp.11) apporte les améliorations suivantes :
  - « Nationalité et pays de naissance de la femme » ► possibilité d'indiquer « non communiqué (code 999) »;
  - « Situation de vie ou de fait » ► ajout de « vit chez ses parents ou un membre de la famille »;
  - « Enfant(s) dont la femme prend soin » ► remplacé par « enfant(s) du ménage »;
  - Introduction de la notion de genre.

- Les cas d'**interruption de grossesse en dessous de 14 ans** restent exceptionnels. Dès le prochain rapport, le secrétariat contactera systématiquement le médecin concerné chaque fois qu'un âge inférieur à 14 ans sera communiqué afin de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une déclaration erronée (par exemple communication du nombre de semaines d'aménorrhée au lieu de l'âge de la femme).
- Le nombre d'interruptions de grossesse et le taux d'avortement ont diminué en 2020 et 2021 alors qu'ils restent stables les autres années (entre 8 et 9).

Si la Commission ne peut pas déterminer les causes précises de cette diminution sans analyses approfondies, celle-ci coïncide avec la **pandémie de Covid 19**, pendant laquelle de nombreuses mesures, telles que confinement, ont été imposées par les autorités.

Les institutions, notamment les centres, ont poursuivi leurs activités de prise en charge des femmes mais l'accès aux soins a néanmoins été rendu plus compliqué (recentrage des activités hospitalières sur les soins anti-covid, nécessité de disposer d'une autorisation de circulation, notamment pour passer la frontière, délai d'attente parfois plus long dans les centres).

La Commission insiste donc pour que les autorités prennent les mesures nécessaires pour que l'accès aux soins soit garanti en toutes circonstances, y compris en cas de crise sanitaire et que cette accessibilité soit communiquée auprès du public.

L'impact de la crise Covid se reflète dans l'évolution de certains chiffres repris dans ce rapport et notamment le taux d'avortement, inférieur de 0,7 aux taux des années antérieures et ultérieures (p.21).

Le tableau qui montre l'évolution du nombre d'interruptions de grossesse par tranche d'âge (2008-2023-p.), montre que la baisse observée en 2020 et 2021 se reflète principalement dans les tranches d'âge plus jeunes : de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans, le nombre d'interruptions de grossesse est inférieur d'environ 15% à la moyenne des 2 années antérieures et postérieures. Dans le groupe des 25 à 29 ans, ce nombre est environ 11 % inférieur. Dans le groupe des 30 à 34 ans, on constate une diminution limitée de - 4% en 2020-2021 par rapport à 2018-2019 alors que pour ce groupe, on constate une augmentation du nombre d'interruptions de grossesse en 2022 (+10% ) et 2023 (+15%).

En 2022 et 2023, certains hôpitaux et centres ont transmis à la Commission un rapport annuel sans transmettre de document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (voir chapitre 4, p.90)

Selon ces rapports annuels, en 2022, 4 centres (Fr) et 4 hôpitaux (3 Fr et 1 NI) n'ont pas transmis 662 documents d'enregistrement (643 Fr et 19 NI) et en 2023, 2 centres (Fr) et 6 hôpitaux (1 Fr et 5 NI) n'ont pas transmis 450 documents d'enregistrements (430 Fr et 20 NI).

Ces chiffres ne sont pas repris dans les statistiques présentées aux chapitres 3 et 8, car cela fausserait les résultats, faute d'informations sur les interruptions de grossesse pratiquées.

## 3.1 DESCRIPTION

### 3.1.1. DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

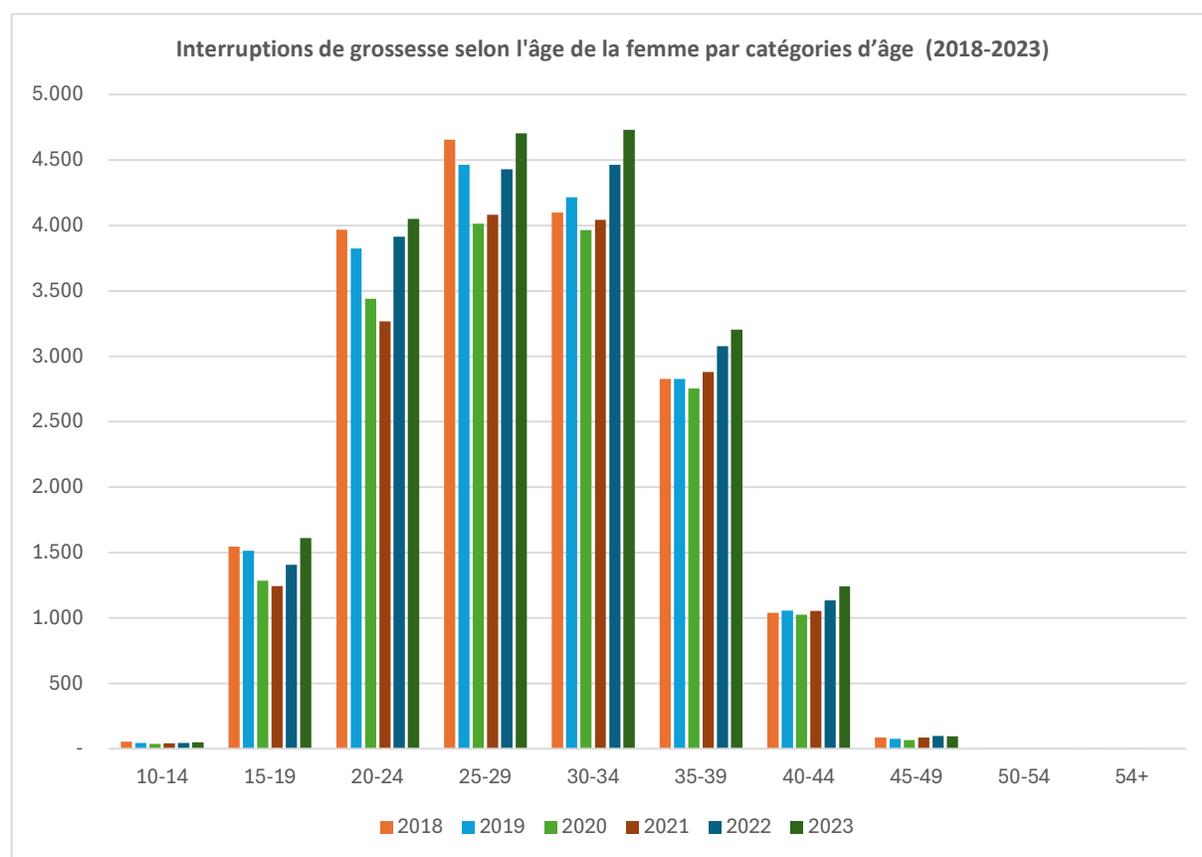
#### 3.1.1.1. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÂGE DE LA FEMME

##### A. Données générales

ÂGE	NOMBRE (%)	
	2022	2023
12	1 (0,01)	1 (0,01)
13	8 (0,04)	9 (0,05)
14	36 (0,19)	33 (0,17)
15	76 (0,41)	91 (0,46)
16	172 (0,93)	169 (0,86)
17	273 (1,47)	310 (1,57)
18	378 (2,04)	448 (2,28)
19	510 (2,75)	594 (3,02)
20	643 (3,46)	695 (3,53)
21	754 (4,06)	738 (3,75)
22	827 (4,45)	817 (4,15)
23	818 (4,4)	894 (4,54)
24	872 (4,69)	908 (4,61)
25	834 (4,49)	932 (4,73)
26	874 (4,71)	942 (4,79)
27	887 (4,78)	935 (4,75)
28	889 (4,79)	949 (4,82)
29	945 (5,09)	947 (4,81)
30	998 (5,37)	1.051 (5,34)
31	903 (4,86)	950 (4,83)
32	889 (4,79)	1.000 (5,08)
33	870 (4,68)	893 (4,54)
34	804 (4,33)	840 (4,27)
35	775 (4,17)	799 (4,06)
36	677 (3,64)	732 (3,72)
37	646 (3,48)	656 (3,33)
38	534 (2,87)	549 (2,79)
39	447 (2,41)	468 (2,38)
40	382 (2,06)	397 (2,02)
41	281 (1,51)	333 (1,69)
42	213 (1,15)	254 (1,29)
43	160 (0,86)	175 (0,89)
44	98 (0,53)	81 (0,41)
45	60 (0,32)	50 (0,25)
46	19 (0,1)	26 (0,13)
47	12 (0,06)	13 (0,07)
48	4 (0,02)	5 (0,03)
49	3 (0,02)	1 (0,01)
50	2 (0,01)	1 (0,01)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>
<b>ÂGE MOYEN</b>	<b>29,03</b>	<b>28,97</b>

## B. Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme par catégories d'âge

ÂGE	NOMBRE (%)					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
10-14	55 (0,3)	45 (0,2)	39 (0,2)	42 (0,3)	45 (0,2)	43 (0,2)
15-19	1.544 (8,4)	1.514 (8,4)	1.283 (7,7)	1.242 (7,4)	1.409 (7,6)	1.612 (8,2)
20-24	3.968 (21,7)	3.824 (21,2)	3.440 (20,7)	3.268 (19,6)	3.914 (21,1)	4.052 (20,6)
25-29	4.655 (25,5)	4.464 (24,8)	4.013 (24,2)	4.083 (24,4)	4.429 (23,8)	4.705 (23,9)
30-34	4.097 (22,4)	4.216 (23,4)	3.965 (23,9)	4.043 (24,2)	4.464 (24)	4.734 (24)
35-39	2.826 (15,5)	2.827 (15,7)	2.753 (16,6)	2.879 (17,2)	3.079 (16,6)	3.204 (16,3)
40-44	1.039 (5,7)	1.057 (5,9)	1.026 (6,2)	1.054 (6,3)	1.134 (6,1)	1.240 (6,3)
45-49	87 (0,5)	76 (0,4)	65 (0,4)	87 (0,5)	98 (0,5)	95 (0,5)
50-54	1 (0,005)	4 (0,02)	1 (0,006)	3 (0,02)	2 (0,01)	1 (0,005)
> 54	1 (0,005)			1 (0,006)		
<b>TOTAL</b>	<b>18.273</b> <b>(100)</b>	<b>18.027</b> <b>(100)</b>	<b>16.585</b> <b>(100)</b>	<b>16.702</b> <b>(100)</b>	<b>18.574</b> <b>(100)</b>	<b>19.686</b> <b>(100)</b>

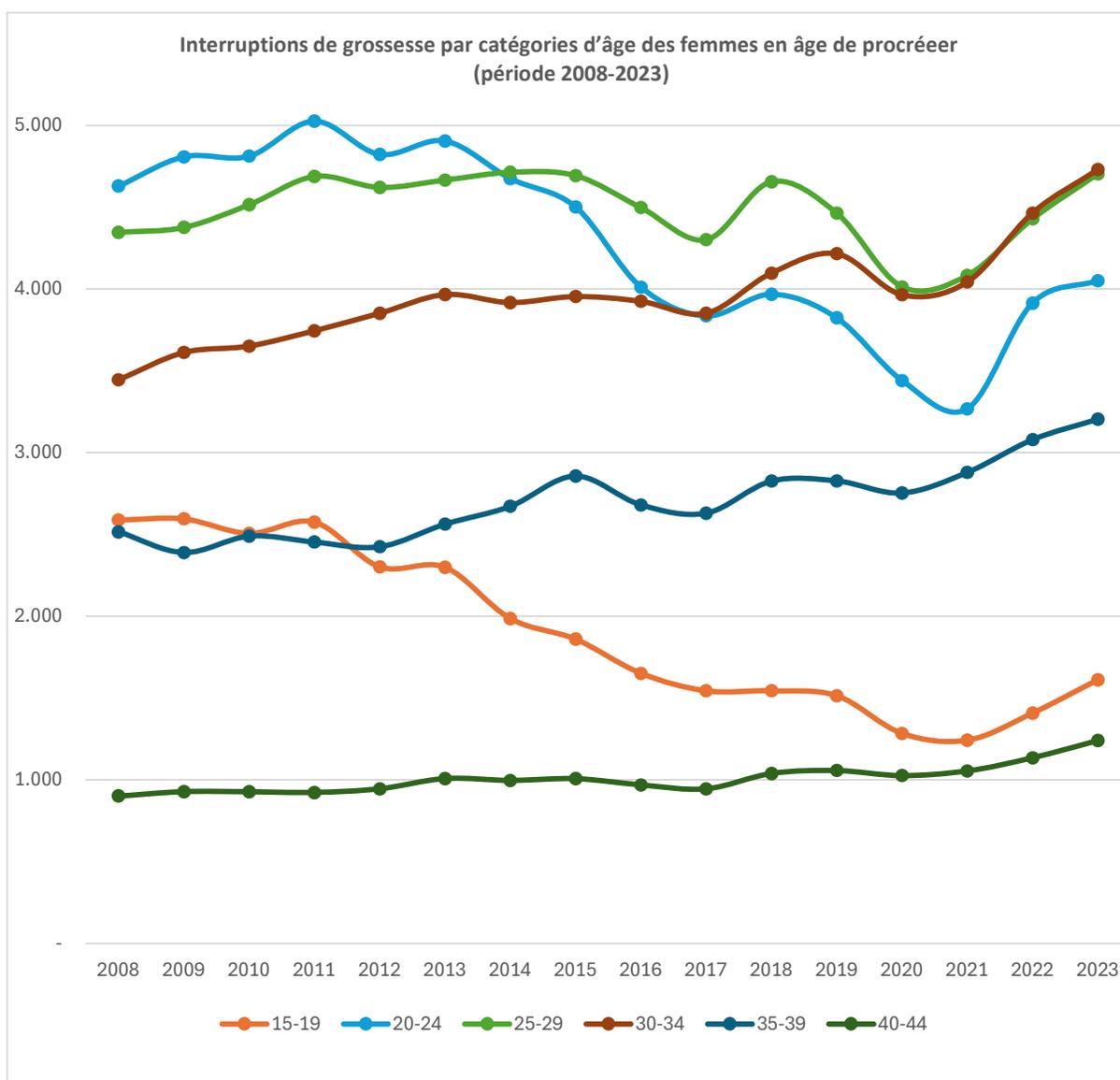


► Selon les données de l'Inspection des Soins de santé (Ministère de la Santé publique, du Bien-être et des Sports) des **Pays-Bas**<sup>1</sup>, les cliniques spécialisées ont pratiqué 452 interruptions de grossesse en 2022 et 417 interruptions de grossesse en 2023 sur des femmes habitant en Belgique.

<sup>1</sup>(Annexe au rapport annuel 2022 (octobre 2023) et 2023 ( novembre 2024), Wet afbreking zwangerschap (Wafz), Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.

### C. Interruptions de grossesse selon l'âge et par catégories d'âge de la femme en âge de procréer

Catégories d'âge	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15-19	2.588	2.595	2.506	2.575	2.302	2.298	1.986	1.860	1.651	1.544	1.544	1.514	1.283	1.242	1.409	1.612
20-24	4.629	4.808	4.812	5.027	4.823	4.905	4.675	4.502	4.011	3.836	3.968	3.824	3.440	3.268	3.914	4.052
25-29	4.346	4.376	4.515	4.688	4.621	4.666	4.713	4.693	4.498	4.301	4.655	4.464	4.013	4.083	4.429	4.705
30-34	3.445	3.612	3.651	3.745	3.852	3.966	3.917	3.954	3.925	3.852	4.097	4.216	3.965	4.043	4.464	4.734
35-39	2.516	2.389	2.490	2.454	2.425	2.563	2.672	2.857	2.680	2.630	2.826	2.827	2.753	2.879	3.079	3.204
40-44	901	928	927	923	945	1.008	996	1.007	969	945	1.039	1.057	1.026	1.054	1.134	1.240
<b>Total (15-44)</b>	<b>18.425</b>	<b>18.708</b>	<b>18.901</b>	<b>19.412</b>	<b>18.968</b>	<b>19.406</b>	<b>18.959</b>	<b>18.873</b>	<b>17.734</b>	<b>17.108</b>	<b>18.129</b>	<b>17.902</b>	<b>16.480</b>	<b>16.569</b>	<b>18.429</b>	<b>19.547</b>



## D. Taux d'avortement par catégories d'âge (1996-2023)

► Le **taux d'avortement** est obtenu en multipliant par 1000 le nombre d'avortements des femmes en âge de procréer (entre 15 et 44 ans inclus) et en divisant le nombre ainsi obtenu par le nombre de femmes domiciliées de la même catégorie d'âge.

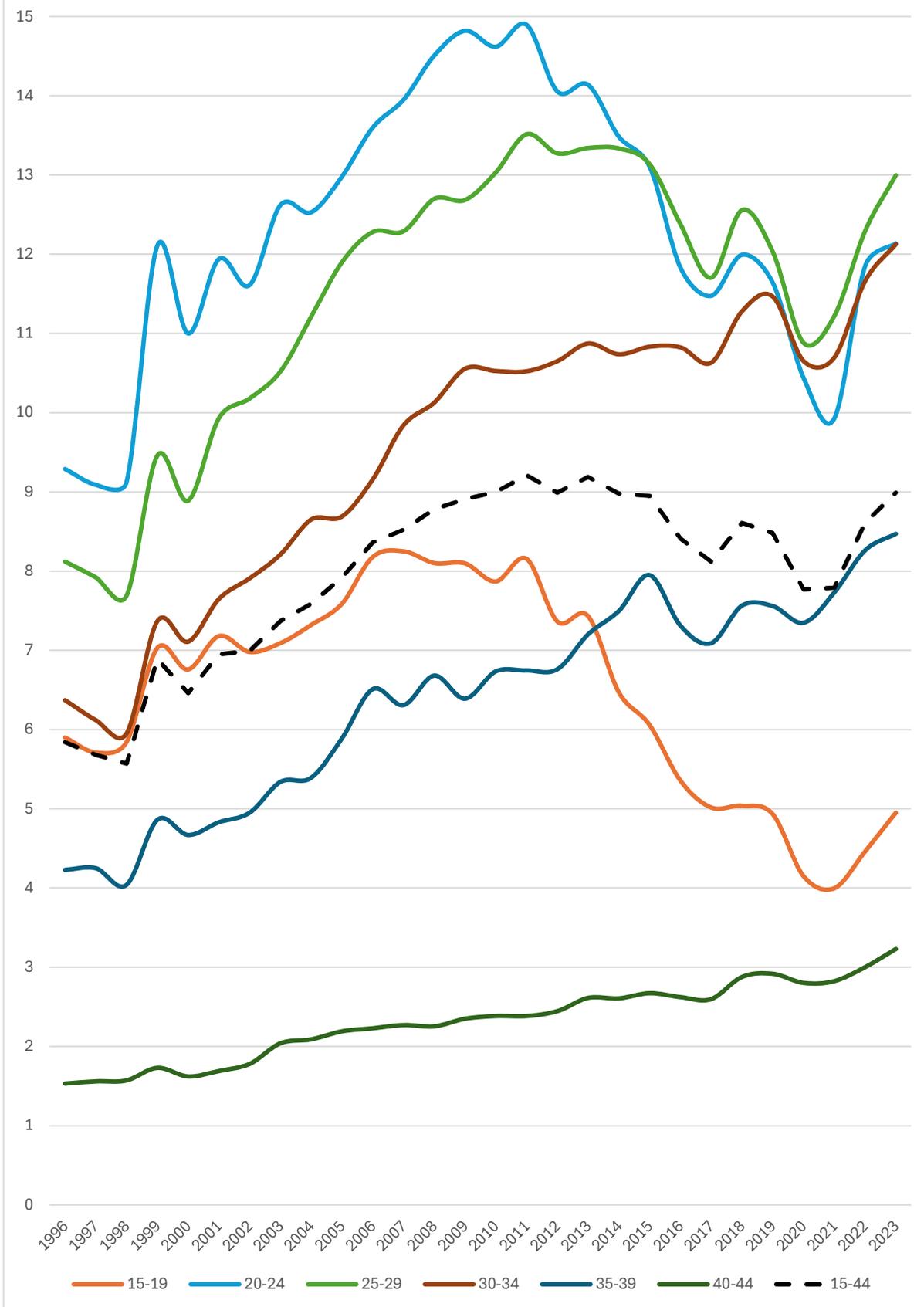
Catégories d'âge	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
15-19	5,90	5,71	5,84	7,03	6,76	7,18	6,98
20-24	9,29	9,09	9,12	12,11	11,00	11,94	11,61
25-29	8,12	7,92	7,69	9,46	8,89	9,93	10,18
30-34	6,37	6,12	5,95	7,37	7,11	7,65	7,91
35-39	4,23	4,25	4,04	4,86	4,67	4,83	4,95
40-44	1,53	1,56	1,57	1,73	1,62	1,69	1,78
15-44	<b>5,84</b>	<b>5,68</b>	<b>5,57</b>	<b>6,89</b>	<b>6,46</b>	<b>6,95</b>	<b>6,99</b>

Catégories d'âge	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
15-19	7,09	7,32	7,59	8,18	8,25	8,10	8,10
20-24	12,62	12,53	12,98	13,60	13,95	14,51	14,82
25-29	10,52	11,21	11,90	12,28	12,29	12,70	12,69
30-34	8,21	8,65	8,69	9,16	9,84	10,13	10,56
35-39	5,34	5,39	5,89	6,51	6,31	6,68	6,39
40-44	2,04	2,09	2,19	2,23	2,27	2,25	2,35
15-44	<b>7,37</b>	<b>7,59</b>	<b>7,92</b>	<b>8,36</b>	<b>8,52</b>	<b>8,78</b>	<b>8,91</b>

Catégories d'âge	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
15-19	7,87	8,16	7,36	7,43	6,47	6,06	5,35
20-24	14,62	14,90	14,05	14,14	13,48	13,11	11,83
25-29	13,03	13,51	13,27	13,34	13,34	13,14	12,38
30-34	10,53	10,52	10,65	10,87	10,74	10,83	10,82
35-39	6,73	6,75	6,76	7,20	7,50	7,95	7,31
40-44	2,38	2,38	2,45	2,61	2,61	2,67	2,62
15-44	<b>9,00</b>	<b>9,21</b>	<b>8,99</b>	<b>9,19</b>	<b>8,98</b>	<b>8,95</b>	<b>8,41</b>

Catégories d'âge	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
15-19	5,02	5,04	4,93	4,15	4,00	4,45	4,95
20-24	11,48	11,99	11,64	10,44	9,92	11,83	12,13
25-29	11,70	12,56	12,03	10,88	11,22	12,27	12,99
30-34	10,63	11,28	11,47	10,65	10,69	11,65	12,11
35-39	7,09	7,56	7,56	7,35	7,73	8,25	8,46
40-44	2,60	2,88	2,92	2,80	2,82	3,00	3,22
15-44	<b>8,12</b>	<b>8,61</b>	<b>8,48</b>	<b>7,77</b>	<b>7,79</b>	<b>8,60</b>	<b>8,98</b>

Évolution des taux d'avortement par catégories d'âge de 1996 à 2023



### 3.1.1.2. GENRE

► Depuis 2018, les personnes transgenre peuvent modifier officiellement leur sexe et leur prénom sans devoir répondre à certaines conditions médicales. Les demandes d'interruption de grossesse commencent à être introduites par des personnes administrativement de genre masculin.

C'est pourquoi, cette rubrique a été ajoutée au document d'enregistrement en 2022.

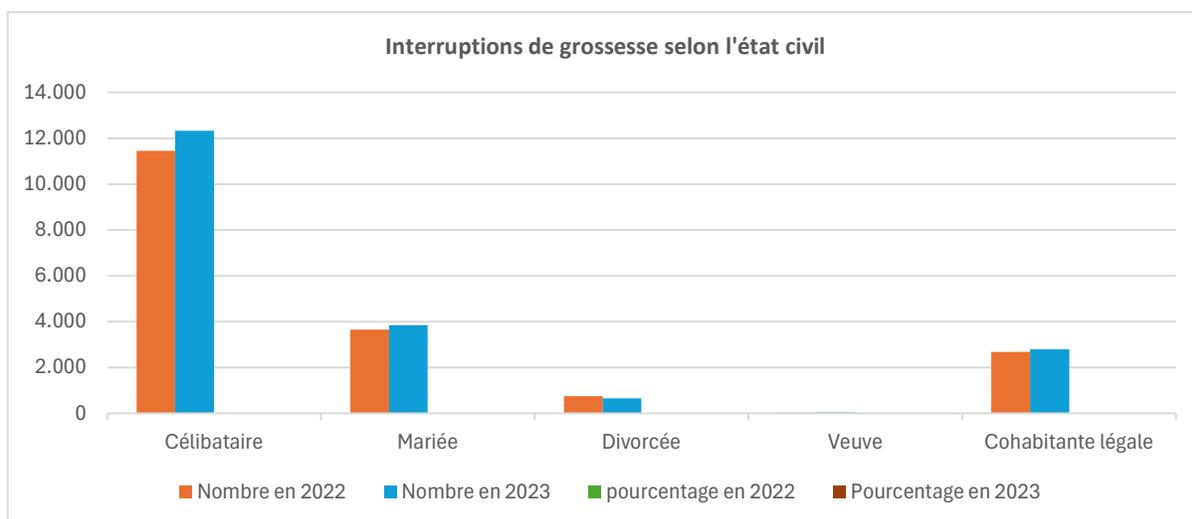
GENRE	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Femme	18.571 (99,98)	19.674 (99,94)
Autre (*)	3 (0,02)	12 (0,06)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

(\*) Aucune précision n'a été communiquée sur le document d'enregistrement pour ces réponses « autre ».

### 3.1.1.3. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÉTAT CIVIL

ÉTAT CIVIL	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Célibataire	11.442 (61,6)	12.332 (62,64)
Mariée	3.658 (19,69)	3.849 (19,55)
Divorcée	755 (4,06)	659 (3,35)
Veuve	34 (0,18)	42 (0,21)
Cohabitante légale	2.685 (14,46)	2.804 (14,24)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

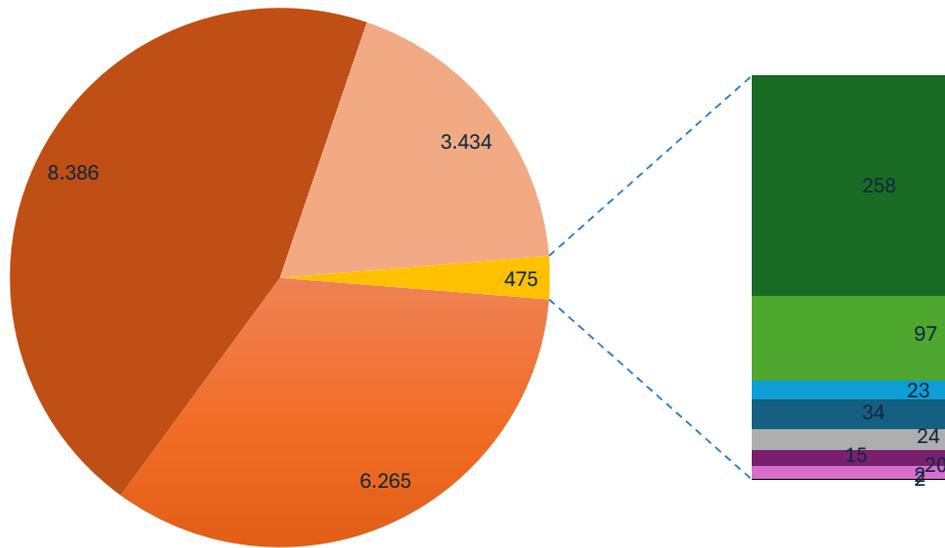
► Les données officielles de l'état civil ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des femmes. En effet, une femme dont l'état civil est "mariée" peut vivre en couple avec son époux ou avec un autre partenaire, ou peut encore vivre seule; de même, une femme dont l'état civil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



### 3.1.1.4. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÉTAT DE VIE OU DE FAIT

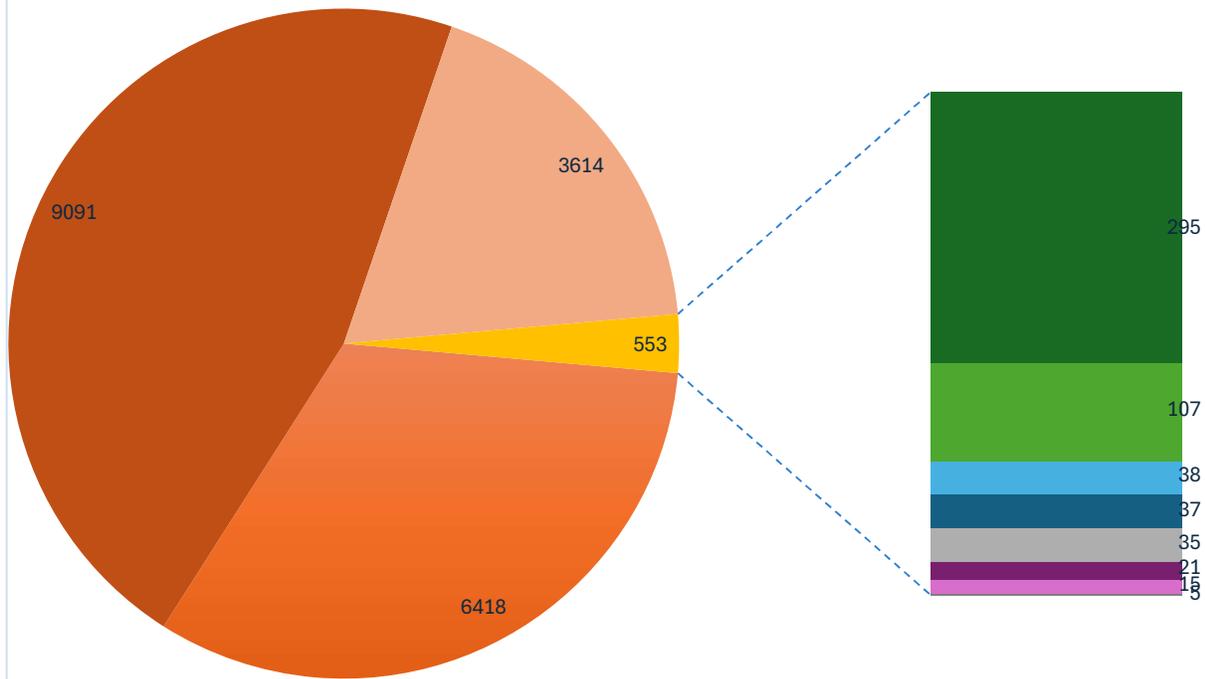
.Situation de vie ou de fait		Nombre (%)	
		2022	2023
La femme vit seule		6.265 (33,76)	6.412 (32,63)
La femme vit en couple		8.386 (45,18)	9.078 (46,19)
Le femme vit chez un/ses parents, un membre de la famille		3.434 (18,5)	3.611 (18,37)
Autre : 475 : 2022 552 : 2023	Vit chez un ami, une connaissance, un ex-partenaire ou en colocation	258 (1,39)	294 (1,50)
	Vit en centre - d'asile, pour réfugié(e)s – Fédasil, - de la Croix-rouge, en famille d'accueil, en logement via une organisation pour réfugié(e)s.	97 (0,52)	107 (0,54)
	Vit en centre d'accueil (d'urgence), centre de séjour ou est internée dans une institution psychiatrique	23 (0,12)	38 (0,19)
	Étudie en kot, cohabite avec un(e) étudiant(e), vit à l'internat, vit au pair	34 (0,18)	37 (0,19)
	Relation LAT	24 (0,13)	35 (0,18)
	Vit dans une auberge de jeunesse, en groupe de vie, sous accompagnement, en famille d'accueil	20 (0,11)	21 (0,11)
	Est SDF, sans lieu de séjour fixe	15 (0,08)	15 (0,08)
	Est en prison, en institution fermée	2 (0,01)	5 (0,03)
Touriste		2 (0,01)	
Sous-total		18.560	19.653
Non communiqué, blanc ou inconnu		14	33
<b>TOTAL</b>		<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

### Interruptions de grossesse selon la situation de vie ou de fait en 2022



- Seule
- En couple
- Chez un parent ou un membre de la famille
- Chez un(e) ami(e) / une connaissance / un ex-partenaire / en colocation
- En centre d'asile / centre pour réfugié / centre Fédasil / centre de la Croix-rouge / en famille d'accueil / en logement fourni par une organisation d'aide aux réfugié(e)s
- En centre d'accueil (d'urgence) / en centre de séjour / est interné en institution psychiatrique
- Dans un kot étudiant / co-habite avec un(e) étudiant(e) / vit à l'internat / vit au pair
- Relation LAT
- Institution (de jeunesse) / en groupe de vie / sous accompagnement en famille d'accueil
- Sans lieu de séjour fixe / SDF
- En prison / institution fermée
- Touriste

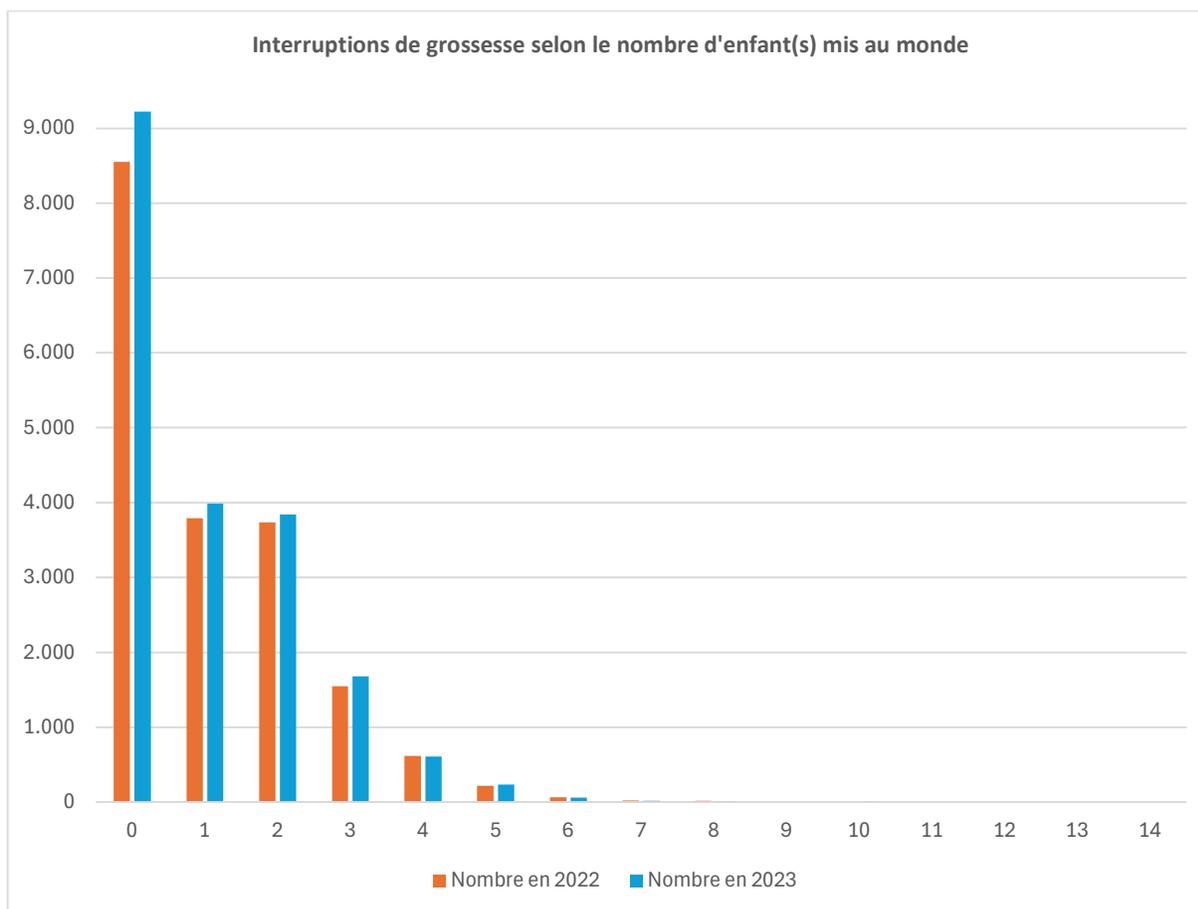
### Interruptions de grossesse selon la situation de vie ou de fait - 2023



- Vit seule
- Vit en couple
- Vit chez un parent/un membre de la famille
- Vit chez un(e) ami(e) / une connaissance/ un ex-partenaire/ en colocation
- Vie en centre - d'asile - pour réfugié(e)s - de la Croix-rouge / en famille d'accueil/ en logement fourni par une association d'aide aux réfugié(e)s
- Vit en centre d'accueil d'urgence / en centre de séjour / est internée dans une institution psychiatrique
- Vit dans un kot étudiant / cohabite avec un(e) étudiant(e)
- Vit en relation LAT
- Vit dans une institution de jeunesse / un groupe de vie / sous accompagnement / en famille d'accueil
- Sans lieu de séjour fixe / SDF
- En prison / en institution fermée

### 3.1.1.5. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

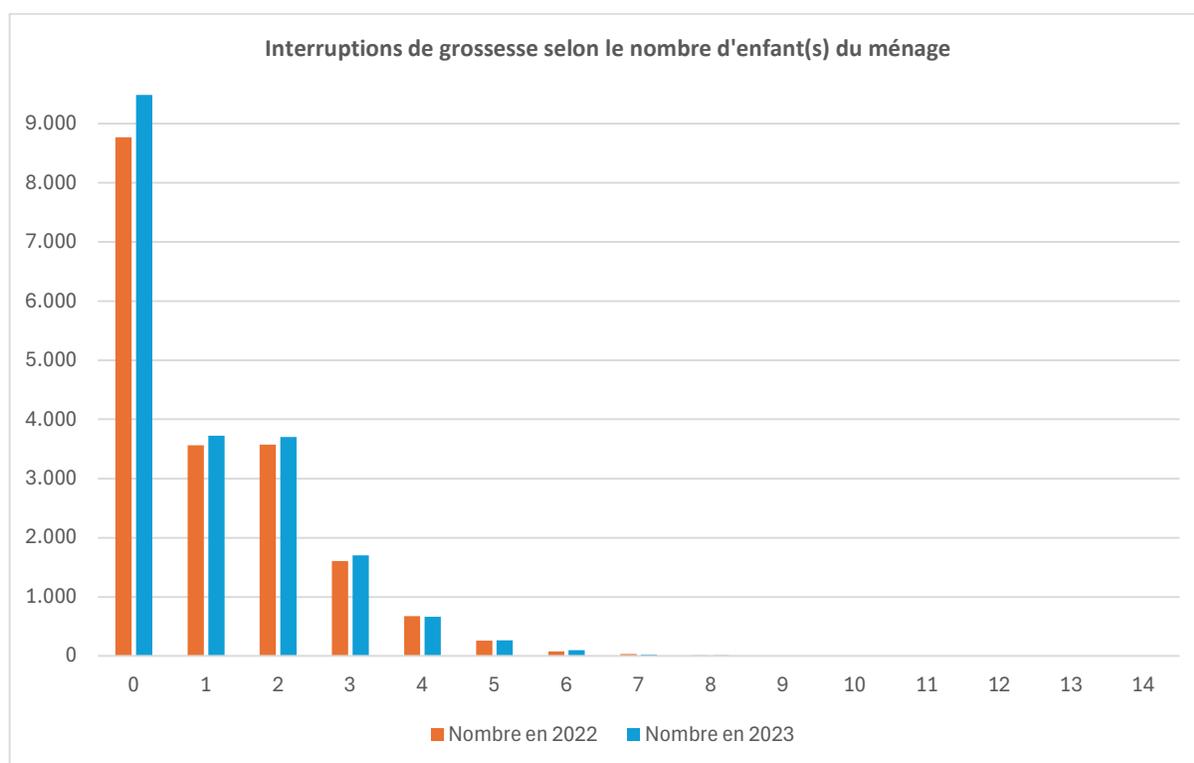
ENFANT(S)	NOMBRE (%)	
	2022	2023
0	8.552 (46,0)	9.223 (46,9)
1	3.791 (20,4)	3.989 (20,3)
2	3.735 (20,1)	3.845 (19,5)
3	1.551 (8,4)	1.684 (8,6)
4	619 (3,3)	608 (3,1)
5	217 (1,2)	238 (1,2)
6	66 (0,36)	61 (0,31)
7	23 (0,12)	20 (0,1)
8	15 (0,08)	9 (0,05)
9	2 (0,01)	3 (0,02)
10	2 (0,01)	4 (0,02)
11	1 (0,01)	
12		
13		
14		2 (0,01)
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>



### 3.1.1.6. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

► Nombre d'enfant(s) du ménage » remplace « nombre d'enfant(s) dont la femme prend soin »

ENFANTS	NOMBRE (%)	
	2022	2023
0	8.772 (47,2)	9.487 (48,2)
1	3.561 (19,2)	3.724 (18,9)
2	3.572 (19,2)	3.702 (18,8)
3	1.606 (8,6)	1.700 (8,6)
4	673 (3,6)	666 (3,4)
5	258 (1,4)	266 (1,4)
6	78 (0,4)	96 (0,5)
7	30 (0,16)	24 (0,12)
8	14 (0,08)	10 (0,05)
9	5 (0,03)	5 (0,03)
10	3 (0,02)	3 (0,02)
11	2 (0,01)	1 (0,01)
12		
13		
14		2 (0,01)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>



### 3.1.1.7. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE DOMICILE DE LA FEMME

#### A. DONNÉES GÉNÉRALES

DOMICILE	NOMBRE IVG (%)		NOMBRE DE FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER				TAUX D'AVORTEMENT (*)	
			TOTAL EN		FEMMES DOMICILIÉES AU			
	2022	2023	2022	2023	1/1/2022	1/1/2023	2022	2023
Flandre occidentale	1.301 (7,1)	1.434 (8)	1.296	1.427	199.940	202.903	6,51	7,07
Flandre orientale	2.072 (11,3)	2.263 (12,6)	2.049	2.248	282.278	287.111	7,34	7,88
Anvers	3.003 (16,4)	3.180 (7,6)	2.980	3.159	344.290	351.941	8,72	9,04
Limbourg	1.024 (5,6)	1.115 (6,2)	1.019	1.106	153.496	155.545	6,67	7,17
Brabant flamand	1.554 (8,5)	1.524 (8,5)	1.537	1.506	213.647	217.398	7,27	7,01
Région de Bruxelles-Capitale	3.043 (16,6)	2.977 (16,5)	3.018	2.960	273.550	281.007	11,12	10,59
Brabant wallon	648 (3,5)	672 (3,7)	642	664	74.213	74.886	8,73	8,97
Hainaut	2.621 (14,3)	3.030 (16,8)	2.605	3.012	247.650	249.193	10,58	12,16
Namur	901 (4,9)	989 (5,5)	891	982	92.547	93.294	9,74	10,60
Liège	1.721 (9,4)	1.837 (10,2)	1.712	1.823	206.395	207.728	8,34	8,84
Luxembourg	462 (2,5)	444 (2,5)	457	440	54.731	55.451	8,44	8,01
<b>TOTAL</b>	<b>18.350 (100)</b>	<b>19.465 (100)</b>	<b>18.206</b>	<b>19.327</b>	<b>2.142.737</b>	<b>2.176.457</b>	<b>8,56</b>	<b>8,94</b>
Sans domicile fixe ou autorisation de séjour	48	45	48	45				
À l'étranger	163	159	162	158				
Pas de réponse	13	17	13	17				
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.574</b>	<b>19.686</b>	<b>18.429</b>	<b>19.547</b>			<b>8,67</b>	<b>9,04</b>

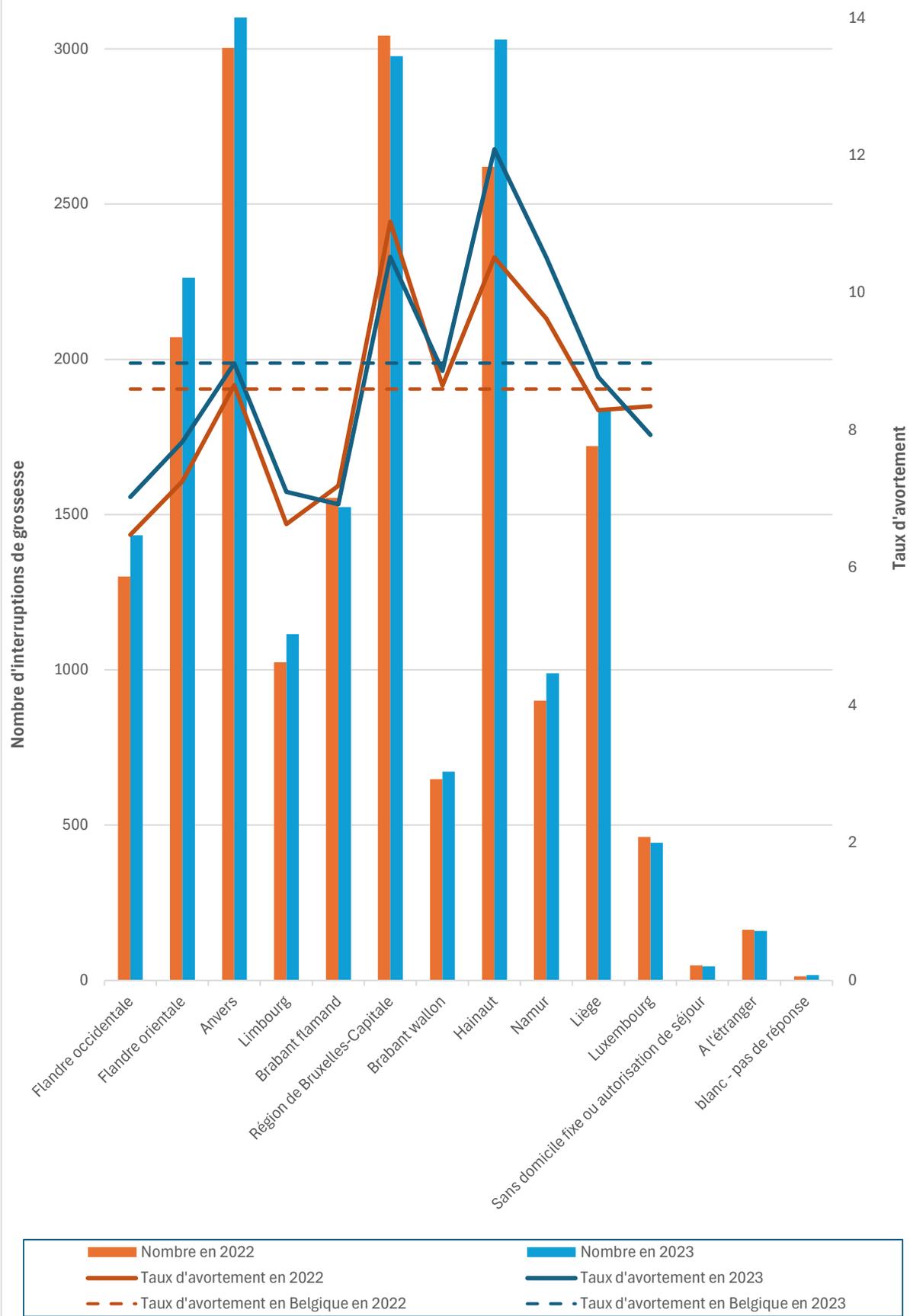
(\*) Taux d'avortement : nombre d'avortement par 1000 femmes en âge de procréer.

► En chiffres absolus, ce sont les provinces du Hainaut et d'Anvers et la Région de Bruxelles-Capitale qui comptent le plus grand nombre d'interruptions de grossesse.

► En prenant en compte la densité de population et le nombre de femmes en âge de procréer, ce sont la province du Hainaut, la Région de Bruxelles-Capitale et la province de Namur qui ont le taux d'avortement le plus élevé ; le taux d'avortement de la province d'Anvers s'écarte peu du taux d'avortement belge.

► Ces chiffres doivent être considérés avec prudence car la Commission souligne qu'ils reflètent uniquement les données enregistrées et peuvent s'écarter des chiffres réels.

Interruptions de grossesse selon le domicile et taux d'avortement



**B. FEMMES DOMICILIÉES À L'ÉTRANGER : DIVISION PAR PAYS DE NAISSANCE EN EUROPE ET PAR CONTINENT**

PAYS DE NAISSANCE	NOMBRE
<b>NÉES EN EUROPE</b>	<b>2022</b>
Belgique	41
France	30
Roumanie	6
Pays-Bas	6
Italie	6
Espagne	5
Pologne	4
Luxembourg	4
Ukraine	3
Portugal	3
Hongrie	3
Bulgarie	2
Albanie	2
Fédération de Russie	2
Moldavie	2
Turquie	1
Allemagne	1
Malte	1
Serbie	1
Danemark	1
République Tchèque	1
Finlande	1
Lettonie	1
<b>TOTAL EUROPE</b>	<b>127</b>

PAYS DE NAISSANCE	NOMBRE
<b>NÉES EN EUROPE</b>	<b>2023</b>
Belgique	33
France	25
Pologne	14
Roumanie	7
Bulgarie	6
Pays-Bas	4
Irlande	3
Ukraine	2
Albanie	2
Italie	2
Luxembourg	2
Portugal	2
Slovaquie	2
Turquie	2
Allemagne	1
Hongrie	1
Croatie	1
<b>TOTAL EUROPE</b>	<b>109</b>

NÉES EN AFRIQUE	15
NÉES EN AMÉRIQUE	8
NÉES EN ASIE	4
NÉES EN OCÉANIE	0
INCONNU	9

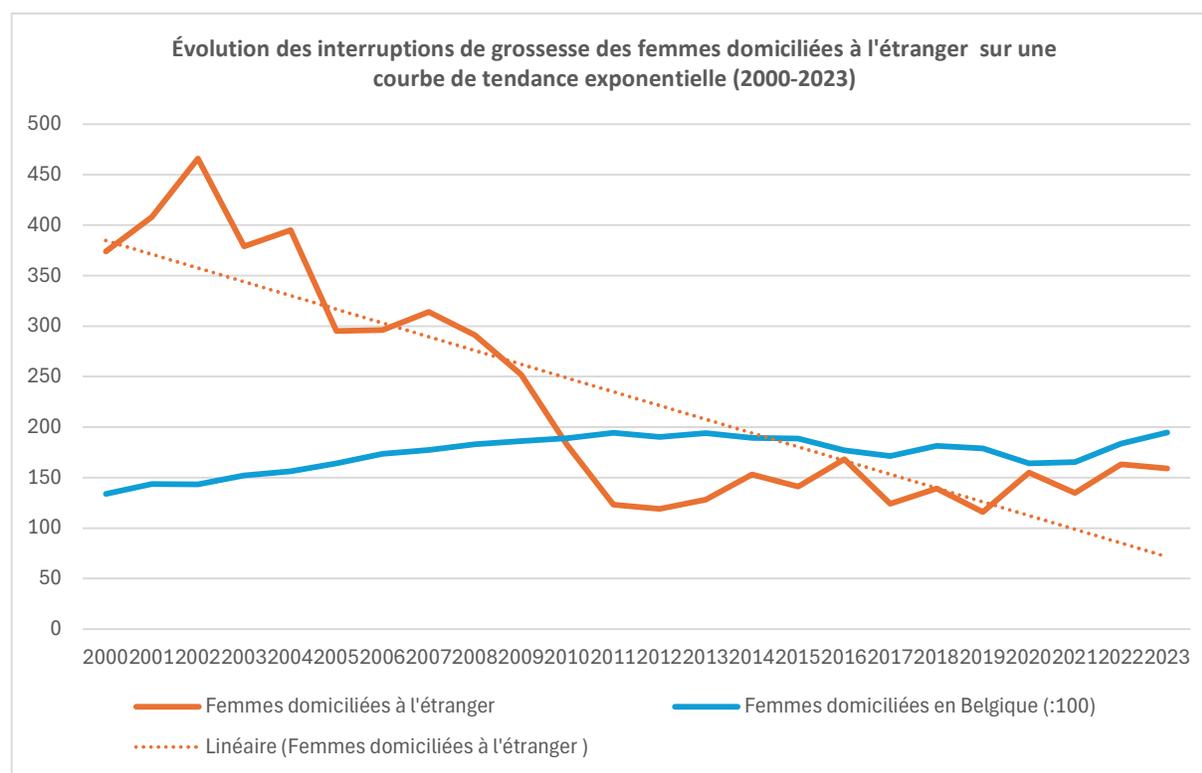
NÉES EN AFRIQUE	15
NÉES EN AMÉRIQUE	6
NÉES EN ASIE	10
NÉES EN OCÉANIE	1
INCONNU	18

<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>163</b>
----------------------	------------

<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>159</b>
----------------------	------------

**C. NOMBRE DE FEMMES BELGES PAR RAPPORT AU NOMBRE DE FEMMES DOMICILIÉES À L'ÉTRANGER (2000-2023)**

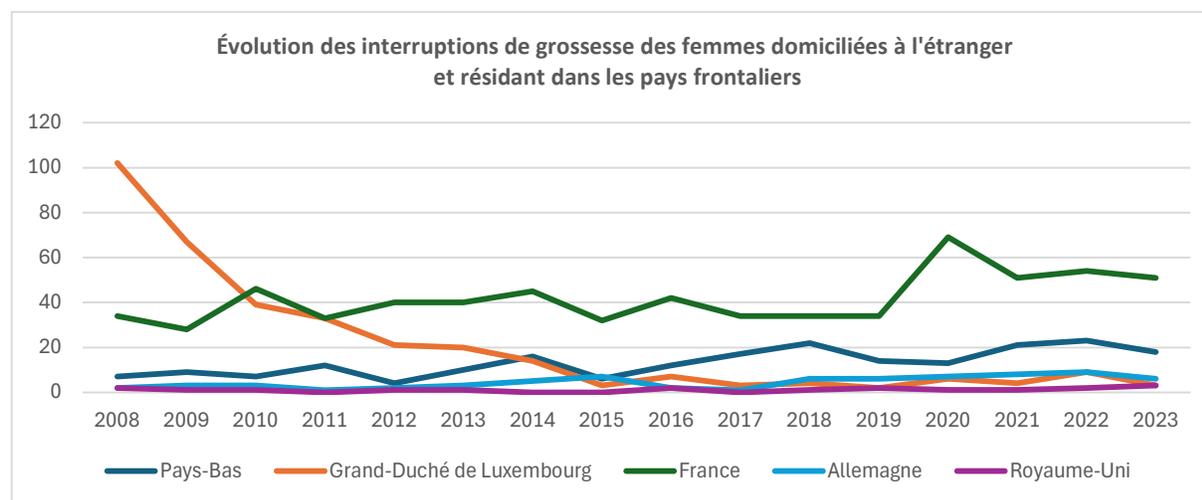
ANNÉE	INTERRUPTIONS GROSSESSE	FEMMES DOMICILIÉES À L'ÉTRANGER	FEMMES BELGES	PAS DE RÉPONSE	Sans domicile fixe / sans autorisation de séjour
2000	13.762	374	13.382	6	
2001	14.775	408	14.361	6	
2002	14.791	466	14.317	8	
2003	15.595	379	15.203	13	
2004	16.024	392	15.626	6	
2005	16.696	295	16.400	1	
2006	17.640	296	17.344	0	
2007	18.033	314	17.719	0	
2008	18.595	291	18.304	0	
2009	18.870	252	18.618	0	
2010	19.095	182	18.913	0	
2011	19.578	123	19.455	0	
2012	19.155	119	19.036	0	
2013	19.551	128	19.423	0	
2014	19.107	153	18.954	0	
2015	19.013	141	18.872	0	
2016	17.878	168	17.710	0	
2017	17.257	124	17.133	0	
2018	18.273	139	18.134	0	
2019	18.027	116	17.911	0	
2020	16.585	155	16.404	1 (apatride)	25
2021	16.702	135	16.535	0	32
2022	18.574	163	18.350	13	48
2023	19.686	159	19.465	17	45



## D. ÉVOLUTION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE DES FEMMES DOMICILIÉES À L'ÉTRANGER, RÉSIDANT DANS LES PAYS FRONTALIERS

PAYS FRONTALIERS DE LA BELGIQUE	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Pays-Bas	7	9	7	12	4	10	16	6
Grand-Duché de Luxembourg	102	67	39	33	21	20	14	3
France	34	28	46	33	40	40	45	32
Allemagne	2	3	3	1	2	3	5	7
Royaume-Uni	2	1	1	0	1	1	0	0
<b>TOTAL PAYS FRONTALIERS</b>	<b>147</b>	<b>108</b>	<b>96</b>	<b>79</b>	<b>68</b>	<b>74</b>	<b>80</b>	<b>48</b>
RESTE DE L'EUROPE	68	68	51	30	29	34	45	61
<b>TOTAL EUROPE</b>	<b>215</b>	<b>176</b>	<b>147</b>	<b>109</b>	<b>97</b>	<b>108</b>	<b>125</b>	<b>109</b>
<b>TOTAL MONDIAL</b>	<b>291</b>	<b>252</b>	<b>182</b>	<b>123</b>	<b>119</b>	<b>128</b>	<b>153</b>	<b>141</b>

PAYS FRONTALIERS DE LA BELGIQUE	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE							
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Pays-Bas	12	17	22	14	13	21	23	18
Grand-Duché de Luxembourg	7	3	4	2	6	4	9	3
France	42	34	34	34	69 (*)	51	54	51
Allemagne	2	1	6	6	7	8	9	6
Royaume-Uni	2	0	1	2	1	1	2	3
<b>TOTAL PAYS FRONTALIERS</b>	<b>65</b>	<b>55</b>	<b>67</b>	<b>58</b>	<b>96</b>	<b>85</b>	<b>97</b>	<b>81</b>
RESTE DE L'EUROPE	47	42	46	35	30	34	47	45
<b>TOTAL EUROPE</b>	<b>112</b>	<b>97</b>	<b>113</b>	<b>93</b>	<b>126</b>	<b>119</b>	<b>144</b>	<b>124</b>
<b>TOTAL MONDIAL</b>	<b>168</b>	<b>124</b>	<b>139</b>	<b>116</b>	<b>155</b>	<b>135</b>	<b>162</b>	<b>159</b>

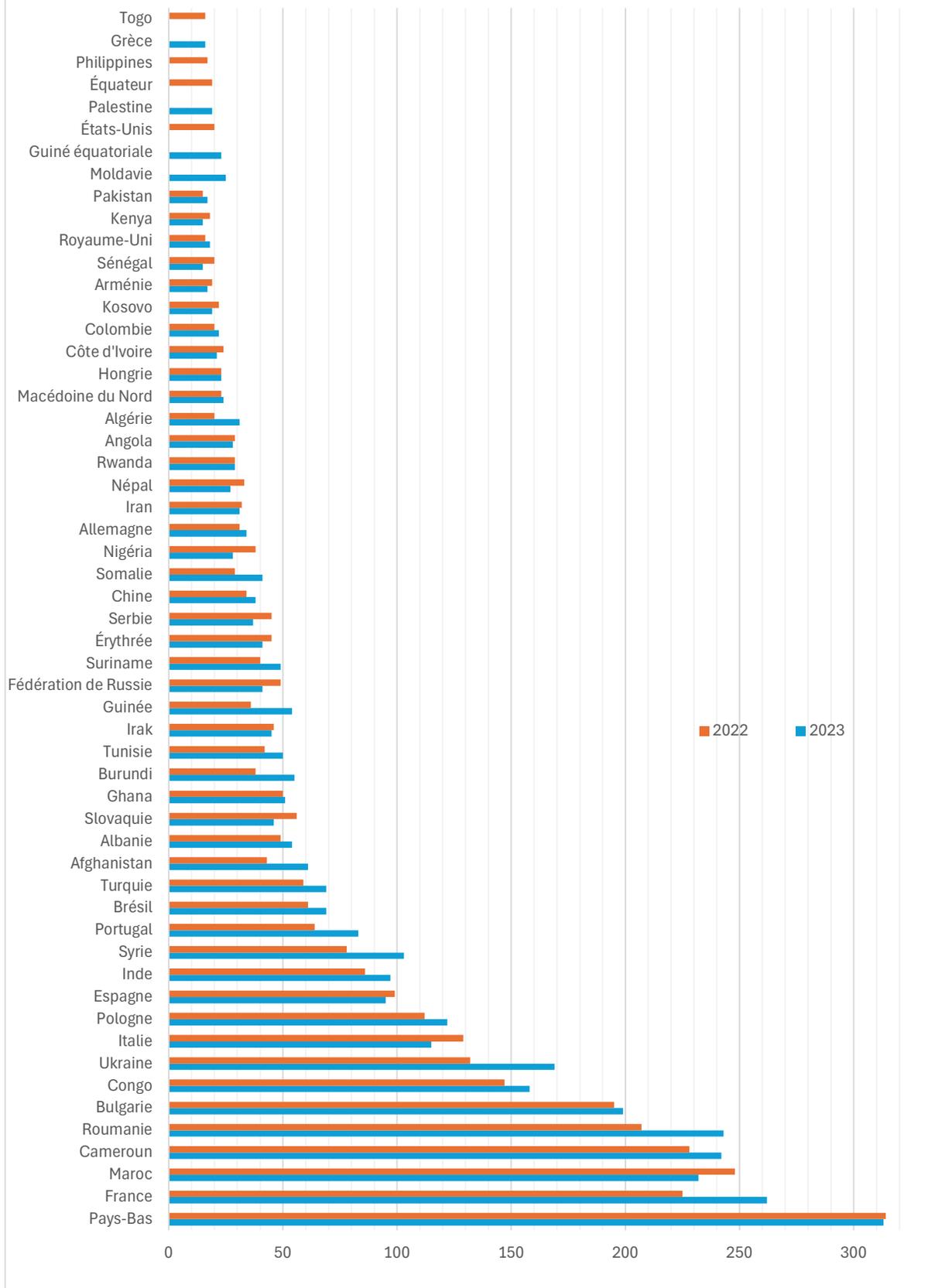


Pays frontaliers	2022	Dont les femmes ayant la nationalité belge	2023	Dont les femmes ayant la nationalité belge
Pays-Bas	23	8	18	8
Grand-Duché de Luxembourg	9	2	3	1
France	54	19	50	15
Allemagne	9	9	6	1
Royaume-Uni	2	2	3	1
<b>TOTAL</b>	<b>97</b>	<b>40</b>	<b>80</b>	<b>26</b>

## E. NATIONALITÉS LES PLUS RENCONTRÉES PARI MI LES FEMMES ÉTRANGÈRES DOMICILIÉES EN BELGIQUE

NATIONALITÉ	NOMBRE	NATIONALITÉ	NOMBRE
	<b>2022</b>		<b>2023</b>
Pays-Bas	314	Pays-Bas	313
Maroc	248	France	262
Cameroun	228	Roumanie	243
France	225	Cameroun	242
Roumanie	207	Maroc	232
Bulgarie	195	Bulgarie	199
Congo	147	Ukraine	169
Ukraine	132	Congo	158
Italie	129	Pologne	122
Pologne	112	Italie	115
Espagne	99	Syrie	103
Inde	86	Inde	97
Syrie	78	Espagne	95
Portugal	64	Portugal	83
Brésil	61	Brésil	69
Turquie	59	Turquie	69
Slovaquie	56	Afghanistan	61
Ghana	50	Burundi	55
Albanie	49	Guinée	54
Fédération de Russie	49	Albanie	54
Irak	46	Ghana	51
Erythrée	45	Tunisie	50
Serbie	45	Suriname	49
Afghanistan	43	Slovaquie	46
Tunisie	42	Irak	45
Suriname	40	Erythrée	41
Nigéria	38	Somalie	41
Burundi	38	Fédération de Russie	41
Guinée	36	Chine	38
Chine	34	Serbie	37
Népal	33	Allemagne	34
Iran	32	Iran	31
Allemagne	31	Algérie	31
Angola	29	Rwanda	29
Somalie	29	Nigéria	28
Rwanda	29	Angola	28
Côte d'Ivoire	24	Népal	27
Hongrie	23	Moldavie	25
Macédoine du nord	23	Macédoine du nord	24
Kosovo	22	Hongrie	23
Sénégal	20	Guinée équatoriale	23
Algerie	20	Colombie	22
Colombie	20	Côte d'Ivoire	21
États-Unis d'Amérique	20	Palestine	19
Arménie	19	Kosovo	19
Équateur	19	Royaume-Uni	18
Kenya	18	Arménie	17
Philippines	17	Pakistan	17
Royaume-Uni	16	Grèce	16
Togo	16	Sénégal	15
Pakistan	15	Kenya	15

### Nationalités les plus fréquentes parmi les femmes étrangères domiciliées en Belgique

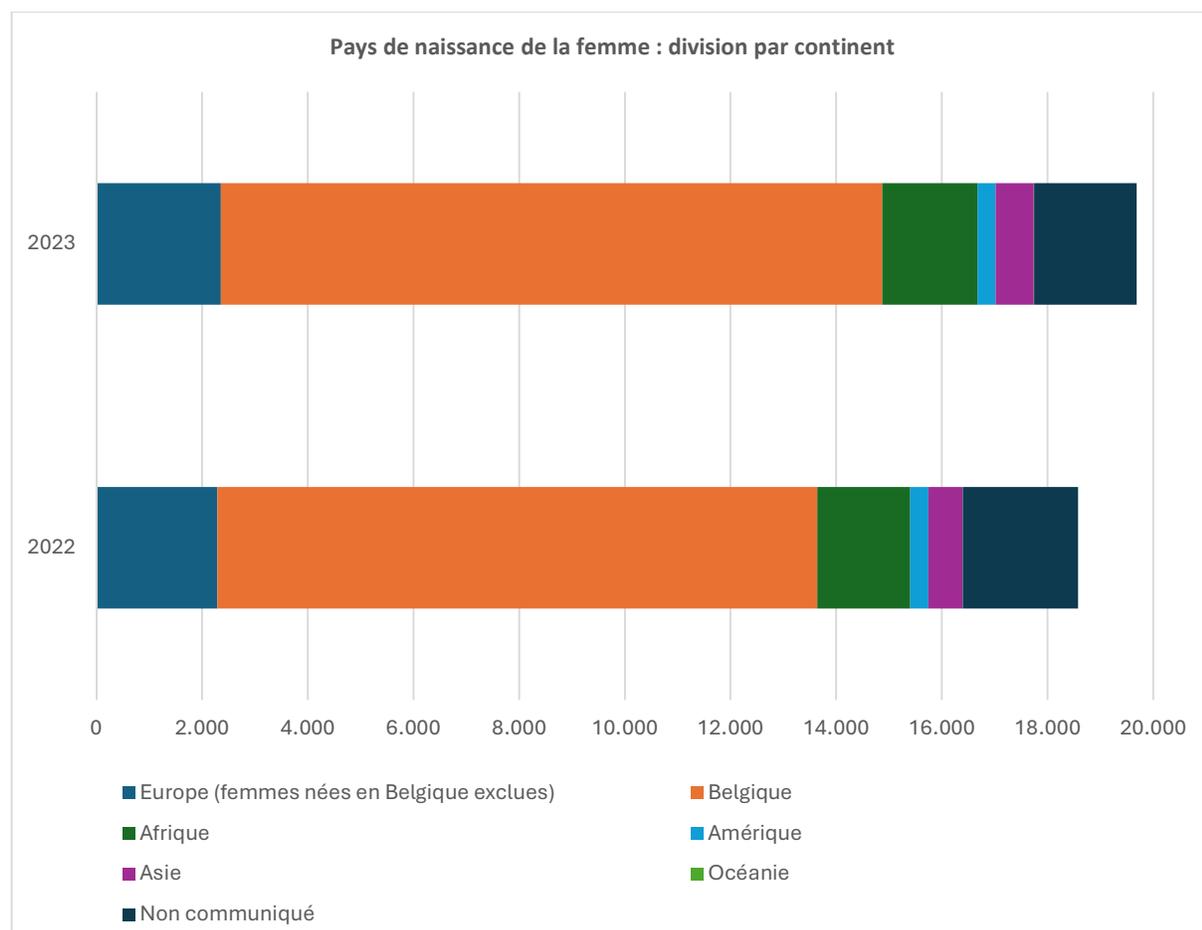


## F. PAYS DE NAISSANCE DE LA FEMME : DIVISION PAR CONTINENT

PAYS	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Europe (Belgique exclue) (*)	2.288 (12,3)	2.351 (11,9)
Nées en Belgique	11.355 (61,1)	12.518 (63,6)
Afrique	1.758 (9,5)	1.805 (9,2)
Amérique	344 (1,9)	342 (1,7)
Asie	645 (3,5)	720 (3,7)
Océanie	5 (0,03)	8 (0,04)
Non communiqué (blanc)	2.179 (11,7)	1.942 (9,9)
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

► Sur les 163 (2022) et 159 (2023) femmes domiciliées à l'étranger, 41 (2022) et 33 (2023) sont nées en Belgique alors que 122 (2022) et 126 (2023) femmes sont nées à l'étranger. (Détails p.31).

(\*) « Turquie, Arménie, Géorgie, Kazakhstan et Azerbaïdjan » font partie de l'Asie et de l'Europe ► les femmes, 159 (2022) et 171 (2023), ayant indiqué l'un de ces pays sont reprises dans « Europe (Belgique exclue) »

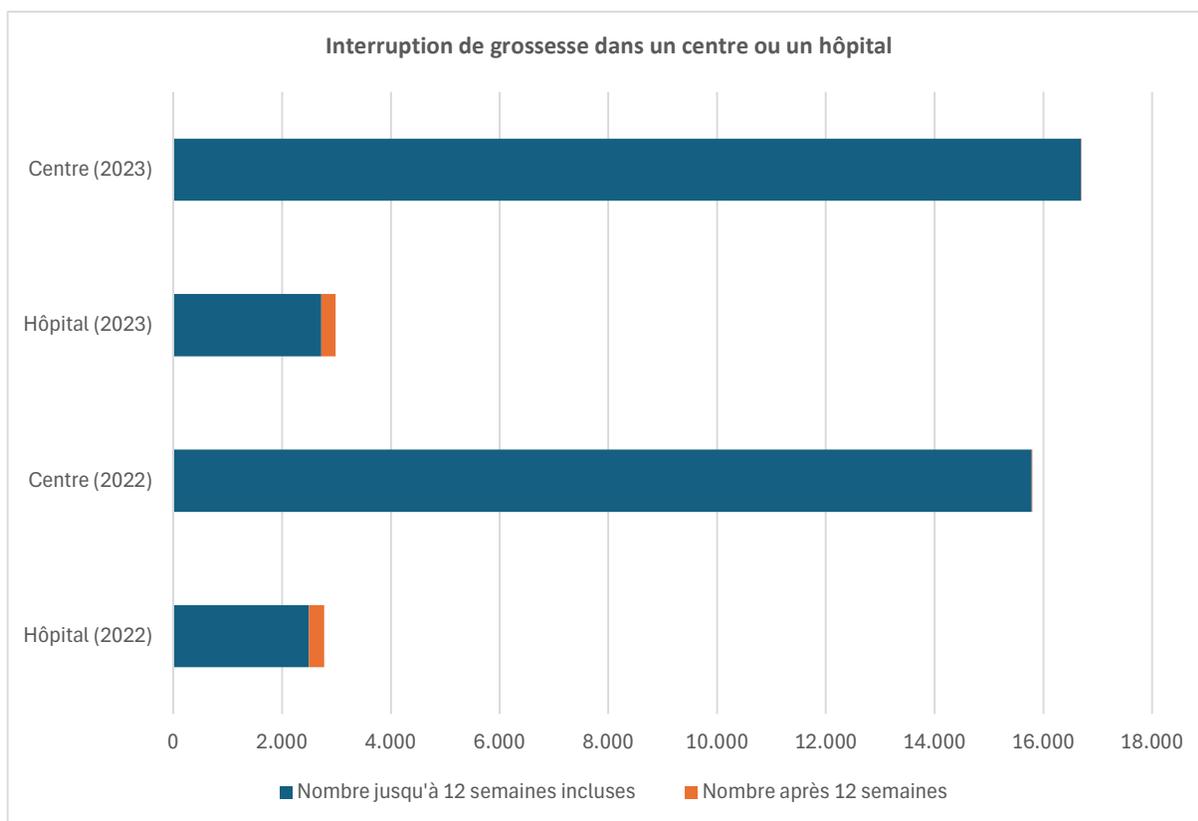


### 3.1.1.8. ÉTABLISSEMENTS OÙ SE PRATIQUE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

#### A. CENTRE OÙ HÔPITAL SELON LE NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

INSTITUTION	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Hôpital	2.775 (15,0)	2.984 (15,0)
Centre	15.779 (85,0)	16.702 (85,0)
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

INSTITUTION	NOMBRE JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION		NOMBRE APRÈS 12 SEMAINES DEPUIS LA CONCEPTION	
	2022	2023	2022	2023
Hôpital	2.495 (14,0)	2.718 (14,0)	280 (97,0)	266 (99,0)
Centre	15.790 (86,0)	16.698 (86,0)	9 (3,0)	4 (1,0)
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.285 (100)</b>	<b>19.416 (100)</b>	<b>289 (100)</b>	<b>270 (100)</b>

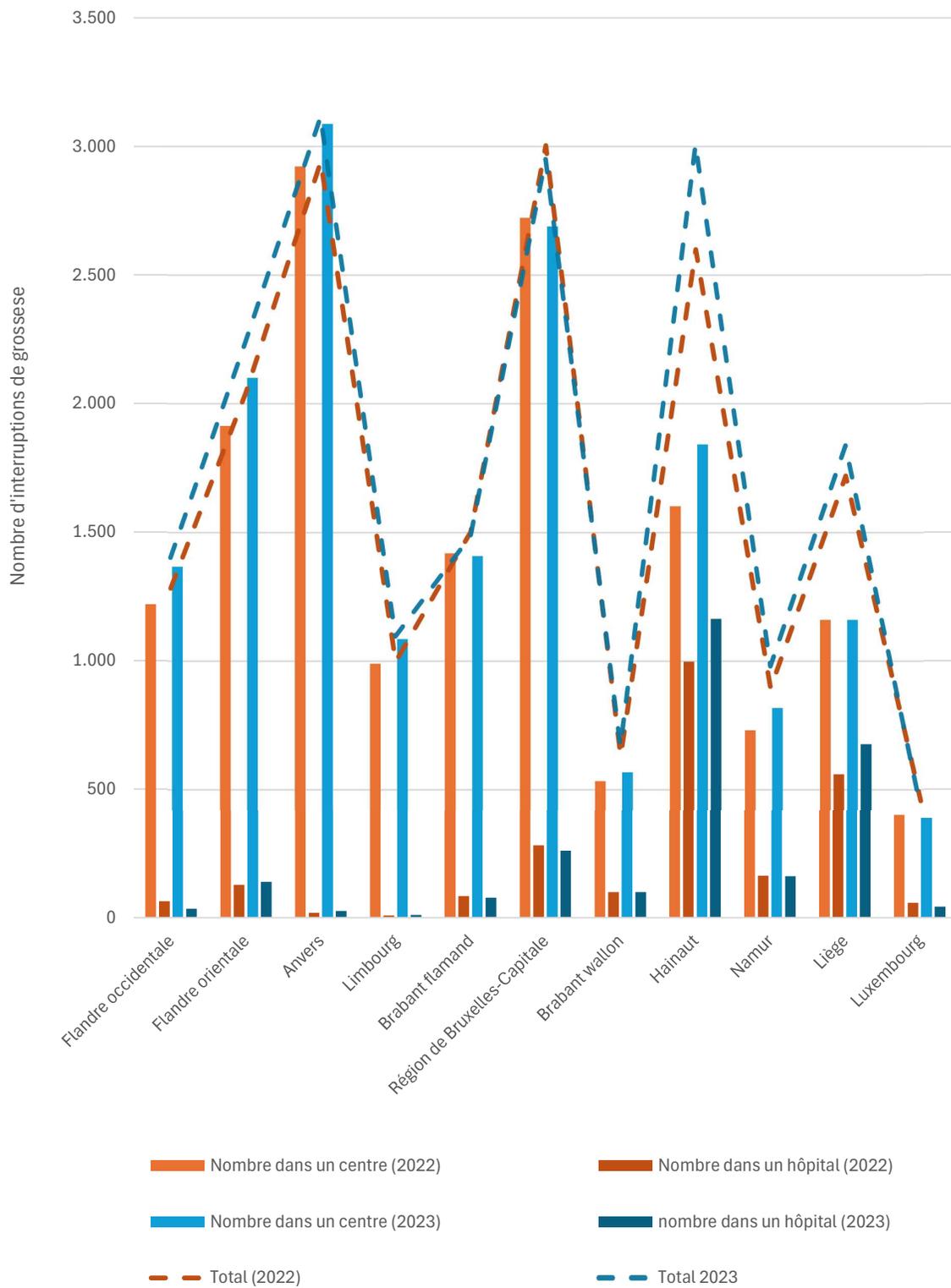


**B. CENTRE OÙ HÔPITAL APRÈS UNE DURÉE MAXIMUM DE 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION SELON LE DOMICILE DE LA FEMME**

DOMICILE	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE					
	2022			2023		
	Centre	Hôpital	Total	Centre	Hôpital	Total
<b>Province</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2023</b>	<b>2023</b>
Flandre occidentale	1.219	64	1.283	1.367	34	1.401
Flandre orientale	1.914	128	2.042	2.101	139	2.240
Anvers	2.922	19	2.941	3.088	26	3.114
Limbourg	990	8	998	1.085	10	1.095
Brabant flamand	1.419	84	1.503	1.408	77	1.485
Région de Bruxelles-Capitale	2.723	281	3.004	2.689	261	2.950
Brabant wallon	533	99	632	568	99	667
Hainaut	1.602	998	2.600	1.842	1.164	3.006
Namur	731	163	894	818	161	979
Liège	1.160	560	1.720	1.160	677	1.837
Luxembourg	400	57	457	388	42	430
<b>Sous-total</b>	<b>15.613</b>	<b>2.461</b>	<b>18.074</b>	<b>16.514</b>	<b>2.690</b>	<b>19.204</b>
Sans lieu de résidence/titre de séjour	41	7	48	43	2	45
Blanc, pas de réponse	13	0	13	14	3	17
À l'étranger	123	27	150	127	23	150
<b>Total</b>	<b>15.790</b>	<b>2.495</b>	<b>18.285</b>	<b>16.698</b>	<b>2.718</b>	<b>19.416</b>
Après 12 semaines (*)	9	280	289	4	266	270
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>15.799</b>	<b>2.775</b>	<b>18.574</b>	<b>16.702</b>	<b>2.984</b>	<b>19.686</b>

(\*) Nonobstant le lieu de résidence de la femme. (13 (2022) et 9 (2023) femmes domiciliées à l'étranger).

interruptions de grossesse dans un centre ou un hôpital après une durée maximale de 12 semaines de grossesse depuis la conception selon le domicile de la femme



### 3.1.2. DONNÉES PSYCHOSOCIALES : RAISONS ÉVOQUÉES OU OBSERVÉES DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE

Code du document d'enregistrement RAISONS ÉVOQUÉES OU OBSERVÉES (*)	NOMBRE (%) (**)	
	2022	2023
<b>A. RAISONS PERSONNELLES</b>	<b>13.425 (72,5)</b>	<b>14.893 (75,5)</b>
00 Sentiment d'être trop jeune	1.966 (11)	1.987 (10)
01 Sentiment d'être trop âgée	445 (2)	468 (2)
02 Sentiment d'isolement	259 (1)	324 (2)
03 Pas de souhait d'enfant pour le moment	7.658 (41)	8.751 (44)
04 Décision de ne jamais avoir d'enfant	744 (4)	658 (3)
05 La famille est complète	3.319 (18)	3.669 (19)
06 Sexe du fœtus	73 (0,4)	30 (0,2)
<b>B. RAISONS FAMILIALES OU RELATIONNELLES</b>	<b>4.037 (21,5)</b>	<b>4.053 (20,5)</b>
10 Relation récemment rompue	1.009 (5)	950 (5)
11 Le partenaire ne souhaite pas la grossesse	429 (2)	435 (2)
12 Relation occasionnelle	691 (4)	666 (3)
13 Relation trop récente	962 (5)	1.092 (6)
14 Relation hors couple	263 (1)	222 (1)
15 Problèmes de couple	695 (4)	695 (4)
16 Problèmes de relation avec l'entourage	68 (0,4)	59 (0,3)
17 Problèmes juridiques liés au divorce	35 (0,2)	42 (0,2)
18 Problèmes psychosociaux avec l'/les enfant(s) du ménage	42 (0,2)	42 (0,2)
19 Interdit culturel	165 (1,5)	149 (1)
<b>C. RAISONS FINANCIÈRES OU MATÉRIELLES</b>	<b>2.888 (15,5)</b>	<b>2.860 (14,5)</b>
20 Problèmes financiers	830 (4)	785 (4)
21 Situation professionnelle de la femme et/ou du partenaire	833 (4)	807 (4)
22 Problèmes de logement	477 (3)	520 (3)
23 Étudiante	1.208 (7)	1.201 (6)
<b>D. RAISONS LIÉES AUX CONTRAINTES OU À LA VIOLENCE</b>	<b>228 (1)</b>	<b>255 (1,5)</b>
30 Viol	81 (0,4)	84 (0,4)
31 Inceste	2 (0,01)	2 (0,01)
32 Violence du partenaire	121 (1)	143 (1)
33 Pression de la famille	23 (0,1)	24 (0,1)
34 Coercition à la maternité	6 (0,03)	11 (0,1)
<b>E. RAISONS LIÉES À DES CONVICTIONS IDÉOLOGIQUES OU PHILOSOPHIQUES</b>	<b>97 (0,5)</b>	<b>88 (0,5)</b>
40 Écologie	14 (0,1)	11 (0,1)
41 Démographie mondiale (surpopulation)	6 (0,03)	13 (0,1)
42 Raisons religieuses	78 (0,4)	68 (0,3)
<b>F. RAISONS DE SANTÉ</b>	<b>1.366 (7,5)</b>	<b>1.449 (7,5)</b>
50 Problèmes de santé physique	481 (3)	547 (3)
51 Problèmes de santé du fœtus	378 (2)	357 (2)
52 Problèmes de santé futurs de l'enfant	243 (1)	238 (1)
53 Crainte pour la santé du fœtus	210 (1)	223 (1)
54 Problèmes de santé mentale	250 (1)	329 (2)
55 Graves problèmes de santé d'un membre de la famille	62 (0,3)	67 (0,3)
<b>G. AUTRES RAISONS</b>	<b>1.023 (4)</b>	<b>828 (3,1)</b>
60 Situation administrative précaire	187 (1)	180 (1)
99 Autre, à préciser (***)	836 (5)	648 (3)
<b>TOTAL</b>	<b>25.149</b>	<b>26.497</b>

(\*) Les médecins peuvent indiquer jusqu'à 3 raisons maximum sur le document d'enregistrement.

(\*\*) Le % exprime le nombre de documents d'enregistrement mentionnant la raison spécifique invoquée par rapport au total de documents d'enregistrement.

Par exemple : en 2022, 11% des femmes (1.966 sur un total de 18.574 documents d'enregistrement) ont indiqué se sentir trop jeune comme (l'une des) raison(s) de l'interruption de grossesse.

► Si une femme cite plusieurs raisons d'une même catégorie, elle ne sera comptabilisée qu'une seule fois dans le total de la catégorie (exemple, si la femme cite « problèmes financiers » et « étudiante » dans la catégorie « raisons financières ou matérielles », elle ne sera comptée qu'une seule fois dans le total de la catégorie « raisons financières ou matérielles »).

Ainsi, en 2022, 15,5 % des femmes (2.888 sur 18.574 documents d'enregistrement), citent un ou plusieurs problème(s) financier(s) ou matériel(s) comme motif pour interrompre leur grossesse mais ne sont comptabilisés qu'une fois dans ces 15,5%.

► Selon 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 29/10/2018), il n'est plus obligatoire de mentionner une situation de détresse. ► Par conséquent, une augmentation du nombre de code 99 a été observée à partir de fin octobre 2018.

(\*\*\*) Les autres raisons sont présentées au point 3.3.1.1.p.78.

### 3.1.3. DONNÉES MÉDICALES

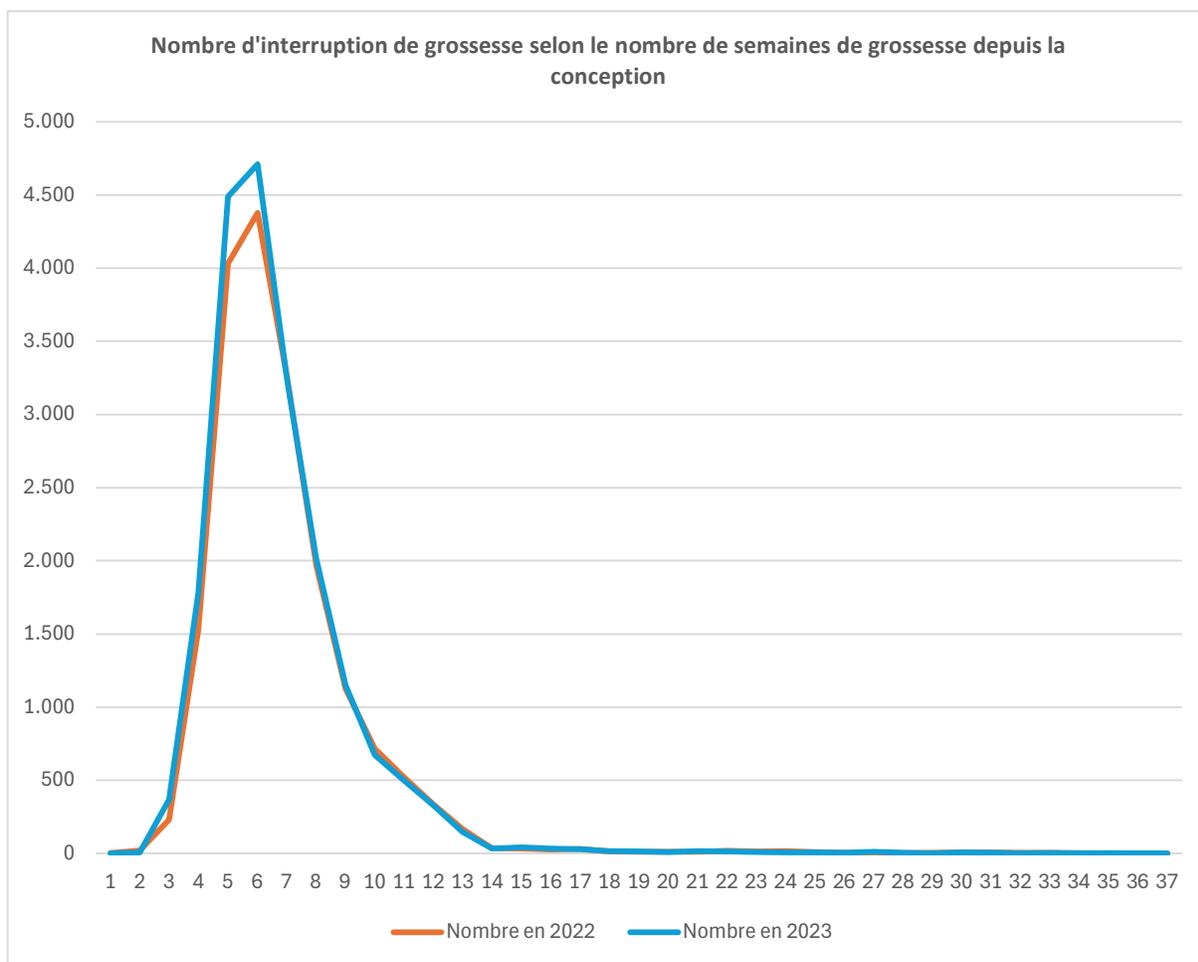
#### 3.1.3.1. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION	NOMBRE (%)		
	2022	2023	
0 (*)	3 (0,02)	1 (0,01)	JUSQU' À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION
1	21 (0,11)	7 (0,04)	
2	230 (1,24)	368 (1,87)	
3	1.530 (8,24)	1.784 (9,06)	
4	4.031 (21,7)	4.487 (22,79)	
5	4.378 (23,57)	4.710 (23,93)	
6	3.258 (17,54)	3.246 (16,49)	
7	1.969 (10,6)	2.016 (10,24)	
8	1.128 (6,07)	1.151 (5,85)	
9	718 (3,87)	672 (3,41)	
10	520 (2,8)	499 (2,53)	
11	334 (1,8)	328 (1,67)	
12	165 (0,89)	147 (0,75)	
<b>Total jusqu'à 12 semaines incluses</b>	<b>18.285 (98,44)</b>	<b>19.416 (98,63)</b>	
13	37 (0,20)	32 (0,16)	APRÈS 12 SEMAINES DEPUIS LA CONCEPTION
14	34 (0,18)	42 (0,21)	
15	26 (0,14)	32 (0,16)	
16	30 (0,16)	28 (0,14)	
17	15 (0,08)	16 (0,08)	
18	12 (0,06)	13 (0,07)	
19	11 (0,06)	10 (0,05)	
20	12 (0,06)	16 (0,08)	
21	19 (0,1)	14 (0,07)	
22	14 (0,08)	10 (0,05)	
23	17 (0,09)	7 (0,04)	
24	10 (0,05)	8 (0,04)	
25	6 (0,03)	5 (0,03)	
26	8 (0,04)	11 (0,06)	
27	3 (0,02)	5 (0,03)	
28	5 (0,03)	1 (0,01)	
29	8 (0,04)	8 (0,04)	
30	7 (0,04)	5 (0,03)	
31	5 (0,03)		
32	5 (0,03)	3 (0,02)	
33	3 (0,02)		
34	2 (0,01)	3 (0,02)	
35			
36		1 (0,01)	
<b>Total après 12 semaines (**)</b>	<b>289 (1,56)</b>	<b>270 (1,37)</b>	
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>	

(\*) Lorsqu'il a complété le document d'enregistrement, un médecin a mal interprété le nombre de semaines de grossesse car 0 semaine depuis la conception (2 semaines d'aménorrhée) correspond à l'ovulation. Une interruption de grossesse est par conséquent impossible à réaliser.

(\*\*) En 2022 et 2023, 289 et 270 grossesses ont été interrompues après 12 semaines de grossesse depuis la conception. Au total, ce sont 1.317 et 1.388 grossesses qui ont été interrompues pour des raisons liées à la mise en danger de la santé de la femme et/ou à un état de santé extrêmement grave de l'enfant après sa naissance. (raisons 20 à 54 dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse).

MOYENNES DU NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION	2022	2023
Jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception	5,6	5,5
Après 12 semaines de grossesse depuis la conception	19,3	18,5



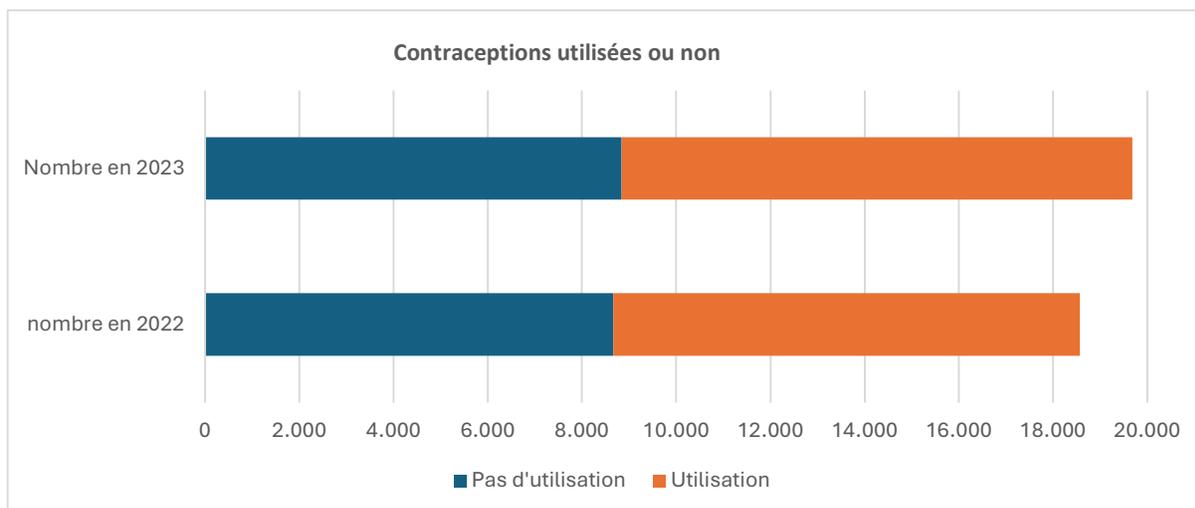
### 3.1.3.2. CONTRACTIONS UTILISÉES OU NON

#### A. Données générales

CONTRACEPTION	NOMBRE DE FEMMES (%)	
	2022	2023
Pas d'utilisation (*)	8.664 (47)	8.842 (45)
Utilisation (**)	9.910 (53)	10.844 (55)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

(\*) Voir rubrique 4) a) NON sur le document d'enregistrement (p.11)

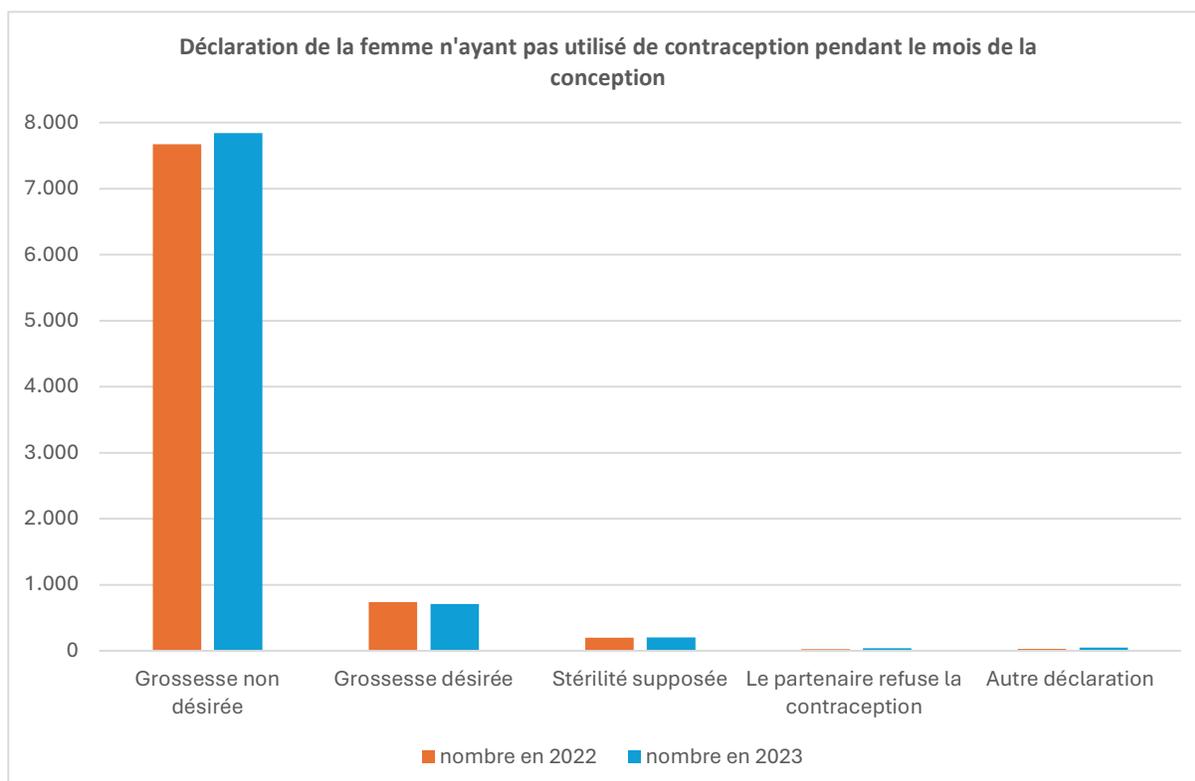
(\*\*) Voir rubrique 4) b) OUI sur le document d'enregistrement (p.11)



**B. Les femmes n'ayant pas utilisé de contraception pendant le mois de la conception déclarent :**

UTILISATION	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Grossesse non désirée	7.675 (88,6)	7.841 (88,7)
Grossesse désirée	738 (8,5)	707 (8)
Stérilité supposée	200 (2,3)	207 (2,3)
Le partenaire refuse la contraception	23 (0,3)	37 (0,4)
Autre déclaration (*)	28 (0,3)	50 (0,6)
<b>TOTAL</b>	<b>8.664 (100)</b>	<b>8.842 (100)</b>

(\*) Les autres déclarations sur la non utilisation d'une contraception sont présentées au point 3.3.1.4. p.81.



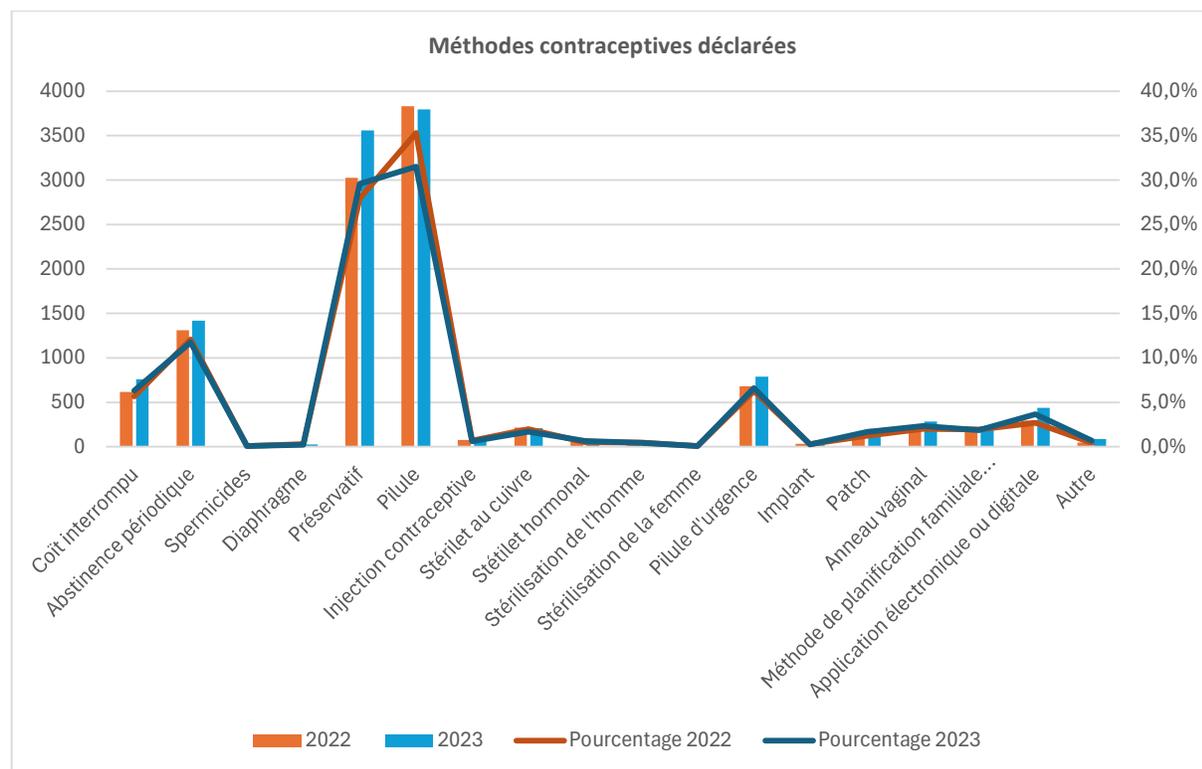
### C. Les femmes ayant utilisé une contraception pendant le mois de la conception déclarent :

MÉTHODE (*)	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Coït interrompu	617 (5,7)	758 (6,3)
Abstinence périodique	1.311 (12,1)	1.417 (11,8)
Spermicides	10 (0,1)	8 (0,1)
Diaphragme	30 (0,3)	26 (0,2)
Préservatif	3.027 (27,9)	3.558 (29,6)
Pilule	3.831 (35,3)	3.793 (31,5)
Injection contraceptive	77 (0,7)	76 (0,6)
Stérilet au cuivre	213 (2,0)	205 (1,7)
Stérilet hormonal	56 (0,5)	79 (0,7)
Stérilisation homme	51 (0,5)	53 (0,4)
Stérilisation femme	11 (0,1)	9 (0,1)
Pilule d'urgence	683 (6,3)	790 (6,6)
Implant	31 (0,3)	31 (0,3)
Patch	134 (1,2)	200 (1,7)
Anneau vaginal	219 (2,0)	283 (2,4)
Méthode de planification familiale naturelle, symptothermique	209 (1,9)	224 (1,9)
Application électronique ou digitale	295 (2,7)	439 (3,6)
Autre (**)	47 (0,4)	85 (0,7)
<b>TOTAL</b>	<b>10.852 (100)</b>	<b>12.035 (100)</b>

(\*) Depuis 2020, les médecins peuvent indiquer au maximum 3 moyens de contraception dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.

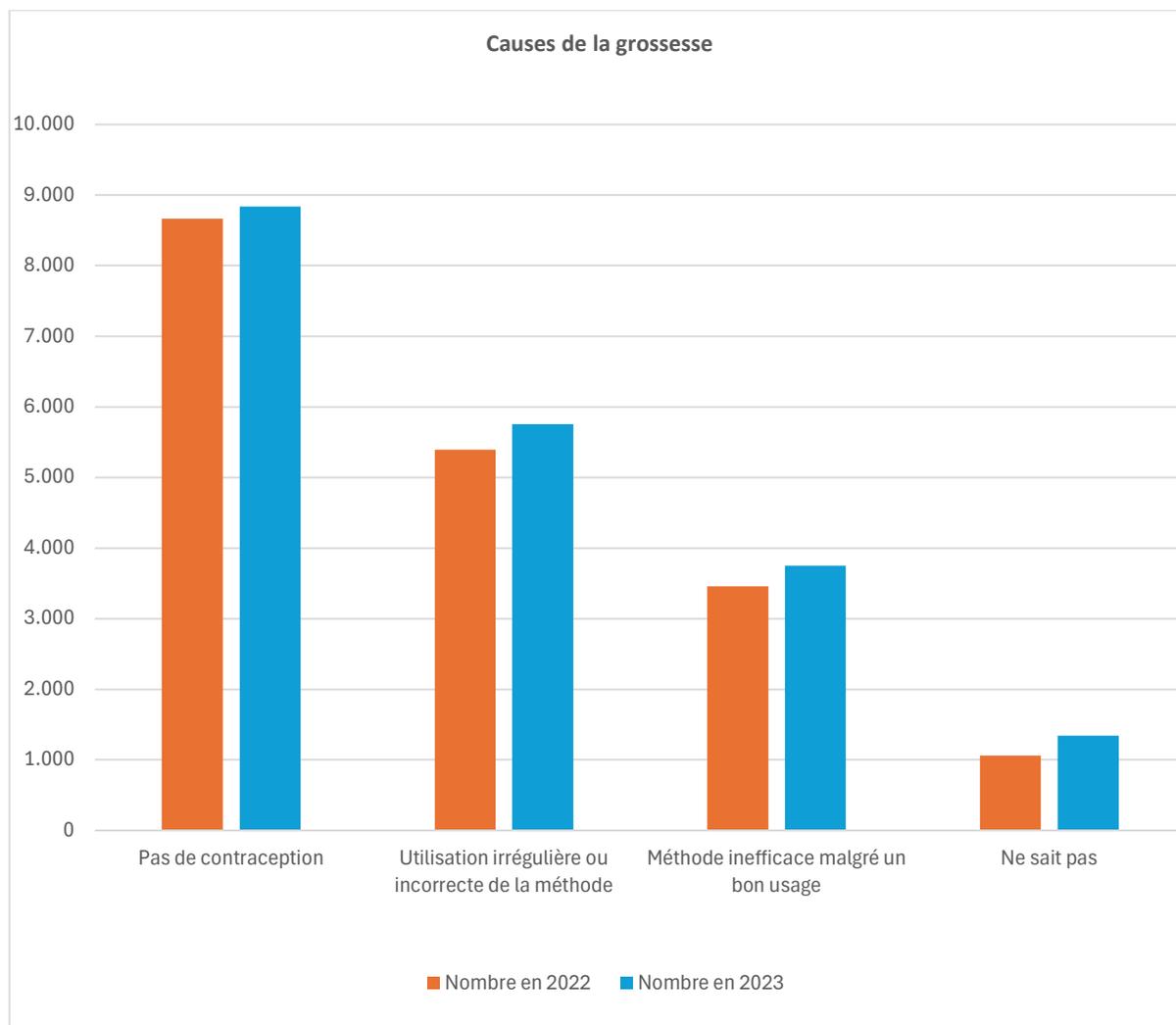
(\*\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont présentées au point 3.3.1.5. p.82.

► En 2022, 9.911 femmes ont utilisé 10.852 contraceptifs et en 2023, 10.844 femmes en ont utilisé 12.035.



### 3.1.3.3. CAUSES DE LA GROSSESSE

CAUSES	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Pas d'utilisation de contraception	8.662 (46,6)	8.840 (44,9)
Utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode	5.392 (29,0)	5.755 (29,2)
Méthode inefficace malgré un bon usage	3.458 (18,6)	3.749 (19,0)
Ne sait pas	1.062 (5,7)	1.342 (6,8)
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>



**REMARQUES** (points 3.1.3.2 Contraception(s) utilisée(s) à 3.1.3.3. Causes de la grossesse (pp.43 à 47) :

- ▶ Ces chiffres sont établis à partir des déclarations faites aux médecins par les femmes et ne peuvent donc pas être recoupés scientifiquement.
- ▶ La Commission ne possède pas d'informations quant à la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.
- ▶ Ces données ne permettent donc pas à la Commission de se prononcer sur la fiabilité des moyens de contraception.

► Les remarques suivantes portent sur les tableaux 3.1.3.2. Contraceptions utilisées et 3.1.3.3. Causes de la grossesse ainsi que sur la rubrique 3.2.2. Méthodes de contraception.

Les chiffres repris dans ces tableaux concernent uniquement les personnes ayant eu recours à l'avortement.

Il est important de savoir que ces chiffres ne peuvent pas être extrapolés à l'ensemble de la population et, en outre, qu'ils doivent être interprétés en prenant en compte l'efficacité propre à chaque méthode contraceptive.

Selon le tableau 3.1.3.2. Contraceptions utilisées, 8.842<sup>2</sup> femmes en 2023 (8.664 en 2022) n'ont pas utilisé de contraception pendant le mois de la conception (10.844 femmes en 2023 (9.910 en 2022) ont utilisé une contraception pendant le mois de la conception).

Donc, en 2023, 45% des femmes ayant interrompu leur grossesse n'avaient pas de contraception pendant le mois de la conception (47% en 2022).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2023, la population belge comptait 3.270.217 de femmes dans la classe d'âge 10 à 54 ans (3.230.221 au 1<sup>er</sup> janvier 2022<sup>3</sup>).

Ce sont donc 8.842 femmes ayant interrompu leur grossesse sans utiliser de contraception pendant le mois de la conception sur 3.270.217 femmes de 10 à 54 ans, ce qui correspond donc à 0,27% des femmes de 10 à 54 ans qui ont choisi d'avorter en 2023 et qui n'avaient pas de contraception pendant le mois de la conception. (En 2022 ; il s'agit de 8.664 femmes sur 3.230.221, soit 0.27%)

► La probabilité d'être enceinte varie en fonction de la contraception utilisée, son efficacité, l'utilisation régulière/correcte ou irrégulière/incorrecte ou l'absence de contraception.

Par exemple l'efficacité de la pilule contraceptive est estimée à 99,7% en cas d'utilisation parfaite (efficacité théorique) et à 91-92% dans la vie de tous les jours<sup>45</sup>

L'absence de contraception possède logiquement la plus grande probabilité d'être enceinte en cas de rapport sexuel. Il est donc naturel que parmi les personnes qui ont eu recours à l'avortement, la plus grande proportion d'entre elles n'utilise pas de contraception. L'inverse serait pour le moins inquiétant puisque cela remettrait en cause l'efficacité de certaines méthodes contraceptives.

---

<sup>2</sup> 8.842 provient des réponses fournies à la question 4 a) non du document d'enregistrement et 8.840 (tableau 3.1.3.3). provient des réponses fournies au point 4 b)

<sup>3</sup> Structure de la population – statbel <https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/structure-de-la-population>

<sup>4</sup> [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)

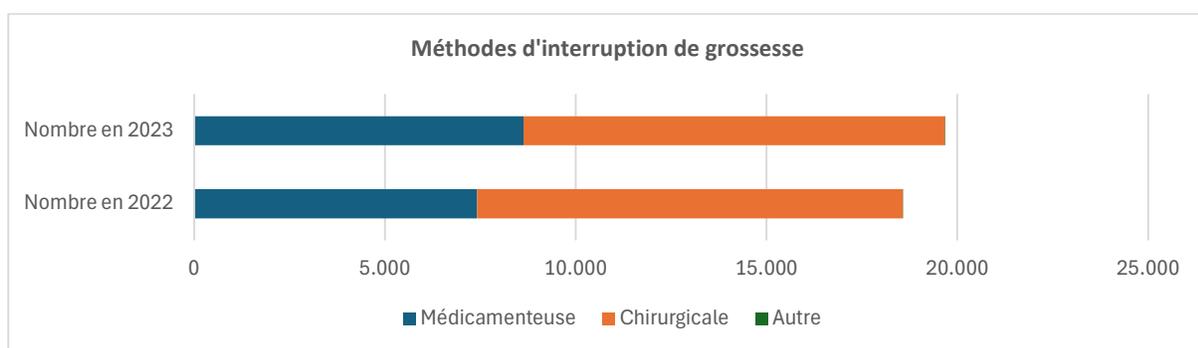
<sup>5</sup> <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>

### 3.1.4. ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

#### 3.1.4.1. MÉTHODES UTILISÉES POUR INTERROMPRE LA GROSSESSE

##### A. Données générales

MÉTHODE	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Médicamenteuse	7.417 (39,9)	8.628 (43,8)
Chirurgicale	11.153 (60)	11.043 (56,1)
Autre (*)	4 (0,02)	15 (0,1)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>



(\*) Les « autre » méthodes d'interruption de grossesse sont reprises au point 3.3.1.6., p.83.

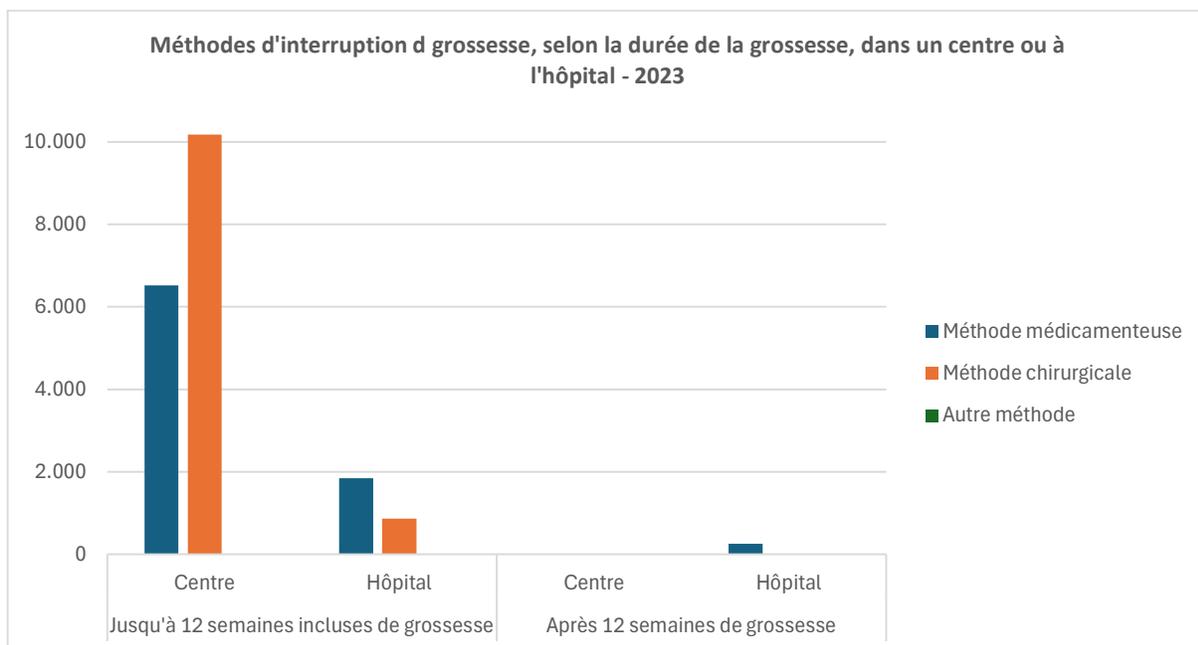
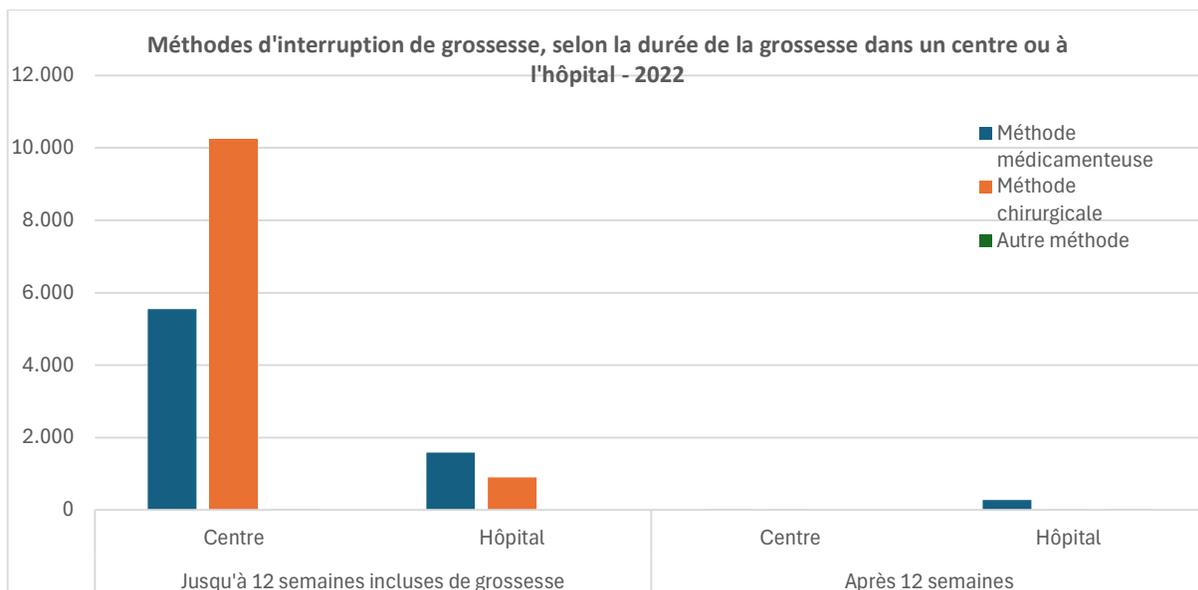
##### B. Méthodes d'interruption de grossesse selon la durée de la grossesse depuis la conception, dans un centre ou un hôpital

MÉTHODE	NOMBRE (%)			NOMBRE (%)		
	2022	2022	2022	2023	2023	2023
JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL MÉTHODE	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL MÉTHODE
Médicamenteuse	5.548 (30,3)	1.589 (8,7)	7.137 (39)	6.519 (33,6)	1.848 (9,5)	8.367 (43,1)
Chirurgicale	10.240 (56)	906 (5)	11.146 (61)	10.172 (52,4)	866 (4,5)	11.038 (56,9)
Autre (*)	2 (0,01)		2 (0,01)	7 (0,04)	4 (0,02)	11 (0,06)
<b>TOTAL</b>	<b>15.790 (86,4)</b>	<b>2.495 (13,6)</b>	<b>18.285 (100)</b>	<b>16.698 (86)</b>	<b>2.718 (14)</b>	<b>19.416 (100,0)</b>

(\*) Les autres méthodes d'interruption de grossesse sont présentées au point 3.3.1.6 (page 83).

MÉTHODE	NOMBRE (%)			NOMBRE (%)		
	2022	2022	2022	2023	2023	2023
APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL MÉTHODE	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL MÉTHODE
Médicamenteuse	7 (2,4)	273 (94,5)	280 (96,9)	2 (0,7)	259 (95,9)	261 (96,6)
Chirurgicale	2 (0,7)	5 (1,7)	7 (2,4)		5 (1,9)	5 (1,9)
Autre (*)		2 (0,7)	2 (0,7)	2 (0,7)	2 (0,7)	4 (1,5)
<b>TOTAL</b>	<b>9 (3,1)</b>	<b>280 (96,9)</b>	<b>289 (100)</b>	<b>4 (1,5)</b>	<b>266 (98,5)</b>	<b>270 (100)</b>

(\*) Les autres méthodes d'interruption de grossesse sont présentées au point 3.3.1.6 (page 83).



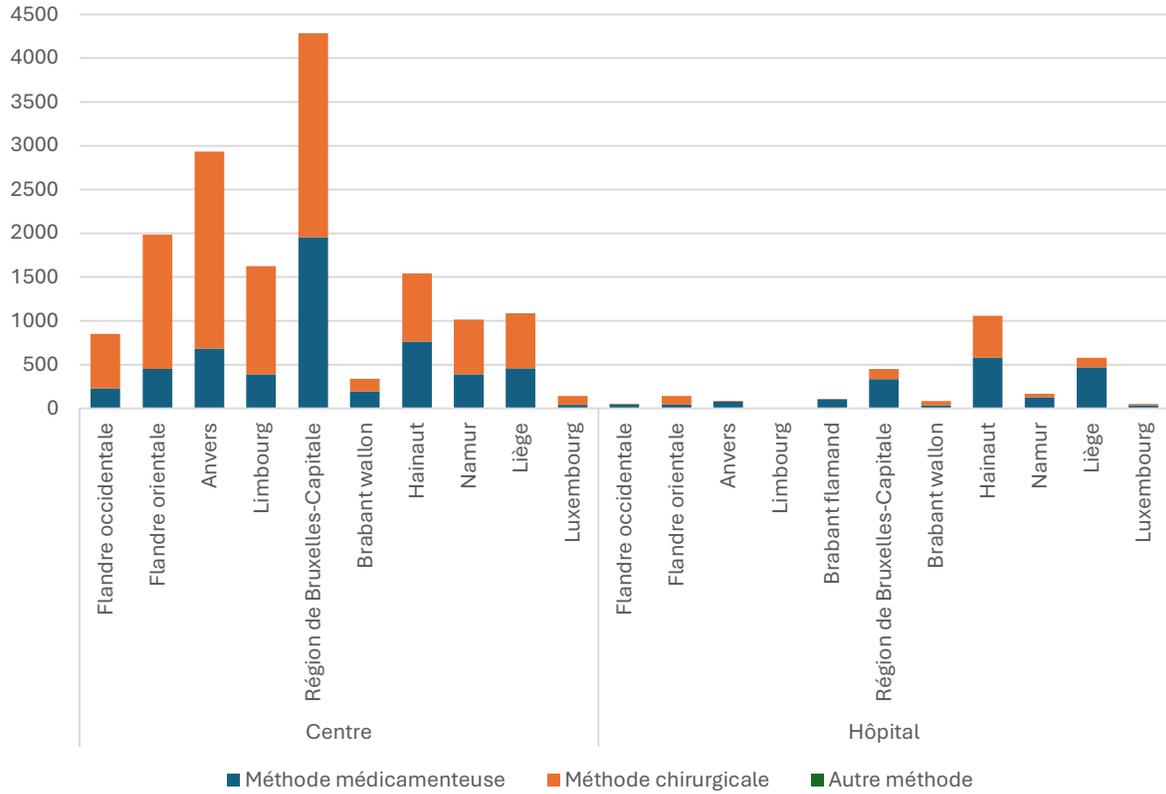
**C. Méthodes d'interruption de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (Nombre et %).**

2022	NOMBRE (%)							
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale	231 (27,1)	620 (72,9)		851 (100)	48 (85,7)	8 (14,3)		56 (100)
Flandre orientale	452 (22,7)	1.535 (77,3)		1.987 (100)	45 (32,1)	95 (67,9)		140 (100)
Anvers	684 (23,3)	2.252 (76,7)		2.936 (100)	80 (94,1)	5 (5,9)		85 (100)
Limbourg	390 (24)	1.232 (76)		1.622 (100)	3 (100)			3 (100)
Brabant flamand (*)					102 (97,1)	2 (1,9)		105 (100)
Bruxelles-Capitale	1.956 (45,7)	2.324 (54,3)		4.281 (100)	335 (74,8)	112 (25)	1 (1)	448 (100)
Brabant wallon	191 (56,3)	148 (43,7)	1 (0,02)	339 (100)	34 (42)	47 (58)	1 (0,2)	81 (100)
Hainaut	763 (49,4)	780 (50,6)		1.543 (100)	579 (54,6)	481 (45,4)		1.060 (100)
Namur	389 (38,4)	625 (61,6)		1.014 (100)	128 (76,2)	40 (23,8)		168 (100)
Liège	459 (42,3)	625 (57,6)		1.085 (100)	470 (81,3)	108 (18,7)		578 (100)
Luxembourg	40 (28,4)	101 (71,6)	1 (0,1)	141 (100)	38 (74,5)	13 (25,5)		51 (100)
<b>TOTAL</b>	<b>5.555 (35,2)</b>	<b>10.242 (64,8)</b>	<b>2 (0,01)</b>	<b>15.799 (100)</b>	<b>1.862 (67,1)</b>	<b>911 (32,8)</b>	<b>2 (0,1)</b>	<b>2.775 (100)</b>

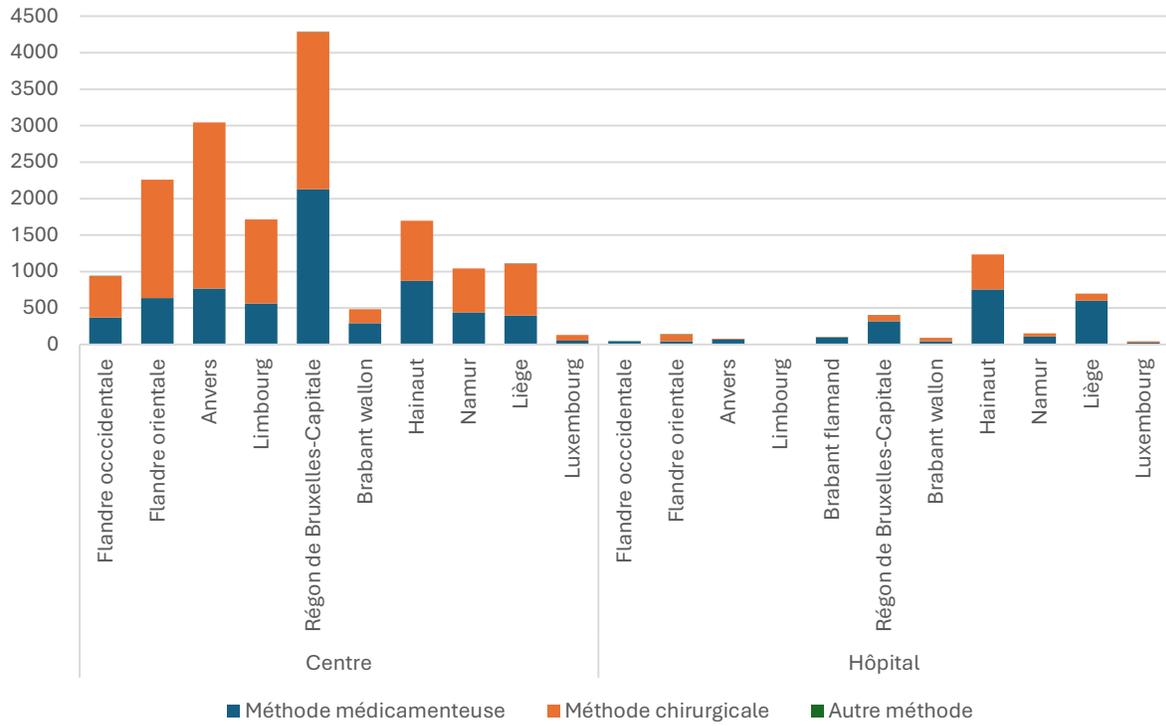
2023	NOMBRE (%)							
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale	372 (39,7)	565 (60,2)	1 (0,1)	938 (100)	41 (89,1)	4 (8,7)	1 (2,2)	46 (100)
Flandre orientale	638 (28,3)	1.619 (71,7)	1 (0,04)	2.258 (100)	43 (30,7)	96 (68,6)	1 (0,7)	140 (100)
Anvers	769 (25,3)	2.273 (74,7)		3.042 (100)	71 (92,2)	6 (7,8)		77 (100)
Limbourg	562 (32,7)	1.155 (67,3)		1.717 (100)	1 (100)			1 (100)
Brabant flamand (*)					97 (97)	2 (2)	1 (1)	100 (100)
Bruxelles-Capitale	2.129 (49,7)	2.151 (50,2)	4 (0,1)	4.284 (100)	318 (79,1)	83 (20,6)	1 (0,2)	402 (100)
Brabant wallon	293 (60,4)	192 (39,6)		485 (100)	45 (50,6)	44 (49,4)		89 (100)
Hainaut	872 (51,5)	821 (48,5)		1.693 (100)	753 (61)	480 (38,9)	2 (0,2)	1.235 (100)
Namur	440 (42,1)	605 (57,9)		1.045 (100)	109 (70,8)	45 (29,2)		154 (100)
Liège	397 (35,7)	711 (64)	3 (0,3)	1.111 (100)	602 (86,1)	97 (13,9)		699 (100)
Luxembourg	49 (38)	80 (62)		129 (100)	27 (65,9)	14 (34,1)		41 (100)
<b>TOTAL</b>	<b>6.521 (39)</b>	<b>10.172 (60,9)</b>	<b>9 (0,1)</b>	<b>16.702 (100)</b>	<b>2.107 (70,6)</b>	<b>871 (29,2)</b>	<b>6 (0,2)</b>	<b>2.284 (100)</b>

(\*) Le Brabant flamand ne compte pas de centre dédié aux interruptions de grossesse (= abortuscentra)

Méthodes d'interruption de grossesse selon l'institution et la province - 2022



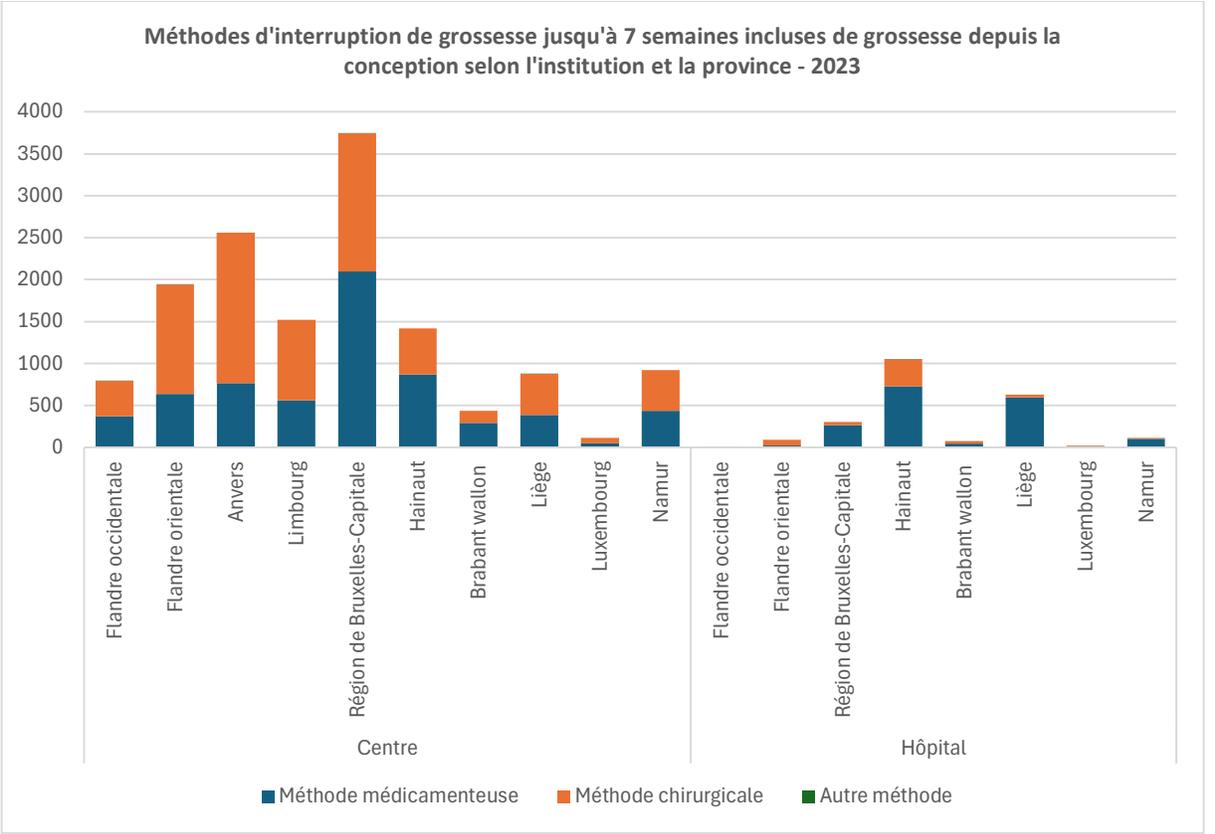
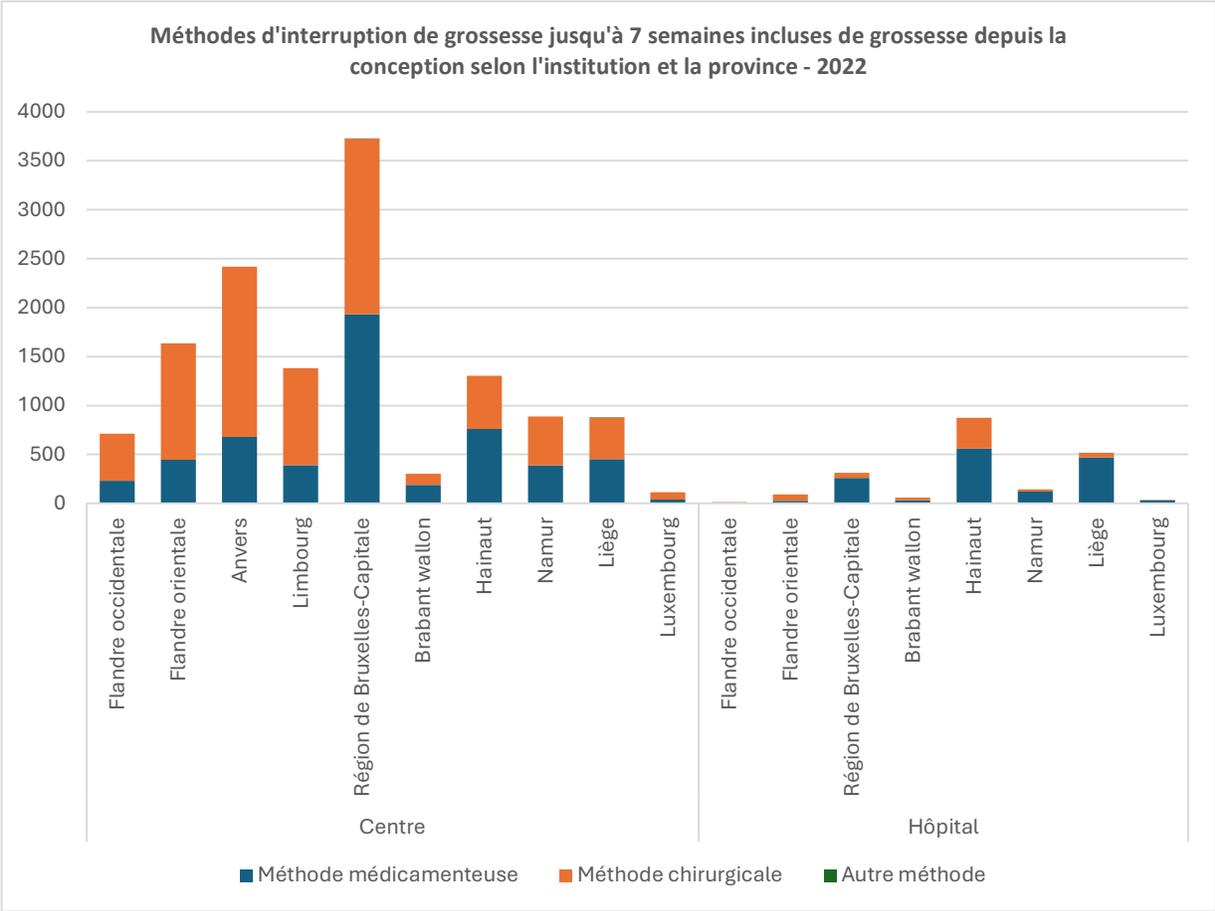
Méthodes d'interruption de grossesse selon l'institution et la province - 2023



**D. Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à 7 semaines incluses de grossesse depuis la conception, selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non le domicile de la femme (Nombre et %)**

2022	NOMBRE (%)							
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale	231 (32,5)	480 (67,5)		<b>711</b> <b>(100)</b>	11 (78,6)	3 (21,4)		<b>14</b> <b>(100)</b>
Flandre orientale	446 (27,2)	1.192 (72,8)		<b>1.638</b> <b>(100)</b>	26 (28,9)	64 (71,1)		<b>90</b> <b>(100)</b>
Anvers	682 (28,2)	1.736 (71,8)		<b>2.418</b> <b>(100)</b>				
Limbourg	390 (28,2)	993 (71,8)		<b>1.383</b> <b>(100)</b>				
Bruxelles-Capitale	1.931 (51,8)	1.796 (48,2)	1 (0,03)	<b>3.728</b> <b>(100)</b>	258 (82,7)	54 (17,3)		<b>312</b> <b>(100)</b>
Brabant wallon	190 (63,1)	111 (36,9)		<b>301</b> <b>(100)</b>	33 (54,1)	28 (45,9)		<b>61</b> <b>(100)</b>
Hainaut	760 (58,2)	545 (41,8)		<b>1.305</b> <b>(100)</b>	558 (63,7)	318 (36,3)		<b>876</b> <b>(100)</b>
Namur	389 (43,8)	499 (56,2)		<b>888</b> <b>(100)</b>	123 (86)	20 (14)		<b>143</b> <b>(100)</b>
Liège	451 (51,3)	428 (48,6)	1 (0,1)	<b>880</b> <b>(100)</b>	470 (90,4)	50 (9,6)		<b>520</b> <b>(100)</b>
Luxembourg	40 (34,5)	76 (65,5)		<b>116</b> <b>(100)</b>	33 (91,7)	3 (8,3)		<b>36</b> <b>(100)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>5.510</b> <b>(41,2)</b>	<b>7.856</b> <b>(58,8)</b>	<b>2</b> <b>(0,02)</b>	<b>13.368</b> <b>(100)</b>	<b>1.512</b> <b>(73,7)</b>	<b>540</b> <b>(26,3)</b>		<b>2.052</b> <b>(100)</b>

2023	NOMBRE (%)							
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale	371 (46,7)	422 (53,1)	1 (0,1)	<b>794</b> <b>(100)</b>	1 (100)			<b>1</b> <b>(100)</b>
Flandre orientale	636 (32,7)	1.306 (67,2)	1 (0,1)	<b>1.943</b> <b>(100)</b>	24 (26,7)	66 (73,3)		<b>90</b> <b>(100)</b>
Anvers	766 (29,9)	1.795 (70,1)		<b>2.561</b> <b>(100)</b>				
Limbourg	562 (37)	958 (63)		<b>1.520</b> <b>(100)</b>				
Bruxelles-Capitale	2.097 (55,9)	1.649 (44)	2 (0,1)	<b>3.748</b> <b>(100)</b>	265 (86,9)	40 (13,1)		<b>305</b> <b>(100)</b>
Brabant wallon	292 (67)	144 (33)		<b>436</b> <b>(100)</b>	44 (59,5)	30 (40,5)		<b>74</b> <b>(100)</b>
Hainaut	867 (61,2)	549 (38,8)		<b>1.416</b> <b>(100)</b>	729 (69,4)	321 (30,5)	1 (0,1)	<b>1.051</b> <b>(100)</b>
Namur	436 (47,3)	485 (52,7)		<b>921</b> <b>(100)</b>	102 (87,2)	15 (12,8)		<b>117</b> <b>(100)</b>
Liège	388 (44,2)	486 (55,4)	3 (0,3)	<b>877</b> <b>(100)</b>	597 (94,8)	33 (5,2)		<b>630</b> <b>(100)</b>
Luxembourg	49 (43,8)	63 (56,3)		<b>112</b> <b>(100)</b>	17 (73,9)	6 (26,1)		<b>23</b> <b>(100)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>6.464</b> <b>(45,1)</b>	<b>7.857</b> <b>(54,8)</b>	<b>7</b> <b>(0,05%)</b>	<b>14.328</b> <b>(100%)</b>	<b>1.779</b> <b>(77,7%)</b>	<b>511</b> <b>(22,3%)</b>	<b>1</b> <b>(0,04%)</b>	<b>2.291</b> <b>(100%)</b>

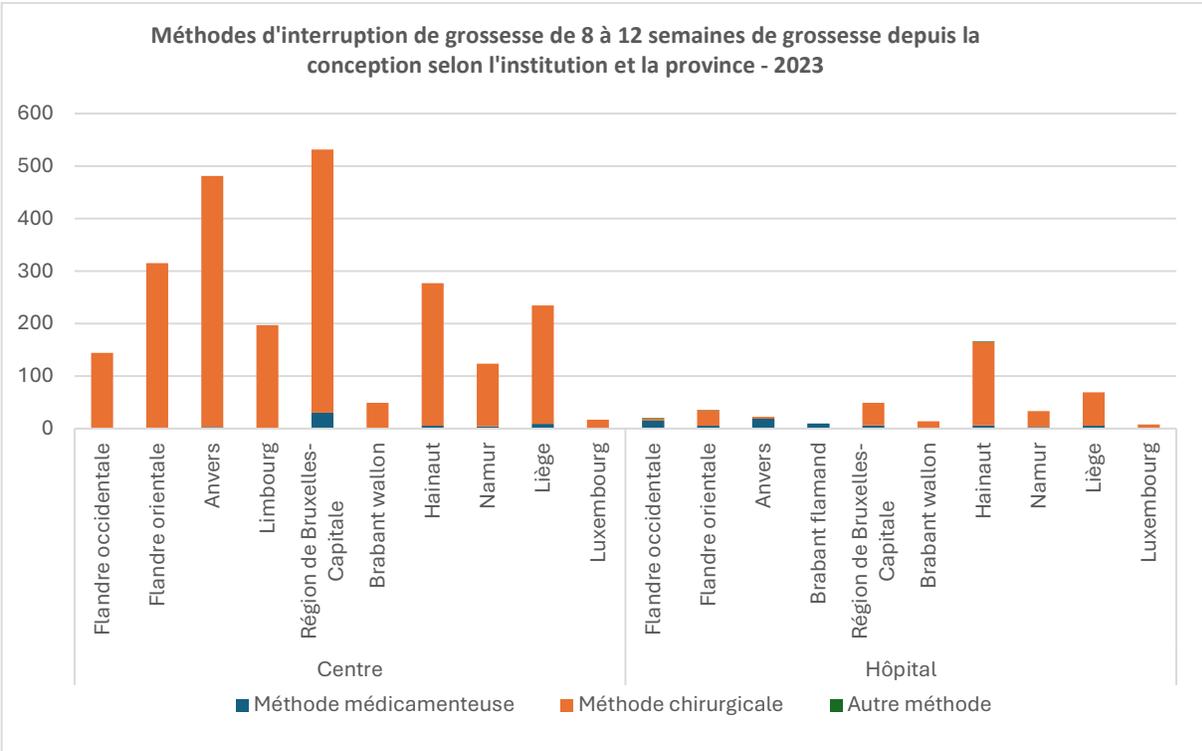
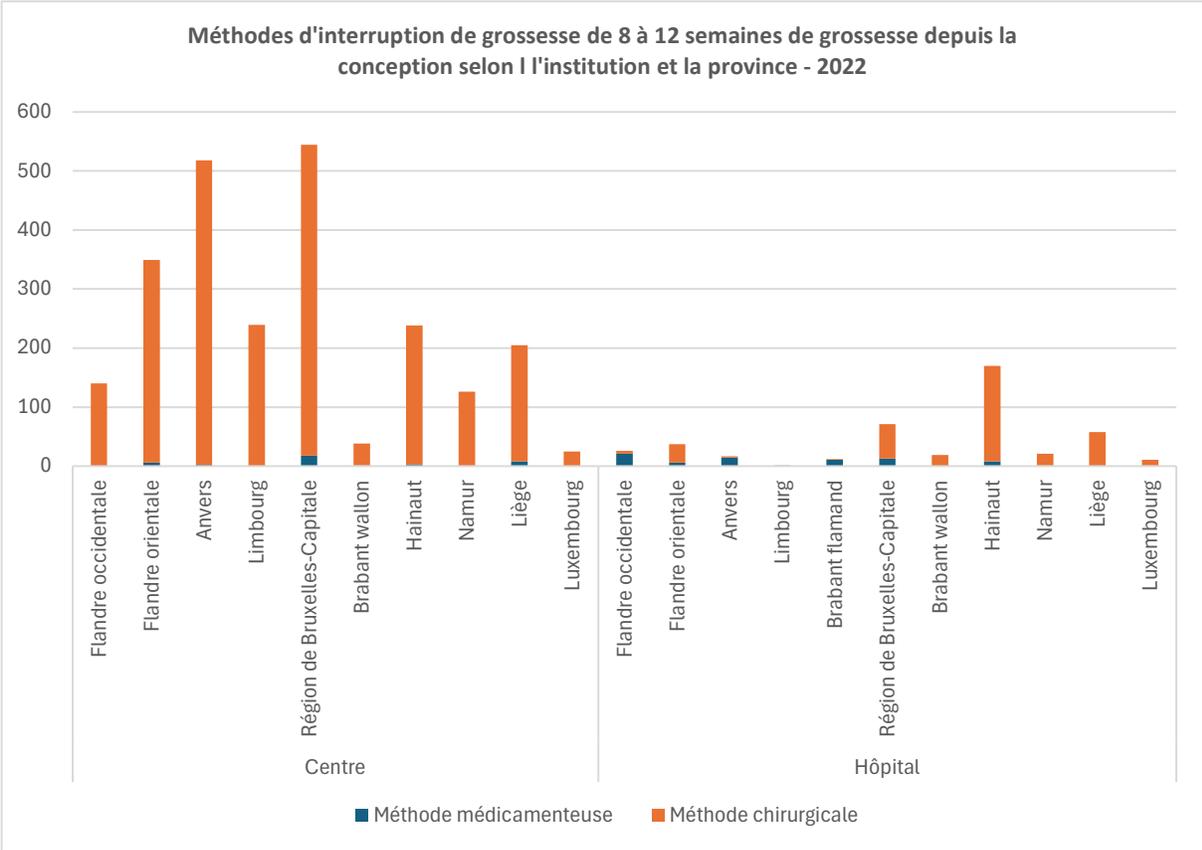


**E. Méthodes d'interruption de grossesse de 8 à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception, selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (Nombre et %)**

2022								
NOMBRE (%)								
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale		140 (100)		<b>140</b> <b>(100)</b>	21 (80,8%)	5 (19,2)		<b>26</b> <b>(100)</b>
Flandre orientale	6 (1,7)	343 (98,3)		<b>349</b> <b>(100)</b>	6 (16,2)	31 (83,8)		<b>37</b> <b>(100)</b>
Anvers	2 (0,4)	516 (99,6)		<b>518</b> <b>(100)</b>	15 (88,2)	2 (11,8)		<b>17</b> <b>(100)</b>
Limbourg		239 (100)		<b>239</b> <b>(100)</b>	1 (100)			<b>1</b> <b>(100)</b>
Brabant flamand (*)					11 (91,7)	1 (8,3)		<b>12</b> <b>(100)</b>
Bruxelles-Capitale	18 (3,3)	526 (96,7)		<b>544</b> <b>(100)</b>	13 (18,3)	58 (81,7)		<b>71</b> <b>(100)</b>
Brabant wallon	1 (2,6)	37 (97,4)		<b>38</b> <b>(100)</b>		19 (100)		<b>19</b> <b>(100)</b>
Hainaut	3 (1,3)	235 (98,7)		<b>238</b> <b>(100)</b>	8 (4,7)	162 (95,3)		<b>170</b> <b>(100)</b>
Namur		126 (100)		<b>126</b> <b>(100)</b>	1 (4,8)	20 (95,2)		<b>21</b> <b>(100)</b>
Liège	8 (3,9)	197 (96,1)		<b>205</b> <b>(100)</b>		58 (100)		<b>58</b> <b>(100)</b>
Luxembourg		25 (100)		<b>25</b> <b>(100)</b>	1 (9,1)	10 (90,9)		<b>11</b> <b>(100)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>38</b> <b>(1,6)</b>	<b>2.384</b> <b>(98,4)</b>		<b>2.422</b> <b>(100)</b>	<b>77</b> <b>(17,4)</b>	<b>366</b> <b>(82,6)</b>		<b>443</b> <b>(100)</b>

2023								
NOMBRE (%)								
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale	1 (0,7)	143 (99,3)		<b>144 (100)</b>	15 (75)	4 (20)	1 (5)	<b>20 (100)</b>
Flandre orientale	2 (0,6)	313 (99,4)		<b>315 (100)</b>	5 (13,9)	30 (83,3)	1 (2,8)	<b>36 (100)</b>
Anvers	3 (0,6)	478 (99,4)		<b>481 (100)</b>	19 (86,4)	3 (13,6)		<b>22 (100)</b>
Limbourg		197 (100)		<b>197 (100)</b>				
Brabant flamand (*)					10 (100)			<b>10 (100)</b>
Bruxelles-Capitale	30 (5,6)	502 (94,4)		<b>532 (100)</b>	6 (12,2)	43 (87,8)		<b>49 (100)</b>
Brabant wallon	1 (2)	48 (98)		<b>49 (100)</b>		14 (100)		<b>14 (100)</b>
Hainaut	5 (1,8)	272 (98,2)		<b>277 (100)</b>	6 (3,6)	159 (95,8)	1 (0,6)	<b>166 (100)</b>
Namur	4 (3,2)	120 (96,8)		<b>124 (100)</b>	3 (9,1)	30 (90,9)		<b>33 (100)</b>
Liège	9 (3,8)	225 (96,2)		<b>234 (100)</b>	5 (7,2)	64 (92,8)		<b>69 (100)</b>
Luxembourg		17 (100)		<b>17 (100)</b>		8 (100)		<b>8 (100)</b>
<b>TOTAL</b>	<b>55</b> <b>(2,3)</b>	<b>2.315</b> <b>(97,7)</b>		<b>2.370</b> <b>(100)</b>	<b>69</b> <b>(16,2)</b>	<b>355</b> <b>(83,1)</b>	<b>3</b> <b>(0,7)</b>	<b>427</b> <b>(100)</b>

(\*) Le Brabant flamand ne compte pas de centre dédié aux avortements (= abortuscentra).



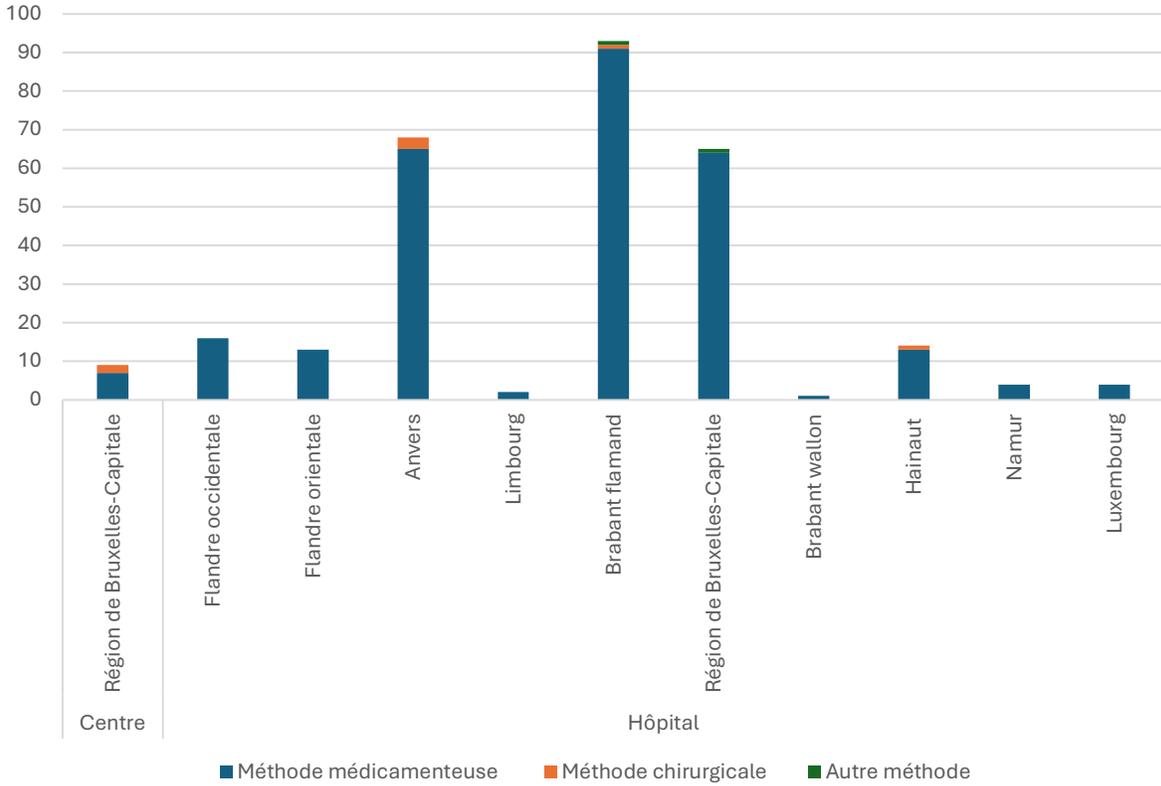
**F. Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse depuis la conception, selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (Nombre et %)**

2022								
NOMBRE (%)								
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale					16 (100)			16 (100)
Flandre orientale					13 (100)			13 (100)
Anvers					65 (95,6)	3 (4,4)		68 (100)
Limbourg					2 (100)			2 (100)
Brabant flamand					91 (97,8)	1 (1,1)	1 (1,1)	93 (100)
Bruxelles-Capitale	7 (77,8)	2 (22,2)		9 (100)	64 (98,5)		1 (1,5)	65 (100)
Brabant wallon					1 (100)			1 (100)
Hainaut					13 (92,9)	1 (7,1)		14 (100)
Namur					4 (100)			4 (100)
Liège (*)								
Luxembourg					4 (100)			4 (100)
<b>TOTAL</b>	<b>7 (77,8)</b>	<b>2 (22,2)</b>		<b>9 (100)</b>	<b>273 (97,5)</b>	<b>5 (1,8)</b>	<b>2 (0,7)</b>	<b>280 (100)</b>

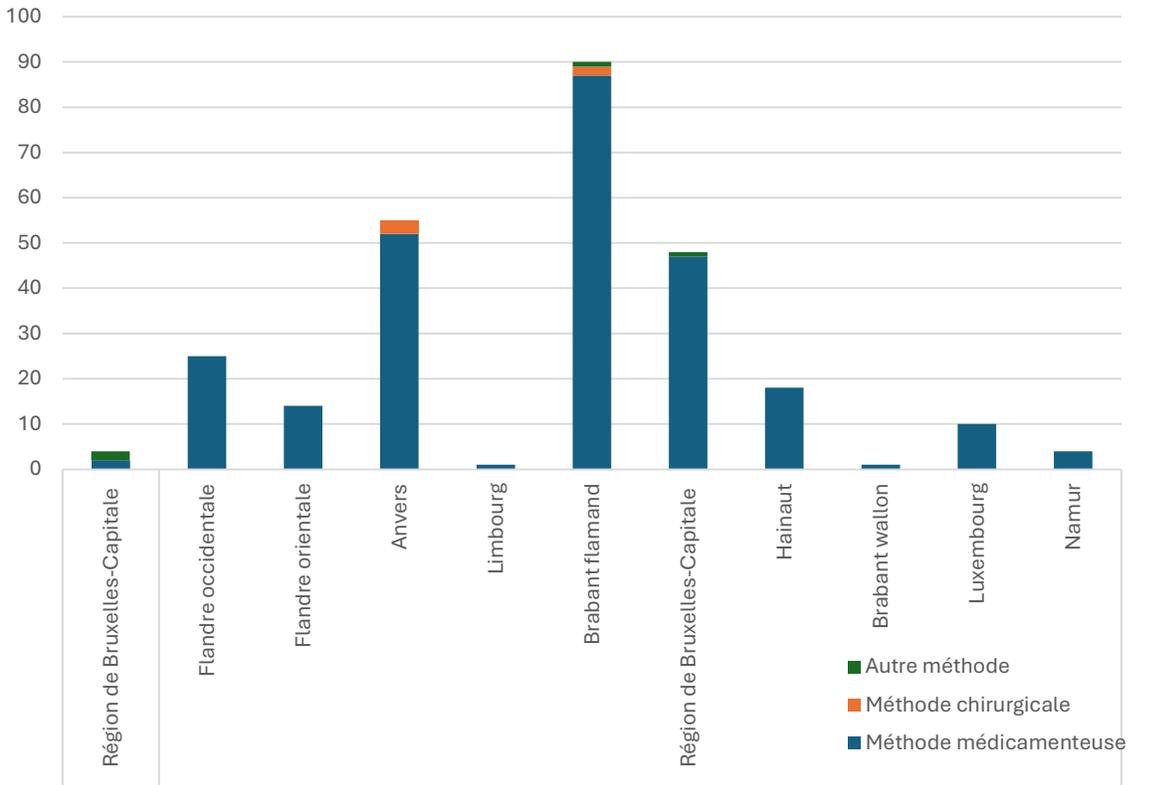
2023								
NOMBRE (%)								
Province	Centre				Hôpital			
	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total	Médicam.	Chirurg.	Autre	Total
Flandre occidentale					25 (100)			25 (100)
Flandre orientale					14 (100)			14 (100)
Anvers					52 (94,5)	3 (5,5)		55 (100)
Limbourg					1 (100)			1 (100)
Brabant flamand					87 (96,7)	2 (2,2)	1 (1,1)	90 (100)
Bruxelles-Capitale	2 (50)	2 (50)		4 (100)	47 (97,9)		1 (2,1)	48 (100)
Brabant wallon					1 (100)			1 (100)
Hainaut					18 (100)			18 (100)
Namur					4 (100)			4 (100)
Liège (*)								
Luxembourg					10 (100)			10 (100)
<b>TOTAL</b>	<b>2 (50)</b>	<b>2 (50)</b>		<b>4 (100)</b>	<b>259 (97,4)</b>	<b>5 (1,9)</b>	<b>2 (0,8)</b>	<b>266 (100)</b>

(\*) La province de Liège n'est pas reprise car aucune donnée n'a été communiquée via un document d'enregistrement bien que les membres de la Commission confirment que des interruptions de grossesse y sont bien réalisées à partir de 13 semaines.

Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse depuis la conception selon l'institution et la province - 2022



Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse depuis la conception selon l'institution et la province - 2023



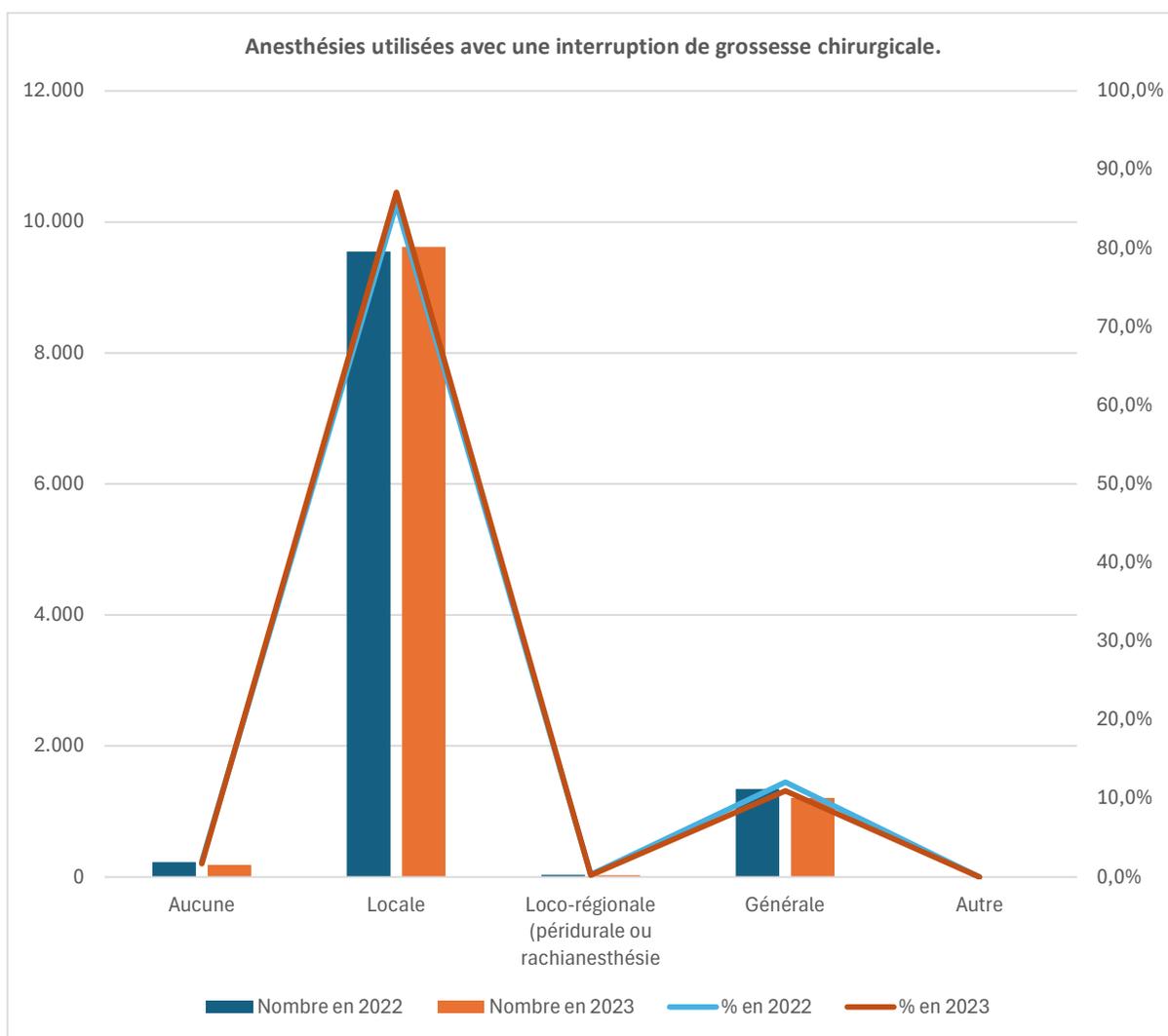
### 3.1.4.2. MÉTHODES D'ANESTHÉSIE

#### A. Données générales : méthode d'anesthésie lors d'une interruption de grossesse avec méthode chirurgicale (\*)

MÉTHODE	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Aucune	223 (2)	185 (1,7)
Locale	9.548 (85,6)	9.621 (87,1)
Loco-régionale (péridurale / rachianesthésie)	36 (0,3)	28 (0,3)
Générale	1.345 (12,1)	1.209 (10,9)
Autre (**)	1 (0,01)	0 (0)
<b>TOTAL</b>	<b>11.153 (100)</b>	<b>11.043(100)</b>

(\*) Aucune anesthésie utilisée lors d'une interruption par voie médicamenteuse

(\*\*) L'autre méthode d'anesthésie mentionnée est « sédation »



## B. Anesthésies avec une méthode d'interruption de grossesse chirurgicale selon la durée de grossesse depuis la conception et l'institution

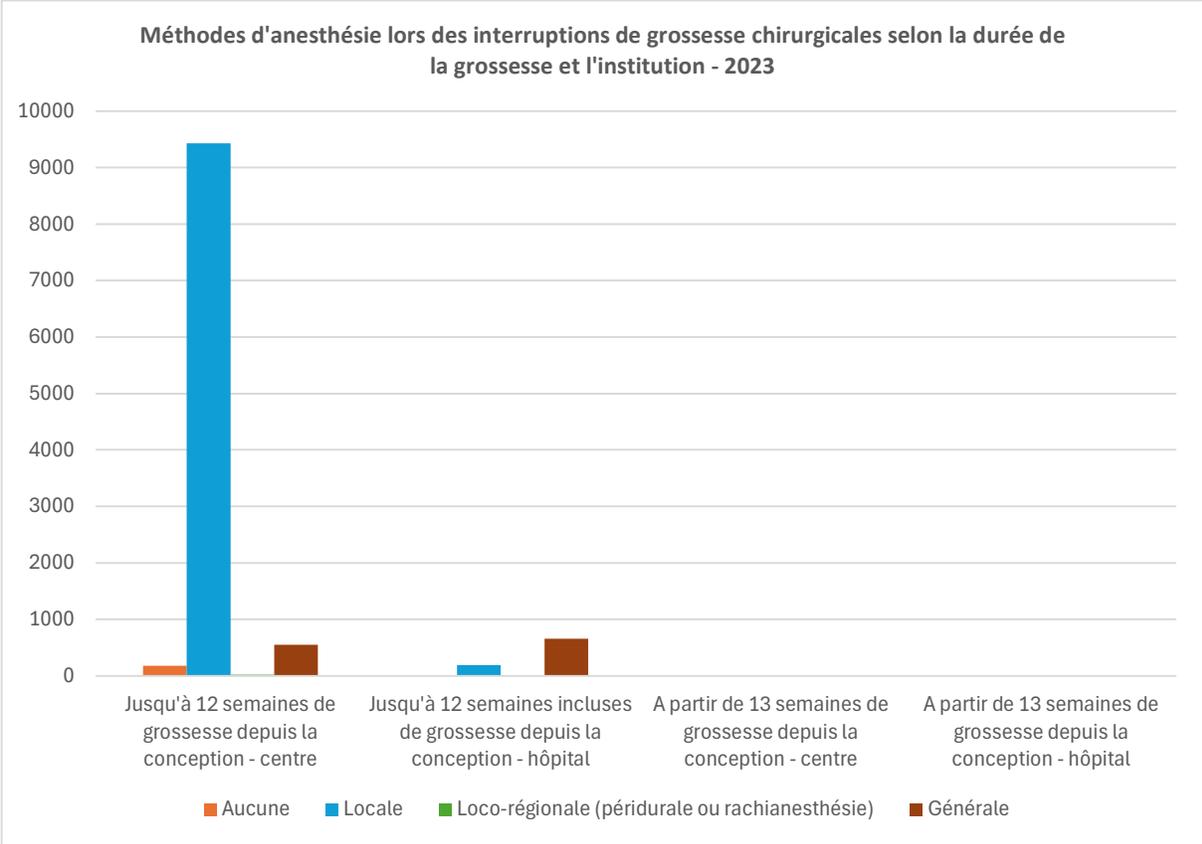
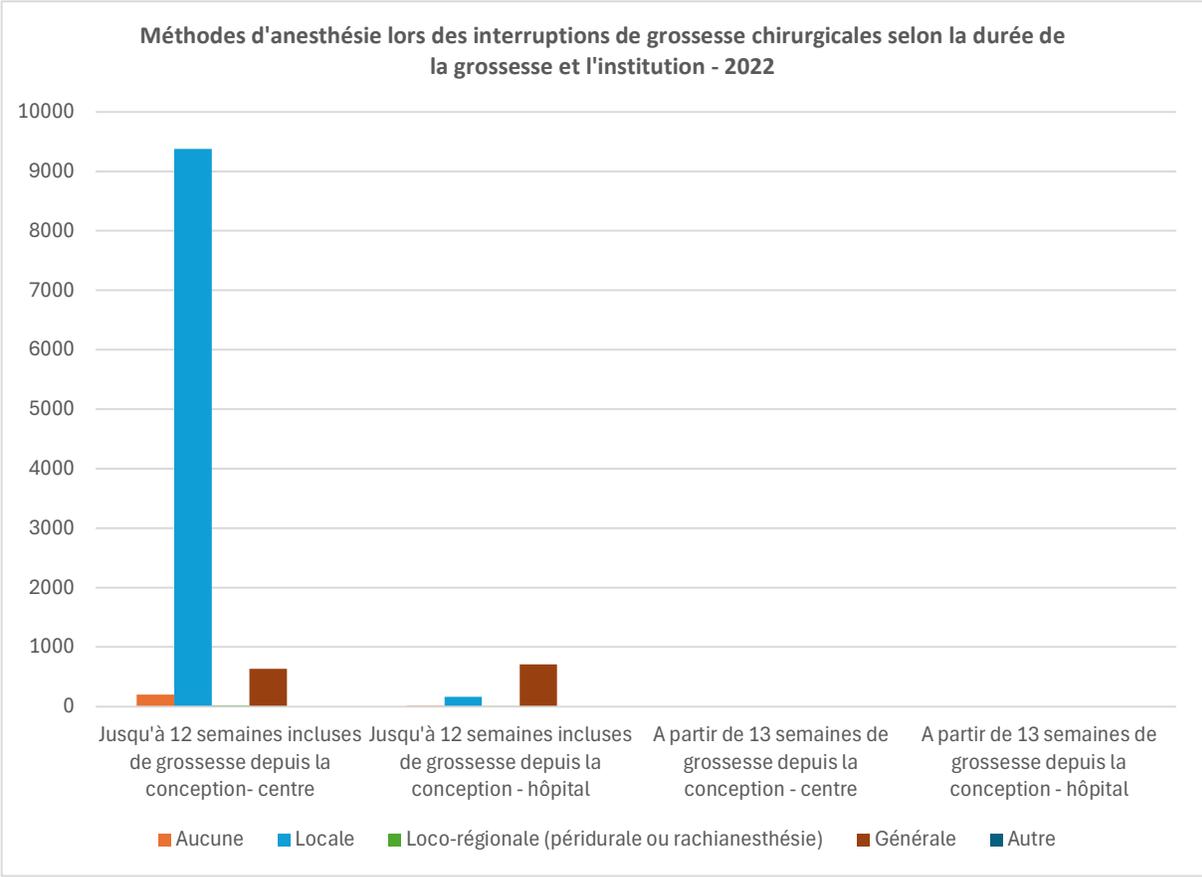
MÉTHODE D'ANESTHÉSIE	NOMBRE (%)		NOMBRE (%)		TOTAL
	Durée de grossesse depuis la conception				
2022	Jusqu'à 12 semaines incluses	Jusqu'à 12 semaines incluses	A partie de 13 semaines	A partir de 13 semaines	
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	
Aucune	204 (2)	18 (2)		1 (20)	223 (2)
Locale	9.380 (91,6)	168 (18,5)			9.548 (85,6)
Loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	23 (0,2)	10 (1,1)		3 (60)	36 (0,3)
Générale	633 (***) (6,2)	709 (78,3)	2 (100)	1 (20)	1.345 (12,1)
Autre (*)		1 (0,1)			1 (0,01)
<b>TOTAL</b>	<b>10.240 (100)</b>	<b>906 (100)</b>	<b>2 (100)</b>	<b>5 (100)</b>	<b>11.153 (100)</b>

(\*) L'autre méthode d'anesthésie mentionnée est « sédation »

MÉTHODE D'ANESTHÉSIE	NOMBRE (%)		NOMBRE (%)		TOTAL
	Durée de grossesse depuis la conception				
2023	Jusqu'à 12 semaines incluses	Jusqu'à 12 semaines incluses	A partie de 13 semaines	A partir de 13 semaines	
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	
Aucune	177 (1,7)	8 (0,9)			185 (1,7)
Locale	9.428 (92,7)	192 (22,2)		1 (20)	9.621 (87,1)
Loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	19 (0,2)	7 (0,8)		2 (40)	28 (0,3)
Générale (**)	548 (***) (5,4)	659 (76,8)		2 (40)	1.209 (10,9)
Autre					
<b>TOTAL</b>	<b>10.172 (100)</b>	<b>866 (100)</b>		<b>5 (100)</b>	<b>11.043 (100)</b>

(\*\*) Certains centres liés à des hôpitaux, réalisent des anesthésies générales dans les quartiers opératoires de ces hôpitaux comme par exemple, City planning avec l'hôpital St-Pierre à Bruxelles et Labyrinth à Anvers avec l'hôpital Aan de stroom (ZAS).

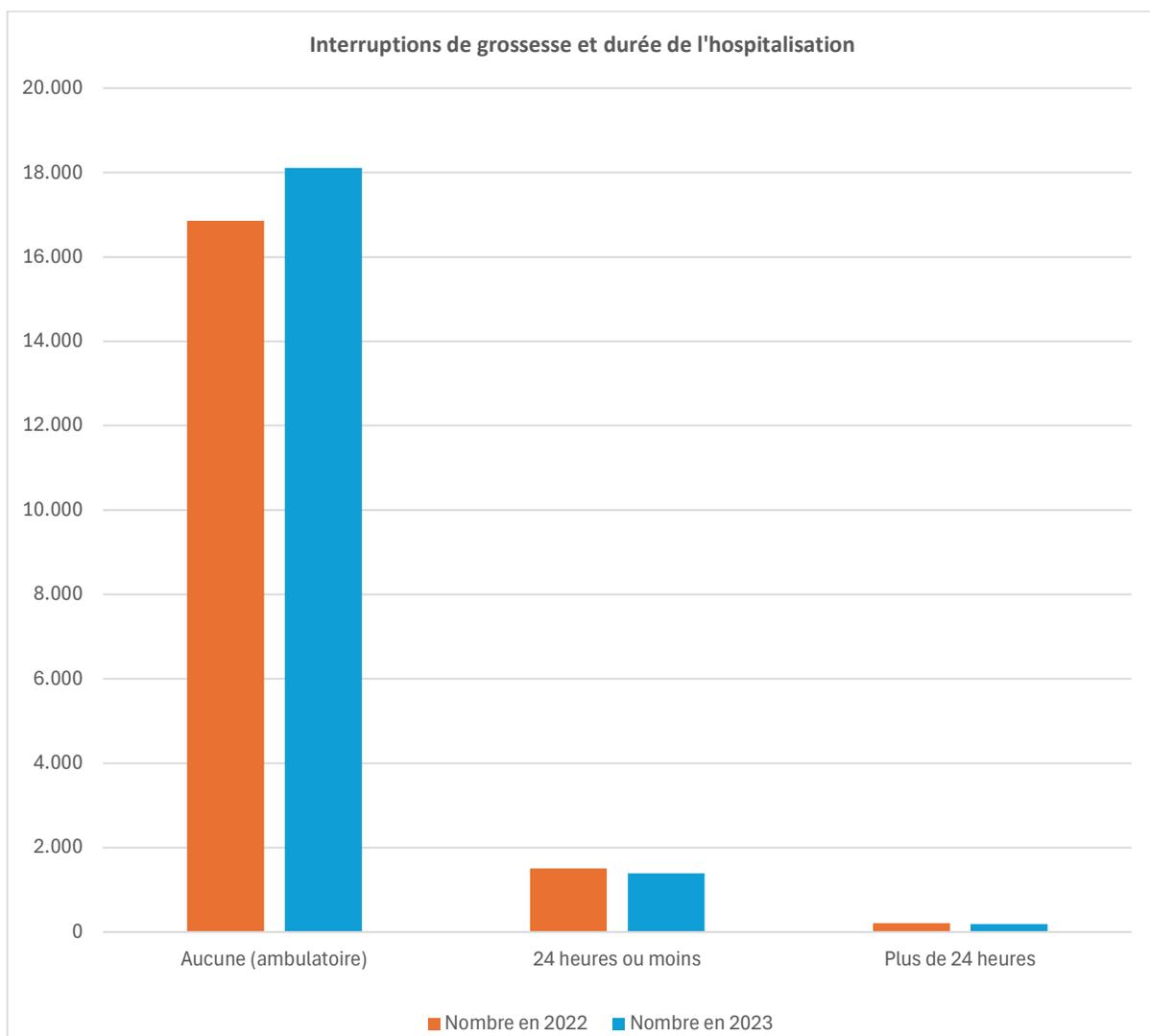
(\*\*\*) Dans les centres, avec une méthode chirurgicale jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception, seules les anesthésies locales sont possibles. Toutefois, 624 (sur 633) soit 99% et 533 (sur 548) soit 97 % des anesthésies générales ont eu lieu dans un centre lié à un hôpital (Cfr. (\*))



### 3.1.4.3. DURÉE D'HOSPITALISATION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE

#### A. Données générales

DURÉE D'HOSPITALISATION	NOMBRE (%)	
	2022	2023
Aucune : ambulatoire	16.857 (90,8)	18.110 (92,0)
Hospitalisation : 24 heures ou moins	1.509 (8,1)	1.391 (7,1)
Hospitalisation : plus de 24 heures	208 (1,1)	185 (0,9)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>



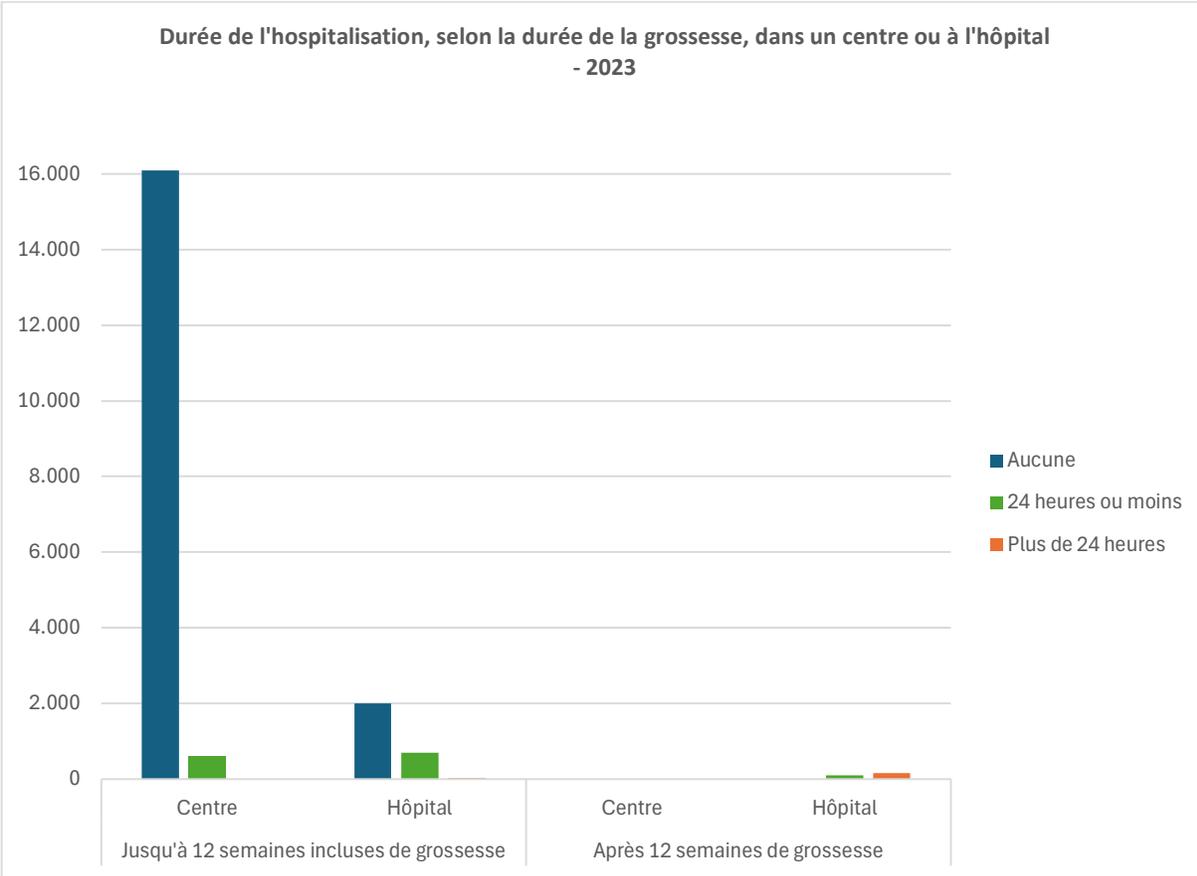
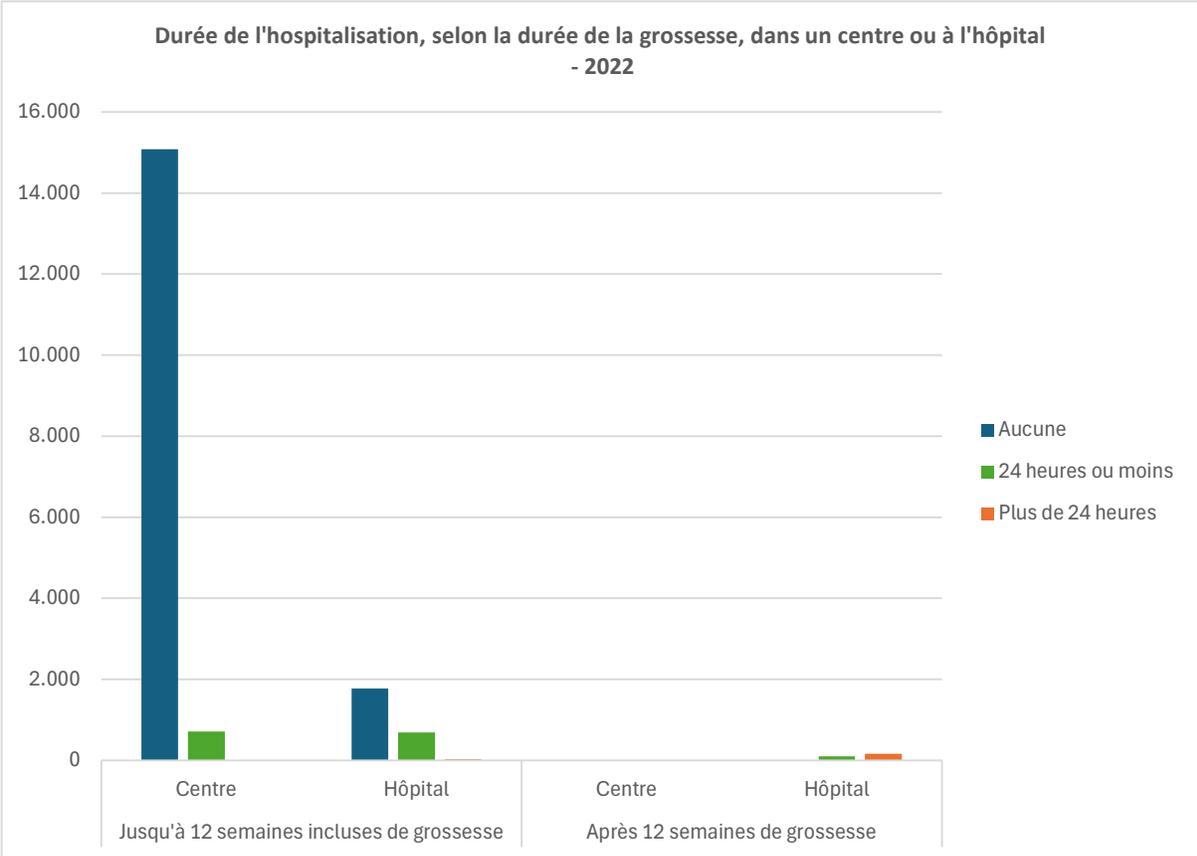
**B. Durée d'hospitalisation des interruptions de grossesse selon la durée de la grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital**

DURÉE D'HOSPITALISATION	NOMBRE		NOMBRE	
	2022	2022	2023	2023
<b>JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION</b>				
	CENTRE (*)	HÔPITAL	CENTRE (*)	HÔPITAL
Aucune (ambulatoire)	15.073 (95,46)	1.777 (71,22)	16.097 (96,4)	2.001 (73,62)
24 heures ou moins	711 (4,5)	686 (27,49)	600 (3,6)	695 (25,57)
Plus de 24 heures	6 (0,04)	32 (1,28)	1 (0,006)	22 (0,81)
<b>TOTAL</b>	<b>15.790 (86,35)</b>	<b>2.495 (13,65)</b>	<b>16.698 (86)</b>	<b>2.718 (14)</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.285 (100)</b>		<b>19.416 (100)</b>	

DURÉE D'HOSPITALISATION	NOMBRE		NOMBRE	
	2022	2022	2023	2023
<b>APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION</b>				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune : ambulatoire		7 (2,5)	1 (25)	11 (4,13)
24 heures ou moins	6 (66,67)	106 (37,86)	1 (25)	95 (35,71)
plus de 24 heures	3 (33,3)	167 (59,64)	2 (50)	160 (60,15)
<b>TOTAL</b>	<b>9 (3,09)</b>	<b>280 (96,22)</b>	<b>4 (1,48)</b>	<b>266 (98,52)</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>289 (100)</b>		<b>270 (100)</b>	

(\*) Certains centres liés à des hôpitaux, bénéficient des facilités offertes par ces hôpitaux comme par exemple, City planning avec l'hôpital St-Pierre à Bruxelles et Labyrint à Anvers avec l'hôpital Aan de stroom (ZAS).

Pour les centres qui ne sont pas liés à un hôpital, une durée d'hospitalisation supérieure à 24 heures n'est pas possible.

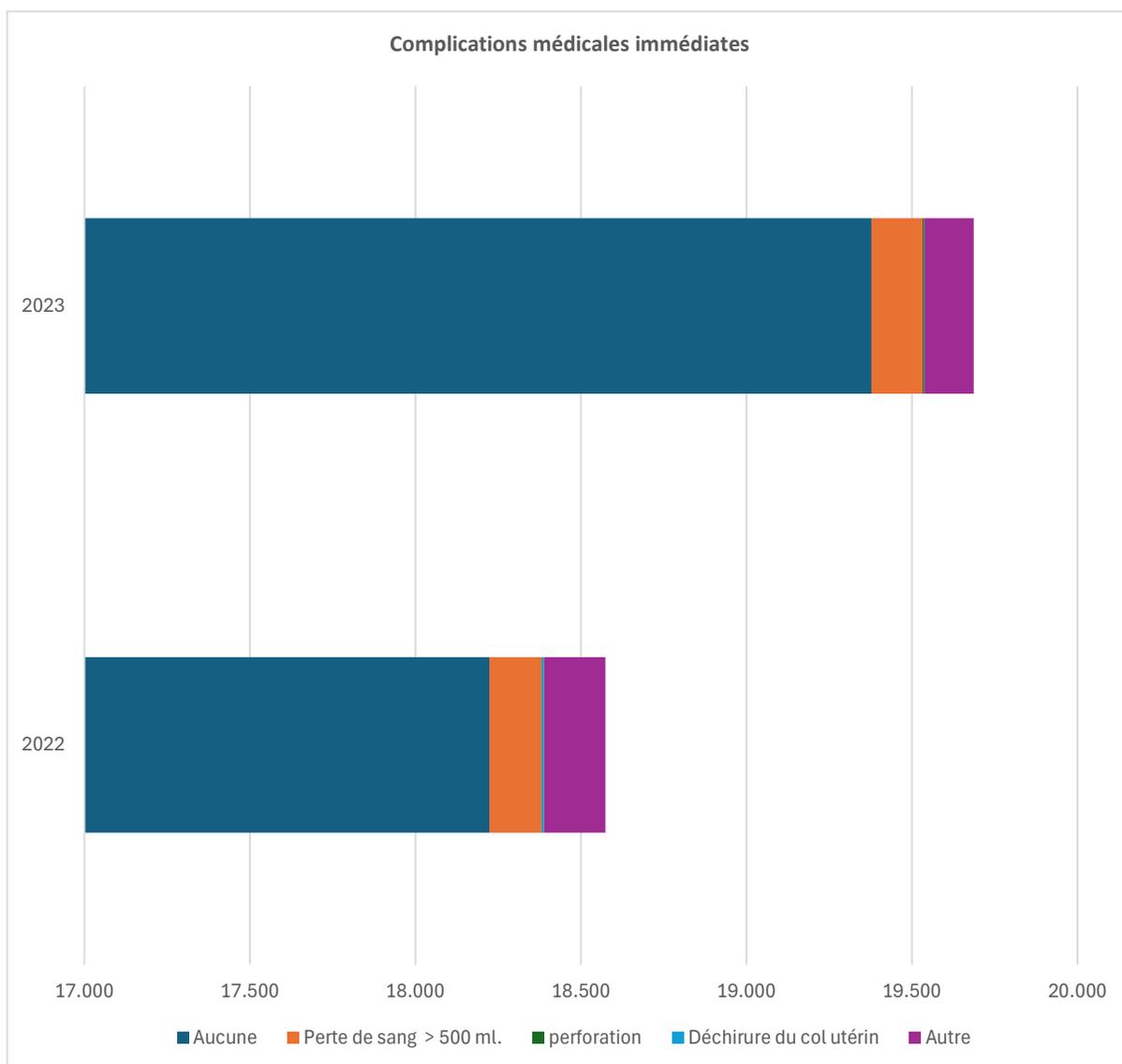


### 3.1.4.4. COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

#### A. Données générales

COMPLICATIONS	NOMBRE (100)	
	2022	2023
Aucune	18.224 (98,1)	19.377 (98,4)
Perte de sang > 500 ml	156 (0,8)	155 (0,8)
Perforation	3 (0,02)	5 (0,03)
Déchirure du col utérin	5 (0,03)	1 (0,01)
Autre (*)	186 (1)	148 (0,8)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

(\*) Les autres complications médicales immédiates sont présentées au point 3.3.1.8, p.83.

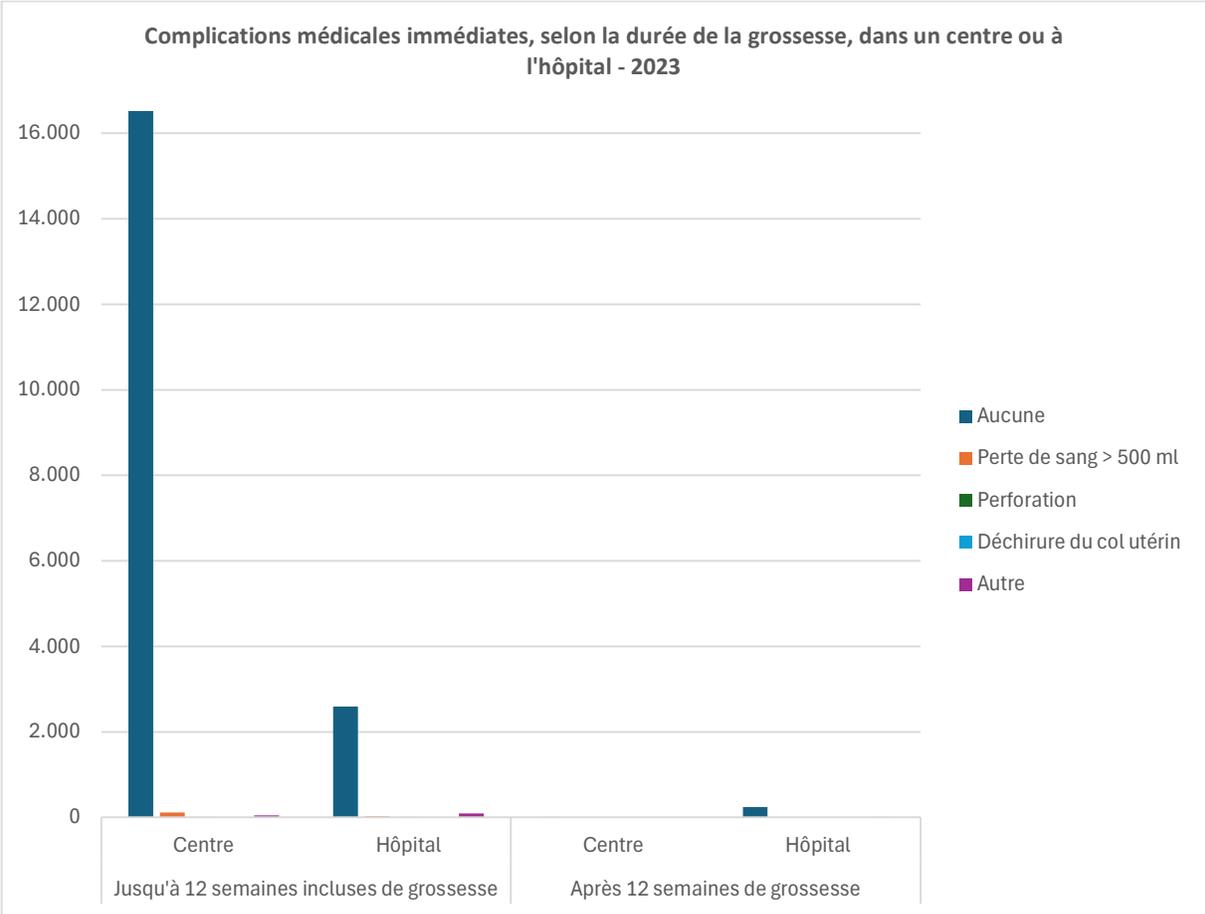
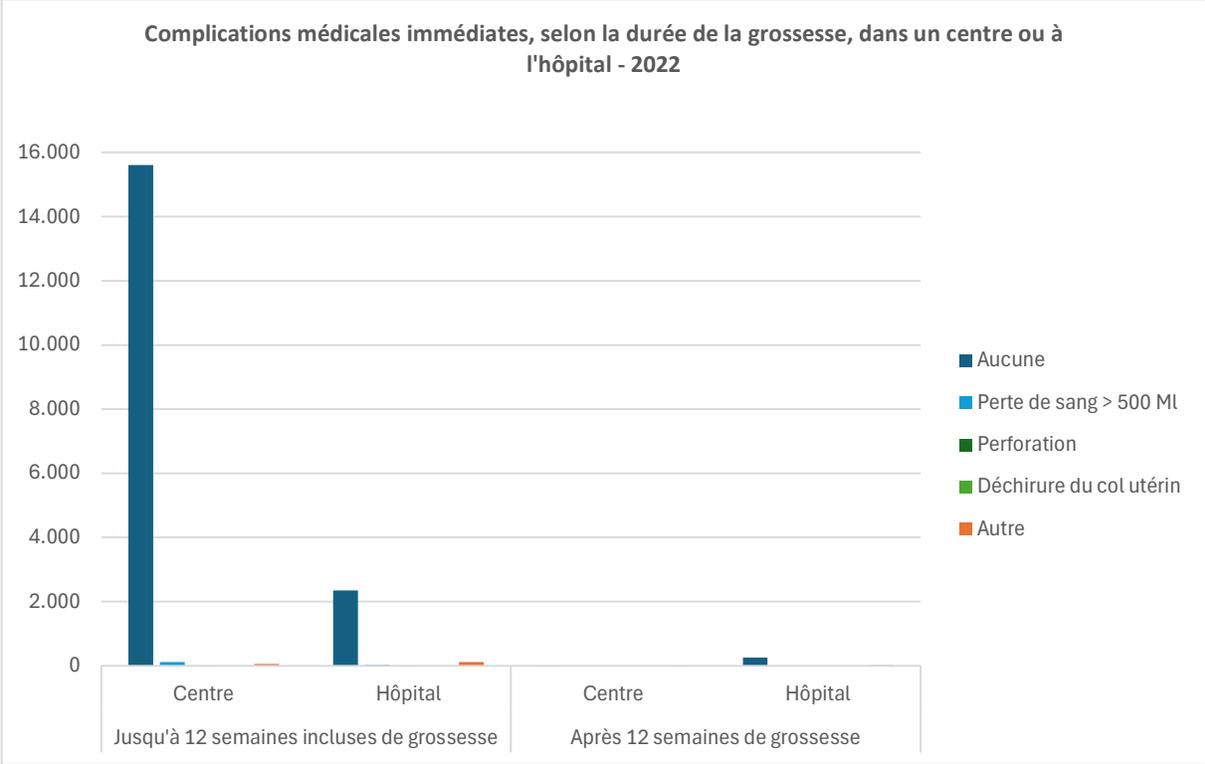


**B. Complications médicales immédiates des interruptions de grossesse, selon la durée de la grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital**

COMPLICATIONS	NOMBRE (%)		NOMBRE (%)	
	2022	2022	2023	2023
<b>JUSQU' À 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION</b>				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune	15.612 (98,87)	2.347 (94,07)	16.532 (94,07)	2.596 (95,53)
Perte de sang > 500 ml	116 (0,73)	31 (1,24)	116 (0,69)	26 (0,95)
Perforation	2 (0,01)	1 (0,04)	4 (0,02)	1 (0,03)
Déchirure du col utérin	3 (0,02)	1 (0,04)	1 (0,005)	
Autre (*)	57 (0,36)	115 (4,6)	45 (0,27)	95 (3,48)
<b>TOTAL</b>	<b>15.790 (86,35)</b>	<b>2.495 (13,65)</b>	<b>16.698 (85,97)</b>	<b>2.718 (14,03)</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>18.285 (100)</b>		<b>19.437 (100)</b>	

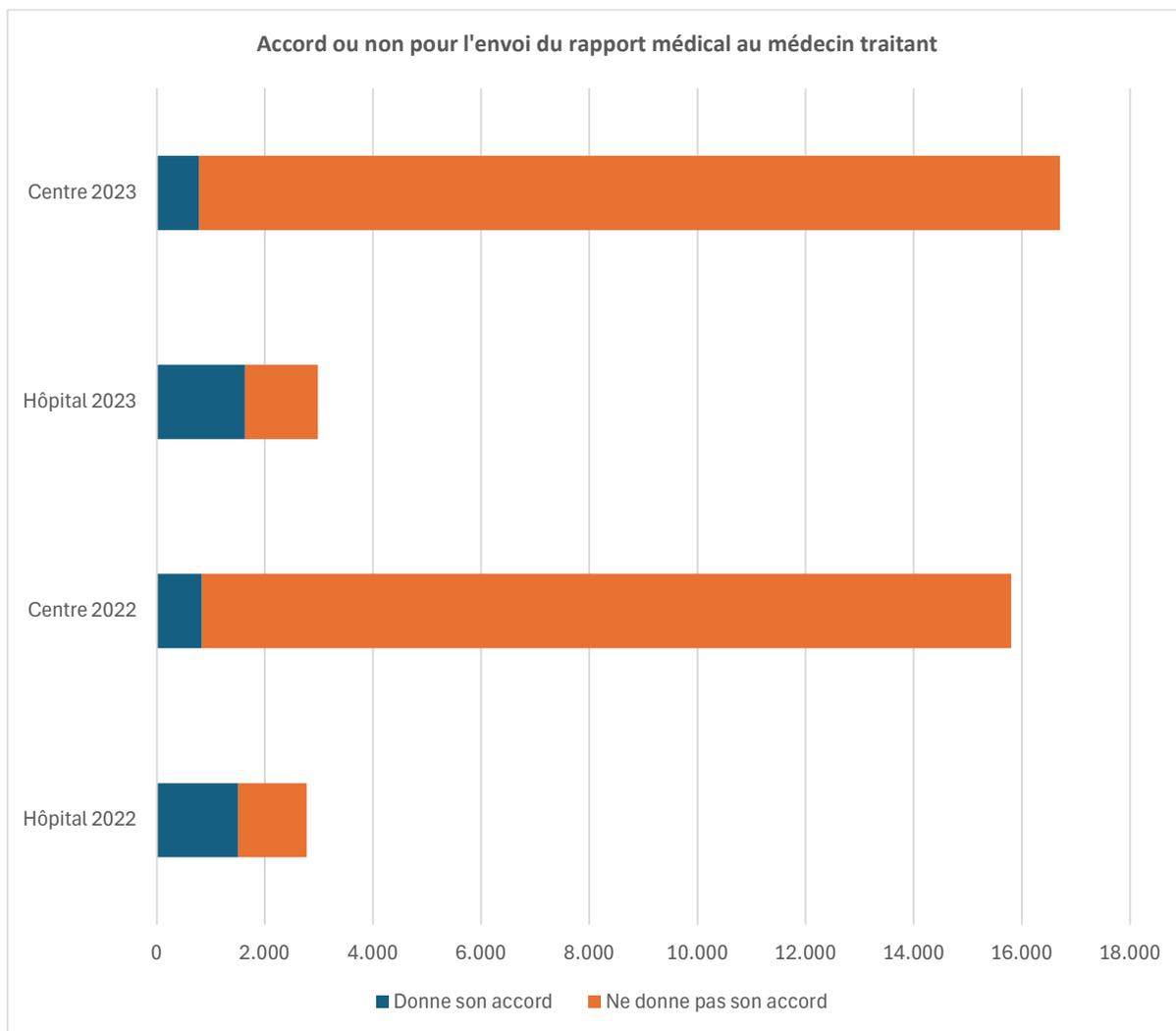
COMPLICATIONS	NOMBRE (%)		NOMBRE (%)	
	2022	2022	2023	2023
<b>APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION</b>				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune	6 (66,66)	259 (92,5)	4 (100)	245 (91,79)
Perte de sang > 500 ml	1 (11,11)	8 (2,86)		13 (4,85)
Perforation				
Déchirure du col utérin	1 (11,11)			
Autre (*)	1( 11,11)	13 (4,64)		8 (3,36)
<b>TOTAL</b>	<b>9 (3,11)</b>	<b>280 (96,89)</b>	<b>4 (0,37)</b>	<b>266 (98,53)</b>
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>289 (100)</b>		<b>272 (100)</b>	

(\*) Les autres complications médicales immédiates sont présentées au point 3.3.1.8,p.83.



### 3.1.4.5. ACCORD POUR L'ENVOI DU RAPPORT MÉDICAL AU MÉDECIN TRAITANT

ACCORD / PAS D'ACCORD	NOMBRE (%)					
	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
La femme donne son accord	834 (5,3)	1.506 (54,3)	2.340 (12,6)	784 (4,7)	1.634 (54,8)	2.418 (12,3)
La femme ne donne pas son accord	14.965 (94,7)	1.269 (45,7)	16.234 (87,4)	15.918 (95,3)	1.350 (45,2)	17.268 (87,7)
<b>TOTAL</b>	<b>15.799</b> <b>(100)</b>	<b>2.775</b> <b>(100)</b>	<b>18.574</b> <b>(100)</b>	<b>16.702</b> <b>(100)</b>	<b>2.984</b> <b>(100)</b>	<b>19.686</b> <b>(100)</b>



## 3.2. TABULATIONS CROISÉES

### 3.2.1. RAISONS ÉVOQUÉES

- Le médecin peut indiquer au maximum 3 raisons sur le document d'enregistrement.
- Ces tableaux reprennent, par province (domicile), le nombre de femmes ayant mentionné au moins 1 raison relationnelle/familiale ou matérielle/financière. Si une femme évoque plusieurs raisons relationnelles/familiales ou financières/matérielles, celles-ci ne sont reprises qu'une seule fois dans le tableau.

#### 3.2.1.1. DOMICILE DE LA FEMME ET RAISON RELATIONNELLE OU FAMILIALE

DOMICILE	NOMBRE D'IVG (%)	NOMBRE RAISON RELATION. OU FAMILIALE (% P/R NOMBRE TOTAL DANS LA PROVINCE)	NOMBRE D'IVG (%)	NOMBRE RAISON RELATION. OU FAMILIALE (% P/R NOMBRE TOTAL DANS LA PROVINCE)
	2022	2022	2023	2023
Flandre occidentale	1.301 (7)	345 (26,5)	1.434 (7,3)	351 (24,5)
Flandre orientale	2.072 (11,2)	397 (19,2)	2.263 (11,5)	381 (16,8)
Anvers	3.003 (16,2)	690 (23)	3.180 (16,02)	751 (23,6)
Limbourg	1.024 (5,5)	231 (22,6)	1.115 (5,7)	253 (22,7)
Brabant flamand	1.554 (8,4)	326 (21)	1.524 (7,7)	316 (20,7)
Bruxelles-Capitale	3.043 (16,4)	529 (17,4)	2.977 (15,1)	430 (14,4)
Brabant wallon	648 (3,5)	119 (18,4)	672 (3,4)	139 (20,7)
Hainaut	2.621 (14,1)	777 (29,6)	3.030 (15,4)	821 (27,1)
Namur	901 (4,9)	241 (26,7)	989 (5)	227 (23)
Liège	1.721 (9,3)	259 (15)	1.837 (9,3)	269 (14,6)
Luxembourg	462 (2,8)	86 (18,6)	444 (2,3)	65 (14,6)
Étranger	163 (0,9)	29 (17,8)	159 (0,6)	37 (23,3)
Sans domicile fixe ou titre de séjour	48 (0,3)	7 (14,6)	45 (0,2)	9 (20)
Blanc	13 (0,1)	1 (7,7)	17 (0,1)	4 (23,5)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>4.037 (21,7)</b>	<b>19.686 (100)</b>	<b>4.053 (20,6)</b>

#### 3.2.1.2. DOMICILE DE LA FEMME ET RAISON FINANCIÈRE OU MATÉRIELLE

DOMICILE	NOMBRE D'IVG (%) par rapport au total d'IVG	NOMBRE RAISON FINANCIÈRE OU MATÉRIELLE (% P/R NOMBRE TOTAL DANS LA PROVINCE)	NOMBRE D'IVG (%) par rapport au nombre total d'IVG	NOMBRE RAISON FINANCIÈRE OU MATÉRIELLE (% P/R NOMBRE TOTAL DANS LA PROVINCE)
	2022	2022	2023	2023
Flandre occidentale	1.301 (7)	272 (20,9)	1.434 (7,3)	372 (25,9)
Flandre orientale	2.072 (11,2)	226 (10,9)	2.263 (11,5)	215 (9,5)
Anvers	3.003 (16,2)	341 (11,4)	3.180 (16,02)	387 (12,2)
Limbourg	1.024 (5,5)	182 (17,8)	1.115 (5,7)	129 (11,6)
Brabant flamand	1.554 (8,4)	224 (14,4)	1.524 (7,7)	206 (13,5)
Bruxelles-Capitale	3.043 (16,4)	369 (12,1)	2.977 (15,1)	290 (9,7)
Brabant wallon	648 (3,5)	106 (16,4)	672 (3,4)	92 (13,7)
Hainaut	2.621 (14,1)	721 (27,5)	3.030 (15,4)	671 (22,1)
Namur	901 (4,9)	168 (18,6)	989 (5)	199 (20,1)
Liège	1.721 (9,3)	210 (12,2)	1.837 (9,3)	229 (12,5)
Luxembourg	462 (2,8)	35 (7,6)	444 (2,3)	30 (6,8)
Étranger	163 (0,9)	21 (12,9)	159 (0,6)	25 (15,7)
Sans domicile fixe ou titre de séjour	48 (0,3)	12 (25)	45 (0,2)	12 (26,7)
Blanc	13 (0,1)	1 (7,7)	17 (0,1)	3 (17,6)
<b>TOTAL</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>2.888 (15,5)</b>	<b>19.686 (100)</b>	<b>2.860 (14,5)</b>

### 3.2.1.3. RAISONS ÉVOQUÉES ET CATÉGORIE D'ÂGE

► Le médecin peut indiquer jusqu'à 3 raisons sur le document d'enregistrement, c'est pourquoi le nombre de raisons est plus élevé que le nombre d'interruptions de grossesse.

NOMBRE (%)						
ÂGE	10-14		15-19		20-24	
RAISONS (*)	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Personnelles	44 (98)	41 (95)	1.173 (83)	1.433 (89)	2.843 (73)	3.250 (80)
Familiales / relation.	2 (4)	4 (9)	195 (14)	233 (14)	867 (22)	815 (20)
Financières / matér.	6 (13)	6 (14)	448 (32)	499 (31)	1.002 (26)	983 (24)
Contraintes / violence	1 (2)	2 (5)	21 (1)	24 (1)	54 (1)	56 (1)
Idéologiques /philos.			7 (0,5)	10 (0,6)	30 (1)	27 (0,7)
Santé	1 (2)	2 (5)	24 (2)	29 (2)	140 (4)	160 (4)
Situation admin. précaire			13 (1)	10 (1)	31 (1)	42 (1)
Autre (**)			58 (4)	32 (2)	174 (4)	143 (4)
<b>TOTAL Interruptions de grossesse</b>	<b>45 (100)</b>	<b>43 (100)</b>	<b>1.409 (100)</b>	<b>1.612 (100)</b>	<b>3.914 (100)</b>	<b>4.052 (100)</b>

NOMBRE (%)						
ÂGE	25-29		30-34		35-39	
RAISONS (*)	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Personnelles	3.029 (68)	3.716 (79)	3.050 (68)	3.713 (78)	2.277 (74)	2.636 (82)
Familiales /relation.	1.101 (25)	1.120 (24)	1.085 (24)	1.073(23)	612 (20)	621 (19)
Financières / matér.	670 (15)	650 (14)	468 (10)	456 (10)	234 (8)	209 (7)
Contraintes / violence	62 (1)	81 (2)	47 (1)	48 (1)	37 (1)	36 (1)
Idéologiques/philos.	33 (0,7)	30 (0,6)	17 (0,4)	8 (0,2)	6 (0,2)	12 (0,4)
Santé	321 (7)	338 (7)	432 (10)	482 (10)	313 (10)	301 (9)
Situation admin. précaire	45 (1)	50 (1)	59 (1)	41 (1)	33 (1)	26 (1)
Autre (**)	213 (5)	148 (3)	208 (5)	181 (4)	139 (5)	116 (4)
<b>TOTAL Interruptions de grossesse</b>	<b>4.429 (100)</b>	<b>4.705 (100)</b>	<b>4.464 (100)</b>	<b>4.734 (100)</b>	<b>3.079 (100)</b>	<b>3.204 (100)</b>

NOMBRE (%)								
ÂGE	40-44		45-49		50-54		TOTAL	TOTAL
RAISONS (*)	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Personnelles	919 (81)	1.081 (87)	88 (90)	88 (93)	2 (100)	1 (100)	13.425 (72)	15.959 (81)
Familiales / relation.	168 (15)	177 (14)	7 (7)	10 (11)			4.037 (22)	4.053 (21)
Financières / matér.	60 (5)	54 (4)		3 (3)			2.888 (16)	2.860 (15)
Contraintes / violence	6 (0,5)	8 (0,6)					228 (1)	255 (1)
Idéologiques/philos.	4 (0,4)			1 (1)			97 (0,5)	88 (0,4)
Santé	123 (11)	136 (11)	12 (12)	11 (12)			1.366 (7)	1.449 (7)
Situation administr. précaire	6 (0,5)	11 (1)					187 (1)	180 (1)
Autre (**)	42 (4)	25 (2)	2 (2)	3 (3)			836 (5)	648 (3)
<b>TOTAL Interruptions de grossesse</b>	<b>1.134 (100)</b>	<b>1.240 (100)</b>	<b>98 (100)</b>	<b>95 (100)</b>	<b>2 (100)</b>	<b>1 (100)</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

(\*) Si une femme indique plusieurs raisons d'une même catégorie, celles-ci ne sont reprises qu'une fois dans les tableaux. Par exemple, une femme - qui se trouve trop âgée, considère avoir une famille complète et a des difficultés économiques - sera reprise une fois dans la rubrique « raisons personnelles » et une fois dans la rubrique « raisons financières ou matérielles.

Les % doivent être interprétés en fonction du nombre total de documents d'enregistrement. Par exemple, en 2022, 22% des femmes (4.037 sur 18.574) ont donné une ou plusieurs raisons relationnelles ou familiales pour interrompre la grossesse. Dans la catégorie d'âge 25-29 ans, cela correspond à 25% (1.101 sur un total de 4.429).

(\*\*) Les autres raisons sont présentées au point « 3.3.1.1, p.78.

### 3.2.1.4. RAISONS ÉVOQUÉES ET SITUATION DE VIE OU DE FAIT

NOMBRE (%)								
SITUATION DE VIE / DE FAIT	VIT SEULE		VIT EN COUPLE		VIT CHEZ UN PARENT OU DE LA FAMILLE		AUTRE	
RAISONS	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Personnelles	4.429 (52,5)	4.804 (55,6)	6.896 (63,7)	7.609 (66)	2.829 (54,9)	3.044 (55,6)	310 (41,9 )	430 (49,9)
Familiales ou relationnelles	2.369 (28,1)	2.330 (27)	1.003 (9,3)	994 (8,6)	838 (16,3)	881 (16,1)	149 (20,2 )	147 (17,1)
Financières ou matérielles	884 (10,5)	803 (9,3)	1.187 (11)	1.165 (10,1)	1.142 (22,2)	1.21 (22,1)	135 (18,3 )	135 (15,7)
Contraintes ou violence	112 (1,3)	104 (1,2)	43 (0,4)	64 (0,6)	61 (1,2)	65 (1,2)	17 (2,3 )	31 (3,6)
Idéologiques ou philosophiques	40 (0,5)	22 (0,3)	17 (0,2)	31 (0,3)	34 (0,7)	38 (0,7)	7 (0,9 )	1 (0,1)
Santé	246 (2,9)	301 (3,5)	1.276 (11,8)	1.32 (11,5)	84 (1,6)	113 (2,1)	1 (2,4 )	25 (2,9)
Situation administrative précaire	54 (0,6)	52 (0,6)	63 (0,6)	54 (0,5)	14 (0,3)	14 (0,3)	56 (7,6 )	60 (7)
Autre (*)	296 (305)	222 (2,6)	344 (3,2)	28 (2,5)	149 (2,9)	110 (2)	47 (6,4)	32 (3,7)
<b>TOTAL</b>	<b>8.430 (100)</b>	<b>8.638 (10096)</b>	<b>10.829 (100)</b>	<b>11.523 (100)</b>	<b>5.151 (100)</b>	<b>5.475 (100)</b>	<b>739 (100)</b>	<b>861 (100)</b>

(\*) Les autres raisons sont présentées au point 3.3.1.1., p.78

## 3.2.2. MÉTHODES DE CONTRACEPTION

### 3.2.2.1. PAS DE CONTRACEPTION ET TRANCHE D'ÂGE

ÂGE	10-14		15-19		20-24	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
<b>PAS DE CONTRACEPTION ET (*)</b>						
Grossesse non souhaitée	28 (96,6)	27 (100)	691 (97,7)	763 (96,7%)	1.692 (94,2)	1.698 (93,8%)
Grossesse souhaitée	1 (3,45)		7 (1)	13 (1,6%)	68 (3,8)	75 (4,1%)
Stérilité supposée			8 (1,1)	8 (1,%)	26 (1,4)	25 (1,4%)
Partenaire refuse la contraception			1 (0,1%)	2 (0,3%)	5 (0,3)	7 (0,4%)
Autre raison (**)				3 (0,4%)	5 (0,3)	6 (0,3%)
<b>TOTAL</b>	<b>29</b> <b>(100)</b>	<b>27</b> <b>(100)</b>	<b>707</b> <b>(100)</b>	<b>789</b> <b>(100)</b>	<b>1.796</b> <b>(100)</b>	<b>1.811</b> <b>(100)</b>

ÂGE	25-29		30-34		35-39	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
<b>PAS DE CONTRACEPTION ET (*)</b>						
Grossesse non souhaitée	1.806 (88,4)	1.800 (88,4)	1.749 (85,1)	1.764 (84,6)	1.21 (84,1)	1.222 (85,9)
Grossesse souhaitée	195 (9,5)	177 (8,75)	253 (12,3)	246 (11,8)	158 (11)	146 (10,3)
Stérilité supposée	34 (1,7)	37 (1,8)	38 (1,8%)	48 (2,3)	59 (4,1)	45 (3,2)
Partenaire refuse la contraception	4 (0,2)	10 (0,5)	6 (0,3%)	12 (0,6)	6 (0,4)	1 (0,1)
Autre raison (**)	5 (0,2)	13 (0,6)	9 (0,4%)	14 (0,7)	6 (0,4)	8 (0,6)
<b>TOTAL</b>	<b>2.044</b> <b>(100)</b>	<b>2.037</b> <b>(100)</b>	<b>2.055</b> <b>(100)</b>	<b>2.084</b> <b>(100)</b>	<b>1.442</b> <b>(100)</b>	<b>1.422</b> <b>(100)</b>

ÂGE	40-44		45-49		50-54	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
<b>PAS DE CONTRACEPTION ET (*)</b>						
Grossesse non souhaitée	451 (84,1)	518 (83,7%)	44 (83)	48 (92,3)	1 (100)	1 (100)
Grossesse souhaitée	52 (9,7%)	48 (7,8)	4 (7,5)	2 (3,8)		
Stérilité supposée	30 (5,6%)	43 (6,9)	5 (9,4)	1 (1,9)		
Partenaire refuse la contraception	1 (0,2%)	5 (0,8)				
Autre raison (**)	3 (0,4)	5 (0,8)		1 (1,9)		
<b>TOTAL</b>	<b>537</b> <b>(100)</b>	<b>619</b> <b>(100)</b>	<b>53</b> <b>(100)</b>	<b>52</b> <b>(100)</b>	<b>1</b> <b>(100)</b>	<b>1</b> <b>(100)</b>

(\*) Quand la femme déclare, dans le document d'enregistrement, ne pas avoir utilisé de contraception, cela signifie qu'elle n'a pas utilisé de contraception pendant le mois de la conception.

(\*\*) Les autres déclarations sur la non utilisation de la contraception sont présentées au point 3.3.1.4., p.81

### 3.2.2.2. CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S) ET TRANCHE D'ÂGE

Nombre (%)						
ÂGE	10-14		15-19		20-24	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu		1 (5,5)	34 (4,6)	30 (3,4)	125 (5,5)	139 (5,7)
Abstinence périodique		1 (5,5)	31 (4,1)	31 (3,5)	159 (7)	212 (8,6)
Spermicides					2 (0,1)	
Diaphragme			2 (0,3)		4 (0,2)	3 (0,1)
Préservatif	11 (68,7)	10 (55,6)	214 (28,7)	290 (33,1)	639 (28)	728 (29,7)
Pilule	3 (18,7)	3 (16,7)	349 (46,8)	387 (44,2)	953 (41,8)	894 (36,4)
Injection contraceptive			4 (0,5)	9 (1)	22 (1)	18 (0,7)
Stérilet au cuivre			1 (1,5)	10 (1,1)	56 (2,5)	60 (2,4)
Stérilet hormonal			4 (0,5)	2 (0,2)	10 (0,4)	17 (0,7)
Stérilisation homme					4 (0,2)	2 (0,1)
Stérilisation femme				1 (0,1)		
Pilule d'urgence	1 (6,3)	3 (16,7)	53 (7,1)	62 (7,1)	154 (6,7)	172 (7)
Implant	1 (6,3)		2 (0,3)	5 (0,6)	6 (0,3)	5 (0,2)
Patch			9 (1,2)	8 (0,9)	25 (1,1)	37 (1,5)
Anneau vaginal			14 (1,9)	17 (1,9)	42 (1,8)	51 (2,1)
Méthode N.F.P.			8 (1)	6 (0,7)	23 (1)	31 (1,3)
Application électron. ou digitale			11 (1,5)	11 (1,3)	51 (2,2)	75 (3,1)
Autre (*)				7 (0,8)	7 (0,3)	11 (0,4)
<b>TOTAL</b>	<b>16</b> <b>(100)</b>	<b>18</b> <b>(100)</b>	<b>746</b> <b>(100)</b>	<b>876</b> <b>(100)</b>	<b>2.282</b> <b>(100)</b>	<b>2.455</b> <b>(100)</b>

Nombre (%)						
ÂGE	25-29		30-34		35-39	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu	133 (5,1)	164 (5,5)	145 (5,5)	198 (6,7)	127 (7)	160 (8,1)
Abstinence périodique	309 (11,8)	330 (11,1)	358 (13,5)	367 (12,4)	289 (15,9)	313 (15,8)
Spermicides	1 (0,04%)	1 (0,03)	3 (0,1)	3 (0,1)	2 (0,1)	2 (0,1)
Diaphragme	4 (0,2)	5 (0,2)	12 (0,5)	11 (0,4)	5 (0,3)	5 (0,3)
Préservatif	734 (28)	888 (29,9)	741 (27,9)	860 (28,9)	488 (26,9)	568 (28,5)
Pilule	939 (35,8)	945 (31,8)	847 (31,9)	877 (29,5)	555 (30,6)	533 (26,8)
Injection contraceptive	17 (0,6)	20 (0,7)	20 (0,8)	13 (0,4)	11 (0,6)	11 (0,6)
Stérilet au cuivre	59 (2,3)	44 (1,5)	48 (1,8)	51 (1,7)	32 (1,8)	31 (1,6)
Stérilet hormonal	14 (0,5)	18 (0,6)	9 (0,3)	21 (0,7)	15 (0,8)	14 (0,7)
Stérilisation homme	4 (0,2)	5 (0,2)	17 (0,6)	28 (0,9)	20 (1,1)	13 (0,7)
Stérilisation femme	1 (0,04%)	2 (0,1)	3 (0,1)	2 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,2)
Pilule d'urgence	174 (6,6)	200 (6,7)	176 (6,6)	193 (6,5)	98 (5,4)	122 (6,1)
Implant	5 (0,2)	10 (0,3)	8 (0,3)	7 (0,2)	7 (0,4)	2 (0,1)
Patch	37 (1,4)	54 (1,8)	27 (1)	55 (1,9)	30 (1,7%)	40 (2)
Anneau vaginal	50 (1,9)	72 (2,4)	71 (2,7)	85 (2,9)	38 (2,1)	43 (2,2)
Méthode N.F.P.	51 (1,9)	69 (2,3)	67 (2,5)	57 (1,9)	41 (2,3)	39 (2)
Application electron. ou digitale	68 (2,6)	123 (4,1)	94 (3,5)	118 (4)	49 (2,7)	78 (3,9)
Autre (*)	21 (0,8)	23 (0,7%)	10 (0,4)	27 (0,9)	7 (0,4)	13 (0,6)
<b>TOTAL</b>	<b>2.621</b> <b>(100)</b>	<b>2.971</b> <b>(100)</b>	<b>2.656</b> <b>(100)</b>	<b>2.973</b> <b>(100)</b>	<b>1.815</b> <b>(100)</b>	<b>1.987</b> <b>(100)</b>

Nombre (%)						
ÂGE	40-44		45-49		50-54	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu	49 (7,3)	58 (8,2)	4 (8,5)	8 (16,3)		
Abstinence périodique	155 (23,2)	152 (21,5)	10 (21,3)	11 (22,4)		
Spermicides	2 (0,3)	1 (0,1)		1 (2)		
Diaphragme	3 (0,4)	2 (0,3)				
Préservatif	186 (27,9)	199 (28,2)	13 (27,7)	15 (30,6)	1 (50)	
Pilule	171 (25,6)	147 (20,8)	13 (27,7)	9 (18,4)	1 (50)	
Injection contraceptive	2 (0,3)	5 (0,7)	1 (2,1)			
Stérilet au cuivre	6 (0,9)	10(1,4)	1 (2,1)			
Stérilet hormonal	3 (0,4)	7 (1)	1 (2,1)			
Stérilisation femme	6 (0,9)	5 (0,7)				
Stérilisation homme	5 (0,7)	1 (0,1)	1 (2,1)			
Pilule d'urgence	26 (3,9)	38 (5,4)	1 (2,1)			
Implant	2 (0,3)	2 (0,3)				
Patch	5 (0,7)	6 (0,8)	1 (2,1)			
Anneau vaginal	4 (0,6)	15 (2,1)				
Méthode N.F.P.	19 (2,8)	20 (2,8%)		2 (4,1)		
Application électronique ou digitale	21 (3,1)	31 (4,4)	1 (2,1)	3 (6,1)		
Autre (*)	2 (0,3)	7 (1)				
<b>TOTAL</b>	<b>667</b> <b>(100)</b>	<b>706</b> <b>(100)</b>	<b>47</b> <b>(100)</b>	<b>49</b> <b>(100)</b>	<b>2</b> <b>(100)</b>	<b>0</b> <b>(100)</b>

(\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont présentées au point 3.3.1.5., p.82

### 3.2.3. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

#### 3.2.3.1. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

NOMBRE (%)						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE (*)	
NOMBRE DE SEMAINES	2022	2023	2022	2023	2022	2023
0 (**)	2 (0,03)	1 (0,01)	1 (0,01)			
1	20 (0,27)	7 (0,08)	1 (0,01)			
2	205 (2,76)	326 (3,78)	25 (0,22)	41 (0,37)		1 (6,67)
3	1.181 (15,92)	1.421 (16,47)	349 (3,13)	363 (3,29)		
4	2.537 (34,21)	2.869 (33,25)	1.493 (13,39)	1.616 (14,63)	1,(25)	2 (13,33)
5	2.051 (27,65)	2.419 (28,04)	2.327 (20,86)	2.289 (20,73)		2 (13,33)
6	859 (11,58)	942 (10,9%)	2.398 (21,5)	2.303 (20,85)	1 (25)	1 (6,67)
7	167 (2,25)	258 (2,99)	1.802 (16,16)	1.756 (15,9)		2 (13,33)
8	22 (0,3)	46 (0,53)	1.106 (9,92)	1.104 (10)		1 (6,67)
9	18 (2,24)	12 (0,14)	700 (6,28)	660 (5,98)		
10	13 (0,18)	9 (0,1)	507 (4,55)	490 (4,44)		
11	29 (0,39)	26 (0,6)	305 (2,73)	300 (2,72)		2 (13,33)
12	33 (0,44)	31 (0,36)	132 (1,18)	116 (1,05)		
13	35 (0,47)	32 (0,37)	2 (0,02)			
14	33 (0,44)	42 (0,49)	1 (0,01)			
15	26 (0,35)	30 (0,35)		1 (0,01)		1 (6,67)
16	29 (0,39)	26 (0,3)	1 (0,01)	1 (0,01)		1 (6,67)
17	14 (0,19)	15 (0,17)	1 (0,01)			1 (6,67)
18	12 (0,16)	13 (0,15)				
19	11 (0,15)	10 (0,12)				
20	11 (0,15)	16 (0,19)			1 (25)	
21	19 (0,26)	14 ( 0,16)				
22	14 (0,19)	10 (0,12)				
23	17 (0,23)	7 (0,08)				
24	10 (0,13)	8 (0,09)				
25	5 (0,07)	4 (0,05)	1 (0,01)			1 (6,67)
26	7 (0,09)	11 (0,13)			1 (25)	
27	3 (0,04)	4 (0,05)		1 (0,01)		
28	5 (0,07)	1 (0,01)			1 (25%)	
29	8 (0,11)	7 (0,08)		1 (0,01)		
30	6 (0,08)	5 (0,06)	1 (0,01)			
31	5 (0,07)					
32	5 (0,07)	3 (0,03)	1 (0,01%)			
33	3 (0,04%)					
34	2(0,03%)					
35						
36				1 (0,01)		
<b>TOTAL</b>	<b>7.417</b> <b>(100)</b>	<b>8.628</b> <b>(100)</b>	<b>11.153</b> <b>(100)</b>	<b>11.043</b> <b>(100)</b>	<b>4</b> <b>(100)</b>	<b>15</b> <b>(100)</b>

(\*) Les autres méthodes d'interruption de grossesse sont présentées au point 3.3.1.6.p.83

(\*\*) Lorsqu'il a complété le document d'enregistrement, un médecin a mal interprété le nombre de semaines de grossesse car 0 semaine depuis la conception (2 semaines d'aménorrhée) correspond à l'ovulation. Une interruption de grossesse est par conséquent impossible à réaliser

### 3.2.3.2. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

NOMBRE (%)						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE (*)	
COMPLICATIONS	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Aucune	7.199 (97,1)	8.452 (98)	11.021 (98,8)	10.913 (98,8)	4 (100)	12 (80)
Hémorragie	68 (0,9)	70 (0,8)	88 (0,8)	83 (0,8)		2 (13%)
Perforation			3 (0,03)	5 (0,05)		
Déchirure	1 (0,01)		4 (0,04)	1 (0,01)		
Autre (*)	149 (2)	106 (1,2)	37 (0,3)	41 (0,4)		1 (6,7)
<b>TOTAL</b>	<b>7.417 (100)</b>	<b>8.628 (100)</b>	<b>11.153 (100)</b>	<b>11.043 (100)</b>	<b>4 (100)</b>	<b>15 (100)</b>

(\*) Les autres complications médicales immédiates sont présentées au point 3.3.1.8, p.83

### 3.2.3.3. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET CATÉGORIE D'ÂGE

NOMBRE (%)						
ÂGE	10-14		15-19		20-24	
MÉTHODE	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Médicamenteuse	15 (33,3)	19 (44,2)	474 (33,6)	591 (36,7)	1.365 (34,9)	1.665 (41,1)
Chirurgicale	30 (66,7)	24 (55,8)	935 (66,4)	1.021 (63,3)	2.549 (65,1)	2.386 (58,9)
Autre (*)						1 (0,02)
<b>TOTAL</b>	<b>45 (100)</b>	<b>43 (100)</b>	<b>1.409 (100)</b>	<b>1.612 (100)</b>	<b>3.914 (100)</b>	<b>4.052 (100)</b>

NOMBRE (%)						
ÂGE	25-29		30-34		35-39	
MÉTHODE	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Médicamenteuse	1.885 (42,6)	2.164 (46)	1.891 (42,4)	2.200 (46,5)	1.265 (41,1)	1.417 (44,2)
Chirurgicale	2.543 (57,4)	2.538 (53,9)	2.571 (57,6)	2.529 (53,4)	1.813 (58,9)	1.783 (55,6)
Autre (*)	1 (0,02)	3 (0,01)	2 (0,04)	5 (0,1)	1 (0,03)	4 (0,1)
<b>TOTAL</b>	<b>4.429 (100)</b>	<b>4.705 (100)</b>	<b>4.464 (100)</b>	<b>4.734 (100)</b>	<b>3.079 (100)</b>	<b>3.204 (100)</b>

NOMBRE (%)						
ÂGE	40-44		45-49		50-54	
MÉTHODE	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Médicamenteuse	484 (42,7)	526 (42,4)	36 (36,7)	46 (48,4)	2 (100)	
Chirurgicale	650 (57,3)	713 (57,5)	62 (63,3)	48 (50,5)		1 (100)
Autre (*)		1 (0,1)		1 (1,1)		
<b>TOTAL</b>	<b>1.134 (100)</b>	<b>1.240 (100)</b>	<b>98 (100)</b>	<b>95 (100)</b>	<b>2 (100)</b>	<b>1 (100)</b>

(\*) Les autres méthodes d'interruption de grossesse sont présentées au point 3.3.1.6. p.83

### 3.2.4. HÔPITAL OU CENTRE

#### 3.2.4.1. HÔPITAL OU CENTRE SELON LE DOMICILE DE LA FEMME

NOMBRE (%)				
INSTITUTION	CENTRE		HÔPITAL	
DOMICILE	2022	2023	2022	2023
Flandre occidentale	1.219 (94)	1.367 (95)	82 (6)	67 (5)
Flandre orientale	1.914 (92)	2.101 (93)	158 (8)	162 (7)
Anvers	2.922 (97)	3.088 (97)	81 (3)	92 (3)
Limbourg	990 (97)	1.085 (97)	34 (3)	30 (3)
Brabant flamand	1.420 (91)	1.408 (92)	134 (9)	116 (8)
Région de Bruxelles-Capitale	2.728 (90)	2.691 (90)	315 (10)	286 (10)
Brabant wallon	535 (83)	568 (85)	113 (17)	104 (15)
Hainaut	1.603 (61)	1.842 (61)	1.018 (39)	1.188 (39)
Namur	731 (81)	820 (83)	170 (19)	169 (17)
Liège	1.160 (67)	1.160 (63)	561 (33)	677 (37)
Luxembourg	400 (87)	388 (87)	62 (13)	56 (13)
Étranger	123 (75)	127 (80)	40 (25)	32 (20)
Sans domicile fixe	41 (85)	43 (96)	7 (15)	2 (4)
Blanc	13 (100)	14 (82)		3 (18)
<b>MOYENNE</b>	<b>15.799 (85)</b>	<b>16.702 (85)</b>	<b>2.775 (15)</b>	<b>2.984 (15)</b>

#### 3.2.4.2. HÔPITAL OU CENTRE PAR CATÉGORIES D'ÂGE

Catégories d'âge	2022			2023		
	Centre	Hôpital	Total (100)	Centre	Hôpital	Total (100)
10-14	37 (82)	8 (18)	45	38 (88)	5 (12)	43
15-19	1.227 (87)	182 (13)	1.409	1.409 (87)	203 (13)	1.612
20-24	3.449 (88)	465 (12)	3.914	3.566 (88)	486 (12)	4.052
25-29	3.754 (85)	675 (15)	4.429	3.987 (85)	718 (15)	4.705
30-34	3.745 (84)	719 (16)	4.464	3.922 (83)	812 (17)	4.734
35-39	2.563 (83)	516 (17)	3.079	2.641 (82)	563 (18)	3.204
40-44	941 (83)	193 (17)	1.134	1.055 (85)	185 (15)	1.240
45-49	81 (83)	17 (17)	98	83 (87)	12 (13)	95
50-54	2 (100)		2	1 (100)		1
<b>Total (Moyenne)</b>	<b>15.799 (85)</b>	<b>2.775 (15)</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>16.702 (85)</b>	<b>2.984 (15)</b>	<b>19.686 (100)</b>

### 3.2.4.3. HÔPITAL OU CENTRE ET INTERRUPTION DE GROSSESSE APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

NOMBRE (%)						
INSTITUTIONS	2022			2023		
CAUSES (*)	Centre	Hôpital	TOTAL	Centre	Hôpital	TOTAL
Péril pour la mère et l'enfant		6 (2)	6 (2)		13 (5)	13 (5)
Péril pour la mère	1 (11)	4 (1)	5 (2)	3 (75)	3 (1)	6 (2)
Péril pour l'enfant	8 (89)	270 (96)	278 (96)	1 (25)	248 (93)	249 (92)
Péril non mentionné					2 (1)	2 (1)
<b>TOTAL</b>	<b>9 (100)</b>	<b>280 (100)</b>	<b>289 (100)</b>	<b>4 (100)</b>	<b>266 (100)</b>	<b>270 (100)</b>

(\*) Les différentes affections communiquées comme péril grave pour la mère et/ou l'enfant sont détaillées au point 3.3.2. « Annexe 2 – Interruptions de grossesse au-delà de 12 semaines de grossesse depuis la conception (pp. 85 à 89).

► Des tableaux supplémentaires sont présentés, à titre informatif, au point « 8 Annexes supplémentaires aux tabulations croisées », pp. 135 à 149.

### 3.3. ANNEXES AU RAPPORT STATISTIQUE

#### 3.3.1. ANNEXE 1 : SOUS-RUBRIQUE « AUTRE » DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

Les points 1 à 8 détaillent les informations enregistrées pour la donnée « autre » et donc non reprises dans une catégorie spécifique de la partie 3.1. « Description ».

##### 3.3.1.1. « AUTRE RAISON »

En application de la loi du 15.10.2018 « 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 », les femmes ne doivent plus justifier une interruption de grossesse par une des raisons proposées au verso du document d'enregistrement (codes 1 à 99, p. 12). C'est pourquoi, de plus en plus de « blanc » (pas de raison communiquée) ou de code 99 « autre : pas d'obligation de notification » sont comptabilisés.

Plusieurs raisons peuvent être encodées sous une seule « entrée » dans la base de données. Ainsi, l'entrée « enfant autiste, violence conjugale » se décompose en deux raisons répertoriées respectivement dans « Situation spécifique de l'enfant de la femme » et « Situation du couple ». C'est pourquoi le nombre de raisons inventoriées peut être supérieur au nombre d'entrées.

Cette rubrique a été utilisée dans 3,33% des cas en 2022 (837 sur 25.149) et dans 2,5% des cas en 2023 (664 sur 26.497) - 25.149 et 26.497 étant le nombre total de raisons comptabilisées (p.40). En 2022 et 2023, la raison la plus citée est « souhait de la femme ».

CATÉGORIES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
<b>SOUHAIT DE LA FEMME</b>	<b>510 (60,9)</b>	<b>383 (57,68)</b>
Son choix / ne veut pas	285 (55,88)	176 (43,19)
Ne se sent pas prête / pas en état	166 (32,55)	93 (24,4%)
Management familial / management familial et jeunes enfants / management familial et âge des enfants	27 (5,29)	20 (4,99)
Autres projets / autre phase de vie / veut reprendre des études	12 (2,35)	3 (0,79)
Pas envie	7 (1,37)	79 (20,73)
L'avenir semble sombre (Covid , société, guerre, crise, coût de la vie)	5 (0,98)	2 (5,45)
Mauvais timing	2 (0,39)	2 (5,45)
Ne veut pas de grossesse	2 (0,39)	
Craint de ne pas pouvoir élever un enfant (supplémentaire)	1 (0,2)	1 (0,26%)
Veut du temps pour soi (en tant que femme)	2 (0,39)	4 (1,5)
Ne veut pas élever un enfant (supplémentaire) seule	1 (0,1%)	2 (5,45)
Ne veut pas deux enfants de deux pères différents		1 (0,2)
<b>NON COMMUNIQUÉ (pas d'obligation de déclaration)</b>	<b>78 (9,3)</b>	<b>33 (4,97)</b>
Non communiqué / non précisé / Ne sait pas	78 (100)	33 (100)
<b>RISQUES POUR LA SANTÉ DE L'ENFANT À NAÎTRE</b>	<b>65 (7,8)</b>	<b>31 (4,67)</b>
Usage de médicaments (migraine / thyroïde / acné) / traitement avec impact possible sur le fœtus	10 (15,38)	1 (3,33)
Affections du fœtus (malformations chromosomiques, malformations diverses)	47 (71,3)	25 (80)
cytomégalovirus (CMV)	6 (9,23)	3 (10)

Fausse couche	1 (1,54)	
Décollement placentaire	1 (1,54)	
Antécédents interruption thérapeutique de grossesse		2 (6,66)
<b>ACCOUCHEMENT / GROSSESSE</b>	<b>56 (6,7)</b>	<b>48 (7,23)</b>
Accouchement (trop) récent	22 (39,28)	11 (22,91)
Grossesse gémellaire ou multiple	17 (30,36)	12 (25)
Dernier accouchement / dernière grossesse compliqué(e), difficile ou traumatisant(e)	7 (12,5)	6 (12,5)
Accouchement(s) précédent(s) avec césarienne	3 (5,36)	1 (2,08)
Grossesse difficile / grossesse à risque / craintes de complications / craintes pour la grossesse au troisième trimestre	2 (3,57)	3 (6,25)
Avortement manqué	1 (1,78)	
Échec de la contraception	1 (1,78)	2 (4,16)
Grossesse spontanément arrêtée	1 (1,78)	
Grossesse non évolutive	1 (1,78)	1 (2,08)
Mort in utero	1 (1,78)	6 (12,5)
6 <sup>ème</sup> avortement : ne veut plus passer par là		1 (2,08)
Ne supporte pas les effets secondaires de la grossesse		1 (2,08)
Trompes de Fallope bouchées : considérées comme stérile		1 (2,08)
Suspicion de grossesse molaire		1 (2,08)
Stealth (sabotage contraceptif)		2 (4,16)
<b>SITUATION SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT / DES ENFANTS DE LA FEMME</b>	<b>39 (4,7)</b>	<b>56 (8,43)</b>
Enfant(s) en bas-âge	24 (60)	44 (78,57)
Âge de / des autre(s) enfant(s)	7 (17,5)	4 (7,14)
Autre(s) enfant(s) placé(s) / ne veut pas que l'enfant soit placé	3 (7,5)	2 (3,57)
À un / plusieurs autre(s) enfant(s) autiste(s)	2 (5)	3 (5,36)
Problème(s) de santé d'un ou de plusieurs enfant(s) / les autres enfants ont besoin de soins	2 (5)	
Les autres enfants ont besoin de temps après un divorce	1 (2,5)	
Peur que l'enfant ne soit pas reconnu		1 (1,78)
La femme a fait adopter son dernier enfant		1 (1,78)
Risque d'autisme : ne veut jamais d'enfant		1 (1,78)
<b>FEMME NON BELGE</b>	<b>25 (3)</b>	<b>21 (3,16)</b>
Réfugiée de guerre	15 (60)	16 (76,2)
Réfugiée	4 (16)	
Pas de titre de séjour / séjour illégal en Belgique	3 (12)	
Vient juste d'arriver en Belgique	2 (8)	2 (9,52)
Transmigrante	1 (4)	1 (4,76)
Procédure de demande d'asile en cours		2 (9,52)
<b>SITUATION DU PARTENAIRE</b>	<b>25 (3)</b>	<b>34 (5,12)</b>
Trop jeune / trop âgé	7 (28)	7 (20,59)
En prison	3 (12)	8 (23,53)
À l'étranger	4 (16)	5 (14,7)
Identité du géniteur inconnue / incertaine	2 (8)	1 (2,94)
Est étudiant	1 (4)	
A des problèmes de santé physique ou mentale	3 (12)	2 (5,88)
A déjà une autre relation	1 (4)	1 (2,94)
A des problèmes d'addiction	1 (4)	1 (2,94)
A une situation professionnelle problématique	1 (4)	1 (2,94)
Est un ex-partenaire violent		1 (2,94)
Séjourne illégalement en Belgique	1 (4)	
Géniteur est un client (travailleuse du sexe)		1 (2,94)
Partenaire absent		1 (2,94)
Partenaire hésite		1 (2,94)
Comportement sexuel inapproprié avec les enfants		1 (2,94)
Décédé		2 (5,88)
Est un coup d'un soir	1 (4)	1 (2,94)

<b>SITUATION DE LA FEMME</b>	<b>21 (2,5)</b>	<b>31 (4,67)</b>
Pression mentale trop forte / stress / fatigue / burn-out parental/ surmenage / vie sentimentale stressante	6 (28,57)	10 (33,3)
Décès dans la famille	2 (9,53)	1 (3,23)
Pas de filet de sécurité / précarité	2 (9,53)	4 (3,33)
Indépendance insuffisante	1 (4,77)	
Situation psychosociale difficile	1 (4,77)	
Placement familial	1 (4,77)	
Veut / doit prendre soins de soi	1 (4,77)	
Situation de vie / hygiène de vie	1 (4,77)	1 (3,23)
Détenue / sous surveillance électronique (bracelet de cheville)	1(4,77)	2 (6,66)
Pas assez de sécurité pour l'instant	1 (4,77)	
Pas mariée	1 (4,77)	1 (3,32)
Isolement social	1 (4,77)	2 (6,66)
Divorcée	1 (4,77)	
Part vivre à l'étranger		2 (6,66)
Célibataire et (jeunes) enfants	1 (4,77)	1 (3,23)
Situation familiale difficile avec 1 enfant, ne veut pas tout recommencer		1 (3,23)
Annulation maternité de substitution		1 (3,23)
Problème juridique		1 (3,23)
Famille n'approuve pas la relation / ne veut pas effrayer la famille / culturel et familial		3 (10)
Viol		1 (3,23)
<b>PROBLÈME DE SANTÉ DE LA FEMME</b>	<b>12 (1,4)</b>	<b>11 (1,66)</b>
Situation d'urgence médico-psychosociale	5 (41,6)	
Recommandation du gynécologue / trop grand risque médical / risque de saignement	3 (25)	
Très malade, importante perte, de poids / problème de dos	2 (16,6)	
Opération sous narcose totale récente / se remet d'une hémorragie et d'une tumeur cérébrale	2 (16,6)	
Chirurgie bariatrique		2 (18,18)
Situation d'urgence médicale		3 (27,27)
Traitement médical pour être enceinte		1 (9,09)
Stérilet dans la cavité utérine		1 (9,09)
Problème de santé mentale / problème psychologique / déficiences intellectuelles		4 (36,36)
<b>ADDICTION</b>	<b>4 (0,5)</b>	<b>5 (0,75)</b>
Consommation de substances	4 (100)	5 (100)
<b>SITUATION DU COUPLE</b>	<b>2 (0,2)</b>	<b>11 (1,66)</b>
Relation à distance		2 (18,18)
Pas d'aide du partenaire dans l'éducation de l'enfant		2 (18,18)
Famille nouvellement reconstituée		1 (9,09)
Pas le bon partenaire		1 (9,09)
Friends with benefits		1 (9,09)
Divorce	1 (50)	2 (18,18)
Relation non stable	1 (50)	1 (9,09)
Fait IVG pour le partenaire		1 (9,09)
<b>TOTAL GÉNÉRAL</b>	<b>837 (100)</b>	<b>664 (100)</b>

### 3.3.1.2. « AUTRE » SITUATION DE VIE OU DE FAIT

Cette rubrique a été utilisée dans 2,56% des cas en 2022 (475 sur 18.574) et dans 2,8% en 2023 (552 sur 19.686) - 18.576 et 19.686 étant le nombre total d'interruptions de grossesse.

En 2022 et 2023, l'autre situation de vie ou de fait la plus citée est « chez un(e) ami(e) / une connaissance / un ex-partenaire / en colocation ».

CATÉGORIES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Ami(e) / connaissance / ex-partenaire / colocation	258 (54,3)	294 (53,26)
Centre d'asile / centre pour réfugié(e)s / centre Fedasil / centre de la Croix-rouge / famille d'accueil / logement fourni par une organisation d'aide aux réfugié(e)s	97 (20,42)	107 (19,38)
Centre d'accueil (d'urgence) / centre de séjour / institution psychiatrique (internement)	23 (4,84)	38 (6,88)
Kot étudiant / cohabitation avec étudiant / internat / au pair	34 (7,16)	37 (6,7)
LAT (living apart together)	24 (5,05)	35 (6,34)
Institution de jeunesse / groupe de vie / sous accompagnement / famille d'accueil	20 (4,21)	21 (3,8)
Sans lieu de séjour / SDF	15 (3,16)	15 (2,72)
En prison / institution fermée	2 (0,42)	5 (0,9)
Touriste	2 (0,42)	
<b>TOTAL</b>	<b>475 (100)</b>	<b>552 (100)</b>

### 3.3.1.3. « AUTRE DOMICILE – SANS DOMICILE FIXE, SANS AUTORISATION DE SÉJOUR

En 2022, cette rubrique n'a pas été utilisée. En 2023, cette rubrique a été utilisée pour 7 femmes en situation de réfugiée.

### 3.3.1.4.« AUTRE » DÉCLARATION SUR LA NON UTILISATION D'UNE CONTRACEPTION

Cette rubrique a été utilisée dans 0.32% des cas (28 sur 8.664) en 2022 et dans 0,56% des cas en 2023 (50 sur 8.842) – 8.664 et 8.842 étant le nombre de déclarations de la non utilisation d'une contraception (p.43). L'autre déclaration la plus citée est « raisons de santé / allergie / mauvaise réaction / contre-indication médicale hormonale » en 2022 et viol / relation non consensuelle en 2023.

CATÉGORIES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Viol / relation non consensuelle	2 (7,1)	9 (18)
Raisons de santé / allergie / mauvaise réaction / contre-indication médicale hormonale	6 (21,4)	3 (6)
Attente d'une contraception / attente d'un stérilet / attente des règles pour commencer la pilule / attente d'un rendez-vous pour stérilisation (rendez-vous repoussé pour cause de maladie) / expulsion du stérilet sans le savoir	5 (17,8)	9 (18)
Allaitement	2 (7,1)	5 (10)
Non communiqué		4 (8)
Problème avec la contraception	1 (3,6)	3 (6)
Procréation médicalement assistée (PMA) / fécondation in vitro	1 (3,6)	3 (6)
Pas de rapport sexuel / pas de pénétration / vierge	1 (3,6)	2 (4)
Grossesse souhaitée dans un premier temps mais plus ensuite / doute		2 (4)
Ménopause supposée		2 (4)
Plus de prescription pour la pilule / oubli	2 (7,1%)	
Accouchement récent	2 (7,1%)	

Contre la contraception / souhaite être « naturelle »	1 (3,6%)	1 (2)
Problèmes financiers		1 (2)
Donneuse d'ovules		1 (2)
Relations en dehors du couple mais souhait d'enfant avec le conjoint		1 (2)
Phobie des médecins		1 (2)
Crainte par rapport à l'histoire médicale familiale		1 (2)
Arrêt de la pilule et grossesse trop rapide	1 (3,6)	1 (2)
Prête à accueillir un enfant, désir de grossesse	1 (3,6)	
Accouchement récent		1 (2)
Couple de femmes	1 (3,6)	
Souhait du compagnon	1 (3,6)	
Pression de la famille	1 (3,6)	
<b>TOTAL</b>	<b>28 (100)</b>	<b>50 (100)</b>

### 3.3.1.5. « AUTRE » DÉCLARATION SUR LA MÉTHODE DE CONTRACEPTION UTILISÉE

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

Cette rubrique a été utilisée dans 0,43% des cas en 2022 (47 sur 10.852) et dans 0,71% des cas en 2023 (85 sur 12.035) – 10.852 et 12.035 étant le nombre de déclarations sur la contraception utilisée (p.45). L'autre méthode la plus citée en 2022 et 2023 est « allaitement ».

CATÉGORIES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Allaitement	13 (27,6)	26 (30,6)
Non communiqué	10 (21,28)	25 (29,4)
Pilule d'allaitement / combinaison pilule d'allaitement et allaitement	5 (10,64)	5 (5,9)
Pilule du lendemain	2 (4,25)	
Préservatif féminin	2 (4,25)	
Contraceptif thermique masculin (anneau contraceptif masculin)	2 (4,25)	3 (3,53)
Lactation amenorrhea method (LAM)	1 (2,13)	1 (1,18)
Gélule intravaginale (Erotex®)	1 (2,13)	
Pilule masculine	1 (2,13)	1 (1,18)
Extrait de plantes / papaye et vitamine C /	2 (4,25)	
SSRI du partenaire	1 (2,13)	
Douche vaginale	1 (2,13)	
Capot cervicale	1 (2,13)	
Abstinence périodique : AC Coaching	2 (4,25)	
Test d'ovulation et abstinence périodique / thermomètre d'ovulation	1 (2,13)	3 (3,53)
Méthode de comptage des cycles (moniteur de fertilité) et abstinence périodique	1 (2,13)	
Test d'orientation (choix contraception)	1 (2,13)	
Pas de pénétration		1 (1,18)
Huiles essentielles / huile de Neem		2 (2,35)
Observation des glaires cervicales / combinaison observation des glaires cervicales et abstinence		3 (3,53)
Applications contraceptives		4 (4,7)
Méthode du calendrier / comptage sans application		5 (5,9)
Éponge		1 (1,18)
Stérilisation du partenaire (réalisée mais pas encore de contrôle)		1 (1,18)
Spermicides		1 (1,18)
Ligature des trompes		1 (1,18)
Modification du contraceptif		1 (1,18)
Calculs avec test d'ovulation		1 (1,18)
<b>TOTAL</b>	<b>47 (100)</b>	<b>85 (100)</b>

### 3.3.1.6. « AUTRE » MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Cette rubrique a été utilisée dans 0,02% des cas en 2022 (4 sur 18.574) et dans 0,08% des cas en 2023 (15 sur 19.686) – 18.575 et 19.686 étant le nombre d'interruptions de grossesse. L'autre méthode d'interruption de grossesse la plus citée est « fausse couche (spontanée) en 2022 et combinaison méthodes médicamenteuse et chirurgicale en 2023.

CATÉGORIES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Combinaison méthodes médicamenteuse et chirurgicale		8 (53,3)
Fausse couche (spontanée) (*)	3 (75)	2 (13,33)
Césarienne	1 (25)	
Non communiqué		2 (13,33)
Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) puis accouchement		3 (20)
<b>TOTAL</b>	<b>4 (100)</b>	<b>15 (100)</b>

(\*) Le terme « Fausse couche » est repris ici car il a été mentionné tel quel dans les documents d'enregistrement mais n'est pas une (méthode d') interruption de grossesse.

### 3.3.1.7. « AUTRE » MÉTHODE D'ANESTHÉSIE

Lors d'une interruption de grossesse par méthode chirurgicale, une seule autre méthode d'anesthésie a été communiquée : il s'agit de la sédation en 2022

### 3.3.1.8. « AUTRES » COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

Cette rubrique a été utilisée dans 53,14 des cas en 2022 (186 sur 350) et dans 47,9% des cas en 2023 (148 sur 309) – 350 et 309 étant le nombre de complications médicales immédiates (nombre total – aucune, p.64). En 2022 et 2023, l'autre complication médicale immédiate la plus citée est « Rétention / restes / restes trophoblastiques / caillots sanguins ».

CATÉGORIES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Rétention / restes / restes trophoblastiques / caillots sanguins	92 (49,46)	64 (43,24)
Ne sait pas / pas de nouvelles après IVG	45 (24,20)	53 (35,81)
Échec de la méthode, échec de l'aspiration	11 (5,91)	6 (4,05)
Réaspiration	5 (2,69)	1 (0,67)
Métrorragies (1 avec crampe) / saignements (brulant) / petite hémorragie / choc hémorragique	5 (2,69)	5 (3,38)
Douleurs (dans un cas, hospitalisation sous anesthésie générale)	4 (2,15)	3 (2,03)
Malaise vagal ou hypotensif / vertige	3 (1,61)	1 (0,67)
Fausse couche / fausse couche après Mifégyne®	3 (1,61)	2 (1,35)
Dilatation du col impossible ou insuffisante	2 (1,07)	4 (2,70)
Fausse voie	2 (1,07)	3 (2,03)
Fièvres	2 (1,07)	
Cytotec® ou curetage supplémentaire	2 (1,07)	

Hématomètre	1 (0,54)	
Infection urinaire	1 (0,54)	
Réalisation IVG impossible en locale	1 (0,54)	
Pyrexie supposée et syndrome inflammatoire	1 (0,54)	
Dystocie de l'épaule	1 (0,54)	
Grossesse extra-utérine (GEU)	1 (0,54)	1 (0,67)
Transfusion sanguine pour hémoglobine trop basse	1 (0,54)	
Réaction allergique	1 (0,54)	
Orifice non trouvé : intervention impossible	1 (0,54)	
Expulsion après Mifégyne©	1 (0,54)	
Endométrite		1 (0,67)
Dépression		1 (0,67)
Passages aux urgences (perte et contraction) / opération d'urgence / après un avortement médicamenteux : pose de diagnostic et orientation vers l'hôpital		3 (2,03)
<b>TOTAL</b>	<b>186 (100)</b>	<b>148 (100)</b>

### 3.3.2. ANNEXE 2 – INTERRUPTIONS DE GROSSESSE AU-DELÀ DE 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

L'article 350, 4<sup>o</sup>, 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<sup>o</sup>, b), 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> 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 **2022**, 289 interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines ont été enregistrées, ce qui correspond à 1,56 % des interruptions de grossesse (289 sur 18.574). En **2023**, 270 interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines ont été enregistrées, ce qui correspond à 1,37% des interruptions de grossesse (270 sur 19.686).

NOMBRE (%)						
INSTITUTIONS	2022			2023		
CAUSES	Centre	Hôpital	TOTAL	Centre	Hôpital	TOTAL
Péril pour la mère et l'enfant		6 (2)	6 (2)		13 (5)	13 (5)
Péril pour la mère	1 (11)	4 (1)	5 (2)	3 (75)	3 (1)	6 (2)
Péril pour l'enfant	8 (89)	270 (96)	278 (96)	1 (25)	248 (93)	249 (92)
Péril non mentionné					2 (1)	2 (1)
<b>TOTAL</b>	<b>9 (100)</b>	<b>280 (100)</b>	<b>289 (100)</b>	<b>4 (100)</b>	<b>266 (100)</b>	<b>270 (100)</b>

Comme pour les raisons invoquées pour interrompre une grossesse, les entrées enregistrées dans la base de données correspondent soit à des affections uniques soit à plusieurs affections combinées (exemple : absence de cervelet, fente palatine et hypoplasie du ventricule gauche).

Les tableaux ci-dessous présentent le décompte de ces affections enregistrées ; à savoir les affections uniques et les affections combinées prises isolément et réparties entre différentes catégories.

Il est donc possible que le nombre d'entrées diffère du nombre d'affections détaillées dans les rubriques présentées ci-dessous.

#### 3.3.2.1. PÉRIL GRAVE POUR LA FEMME ET L'ENFANT

11 grossesses en 2022 (**6+4+1**) et 19 grossesses en 2023 (**13+3+3**) ont été interrompues après 12 semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhée). Plusieurs affections pouvant être communiquées, 12 et 19 affections sont détaillées pour 2022 et 2023.

PÉRIL GRAVE POUR LA FEMME ET L'ENFANT	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Souffrance émotionnelle / décompensation psychologique ou psychique / addiction et dépression / souffrance psychosociale / détresse psychique / problème de santé mentale	2 (16,6)	4 (21,05)
Risque infectieux lié à la rupture de la poche des eaux	1 (8,33)	

PPROM (preterm premature rupture of membranes)	3 (25)	1 (5,26)
Prééclampsie	3 (25)	2 (10,53)
Chorioamniotitis	2 (16,6)	1 (5,26)
Sepsis		2 (10,53)
Non communiqué		9 (47,37)
Problème oncologique	1 (8,33)	
<b>TOTAL</b>	<b>12 (100)</b>	<b>19 (100)</b>

### 3.3.2.2. AFFECTIONS GRAVES ET INCURABLES DE L'ENFANT

278 grossesses en 2022 et 249 grossesses en 2023 ont été interrompues après 12 semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhée). Plusieurs affections pouvant être communiquées, 334 affections sont détaillées pour 2022 et 2023.

AFFECTIONS CHROMOSOMIQUES ET GENETIQUES		NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
TRISOMIE	Trisomie 21	57 (64,77)	57 (67,85)
	Trisomie 18	20 (22,72)	17 (20,24)
	Trisomie 13	4 (4,54)	6 (7,14)
	Trisomie non précisée	4 (4,54)	
	Trisomie 16	1 (1,14)	
	Trisomie 14	1 (1,14)	1 (1,19)
	Trisomie 9	1 (1,14)	1 (1,19)
	Trisomie 8		1 (1,19)
	Trisomie 22		1 (1,19)
	<b>Total trisomie</b>	<b>88 (63,77)</b>	<b>84 (59,15)</b>
Délétion de chromosome (13, 14, 16p11.2...) / délétion génétique 3Q29 / délétion hémizygote (XQ28) / microdélétion chromosome (13q34)		9 (6,52)	9 (6,33)
Syndrome de Turner		6 (4,35)	12 (8,45)
Anomalie génétique / mutation pathogène (variant clone 4 gène UREZA) / mutation du gène AGTX / anomalie chromosomique		4 (2,89)	8 (5,63)
Triploïdie		4 (2,89)	2 (1,41)
Sclérose tubéreuse de Bourneville		3 (2,17)	
Maladie polykystique rénale autosomique dominante (ADPKD)			3 (2,11)
Syndrome de l'X fragile		2 (1,45)	1 (0,7)
Duplication (15q) / duplication interstitielle / duplication péricentrique		2 (1,45)	2 (1,41)
Syndrome de Klinefelter			2 (1,41)
Syndrome de dysostose mandibulo-faciale-microcéphalie		1 (0,72)	
Neurofibromatose		1 (0,72)	
Dyskeratosis congenita		1 (0,72)	
Monosomie 5p (syndrome de Lejeune)		1 (0,72)	1 (0,7)
Nanisme		1 (0,72)	
Syndrome de Wolf-Hirshhorn		1 (0,72)	1 (0,7)
Translocation chromosomique		1 (0,72)	
Syndrome de Costello		1 (0,72)	
Syndrome de Joubert		1 (0,72)	
Syndrome de Smith-Magenis		1 (0,72)	
Syndrome d'Apert (acrocéphalosyndactylie)		1 (0,72)	
Dysmorphie crânio-faciale			1 (0,7)
Maladie de Duchenne			1 (0,7)
Maladie de Peutz-Jeghers			1 (0,7)

Syndrome de Rubinstein-Taybi		1 (0,7)
Ichtyose congénitale type foetus Arlequin		1 (0,7)
Drépanocytose homozygote		1 (0,7)
Syndrome de Noonan		1 (0,7)
Syndrome de Coffin-Siris		1 (0,7)
Syndrome de Schuurs-Hoeijmakers		1 (0,7)
Bêta-thalassémie majeure / hydrops	7 (5,07)	1 (0,7)
Syndrome de Cornelia de Lange		1 (0,7)
Hypoplasie du visage		1 (0,7)
Syndrome du miroir	1 (0,72)	
Polykystose rénale bilatérale récessive	1 (0,72)	
<b>Total affections chromosomiques</b>	<b>138 (41,32)</b>	<b>142 (41,28)</b>

AFFECTIONS DE L'APPAREIL MUSCULOSQUELETTIQUE	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Agénésie des mains / agénésie bilatérale des avant-bras et des mains / développement anormal des membres inférieurs / anomalies réductionnelles des membres		4 (44,44)
Anomalies du squelette	2 (40)	2 (22,2)
Syndrome de Steel (pas plus de précisions)	1 (20)	
Dysplasie squelettique	1 (20)	1 (11,1)
Dysplasie thanatophore	1 (20)	1 (11,1)
Dysplasie osseuse		1 (11,1)
<b>Total affections de l'appareil musculosquelettique</b>	<b>5 (1,50)</b>	<b>9 (2,69)</b>

AFFECTIONS DE L'APPAREIL CARDIOVASCULAIRE	NOMBRE (%) 2022	2,2(%) 2023
Cardiopathie	15 (41,66)	4 (12,5)
Malformation cardiaque (majeure)	9 (25)	7 (21,87)
Coeur univentriculaire	5 (13,89)	
Syndrome du cœur gauche hypoplasique	1 (2,77)	5 (15,62)
Syndrome du cœur droit hypoplasique		2 (6,25)
Ventriculomégalie	2 (5,55)	
Tronc artériel commun		2 (6,25)
Communication interventriculaire (CIV)		2 (6,25)
Hypoplasie aorte	1 (2,77)	
Atrioventriculaire septum defect (AVSD)	1 (2,77)	1 (3,12)
Asymétrie des cavités gauche et droite du coeur	1 (2,77)	
Tétralogie de Fallot	1 (2,77)	1 (3,12)
Cardiopathique hydrothorax		1 (3,12)
Anomalie d'Ebstein		1 (3,12)
Coarctatio aortae		1 (3,12)
Block auriculo ventriculaire		1 (3,12)
Cardiomyopathie grave		1 (3,12)
Crosse aortique droite		1 (3,12)
Isomérisme cardiaque		1 (3,12)
Akinésie cardiaque fœtale		1 (3,12)
<b>Total affections de l'appareil cardiovasculaire</b>	<b>36 (10,78)</b>	<b>32 (9,5)</b>

AFFECTIONS DE L'APPAREIL URINAIRE	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Agénésie rénale (bilatérale) (séquence de Potter)	8 (50)	8 (50)
Méga vessie	2 (12,5)	1 (6,25)
Atrésie de l'urètre	1 (6,25)	
Valves de l'urètre postérieur (VUP) complet / Lower Urinary Tract Obstruction (LUTO)	2 (12,5)	1 (6,25)
Dysplasie rénale (multikystique)	1 (6,25)	1 (6,25)

Insuffisance rénale	1 (6,25)	
Megacystis microcolon intestinal hypoperistalsis syndrome (MMIHS)		1 (6,25)
Syndrome de Prune Belly	1 (6,25)	
Anomalie rénale		1 (6,25)
Malformation urogénitale complexe		1 (6,25)
Complexe exstrophie vésicale-épispadias (CEE)		1 (6,25)
Extension de la vessie fœtale		1 (6,25)
<b>Total affections de l'appareil urinaire</b>	<b>16 (4,79)</b>	<b>16 (4,79)</b>

AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	NOMBRE (%) 2022	NOMBR (%) 2023
Hypoplasie des poumons	5 (88,3)	2 (100)
Mucoviscidose	1 (16,7)	
<b>Total affections de l'appareil respiratoire</b>	<b>6 (1,8)</b>	<b>2 (0,6)</b>

AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL – CRÂNE _ - CERVEAU	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Anomalie cérébrale (sévère)	18 (31,03)	8 (13,11)
Spina bifida	14 (24,74)	15 (24,6)
Holoprosencéphalie (alobaire / cryptophalaire)	5 (8,62)	3 (4,9)
Agénésie du corps calleux / colpocéphalie	4 (6,9)	10 (16,9)
Hydrocéphalie	3 (5,17)	2 (3,28)
Anomalie du tube neural		3 (4,92)
Anencéphalie	2 (3,45)	1 (1,64)
Retard mental grave	2 (3,45)	
Hypertélorisme	1 (1,72)	
Hémorragie cérébrale / intraventricular hemorrhage (IVH) grade II	1 (1,72)	2 (3,28)
Lissencéphalie	1 (1,72)	
Microcéphalie	1 (1,72)	
Méningomyélocèle / Myéломéningocèle	2 (3,45)	
Malformation de Chiari	1 (1,72)	
Encéphalocèle	1 (1,72)	1 (1,64)
Omphalocèle	1 (1,72)	4 (6,56)
Hypoplasie du cervelet	1 (1,72)	2 (3,28)
Ventriculomégalie		3 (4,92)
Rhombencéphalosynapsis		1 (1,64)
Déviation du cervelet		1 (1,64)
Agénésie du cavum septum pellucidum		2 (3,28)
Neuro-Behçet disease (NBD)		1 (1,64)
Agénésie du chiasma optique		1 (1,64)
Leucomalacie kystique bilatérale		1 (1,64)
<b>Total affections du système nerveux central – crâne - cerveau</b>	<b>58 (17,36)</b>	<b>61 (18,26)</b>

AFFECTIONS DIVERSES	NOMBRE (%) 2022	NOMBRE (%) 2023
Mort in utero (MIU)	11 (16,18)	5 (7,46)
Retard de croissance intra utérin (RCIU)	9 (13,2)	10 (14,92)
Handicap (sévère) / retard sévère / déficience intellectuelle	9 (13,2)	2 (2,98)
Anomalies multiples / syndrome polymalformatif / malformations structurelles	10 (14,7)	6 (8,95)
Anamnios (oligamnios)	6 (8,82)	7 (10,44)
Pieds bots	5 (7,35)	
Condition létale	2 (2,94)	
Fente labiopalatine	2 (2,94)	2 (2,98)
Absence des os du nez / malformation faciale	2 (2,94)	
Prolapsus du cordon ombilical		2 (2,98)

Dysmorphie	1 (1,47)	
Anomalie sévère de l'œil	1 (1,47)	
Hygroma kystique	1 (1,47)	4 (5,97)
Anomalie(s) congénitale(s) grave(s)		13 (19,4)
Hydrothorax		2 (2,98)
Anomalies anémiques	1 (1,47)	
Radioactivité après un PET scan	1 (1,47)	
Arthrogryposis Multiplex Congenital (AMC)	2 (2,94)	
Décollement placentaire	1 (1,47)	
Fausse couche	1 (1,47)	
Twin-to-twin transfusiesyndroom (TTTS)	1 (1,47)	
Anthegyophnis (pas plus de précisions)	1 (1,47)	
Congenital diaphragmatic hernia (CDH).	1 (1,47)	4 (5,97)
Intestins, reins et cœur hyperéchogènes		1 (1,49)
Hypotrophie surrénale et pancréas		1 (1,49)
Œdème généralisé		1 (1,49)
Ascites abdominales		1 (1,49)
Kystes		1 (1,49)
Dilatation fosse PEP		1 (1,49)
Grossesse non évolutive		1 (1,49)
Grossesse gémellaire monochoriale		1 (1,49)
Tumeur (cou)		1 (1,49)
Septicémie		1 (1,49)
<b>Total affections diverses</b>	<b>68 (20,36)</b>	<b>67 (20,05)</b>

<b>AFFECTIONS TÉRATOGÈNES</b>	<b>NOMBRE (%) 2022</b>	<b>NOMBRE (%) 2023</b>
<b>Fœtopathie à CMV / foetopathie / infection / séroconversion</b>	<b>7 (100)</b>	<b>5 (100)</b>
<b>Total affections tératogènes</b>	<b>7 (2,1)</b>	<b>5 (1,5)</b>

<b>TOTAL AFFECTIONS GRAVES POUR L'ENFANT</b>	<b>334 (100)</b>	<b>334 (100)</b>
--	------------------	------------------

## 4. RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS

### 4.1. INTRODUCTION

Dans son rapport annuel (pp.13 et 14), 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 de grossesse depuis la conception (\*);
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse après douze semaines de grossesse depuis la conception (\*);
- 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 de grossesse depuis la conception (\*) 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 présentés 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.

## 4.2. INSTITUTIONS FRANCOPHONES

### 4.2.1. CENTRES

NOMBRE						
	CENTRES	REQUÊTES	TOTAL IVG FAITES	Dont les IVG après 12 semaines de grossesse depuis la conception	REQUÊTES " REJETÉES"	% REQUÊTES " REJETÉES" / NOMBRE DE REQUÊTES
2022	34 (*)	11.643	9.706	19	1.916	16,46
2023	34 **	11.473	9.551	12	1.892	16.49

(\*) En 2022, sur les 34 centres ayant transmis leur rapport annuel, 4 centres, situés dans la région de Bruxelles-Capitale, n'ont pas transmis de document d'enregistrement d'une interruption de grossesse. Selon les données issues des rapports annuels, ces 4 centres totalisent ensemble 724 demandes d'IVG, 610 IVG réalisées (dont 0 après 12 semaines de grossesse depuis la conception) et 110 IVG refusées.

(\*\*) En 2023, sur les 34 centres ayant transmis leur rapport annuel, 2 centres situés en Région de Bruxelles Capitale n'ont pas transmis de documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse. Selon les données issues des rapports annuels, ces centres comptabilisent ensemble 353 demandes d'IVG, 292 IVG réalisées (dont 0 après 12 semaines de grossesse depuis la conception) et 44 IVG refusées.

Un centre, situé en Région de Bruxelles-Capitale, a signalé que le nombre d'IVG mentionné dans le rapport annuel pour 2023 était supérieur au nombre d'IVG enregistrées et ce en raison d'oubli ou de problème ans la transmission des documents d'enregistrement (documents égarés ou gardés par l'un des intervenants). Par rapport au nombre d'IVG réalisées et comptabilisées par ce centre, il manque 55 documents d'enregistrement.

### 4.2.2. HOPITAUX ET CLINIQUES

NOMBRE						
	HÔPITAL	REQUÊTES	TOTAL IVG FAITES	Dont les IVG après 12 semaines de grossesse depuis la conception	REQUÊTES " REJETÉES"	% REQUÊTES " REJETÉES" / NOMBRE DE REQUÊTES
2022	34 (*)	3.383	2.826	93	372	11,0
2023	35 (**)	3.785	3.171	96	468	12,37

(\*) En 2022, Sur les 34 hôpitaux ayant transmis leur rapport annuel, 3 hôpitaux, situés dans les provinces de Namur (2) et du Brabant wallon (1), n'ont pas transmis de documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse. Selon les données issues des rapports annuels, ces 3 hôpitaux totalisent ensemble 33 demandes et IVG réalisées dont 32 réalisées après 12 semaines de grossesse depuis la conception et 0 IVG refusée.

(\*\*) En 2023, sur les 35 hôpitaux ayant transmis leur rapport annuel, 5 hôpitaux n'ont pas transmis de documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse. Selon les données issues des rapports annuels, ces 5 hôpitaux, situés dans les provinces de Namur (2), Brabant wallon(1) et Hainaut (1) ainsi que dans la Région de Bruxelles-Capitale (1), totalisent ensemble 86 demandes d'IVG, 83 IVG réalisées, dont 34 réalisées après 12 semaines de grossesse depuis la conception et 3 refusées.

1 hôpital, situé en province de Luxembourg, a transmis des documents d'enregistrement mais pas de rapport annuel. Pour cet hôpital, 7 IVG ont été enregistrées.

### 4.3. INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES

Pour les institutions pour lesquelles la Commission d'évaluation a reçu au maximum 3 formulaires d'enregistrement, le secrétariat n'a pas insisté pour qu'un rapport annuel soit transmis (les formulaires d'enregistrement sont considérés comme étant le rapport annuel). En 2022, 8 institutions ont réalisé au total 14 interruptions de grossesse. En 2023, ils étaient au total 8 à pratiquer 11 interruptions de grossesse.

#### 4.3.1. CENTRES

NOMBRE						
	CENTRES	REQUÊTES	TOTAL IVG FAITES	Dont les IVG après 12 semaines de grossesse depuis la conception	REQUÊTES " REJETÉES"	% REQUÊTES " REJETÉES" / NOMBRE DE REQUÊTES
2022 (*)	6	9.771	8.083	0	1.688	17
2023 (**)	7	10.596	8.820	15	1.761	17

#### 4.3.2. HOPITAUX ET CLINIQUES

NOMBRE						
	HÔPITAL	REQUÊTES	TOTAL IVG FAITES	Dont les IVG après 12 semaines de grossesse depuis la conception	REQUÊTES " REJETÉES"	% REQUÊTES " REJETÉES" / NOMBRE DE REQUÊTES
2022 (*)	13	396	303	188	93	23
2023 (**)	16	485	551	191	125	26

(\*) Pour 1 hôpital de Flandre occidentale, nous avons bien reçu un rapport annuel pour 2022. Cependant, aucun formulaire d'enregistrement ne nous a été transmis. Dans le rapport annuel, l'institution rapporte 19 interruptions de grossesse, dont 12 après 12 semaines. Cet hôpital n'a pas rapporté de requêtes rejetées. Ces chiffres sont repris dans le tableau ci-dessus.

Pour 1 centre et 5 hôpitaux (situés en province de Flandre occidentale (1), Anvers (1) et Flandre orientale (3)), nous n'avons reçu aucun rapport annuel pour 2022. Sur la base des formulaires d'enregistrement reçus, ces 6 institutions ont totalisé en 2022, 190 interruptions de grossesse. Ces chiffres n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus (ils se basent en effet sur les informations extraites des rapports annuels).

(\*\*) Pour 1 hôpital de Flandre occidentale, nous avons reçu un rapport annuel pour 2023 mais aucun formulaire d'enregistrement ne nous a été transmis. Dans le rapport annuel, l'institution rapporte 20 interruptions de grossesse, dont 16 après 12 semaines et 0 requête rejetée. Ces chiffres sont repris dans le tableau ci-dessus.

Pour 4 hôpitaux, nous n'avons reçu aucun rapport annuel pour 2023. Sur la base des formulaires d'enregistrement reçus, ces 4 établissements ont totalisé 45 interruptions de grossesse en 2023. Ces chiffres n'apparaissent pas dans le tableau ci-dessus (ils se basent en effet sur les informations extraites des rapports annuels).

## 4.4. APERÇU GÉNÉRAL DES INSTITUTIONS BELGES

### 4.4.1. CENTRES

NOMBRE DE CENTRES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS 12 SEMAINES	
2022	2023	2022	2023	2022	2023
40	41	17.789	18.371	19	27

### 4.4.2. HOPITAUX ET CLINIQUES

NOMBRE D'HÔPITAUX		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION	
2022	2023	2022	2023	2022	2023
47	51	3.686	3.722	281	287

## **5. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

### **5.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES**

#### **5.1.1. CENTRES**

Ces données sont extraites des rapports annuels (p.15) transmis par 34 centres en 2022 et 2023.

##### **5.1.1.1. NOMBRE ET QUALIFICATION DU PERSONNEL**

**Le personnel se répartit entre les catégories suivantes :**

- juriste;
- psychologue;
- assistant(e) social(e);
- conseiller ou conseillère conjugal(e);
- médecin et gynécologue;
- autres, qui englobe les catégories de personnel suivantes :
  - animatrice - animateur EVRAS
  - infirmier - infirmière breveté(e), gradué(e), social(e), en santé communautaire;
  - sage-femme;
  - médiateur - médiatrice / thérapeute familial(e);
  - sexologue;
  - éducatrice - éducateur;
  - personnel de direction, administratif, comptable et financier et/ou coordinateur.

Selon les données reçues, le service compte entre 9 et 39 personnes en **2022** et entre 12 et 41 personnes en **2023**. En plus des catégories de personnel précitées, certains centres ont mentionné également « éducatrice spécialisée, psychothérapeute, accueillant(e), assistante médico-administrative, psychomotricienne et assistante en psychologie ».

##### **5.1.1.2. FONCTIONNEMENT DU SERVICE**

**Accessibilité, consultations, données et supervisions.**

L'accessibilité des services varie en fonction des centres et s'étend sur une plage horaire comprise généralement entre 7h30 et 19h30 en semaine et entre 9h30 et 13h le samedi.

Des permanences sont organisées sur place ou par téléphone pour l'accueil 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 fiches de rendez-vous ainsi que les données administratives, psychosociales et médicales sont reprises dans le dossier patient 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.

Pour chaque grossesse interrompue, un « Document d'enregistrement de l'interruption de grossesse », est transmis à la Commission nationale d'évaluation qui reçoit également le « Rapport annuel » et le « Rapport annuel du service d'information » de l'établissement où ont été pratiquées les interruptions de grossesse.

Des réunions pluridisciplinaires, interventions et supervisions cliniques sont très régulièrement organisées pour optimiser l'accueil, l'accompagnement, la prise en charge, les consultations, l'interruption de grossesse et le suivi. Les échanges portent notamment sur :

- les situations cliniques rencontrées et l'échange des bonnes pratiques médicales;
- les traitements à appliquer, la gestion de la douleur et les nouveaux médicaments;
- l'amélioration de la prise en charge des mineures;
- l'application des prescrits légaux (délai d'attente, nombre de semaines de grossesse pour pratiquer une IVG),
- les questions d'éthique et de confidentialité,
- l'accueil et la formation pluridisciplinaire de médecins stagiaires;
- l'amélioration du travail en réseau avec les structures (extra)-hospitalières et médico-psychosociales locales;
- la gestion des animations.

Pour la prise en charge de femmes étrangères, outre le recours à des collègues parlant d'autres langues, les collaborations avec des structures fournissant des interprètes sont fréquentes.

## **Réseaux**

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

Des collaborations sont également organisées avec des partenaires réguliers (par exemple «love week », « Love Pack Day », « Plateforme contre les violences conjugales », « Collectif de femmes Fedasil ») ou ponctuels via des réseaux psychosociaux et culturels (par exemple, lors d'une conférence - débat sur l'IVG lors d'une représentation théâtrale sur la grossesse adolescente).

## **Animations**

Du personnel dédié ((animatrices/animateurs, éducatrices/éducateurs, assistant(e)s sociales/aux ou coordinatrices/ coordinateurs) dispense des animations promouvant la triple prévention « préservatif + contraceptif + prévention des maladies sexuellement transmissibles pour éviter la stérilité ».

Ces animations, axées sur la vie relationnelle, affective et sexuelle, la contraception, le respect, l'intimité, les IST, les assuétudes, la violence, les relations avec les parents, le désir ou le refus d'enfant,....., s'inscrivent dans un mouvement large de réflexion autour des aspects éthiques, médicaux et psychologiques relatifs à la prévention et à l'interruption de grossesse et ciblent :

- les milieux scolaires et estudiantins;
- les lieux de vacances et de loisirs;
- les structures pour jeunes adultes handicapés physiques et/ou mentaux;
- les lieux de discussion et de promotion de la santé comme les maisons médicales;
- les maisons maternelles, les lieux d'hébergement et structures pour adultes précarisés;
- les lieux de formation des aides-soignants ou d'aide familiale.

### **Problèmes de fonctionnement spécifiques dénoncés par certains centres :**

- Plusieurs centres soulignent la difficulté de trouver des médecins pratiquant des interruptions de grossesse et la nécessité de supprimer des consultations en cas d'absence de médecins, faute de remplaçants (notamment pendant l'été ou en cas de départ). Ces pénuries accroissent les temps d'attente avant une prise en charge et/ou le renvoi vers d'autres structures.

L'un de ces centre estime que le problème du manque de médecins formés se posera encore pendant quelques années même avec l'intégration d'un module de petite gynécologie dans le cursus de médecine générale.

- Un centre dénonce des problèmes liés à la gestion comptable et administrative des remboursements accordés par les mutuelles, en raison d'une opacité totale et de l'absence de modalités contraignantes pour les mutuelles qui les favorisent et pénalisent les centres :
  - montants non pris en charge sans explication;
  - regroupement de factures sans indications claires de ce qui est accepté ou non;
  - refus d'intervention des mutualités chrétiennes pour non-respect du délai légal de réflexion alors qu'en application de la loi, le médecin peut réduire le délai légal en cas de nécessité médicale. Les mutuelles demandent les justificatifs attestant de cette nécessité médicale, y compris les notes personnelles des médecins, alors que ces informations relèvent de la vie privée de la femme et du secret médical.

### **5.1.1.3. NOMBRE DE CONSULTATIONS DU SERVICE EN LIEN AVEC UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE**

#### **Ce qu'il faut comptabiliser**

Les consultations liées à une interruption de grossesse sont catégorisées en fonction des prestations fournies et classifiées par forfait :

- premier forfait : accueil (phase 1) et entretien pré-IVG (phase 2);
- second forfait : interruption de grossesse (phase 3) et entretien oost-IVG (phase 4).

Toutes les consultations (4 phases) sont reprises dans un registre INAMI, dans le cadre de l'application de la « Convention de rééducation concernant l'accompagnement médico-psychosocial en cas de grossesse non désirée ».

Dans ce cadre, le registre doit rester 5 ans dans le centre, à disposition des médecins inspecteurs de l'INAMI et du collège des médecins directeurs et des médecins conseils des organismes assureurs.

### **Consultations communiquées**

En 2022, le nombre de consultations, communiqué par 33 centres (sur 34), varie entre 56 et 6.590. En 2023, le nombre de consultations, communiqué par 33 centres (sur 34) varie entre 247 et 5.200.

L'écart entre les valeurs minimum et maximum communiquées peut être très important et ce, en raison de la différence d'interprétation des critères d'enregistrement d'une part et de la comptabilisation des rendez-vous multiples en cas de difficultés ou d'ambivalence d'autre part.

Le centre qui n'a pas communiqué de nombre de consultations indique 1) que beaucoup de consultations (multiples), intégrées dans le forfait INAMI, ne sont pas repérables dans l'encodage et 2) que de nombreux contacts, simples demandes d'information, sont impossibles à comptabiliser.

Un centre pose la question de l'utilité du registre INAMI, compte tenu du caractère forfaitaire des temps qui y sont indiqués et du fait qu'il ne soit jamais vérifié.

#### **5.1.1.4. MÉTHODE 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, et un médecin accompagnent 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 en cas d'ambivalence, de problèmes à gérer ou si des craintes subsistent. Lors de ce processus, la femme peut être accompagnée de la personne de son choix.

##### **► AVANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

Un entretien téléphonique ou un premier entretien sur place sans rendez-vous, peut avoir lieu avec l'accueillant(e) pour obtenir une première écoute et les informations préliminaires. Un entretien d'urgence peut aussi avoir lieu pour la réalisation d'un test de grossesse ou l'obtention d'une pilule d'urgence. Ensuite auront lieu un entretien « Pré- IVG » entre l'accueillant(e) et la femme, un entretien médical entre la femme et le médecin et une intervision entre l'accueillante et le médecin.

#### **ENTRETIEN « PRE-IVG »**

##### **Entretien psychosocial**

Le désir d'enfant, la vision de la famille, la place du géniteur, le contexte socio-économique et administratif, le climat affectif et relationnel, les pressions familiales, culturelles et religieuses ainsi que les difficultés et fragilités sont précisées.

Les situations de crise possibles (adolescence, traumatisme, deuil, ...) sont identifiées et les violences et addictions éventuelles sont formulées.

En fonction des difficultés identifiées, des thérapies individuelles, de couples ou familiales, sont éventuellement proposées.

L'accueillante est vigilante dans son écoute à l'identité, l'appartenance culturelle, religieuse et/ou philosophique de la femme et toujours bienveillante, sans jugement.

### **Alternatives : poursuite de la grossesse pour garder l'enfant ou le donner pour adoption ou placement en famille d'accueil**

Les conséquences de la poursuite ou de l'interruption de la grossesse sur la vie de la femme et ses relations conjugales, affectives et familiales sont visualisées.

Des informations sur le désir de grossesse, le suivi de la grossesse, les services internes et externes pouvant aider la femme à garder sa grossesse (par exemple l'ONE, office de la naissance et de l'enfance) et l'adoption sont dispensées.

### **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.

### **Méthodes d'interruption**

Toutes les informations concernant la loi, les méthodes, les consignes, le coût, le suivi et les conséquences (a)normales sont données. Des brochures explicatives fournies par la Communauté française ou les fédérations de planning familial sont remises.

### **Documents remis**

- le planning des rendez-vous;
- les documents mentionnant les consignes et conseils importants (lus et expliqués);
- les conséquences physiques (a)normales ainsi que les médicaments prescrits et proscrits;
- le formulaire de consentement, spécifique à chaque méthode, à signer par la femme;
- le document d'assurabilité à faire remplir par la mutuelle;
- le « Formulaire de demande d'intervention dans le coût de la prestation de rééducation fonctionnelle et les frais de déplacement y afférents » destiné à la mutuelle.

### **Délai légal de 6 jours**

Cette semaine de réflexion permet de poursuivre le travail de décantation, de mûrir et consolider la décision ou de changer d'avis.

### **Interruptions de grossesse à réaliser à l'étranger, après le délai légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhée).**

Les raisons de l'arrivée de la femme à ce stade de la grossesse sont évoquées.

Les échographies sont réalisées et le rhogam®, gratuit, est prescrit en cas de rhésus négatif.

Les coordonnées des structures relais et les documents à transmettre aux institutions sont fournis, les démarches à entreprendre sont présentées; le centre peut aussi réaliser ces démarches dans le cadre des collaborations mises en place avec des institutions situées à l'étranger comme, par exemple, les Cliniques Bloemenhove aux Pays-Bas et Medico Aragon en Espagne.

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.

### **Interruption de grossesse chez les mineures**

Un formulaire de consentement doit être signé par la femme majeure ou par une personne majeure accompagnant une jeune fille mineure.

## **EXAMEN MEDICAL**

### **Anamnèse et examen gynécologique et prophylactique**

L'âge de la grossesse est vérifié par échographie; l'absence d'infection et/ou de contre-indications ou de grossesse extra-utérine ainsi que le groupe sanguin sont vérifiés. Un entretien médical est réalisé.

### **Contraception**

L'échec ou les résistances à la contraception sont analysés; la contraception future - y compris la contraception masculine et la contraception d'urgence - est discutée pour prévenir toute nouvelle grossesse non désirée. Des brochures sont remises.

## **INTERVISION ENTRE LE MÉDECIN ET L'ACCUEILLANTE**

Un échange d'informations a lieu pour une prise en charge optimale de la femme.

### **► *PENDANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE***

### **Méthode d'interruption de grossesse**

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

Le choix de la méthode dépend de l'âge de la grossesse, des éventuelles contre-indications médicales et du choix de la femme.

L'interruption médicamenteuse, possible jusqu'à 7 semaines de grossesse depuis la conception (9 semaines d'aménorrhée), est réalisée en 2 temps : prise d'un premier médicament pour interrompre les effets de la progestérone et dilater le col de l'utérus et, entre 36 et 48 heures plus tard, prise d'un second médicament pour provoquer des contractions et l'expulsion de l'embryon. Cette seconde phase nécessite la présence du personnel pendant 4 à 5 heures.

En cas de non expulsion dans le centre, l'expulsion se déroule à domicile. La femme rentre alors chez elle avec les recommandations d'usage, les numéros de GSM des médecins du centre et une lettre d'introduction, s'il s'avère nécessaire de se rendre à l'hôpital (ce qui est très rare).

L'interruption chirurgicale, pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhée) ou plus tardivement en raison d'un péril grave pour la santé de la femme ou d'une affection grave et incurable de l'enfant à naître, est une aspiration pratiquée pendant une anesthésie locale du col de l'utérus ou une anesthésie générale. Le choix de l'anesthésie dépend de la situation médicale et des préférences de la femme. L'aspiration dure 20 minutes environ et est suivie d'une phase de repos, de plus en plus souvent réalisée à domicile.

En raison d'un tableau clinique compliqué ou spécifique, pour la réalisation d'une anesthésie générale ou en cas d'urgence, la femme peut être orientée vers un hôpital, souvent dans le cadre d'une convention de collaboration conclue entre le centre et cet hôpital.

### **Contraception**

La contraception future est mise au point.

## **► APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

### **Visite médicale de contrôle**

Un contrôle médical est réalisé au plus tôt après 2 semaines et au plus tard après 4 ou 5 semaines en cas d'interruption chirurgicale ou médicamenteuse sur place et après 1 semaine en cas d'interruption médicamenteuse lorsque l'expulsion a eu lieu à domicile.

### **Contraception**

Le médecin vérifie la mise en place de la contraception et sensibilise la femme à l'hygiène intime.

### **Rencontre avec l'accueillant(e)**

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.

## **5.1.1.5. CAS D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUE À SIGNALER**

### **Interruption de grossesse médicamenteuse à domicile : suite des dispositions prises dans le cadre de la pandémie de Covid 19 (Coronavirus – Sars-CoV2)**

Suite au retour positif rencontré par cette mesure, certains centres continuent de proposer aux femmes dont la grossesse est jeune (moins de 6 semaines depuis la conception ou 8 semaines d'aménorrhée) de réaliser les interruptions de grossesse médicamenteuses, en tout ou en partie, à domicile et ce, pour autant que le médecin ait jugé les données médicales favorables et selon des conditions strictes (exemple, femme multigeste ou ayant subi une fausse couche, ou une interruption de grossesse médicamenteuse, habitant à moins d'1/2 heure en voiture, accompagnée, ...).

Méthodologie : la femme prend la première prise sur place et expulse à domicile ou reçoit sur place la médication accompagnée d'un guide explicatif (planning à respecter, consignes, coordonnées et lettre de recommandation en cas de nécessité de se rendre à l'hôpital) et la prend chez elle.

Le second médicament est toujours administré en semaine, uniquement lorsque le médecin est présent dans le centre (jamais le week-end et toujours en matinée pour permettre une intervention éventuelle au centre dans la journée).

Les contacts téléphoniques sont fréquents entre la femme et l'accueillant(e) et/ou le médecin qui sont présents dans le centre et joignables pendant toute la période de l'expulsion.

Si la femme le souhaite ou en cas de problème pendant les heures d'ouverture du centre, la femme peut se rendre sur place pour une prise en charge. En cas d'urgence en dehors des heures d'ouverture des centres, les médecins sont joignables par gsm.

Un centre signale que les contacts sont également possibles via les réseaux sociaux (facebook ou instagram).

La visite de contrôle a lieu après 1 semaine.

Le formulaire de consentement est signé lors de la première prise (méthode partiellement réalisée à domicile) ou lors de l'entretien pré-IVG (méthode totalement réalisée à domicile).

Ces mesures ont également été appliquées dans les centres fortement impactés par les inondations de juillet 2020.

Un centre a néanmoins indiqué que l'IVG médicamenteuse à domicile (avec un contrôle échographique au centre le jour même) rencontrait peu de succès.

### **Interruption de grossesse chirurgicale : suite des dispositions prises dans le cadre de la pandémie de Covid 19 (Coronavirus – Sars-CoV2)**

Les interruptions de grossesse chirurgicales peuvent avoir lieu le même jour que l'entretien pré-IVG pour les femmes qui sont certaines de leur décision.

De plus en plus de femmes demandent à rentrer dès que possible pour se reposer à domicile.

Ces mesures ont également été appliquées dans les centres fortement impactés par les inondations de juillet 2020.

### **Découverte de la grossesse**

Un centre rapporte que l'accès à des tests de grossesse de plus en plus sensibles, associé parfois à une logique de contrôle plus marquée chez certaines femmes, débouche sur une découverte plus rapide de la grossesse (avant 6 semaines de grossesse depuis la conception ou 8 semaines d'aménorrhée), ce qui se traduit par une multiplication des rendez-vous médicaux et tests y afférents, la grossesse n'étant pas visible à l'échographie. Ces découvertes rapides suscitent des demandes précoces d'interruption médicamenteuse.

### **Délai d'attente légal entre la première consultation et l'interruption de grossesse**

Plusieurs centres soulignent l'augmentation des situations précaires rencontrées : demande d'asile, violence conjugale, VIH,.... et estiment que ce délai d'attente obligatoire, qui n'est plus en accord avec la réalité et engendre de la souffrance, est un non-sens.

## **Information**

Certains médecins généralistes et gynécologues n'ont pas une information suffisante sur l'interruption de grossesse et sur les méthodes utilisées, médicamenteuse ou chirurgicale.

Un turnover important et/ou un manque de personnel dans certaines équipes de première ligne ont pour impact des informations lacunaires et une méconnaissance des structures relais.

Un centre souligne la difficulté à entrer dans certaines écoles.

Les mouvements « anti-choix » présents sur les réseaux sociaux participent à la culpabilisation des femmes.

## **Interruptions de grossesse hors délai légal (12 semaines de grossesse depuis la conception ou 14 semaines d'aménorrhée)**

Un centre indique qu'en cas de nécessité pour la femme d'interrompre la grossesse à l'étranger, une caisse de solidarité peut intervenir.

Un centre rapporte une réduction du nombre d'interruptions de grossesse demandées hors délai et nécessitant une interruption à l'étranger et note que les femmes arrivent mieux informées sur la loi et les méthodes appliquées.

## **Contraception**

Plusieurs centres déplorent le nombre d'échec malgré l'accent mis sur l'importance d'une bonne contraception et soulignent la méconnaissance de son utilisation, quel que soit le public.

Un centre rappelle que certaines femmes refusent la contraception hormonale en raison de leur souhait de revenir à des méthodes naturelles et/ou par crainte des effets secondaires liés aux hormones et indique aussi que de plus en plus de femmes utilisent des applications digitales pour prévoir les jours d'ovulation.

Toutefois, un centre estime que l'interruption de grossesse peut être vue comme un moment de réceptivité plus propice à l'importance de la contraception, de la prévention, de la réduction des risques d'une grossesse non désirée et de l'autodétermination.

## **Situation particulière de la femme**

Un ou plusieurs centres rapportent les éléments suivants :

Augmentation du nombre de situations socio-économiques précaires et des difficultés à accéder aux soins et/ou à la contraception. Un centre indique offrir un accès confidentiel à la consultation et à la contraception;

Augmentation du nombre de situations de violences conjugales ou familiales. Si celles-ci ne sont pas toujours évoquées comme cause de l'avortement ou même mentionnées par la femme, elles peuvent être décelées par le personnel. Dans certains cas, la femme est obligée de se faire avorter alors que dans d'autres cas, la grossesse est cachée et l'IVG doit rester secrète. Dans les deux cas, ces violences posent la question du libre choix et du libre accès à la contraception et à la consultation médicale sans entrave;

Nombreuses prises en charge de femmes en situation irrégulière;

Nombreuses situations de fragilité croisée (conjugales, familiales, psychologiques, sociales et économiques) ajoutées parfois à des situations irrégulières, de (grande) précarité financière,

ce qui amène à des ambivalences de plus en plus présentes dans la prise de décision. Le règlement de ces situations de plus en plus complexes implique un accompagnement pluridisciplinaire soutenu et ce avant même la prise en charge de l'interruption de grossesse qui devient alors parfois secondaire.

Manque d'élaboration du processus décisionnel de certaines femmes, ce qui se traduit par une succession de prise et d'annulation de rendez-vous à tous les stades de l'interruption de grossesse. Le travail de réflexion se fait avec l'équipe du centre.

Prise en charge de femmes sans couverture sociale.

Toxicomanie ou troubles psychiatriques qui engendrent des problèmes tels que horaires non respectés, reports répétés de rendez-vous ou non prise de médicaments.

Refus par la mutuelle de financer la prise en charge d'une bénéficiaire hospitalisée en institution psychiatrique (jour et nuit) car l'hospitalisation ne permet pas une prise en charge supplémentaire via la rééducation fonctionnelle.

Interruption de grossesse demandée par des personnes de sexe masculin : dans le cadre de l'application de la loi de 2018 sur les personnes transgenres, ces dernières peuvent modifier officiellement leur prénom et leur sexe sur leurs documents administratifs sans devoir répondre à certaines conditions médicales.

Un centre indique collaborer avec une ASBL de première ligne venant en aide aux migrant(e)s en transition : accompagnement, traduction, lieux d'accueil et de repos après une intervention, soutien administratif avec le CPAS local, introduction et suivi des interventions financières via le Fonds d'Aide médicale urgente.

## **Hypnose**

Quelques centres recourent à l'hypnose (certains membres du personnel y sont formés).

## **Contrôle médical**

Un centre remarque que plus de 80 % des femmes viennent à leur visite de contrôle médical et note, de manière plus générale, un plus grand intérêt pour une prise en charge globale de la santé sexuelle.

À l'inverse, un autre centre note que de nombreuses femmes ne viennent pas à la visite de contrôle après une interruption médicamenteuse à domicile car elles en minimisent la nécessité.

## ***Prise de rendez-vous***

Pour éviter de devoir multiplier les appels téléphoniques, un centre a mis en place un agenda en ligne par lequel la femme peut prendre facilement un rendez-vous, obtenir une confirmation et un rappel par mail et le cas échéant annuler le rendez-vous.

Ce centre a également mis en place avec d'autres centres de la région un document partagé pour se tenir mutuellement informé des disponibilités inter-centres au niveau des rendez-vous pré-IVG et ce, afin de pouvoir orienter plus efficacement les femmes et résorber les délais d'attente.

## **Demande particulière**

Une femme a réalisé un reportage photo du centre pour son usage thérapeutique personnel.

### **5.1.1.6. SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES**

#### ***Interruptions de grossesse***

Garantir l'accueil et la prise en charge multidisciplinaires.

Assouplir les critères d'accès à l'interruption de grossesse et, notamment, étendre le délai de recours à l'avortement pour permettre à chaque femme d'interrompre sa grossesse dans un service agréé belge et ce faisant, éviter d'exacerber les inégalités d'accès aux soins par la possibilité ou non de se rendre à l'étranger.

Étendre ce délai n'augmenterait pas le nombre d'interruptions de grossesse car la plupart des femmes recourent à l'avortement dès la connaissance de la grossesse, soit vers 7 semaines de grossesse depuis la conception (9 semaines d'aménorrhée).

Revoir en profondeur et actualiser la convention conclue entre les centres et l'INAMI par rapport à la diversité des situations rencontrées et leurs prises en charge possibles et par rapport à la question des diplômes des professionnels encadrant ces prises en charge : la loi actuelle infantilise les femmes et les professionnels de l'IVG en ne permettant pas une adaptation propre à chaque situation alors que les professionnels sont capables de prendre des décisions efficaces, appropriées et sécurées.

Simplifier ou harmoniser la procédure de financement qui passe par l'accord du médecin conseil et la facturation des actes car le temps consacré à cette procédure n'est pas dédié à la prévention ou la prise en charge.

Réaliser des campagnes de sensibilisation sur l'interruption de grossesse.

Différencier une grossesse non planifiée d'une grossesse planifiée qui ne pourra pas devenir une maternité pour des raisons diverses telles que perte d'emploi, séparation, violence, instabilité administrative, ....). Identifier les grossesses non planifiées mais pas non désirées, qui posent la question de la fécondité sans avoir pour objet une maternité. Enfin, repérer les interruptions de grossesse qui préparent (maturent) le projet d'une future maternité (= fertility reassurance).

Supprimer toute sanction pénale pour la femme et le médecin en retirant l'IVG du code pénal et légiférer sur l'accès à l'IVG en tant que droit fondamental en santé publique; renforcer la sécurité juridique et l'accès équitable aux services médicaux.

#### **Délai de réflexion**

Réduire à 48 h le délai de réflexion obligatoire entre la première consultation et l'interruption de grossesse, ce qui garantirait le respect de l'autonomie et de la capacité de la femme à décider par et pour elle-même, permettrait le choix de la méthode et déstigmatiserait la pratique.

#### **Formation**

En faculté de médecine, introduire dans le cursus universitaire des médecins un module de formation sur les centres de planning, la contraception (en ce inclus le rapport coût-efficacité) et l'interruption de grossesse pour lutter contre la pénurie de médecins formés à la pratique de l'IVG.

Lutter contre la pénurie de médecins pratiquant l'IVG permettrait, d'une part, d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement des femmes et, d'autre part, de réduire la pression sur le personnel des centres.

Renforcer la formation et l'information sur le droit à l'avortement et la pratique de l'IVG de tous les professionnels de la santé. La formation doit englober les aspects médicaux, psychosociaux et éthiques des décisions liées à la santé reproductive.

Soutenir les futurs médecins voulant se former à la pratique de l'interruption de grossesse : un centre qui forme des stagiaires depuis quelques années constate qu'il est difficile pour ces médecins d'intégrer cette formation dans leurs cursus ou stages.

Former les professionnels de la santé à utiliser un langage inclusif et non stigmatisant : le dossier de l'IPPF (International Planned Parenthood Federation) « Comment parler de l'IVG » offre des directives pour adapter les pratiques professionnelles aux besoins et réalités des personnes.

## **Contraception**

Sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de dispenser une information claire et précise sur l'utilisation des contraceptifs, l'interruption de grossesse et sur toute question relative à la vie affective, sexuelle et relationnelle.

Réaliser, en collaboration avec tous les acteurs concernés et notamment les fédérations de planning, des campagnes de sensibilisation et de prévention régulières et à grande échelle sur tous les contraceptifs, les grossesses désirées ou non et l'interruption de grossesse. Inclure les hommes dans ces campagnes.

Tenir compte du fait que les femmes plus vulnérables ou marginalisées ont plus de difficultés à accéder à la contraception et aux soins : octroyer la gratuité, un remboursement total ou le meilleur remboursement possible, à toutes les femmes en âge de procréer, de tous les contraceptifs, y compris la pilule d'urgence (lendemain et surlendemain) et les préservatifs féminins et masculins, et ce, quelle que soit la mutuelle où elles sont affiliées.

Octroyer la gratuité des contraceptifs masculins et ouvrir la réflexion sur la contraception masculine dans les animations, les consultations et sur les réseaux sociaux et conscientiser les hommes et jeunes garçons sur leur rôle dans la contraception via des campagnes de sensibilisation et d'information.

Développer une consultation « contraception thermique testiculaire » et construire un réseau autour de la contraception masculine.

Apporter une plus grande écoute aux femmes désireuses d'une ligature tubaire et aux hommes souhaitant une vasectomie alors qu'ils se heurtent souvent aux conventions du monde médical (âge, nombre d'enfant(s) né(s), ...) et au refus de certains praticiens de pratiquer ces actes médicaux.

Rendre accessible la pilule d'urgence dans les centres de planning en autorisant le personnel psychosocial à en assurer la distribution.

## **Information**

Poursuivre les missions d'information et de prévention sur l'importance de la santé sexuelle et notamment de la contraception et la prévention des grossesses non désirées lors des rencontres avec le public adolescent et adulte et cibler tant les femmes que les hommes.

Mettre en avant les notions de choix, dignité et respect de l'autonomie des femmes dans la prise de décision.

Déstigmatiser l'avortement auprès des professionnels et du public, via l'ouverture d'un dialogue franc et ouvert.

Sensibiliser tous les professionnels de la santé à transmettre une information claire et précise sur la vie relationnelle, affective et sexuelle et notamment, l'interruption de grossesse et la contraception.

Diffuser des informations objectives, via des canaux officiels et de confiance, sur les lieux où se pratiquent les interruptions de grossesse et ainsi dédramatiser l'IVG.

Utiliser et diffuser les documents et outils développés par des fédérations indépendantes, expérimentées et professionnelles. Ces documents traitent de la vie relationnelle, affective et sexuelle, la contraception (fonctionnement de chaque méthode et du préservatif associé), les missions des centres de planning, l'accès à l'interruption de grossesse, ...

Diffuser des campagnes adaptées aux différents publics cibles via des réseaux de référence sur des thématiques précises telles que contraception, vie affective, parentalité responsable, risques lors de fragilités diverses (rupture, perte d'emploi, situation administrative précaire,...).

Poursuivre la généralisation des animations EVRAS dans les milieux scolaires et extra-scolaires (institutions, milieux festifs et associatifs) pour dispenser à tous une information claire et précise sur la vie relationnelle, affective et sexuelle (la contraception, les droits et l'accès à l'interruption de grossesse, les missions des centres).

Soutenir l'EVRAS par des moyens financiers suffisants et dispenser un EVRAS holistique pour réduire les freins et interférences car utiliser une contraception est une démarche subjective et rationnelle qui s'inscrit dans une vie affective et émotionnelle ou l'irrationalité peut interférer.

Penser le travail de prévention en abordant à la fois la question informative autour de la connaissance du corps, de son fonctionnement, de l'intimité et de l'usage concret de chaque moyen de contraception, y compris le préservatif à utiliser en plus (donc double méthode) et proposer un espace de réflexion sur les différentes résistances à la contraception, la prise de risque, les préjugés, les représentations et la responsabilisation du partenaire.

Permettre une expression moins taboue des désirs sexuels, différenciés du désir d'enfant et aborder le consentement et l'égalité des sexes.

Face au souhait de nombreuses femmes de recourir à des contraceptions naturelles et des applications, vulgariser l'usage et les limites de ces méthodes et informer sur celles qui présentent une plus grande fiabilité. Il serait également judicieux de rembourser les formations proposées des formateurs reconnus qui abordent ces méthodes de manière scientifique.

### **Centres de planning**

Dans un contexte de pénurie croissante de praticiens formés à l'interruption de grossesse, reconnaître la spécificité des médecins généralistes dans les centres de planning : maintenir leur agrément et fournir une rémunération adéquate compte tenu de leur spécialisation.

Donner la possibilité aux sage-femmes d'intervenir dans l'accompagnement des IVG.

Préserver de bonnes conditions de travail et ne pas les perdre au profit d'arguments économiques : espace de réflexion rapidement disponible, supervision, écoute ouverte et engagée, capacité d'adaptation efficiente, possibilité de modifier les pratiques pour répondre aux impacts sociétaux et sanitaires inhabituels.

Défendre les espaces de parole que proposent les centres de planning qui travaillent aussi bien en extrahospitalier qu'en lien avec une structure hospitalière.

Promouvoir auprès du public et du réseau psychosocial l'identification des centres comme structure ressource dans le champ de la vie affective, sexuelle et relationnelle et de la prévention des grossesses non désirées.

Valoriser l'engagement dans la pratique sociale du secteur du planning familial.

Faciliter dans les centres l'accès à l'information, à la pilule d'urgence, à la contraception et au suivi gynécologique.

Mettre en place de manière systématique un système de rappel et de confirmation du premier rendez-vous pour pallier au phénomène de « no show ».

### **Public transgenre**

Penser l'accès aux soins de santé du public transgenre au niveau structurel : remboursement mutuelliste et prise en charge INAMI des soins trans-spécifiques (mammographie, dépistage), dans le respect de la vie privée afin d'éviter le dévoilement de la situation de transidentité auprès des services administratifs.

### **Accompagnement des jeunes mamans**

Offrir un meilleur accompagnement aux jeunes mamans car beaucoup d'IVG sont demandées par des femmes ayant un ou des enfant(s) en bas âge.

## **5.1.2. HÔPITAUX ET CLINIQUES**

Les données présentées sont extraites des rapports transmis par 34 hôpitaux en 2022 et 35 en 2023.

### **5.1.2.1. NOMBRE ET QUALIFICATION DU PERSONNEL DU SERVICE**

Certains hôpitaux dont le service d'information est inexistant ou restreint se réfèrent aux services « social », « psychologie » et « médiation interculturelle » de l'hôpital.

D'autres ont conclu des accords de coopération avec un ou plusieurs centres situés dans leur zone géographique. L'essentiel des informations est donné par le gynécologue.

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 et qui se compose de gynécologues et d'assistant(e)s sociaux/sociales.

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 femmes (couples) rencontrent systématiquement un(e) assistant(e) social(e) et un(e) psychologue. Les demandes liées à des motivations personnelles sont alors guidées vers d'autres hôpitaux ou des centres de planning.

D'autres hôpitaux organisent un service d'information à part entière. Le personnel s'y répartit principalement entre les catégories suivantes :

- juriste;
- psychologue;
- assistant(e) social(e);
- conseiller ou conseillère conjugal(e);
- médecin et gynécologue;
- autres, ce qui englobe les catégories de personnel suivantes :

- infirmier - infirmière breveté(e), graduée(e), sociale et en santé communautaire;
- sage-femme;
- médiatrice - médiateur familial(e), médiatrice - médiateur interculturel(le);
- sexologue;
- secrétaire, personnel administratif.

Selon les données reçues, le personnel varie entre 3 et 34 personnes en 2022 et entre 2 et 30 personnes en 2023. En plus des catégories de personnel précitées, certains hôpitaux ont mentionné également « référente pour expulsions, kinésithérapeute, P6, travailleur médico-social de l'ONE, aide-soignante ».

Il est toutefois possible que le nombre le plus élevé englobe le personnel issu des services hospitaliers (« services gynécologie, social et psychologie ») qui intervient dans la gestion des interruptions de grossesse mais ne fait pas partie du service d'information.

### **5.1.2.2. 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 assurées. En dehors des heures d'accessibilité et en cas de problème, il est possible de s'adresser à l'accueil gynécologique ou aux urgences.

En cas de nécessité, il est possible de faire appel au service « social ou psychologie » de l'hôpital. De même, le service « 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 et sécurisé reprend l'anamnèse médicale, psychologique et sociale ainsi que les données administratives et les rendez-vous.

Les interruptions de grossesse pratiquées après douze semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhée), pour des raisons non médicales sont réalisées à l'étranger, surtout aux Pays-Bas.

### **5.1.2.3. NOMBRE DE CONSULTATIONS DU SERVICE EN LIEN AVEC UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE**

En 2022, 19 hôpitaux (sur 34) ont communiqué un nombre de consultations et il varie entre 3 et 705. En 2023, 24 hôpitaux (sur 35) ont communiqué un nombre de consultations variant entre 7 et 1.881.

La différence d'interprétation des critères d'enregistrement et l'intégration des rendez-vous multiples en cas d'ambivalence ou de difficultés explique l'écart entre les deux valeurs citées et l'importance du second nombre.

14 hôpitaux en 2022 et 9 en 2023 n'ont pas communiqué le nombre de consultations. Un de ces hôpitaux souligne qu'il est difficile d'enregistrer tous les entretiens et que certaines demandes d'IVG sont reprises dans les consultations sans être spécifiquement notées « demandes d'IVG ».

#### **5.1.2.4. MÉTHODES D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES 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.

##### **► AVANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

Un entretien téléphonique ou un premier entretien sur place peut avoir lieu avec l'accueillant(e) pour obtenir une première écoute et des informations préliminaires. Ensuite auront lieu un entretien « pré-IVG » entre l'accueillant(e) et la femme, un entretien médical entre la femme et le médecin et une intervision entre l'accueillant(e) et le médecin. La femme peut être accompagnée d'une personne de son choix (partenaire, membre de la famille, ami(e) ou intervenant social (éducateur), ....) sauf avis contraire du gynécologue.

#### **ENTRETIEN « PRE-IVG »**

##### **Interruption de grossesse**

La loi, les méthodes, les consignes, le coût, le suivi et les conséquences (a)normales sont expliqués.

##### **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, de la place du géniteur et du couple parental est abordée; les situations de crise (deuil, adolescence, traumatismes, dépression, ...) sont identifiées et les violences et addictions éventuelles (drogue, éthylisme,...) sont formulées.

Les cas de détresse profonde peuvent déboucher sur des entretiens psychologiques organisés avec le couple et/ou la famille. Un travail sur le couple peut être mené pour remettre du lien et de la communication entre les partenaires, surtout en cas de désaccord sur la décision. Certains hôpitaux collaborent avec des centres pour assurer la prise en charge psychologique des demandes requérant un suivi spécialisé.

##### **Alternatives et informations**

Les différentes possibilités - poursuite de la grossesse, don de l'enfant pour adoption, placement en famille d'accueil ou en pouponnière et recours aux maisons maternelles - sont présentées.

En cas de poursuite de la grossesse, des informations sont fournies sur les droits et aides au logement, les aides financières (allocations familiales, prime de naissance), sociales et juridiques auxquelles prétendre; 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) et la femme peut être orientée vers un service de suivi de grossesse, tel que l'ONE (Office de la naissance et de l'enfance) ou vers d'autres structures spécialisées (CPAS, centre de planning, service interne ou externe de psychologie,...).

##### **Brochures informatives**

Des brochures 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) sont remises.

## **Documents remis**

- les planning de rendez-vous;
- les documents présentant les consignes à suivre, les médicaments à prendre ou à éviter et les conséquences normales ou anormales;
- le document de consentement, par méthode, à signer par la femme;
- les documents d'assurabilité et formulaire de demande d'intervention dans le coût de la prestation de rééducation fonctionnelle et les frais de déplacement y afférents, destinés à la mutuelle.

## **Interruption de grossesse chez les mineures**

La pratique varie d'un hôpital à l'autre. Pour certains, l'entretien psychosocial et le consentement d'un parent ou représentant légal sont obligatoires; d'autres acceptent, pour garder la démarche secrète, que la mineure soit accompagnée d'un adulte de son choix; d'autres encore ne demandent pas d'autorisation parentale.

## **Hôpitaux ne pratiquant que des interruptions de grossesse pour raisons médicales**

Dans le cadre d'une réunion multidisciplinaire, la femme rencontre une sage-femme habituée à la procédure et à l'accueil spécifique, le gynécologue, un pédiatre ainsi qu'un(e) psychologue et un(e) assistant(e) social(e). Lors de l'interruption de grossesse, la sage-femme assiste le gynécologue; l'assistant(e) social(e) et/ou le/la psychologue sont également présents. En cas de décision difficile, le comité d'éthique est consulté. Le gynécologue coordonne la prise en charge de la femme et un document est signé par tous les intervenants à la prise de décision.

## **Site internet**

Un hôpital indique présenter sur son site l'unité de prise en charge des grossesses non désirées.

## **ENTRETIEN MÉDICAL :**

Réalisation de l'anamnèse ainsi que d'un examen gynécologique et prophylactique (échographie pour dater la grossesse et exclure une grossesse extra-utérine 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.

## **INTERVISION ENTRE LE MÉDECIN ET L'ACCUEILLANTE**

Échange d'informations pour une prise en charge optimale de la femme.

## **► PENDANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

## **Méthode d'interruption de grossesse**

Le choix de la méthode dépend de l'âge de la grossesse, des éventuelles contre-indications médicales et du choix de la femme.

L'interruption médicamenteuse est réalisable jusqu'à 7 semaines depuis la conception (9 semaines d'aménorrhée). Elle est réalisée sur place par un médecin, assisté d'une sage-femme ou d'une infirmière pour la surveillance médicale (gestion de la douleur et perte de sang) et en présence de l'accueillant(e) qui conseille, rassure la femme et lui permet d'exprimer son vécu. En cas d'interruption de grossesse médicamenteuse plus tardive, un anesthésiste assiste également le gynécologue.

Cette méthode comprend deux phases : un premier médicament bloque les effets de la progestérone et dilate le col de l'utérus. 48h plus tard, un second médicament déclenche les contractions et l'expulsion de l'embryon. L'expulsion a généralement lieu sur place mais elle peut survenir plus tard lorsque la femme est rentrée chez elle.

Dans la continuité des mesures prises dans le cadre de la pandémie de Covid 19, de plus en plus de femmes prennent le second médicament à domicile.

Un accueil est possible aux urgences 7/7 jours et 24/24h, si nécessaire.

Sur place, l'expulsion est supervisée par la sage-femme en hospitalisation One day. Toutefois, les hôpitaux n'ayant pas droit au forfait « one day », préfèrent éviter une hospitalisation ne donnant lieu à aucun remboursement.

L'interruption chirurgicale (aspiration) est pratiquée jusqu'à 12 semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhée) ou plus tardivement en raison d'un péril grave pour la santé de la femme ou d'une affection grave et incurable de l'enfant à naître.

L'interruption est réalisée par le médecin, en présence de personnel infirmier, sous anesthésie locale (col de l'utérus) ou générale. Si certains hôpitaux pratiquent toutes les aspirations sous anesthésie générale (et réorientent les femmes souhaitant une anesthésie locale), de nombreux hôpitaux laissent le choix de l'anesthésie à la femme même si celui-ci est conditionné par l'âge de la grossesse et les antécédents médicaux de la femme. L'anesthésie générale est pratiquée dans le quartier opératoire, en présence de l'anesthésiste. L'aspiration dure 20 minutes environ et est suivie d'une phase de repos, de plus en plus souvent réalisée à domicile.

Les aspirations sont réalisées dans le cadre de l'hospitalisation de jour (one day).

## **Contraception**

La contraception future est mise au point.

### **► APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

#### **Suivi**

Le médecin réalise un contrôle médical et vérifie l'utilisation de la contraception après 2 semaines pour une interruption chirurgicale et 3 semaines pour une interruption médicamenteuse (efficacité vérifiée par échographie).

Si nécessaire, l'assistant(e) social(e) ou le/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.

### **5.1.2.5. CAS D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES À SIGNALER**

#### ***Contraception***

De nombreux hôpitaux déplorent le nombre accru de femmes qui n'utilisent pas ou mal la contraception, en invoquant l'absence de sexualité régulière, la préservation du corps, le retour à des méthodes naturelles (coït interrompu, abstinence périodique,...), le calcul des cycles, le suivi de certains modèles ou de certaines idées reçues ou croyances,... et qui démontrent une réelle méconnaissance de l'aspect biomédical de la sexualité et de la reproduction ainsi que des risques d'une relation sexuelle non protégée.

Un hôpital rapporte pour sa part une augmentation des demandes de ligatures tubaires chez les femmes de moins de 30 ans.

Un hôpital note également un usage croissant de l'application qui permet le contrôle de la fertilité.

Un hôpital indique que si de plus en plus d'hommes se tournent vers la vasectomie ou si celle-ci est de plus en plus présente dans la réflexion conjugale, bon nombre de femmes préfèrent gérer et garder le contrôle de la contraception.

#### ***Situation particulière de la femme***

Un hôpital signale que de plus en plus de femmes ont déjà interrompu une grossesse dans l'établissement.

Cet hôpital note que de plus en plus de femmes viennent avec leur partenaire, ce qui augmente les risques de pression (surveillance, menace de rupture) et complique la prise de décision de la femme.

Un hôpital souligne que de plus en plus d'interruptions de grossesse sont justifiées par la crise sanitaire, la crise économique et/ou la guerre en Ukraine.

#### ***Situation particulière du partenaire***

Un hôpital souligne que certains géniteurs ne trouvent pas leur place dans le processus décisionnel et se sentent oubliés, ce qu'ils ressentent comme une injustice.

#### ***Pratique de l'interruption de grossesse***

Un hôpital souligne que, bien qu'ils soutiennent ce droit, certains gynécologues, soumis à de très nombreuses demandes d'interruption de grossesse, ressentent un sentiment de saturation psychologique et émotionnelle car la pratique récurrente de l'acte est parfois lourde à porter.

Un hôpital indique que les interruptions de grossesse, réalisées majoritairement pour raisons médicales, suite à un diagnostic anténatal lors de consultations multidisciplinaires ou obstétrico-pédiatriques, sont demandées via les consultations gynécologiques et discutées avec le staff diagnostique; les IVG ne sont pas pratiquées chez les femmes externes au service de gynécologie.

Un autre hôpital indique que les demandes d'IVG sont traitées dans un circuit « planning » au sein des consultations gynécologiques. Ce circuit comprend une (ou plusieurs) consultation(s) sociale(s) avec un(e) assistant(e) social(e) et une consultation médicale avec le gynécologue. Pour les interruptions chirurgicales, les anesthésies locales ne sont plus pratiquées et ces demandes spécifiques sont réorientées. Après l'IVG, le contrôle médical peut être réalisé par le gynécologue habituel (hors service).

Un hôpital indique que les interruptions de grossesse sont prises en charge via des itinéraires cliniques comprenant consultation psychologique, gynécologique et échographie en pré-IVG, consultation gynécologique et hôpital de jour pour les curetages ou hystérocopie et consultation gynécologique (et psychologique à la demande) en post-IVG.

Un hôpital précise que les lvg médicamenteuses ont lieu dans la maternité avec chambre seule, sans facturation d'une hospitalisation.

#### **5.1.2.6. SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES**

##### ***Contraception***

Compte tenu du nombre important de femmes n'utilisant pas ou pas correctement de contraception, refaire le point sur les aspects biomédicaux de la sexualité et de la reproduction, corriger les croyances erronées, développer les campagnes de promotion et renforcer l'éducation et l'information à la contraception.

Promouvoir la contraception de longue durée.

##### ***Personnel soignant***

Améliorer la formation et l'information des médecins généralistes et des spécialistes sur les contraceptifs et leur fonctionnement afin qu'ils puissent diffuser une information claire et complète à un public élargi (prévention efficace).

Faire en sorte que les médecins soient plus à l'écoute; adresser des campagnes de sensibilisation à destination du personnel de prise en charge qui ne comprend pas toujours l'explication des femmes qui pensaient qu'une grossesse non désirée « ne leur arriverait pas ».

Accentuer la sensibilisation du personnel pour une meilleure information sur les contraceptifs.

##### ***Information***

Améliorer les campagnes d'information sur l'utilisation des différents moyens de contraception et notamment la contraception de longue durée.

Diffuser des spots à la TV, sur les réseaux sociaux et dans les salles d'attente des hôpitaux, en plaçant également des brochures d'information officielles dans ces dernières.

Développer l'éducation à la sexualité, à la santé sexuelle et à la contraception via divers supports : scolaire, en ligne, maisons de quartier,... et mettre l'accent sur l'information des adolescents via les écoles.

Responsabiliser et conscientiser davantage les femmes sur l'importance d'une contraception adéquate et efficace en prenant le temps de leur expliquer les différentes contraceptions et comment éviter les échecs et ce via une large diffusion d'information.

Travailler en amont via des programmes éducatifs à renforcer dans l'école.

Arrêter le bashing anti contraception orale initiée par la presse.

## 5.2. INSTITUTIONS NÉRLANDOPHONES

### 5.2.1. CENTRES

Après l'adoption de la loi du 3 avril 1990, les soins liés à l'avortement ont été largement professionnalisés dans notre pays, afin que l'interruption de grossesse puisse se dérouler dans les meilleures conditions médicales et psychosociales possibles. Certains hôpitaux proposent aujourd'hui ces soins, mais ce sont les centres créés spécifiquement à cette fin qui se taillent la part du lion.

La Flandre compte actuellement 7 centres d'interruption de grossesse. Ces centres sont répartis dans les 5 provinces du nord du pays. Ce sont les suivants :

- Abortuscentrum Durmelaan Lokeren<sup>6</sup>
- *Labyrint*, centre intégré au ZNA (*Ziekenhuis aan de Stroom*), Anvers<sup>7</sup>
- Centre pour avortement *LUNA Anvers*
- Centre pour avortement *LUNA Gand*
- Centre pour avortement *LUNA Hasselt*
- Centre pour avortement *LUNA Ostende*
- Centre *VUB Dilemma Bruxelles*<sup>8</sup>

Quatre centres pour avortement néerlandophones (Anvers, Gand, Hasselt et Ostende), qui collaboraient sur le fond depuis plusieurs années, ont fusionné le 1<sup>er</sup> janvier 2018 pour devenir les « abortuscentra van LUNA vzw » (centres pour avortement de LUNA asbl)<sup>9</sup>. Ils ont signé au printemps 2018 un accord de collaboration avec le centre pour avortement situé à Bruxelles (*Sjerp-Dilemma*). Ce centre poursuit ses activités sous le nom *VUB Dilemma*. Ce qui a fondamentalement changé après la fusion, c'est que les différents centres ont pu accorder leurs violons pour garantir une meilleure qualité des soins et une gestion plus efficace.

Les centres offrent tous un accompagnement médical et psychosocial en cas de grossesse non planifiée. Le centre d'interruption de grossesse *Labyrint*, intégré au service de gynécologie du ZAS (*Ziekenhuis aan de Stroom*), propose aussi une forme d'assistance dans la poursuite de la grossesse.

#### 5.2.1.1. Composition du service d'information

Il ressort des rapports annuels des services d'information que le service occupe en moyenne 12 membres du personnel. Le nombre de membres du personnel, de qualifications variables, varie entre 4 et 21. Chaque centre emploie au moins 2 médecins. En outre, les services d'information se composent de psychologues, de juristes, d'infirmiers (sociaux), de sage-femmes, de sexologues, d'assistants sociaux, qui peuvent compter dans certains centres sur l'appui d'un collaborateur administratif.

#### 5.2.1.2. Fonctionnement du service d'information

Les centres sont joignables par téléphone les jours ouvrables, pendant les heures d'ouverture.

---

<sup>6</sup> [Abortuscentrum Lokeren \(centrumdurmelaan.be\)](http://centrumdurmelaan.be)

<sup>7</sup> [Labyrint | Ziekenhuis aan de Stroom \(zas.be\)](http://zas.be)

<sup>8</sup> [Abortus Brussel | Vrije Universiteit Brussel \(vub.be\)](http://vub.be)

<sup>9</sup> [Centra – Luna \(abortus.be\)](http://abortus.be)

Les centres Luna proposent également une fonction de messagerie instantanée (« chat »). Pendant 8 heures par semaine (dont 2 heures en dehors des heures normales de bureau), un(e) accueillant(e) est disponible en ligne.

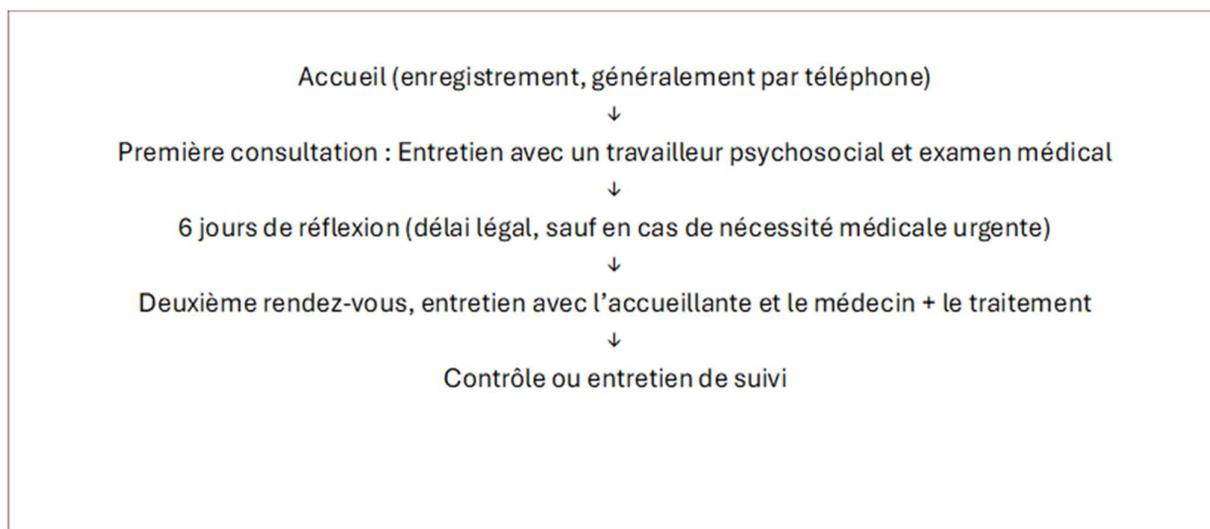
Les entretiens et les consultations se déroulent sur rendez-vous. Au cours de l'entretien d'admission, une grande attention est accordée à une approche psychosociale de qualité.

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 (médicament abortif ou curetage par aspiration) et sont sensibilisées à leur future contraception

### **5.2.1.3. Nombre de consultations du service d'information**

La Commission n'a reçu aucun rapport annuel du *Centrum Durmelaan* en 2022. Les 6 autres centres ont comptabilisé 9.784 consultations pour 2022. En 2023, elles étaient au nombre de 10.607 pour les 7 centres.

Le nombre de consultations rapporté des services d'information correspond grosso modo au nombre de requêtes d'interruption de grossesse. Cela s'explique par le fait que la plupart des centres rapportent le nombre de clients qui s'adressent à eux pour une interruption de grossesse.

Ces chiffres devraient en réalité s'avérer plus élevés. Et pour cause : une requête d'avortement donne lieu à deux entretiens ou consultations, voire davantage.

La majorité des femmes limite le nombre de consultations à l'examen préliminaire, à l'interruption de grossesse même et à un contrôle éventuel.

Nous constatons que le nombre de consultations est en moyenne supérieur de 20 % au nombre d'interruptions de grossesse rapportées.

#### **5.2.1.4. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées**

Les centres pour avortement néerlandophones fonctionnent d'office sur rendez-vous. Ils sont joignables tous les jours ouvrables. Si la plupart des clients prennent contact par téléphone, un renvoi par le médecin généraliste reste toujours possible. À ce moment-là, le déroulement d'un examen préliminaire est expliqué, des informations sont données sur le régime du tiers payant pour les clients affiliés à une mutualité et il est également expliqué que tout rendez-vous pour une interruption de grossesse peut être pris lors de l'examen préliminaire.

*Labyrinth* propose un service d'interprétation à destination des malentendants et des clients qui éprouvent des difficultés en néerlandais.

Les méthodes appliquées sont similaires pour l'ensemble des centres.

La procédure se déroule en 3 phases : l'examen préliminaire, l'intervention même et le contrôle a posteriori. Ces phases ont été fixées par la loi.

- *La première consultation - l'examen préliminaire*

Une équipe interdisciplinaire se charge de l'examen préliminaire (un collaborateur psychosocial et un médecin). Trois attitudes de base sont essentielles si l'on veut garantir des soins d'avortement qualitatifs : orientée client, non paternaliste et professionnelle.

En concertation avec la cliente ayant une grossesse non planifiée, non désirée ou non consentante, des partenaires ou d'autres tiers importants sont impliqués dans le trajet de soins.

Lorsque nous faisons référence au « client », nous entendons toujours le système client impliqué dans la grossesse.

Le collaborateur psychosocial fait une proposition pour examiner et/ou éclaircir ensemble le processus décisionnel. L'entretien d'admission a toujours un caractère ouvert. Il est important de répondre aux souhaits et aux « besoins » du client, tant en termes de soutien psychosocial que d'informations concrètes et pratiques.

Dans son dernier rapport annuel, *Labyrinth* donne de plus amples explications relatives à l'entretien d'admission chez l'infirmier social et fait part des éléments suivants :

*« Dès le départ, nous indiquons clairement à la cliente que cet entretien a pour but de la soutenir. Nous agissons toujours en fonction de la volonté ferme de la cliente.*

*En cas de doute, nous informons la cliente qu'aucune décision ne doit encore être prise et que le choix de grossesse peut encore partir dans un sens comme dans l'autre*

*La situation d'urgence et le contexte de la cliente sont discutés en profondeur. Les éventuels problèmes sous-jacents et/ou relationnels sont également abordés.*

*Lorsqu'elle est réellement décidée à se faire avorter, son ressenti à ce sujet est exploré plus en détail. Ses réflexions sur l'impact de cette décision et sur l'évolution possible de ce processus d'adaptation sont également abordées. Le cas échéant, nous indiquons également d'ores et déjà qu'il est possible d'avoir des entretiens et de l'accompagnement multiples, avec renvoi éventuel vers un centre de soins de santé mentale ou Fara.*

*La cliente est également informée des alternatives possibles à l'avortement (en particulier en cas de gros doute) et des options de prise en charge et/ou de soutien vers lesquelles elle peut se tourner si elle décide de mener sa grossesse à terme.*

*Le traitement ad hoc (curetage par aspiration ou pilule abortive) est déterminé en concertation avec le médecin et la cliente. Des informations pratiques et des explications sur le déroulement du traitement et les risques éventuels sont données.*

*Enfin, il est examiné ce qui n'a pas fonctionné dans l'utilisation des contraceptifs, des informations sont données et des discussions sont menées sur les moyens contraceptifs qui pourraient être utilisés à l'avenir ».*

Le contenu des entretiens psychosociaux est déterminé par la situation spécifique dans laquelle les clientes sont confrontées lors d'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 quant à la grossesse et aux circonstances qui en découlent;
- évaluer le contexte (social) plus large, etc.;
- parler du déroulement de la grossesse jusqu'à ce moment;
- examiner 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 et 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 rendez-vous pour une interruption de grossesse commence toujours par le réexamen de la décision et de tous les aspects qui y sont liés, 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. L'interruption de grossesse médicamenteuse

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

Ce traitement peut être effectué en ambulatoire jusqu'à une période de grossesse 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 par voie orale de la Mifégyne®. Il s'agit d'un anti progestatif qui neutralise les effets de l'hormone progestative endogène - nécessaire au développement de la grossesse.

- Phase 2 :

La cliente reçoit ensuite des prostaglandines (vaginales/buccales/sublinguales). 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 planifié.

## 2. Le curetage par aspiration

Le deuxième type de traitement est *l'interruption de grossesse via un curetage 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 grossesse 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 ou supervise le traitement médicamenteux discutera avec la cliente du moment opportun du contrôle. Les clientes reviennent aussi pour une échographie de contrôle après la pose d'un stérilet.

Des entretiens de suivi psychosocial sont toujours possibles et 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 Fara si nécessaire.

### **5.2.1.5. Cas spécifiques de prise en charge et d'accompagnement**

*Labyrinth* signale qu'un grand nombre de femmes allochtones, d'illégaux et de demandeurs d'asile n'ont que peu - voire aucune - connaissance des moyens de contraception. Ce groupe aborde souvent l'avortement différemment sur le plan émotionnel, principalement en le considérant comme une forme de contraception ou de management familial.

Il faut régulièrement faire appel à des interprètes pour remédier aux problèmes liés à la communication.

En outre, *Labyrinth* souligne que les clients mineurs d'âge sont plus susceptibles de souffrir d'un lourd fardeau psychique. Chez ces clientes, il y a souvent un tabou autour de la sexualité au sein de la famille et la contraception n'est pas abordée en raison d'un manque d'ouverture. Les parents peuvent eux aussi tirer profit de l'accompagnement.

### 5.2.1.6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées

*Labyrint* formule 3 propositions dans son rapport annuel :

- une meilleure diffusion d'informations relatives à la pilule du lendemain : *Labyrint* constate que l'existence et la disponibilité sont encore trop peu connues, surtout chez les jeunes;
- encore plus d'informations dans les écoles sur l'utilisation correcte des contraceptifs (*Labyrint* fait référence à des articles sur la désinformation sur TikTok à propos des contraceptifs<sup>10</sup>) et briser le tabou entourant la sexualité. Les informations sur l'utilisation des préservatifs devraient toujours mettre en avant la nécessité d'utiliser d'autres moyens de contraception ('Double Dutch method');
- poursuivre l'abaissement du coût de moyens contraceptifs, et pour cause : notamment les jeunes, les démunis, les demandeurs d'asile, les illégaux ne peuvent souvent pas se permettre de s'en procurer.

LUNA asbl plaide également en faveur d'un élargissement du remboursement de la contraception afin de supprimer les seuils financiers sur l'utilisation des moyens contraceptifs.

## 5.2.2. Hôpitaux

### 5.2.2.1. Composition et fonctionnement du service

Le nombre de membres du personnel varie entre 2 et 20. Ces membres du personnel ne travaillent pas nécessairement exclusivement pour le service d'information en rapport avec la problématique de la grossesse.

L'activité s'inscrit dans le cadre du service Gynécologie / Fertilité / Obstétrique.

Les qualifications sont comparables à celles des centres. Une équipe multidisciplinaire de médecins, de psychologues, de sages-femmes, d'assistants sociaux et/ou d'infirmiers (sociaux) est présente. Dans certains hôpitaux, des juristes font également partie de l'équipe.

La procédure en vigueur avant, pendant et après l'interruption de grossesse est comparable à celle appliquée dans les centres. Plusieurs hôpitaux indiquent qu'ils ne pratiquent des interruptions de grossesse que sur la base d'une indication médicale, que ce soit ou non après un diagnostic prénatal (AZ Groeninge, Heilig Hart Leuven, VITAZ, AZ Diest et AZ Klina) ou en cas de situation d'urgence réelle (UZ Brussel). Dans d'autres cas, ils renvoient les patientes vers des centres pour avortement.

AZ Klina et Heilig Hart Leuven nous ont transmis leur texte de vision. Ces hôpitaux disposent d'un organe/comité d'éthique qui peut être convoqué si nécessaire dans le cadre de la décision d'interrompre une grossesse.

VITAZ a envoyé sa procédure d'interruption de grossesse en même temps que le rapport annuel.

---

<sup>10</sup> Onder andere: [Tieners delen op TikTok en Instagram \(onveilige\) anticonceptietips: "Geen slecht idee om ook gewoon eens de bijsluiters van je pil te lezen" | VRT NWS: nieuws](#); [Misleidende filmpjes op TikTok en Instagram verspreiden hormoniefobie onder jongeren \(knack.be\)](#)

### **5.2.2.2. Nombre de consultations du service**

Les 14 hôpitaux qui ont transmis leur rapport annuel pour 2022 ont rapporté conjointement 236 consultations. En 2023, 16 hôpitaux totalisaient 284 consultations rapportées.

### **5.2.2.3. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées**

Généralement, le service d'information intervient à la demande du gynécologue ou du médecin traitant.

L'accessibilité des services d'information suit généralement les heures d'ouverture du service.

La plupart des hôpitaux disposent de leurs propres dépliants ou brochures informatives présentant le service d'information et les coordonnées des collaborateurs et/ou des médecins chez qui il est possible de prendre rendez-vous. Pendant les entretiens d'accompagnement, l'accent est mis principalement sur le soutien émotionnel, le cadre législatif, les informations relatives à l'intervention et à son déroulement, ainsi que sur les informations relatives à la contraception. On cite souvent FARA asbl, une antenne qui accompagne les choix en matière de grossesse.

La femme signe une déclaration d'intention si elle est déterminée à procéder à une interruption de grossesse.

Les aspects émotionnels de sa décision et les suites éventuelles sont également abordés. Elle est informée qu'un ou plusieurs entretiens de suivi sont disponibles pour lui permettre de faire face à la situation et, si elle le souhaite, la femme a la possibilité d'obtenir un entretien de soutien auprès du service d'information ou dans le cadre d'une consultation psychologique.

VITAZ nous a transmis le document 'Diagnostic périnatal - interruption de grossesse', une procédure à destination des patients qui ont recours à une interruption de grossesse sur indication médicale. Il comporte entre autres un plan de 11 étapes qui vise une approche uniforme et à servir de fil conducteur au niveau des différentes procédures possibles. Au Heilig Hart Leuven, la procédure est consignée dans le 'Texte de vision interruption de grossesse pour raison(s) médicale(s)'.

### **5.2.2.4. Propositions visant à améliorer la prévention**

Tout comme les années précédentes, l'AZ Jan Palfijn de Gand soutient l'idée de moyens de contraception accessibles y compris pour les personnes se trouvant dans un contexte de fragilité sociale (parmi lesquelles des personnes sans titre de séjour). L'AZ Jan Palfijn fait face également à un manque de canaux d'information simples sur le cycle menstruel, les contraceptifs et les outils permettant de briser les mythes autour de la contraception. Dans ce cadre, le service d'information de l'AZ Jan Palfijn utilise entre autres la farde de documentation 'Contraception' de Kind&Gezin et les fiches d'information de Sensoa.

Les rapports des autres hôpitaux ne mentionnent aucune (nouvelle) suggestion ni action d'amélioration.

## 6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 6.1. 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, 2016-2017, 2018-2019 et 2020-2021, les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission concernant les années 2022-2023 doivent être précisés. De même, en raison des documents d'enregistrement reçus tardivement, quelques modifications ont été apportées aux chiffres concernant les années précédentes.

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 qui la font pratiquer aux Pays-Bas (3) ainsi que le nombre de déclarations introduites trop tard et qui ne sont donc pas reprises dans les tableaux de la première partie (4), on obtient les résultats suivants :

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
(1)	17.640	18.033	18.595	18.870	19.095	19.578	19.155	19.551	19.107
(2)	- 296	- 314	- 291	- 252	- 182	- 123	- 119	- 128	- 153
(3)	+ 857	+ 851	+ 830	+ 803	+ 681(*)	+ 698 (**)	+ 611	+ 598	+ 574
(4)	+ 9	+ 226	+ 173	+ 31	+ 93	+ 146	+ 139	+ 55	+ 110
	<b>18.210</b>	<b>18.796</b>	<b>19.307</b>	<b>19.452</b>	<b>19.687</b>	<b>20.299</b>	<b>19.786</b>	<b>20.076</b>	<b>19.638</b>

(\*) Ce chiffre a particulièrement diminué depuis 2010 car 2 cliniques pratiquant des interruptions de grossesse ont été fermées aux Pays-Bas cette année-là.

(\*\*) : Jusqu'en 2010 inclus, ce chiffre regroupait les interruptions de grossesse réalisées aux Pays-Bas par les femmes provenant de Belgique et du Grand-Duché de Luxembourg. Depuis 2011, la Belgique est répertoriée comme une catégorie à part dans le rapport annuel Wafz<sup>11</sup> destiné au gouvernement des Pays-Bas (le chiffre ne comprend donc que les femmes belges ayant interrompu leur grossesse aux Pays-Bas).

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
(1)	19.013	17.878	17.257	18.273	18.027	16.585	16.702	18.574	19.686
(2)	-141	- 168	- 124	- 139	- 116	- 155	-135	- 163	-159
(3)	+ 530	+ 527	+ 472	+ 444	+ 428	+ 330	+ 371	+ 452	+417 (***)
(4)	+110	+ 135	+ 127	+ 16	+ 18	+ 296	+225	+ 299	+79
	<b>19.512</b>	<b>18.372</b>	<b>17.732</b>	<b>18.594</b>	<b>18.357</b>	<b>17.056</b>	<b>17.163</b>	<b>19.162</b>	<b>20.023</b>

(\*\*\*) Selon les chiffres demandés par LUNA, sur les 417 interruptions de grossesse pratiquées chez des femmes belges dans les centres d'avortement aux Pays-Bas en 2023, 327 concernent des grossesses de plus de 12 semaines depuis la conception : pour 74% des cas (242), entre 12 et 17 semaines de grossesse après la conception et pour 26 % des cas (85), à 18 semaines de grossesse après la conception<sup>12</sup>.

<sup>11</sup> Wafz : wet afbrekingswangerschap = loi sur l'interruption de grossesse – section 3.3. du rapport annuel (voir partie 13 Bibliographie, point 13.7, Statistiques, p ; 201.

<sup>12</sup> Luna vzw, deMens.nu. (2024, september 23). Belgische vrouwen gedwongen naar Nederland voor abortus: Nieuwe cijfers en een begeleidend project Compagnon [Persbericht]. Geraadpleegd op 1.02.2025 op: <https://abortus.be/nieuws/nieuwe-cijfers-en-project-compagnon/> en <https://demens.nu/compagnon/>

## 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.

## 6.2. RECOMMANDATIONS

### 6.2.1. INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce document comprend les recommandations que la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15.10.2018 relative à l'interruption de grossesse souhaite formuler dans le cadre de sa troisième mission (facultative). 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 parfois opposées, et toujours dans le souci d'une approche scientifique et fondée sur des arguments (évidence-based) ainsi que sur l'expertise de terrain des membres de la commission.

Les membres de la commission ont toujours réussi à s'écouter et à échanger leurs points de vue. Grâce aux backgrounds et expériences multiples de ses membres, la commission est heureuse de vous présenter une liste de 38 recommandations, adoptées à l'unanimité, résultat de cette expertise combinée.

En effet, comme dans la société, un consensus se dessine rapidement dans le monde des experts, qui sont professionnellement confrontés à l'interruption de grossesse (en tant que juristes, médecins ou personnel de santé en centres de planning), à partir de leur expertise spécifique.

Dans notre exigence de communiquer un rapport complet, et parce que nous soutenons fortement la liberté d'expression, la commission a décidé d'ajouter aux recommandations, dans son intégralité, une opinion minoritaire, même si celle-ci émane d'un seul de nos membres suppléants. Quand bien même cette vision n'est pas partagée par l'ensemble des autres membres, nous estimons qu'il ne nous incombe pas de décider de ne pas la publier. C'est pourquoi ce texte a été ajouté dans un chapitre séparé (pp.129-134)

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

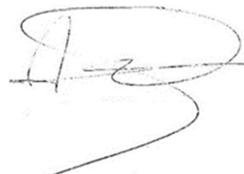
Il comprend également des références bibliographiques actualisées.

Enfin, nous tenons à remercier sincèrement chaque membre de la Commission pour son dévouement et son engagement en tant qu'expert, pour le respect mutuel et pour l'immense engagement de fond, même s'il s'agit d'un travail presque bénévole qui interfère avec les activités professionnelles.

Coprésidente du rôle francophone,  
Madame Sylvie Lausberg



Coprésident du rôle néerlandophone,  
Monsieur Mario Van Essche



## 6.2.2. RECOMMANDATIONS

### I. PRÉVENTION / FORMATION

1. Garantir l'accès égal et inconditionnel à une information correcte sur la contraception pour tous - quel que soit l'âge, en ce compris la contraception d'urgence, de longue durée et non hormonale - ainsi que sur son utilisation et sur les risques des relations non protégées et ce, par des campagnes régulières d'information, en plusieurs langues, émanant des autorités et à destination du grand public.
2. Prévoir des campagnes officielles et régulières d'information, en plusieurs langues, à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur les interruptions de grossesse, en utilisant plusieurs moyens de diffusion (presse, affichages, transports en commun, radio, télévision, internet, nouveaux médias, réseaux sociaux...).
3. Développer un site internet gouvernemental spécifique, décliné sur les réseaux sociaux et régulièrement actualisé, sur l'accès à l'interruption de grossesse et 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 interruption de grossesse...).

Dans ce contexte, le site web existant zanzu.be est une source d'information importante. Zanzu.be est un site web sur la santé et les droits sexuels et reproductifs en 14 langues (également utilisable par les analphabètes car les informations peuvent être utilisées sous forme orale). Il s'agit d'un site essentiel pour permettre aux personnes vulnérables d'accéder à des informations sur la contraception, les grossesses non désirées, les violences sexuelles, etc. Il est primordial d'informer les personnes vulnérables et le personnel les encadrant (CPAS, prestataires de soins,...) de l'existence de ce site. Le site est géré par Sensoa.

4. Promouvoir l'information et l'animation sur la vie sexuelle, affective et relationnelle à l'école, mais aussi via des sites internet et des outils pédagogiques de référence, régulièrement mis à jour (par exemple monplannifamilial.be, allesoverseks.be) afin de développer chez les jeunes un sens critique.
5. Sensibiliser les professionnels aux incidences de la grossesse sur les situations de violence intrafamiliale afin de garantir une prise en charge appropriée, notamment dans le cadre des entretiens psychologiques pré-IVG et post-IVG.

### II. CONTRACEPTION ET MÉTHODES CONTRACEPTIVES

La commission salue les avancées en matière de gratuité des moyens contraceptifs jusqu'à 25 ans, mais l'accès du public jeune à la contraception, y compris la contraception d'urgence peut encore être optimisé.

6. Étendre, d'une part, la délivrance de la pilule d'urgence dans les établissements scolaires via les centres psycho-médico-sociaux/centres d'accompagnement des élèves qui collaborent avec les services de promotion de la santé et, d'autre part, prévoir la distribution gratuite de préservatifs dans les écoles par la mise en place de distributeurs ou envisager d'autres possibilités via les pharmacies.
7. Autoriser la délivrance sans ordonnance de la pilule d'urgence par du personnel formé (infirmier, sage-femmes,...) ainsi que par les personnes formées à l'accueil dans les centres extrahospitaliers.

**8.** Octroyer la gratuité ou un meilleur remboursement par l'INAMI de tous les contraceptifs, y compris la contraception d'urgence sous toutes ses formes (pilule et DIU<sup>13</sup>) et la contraception de longue durée ainsi que des méthodes contraceptives à toutes les femmes en âge de procréer et quelle que soit l'affiliation à la mutuelle. Cela permettrait par ailleurs à l'INAMI de disposer alors de données plus complètes sur l'utilisation des contraceptifs.

**9.** Améliorer l'accès au dispositif intra-utérin (DIU) en tant que contraception d'urgence. A cette fin, il conviendrait d'identifier dans les centres-villes des lieux équipés pour installer immédiatement un DIU comme contraception d'urgence. Ces lieux doivent être connus des pharmaciens, des médecins généralistes, du personnel des centres extrahospitaliers et des prestataires de soins psychosociaux et paramédicaux.

### **III. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE ET HÔPITAUX**

**10.** Améliorer l'accueil et la prise en charge des interruptions de grossesse dans les institutions hospitalières et y prévoir un code de nomenclature INAMI spécifique pour les interruptions de grossesse.

**11.** Garantir et financer la présence d'une équipe pluridisciplinaire pour la prise en charge des interruptions de grossesse et notamment d'un(e) psychologue/assistant(e) social(e) afin de mener les entretiens psychologiques pré - IVG (et post-IVG si nécessaire).

### **IV. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE ET CENTRES EXTRA-HOSPITALIERS**

**12.** Offrir la possibilité d'une accréditation aux médecins généralistes qui pratiquent des interruptions de grossesse dans les centres extrahospitaliers.

### **V. ACCÈS À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

**13.** Garantir un accès égalitaire et abordable aux soins liés à l'interruption de grossesse pour toute femme enceinte résidant en Belgique, quel que soit l'établissement où se déroule la procédure ou le statut de la patiente, y compris les femmes non couvertes par la sécurité sociale.

**14.** Assurer l'accès à l'interruption de grossesse en tant que soins d'urgence lors des situations d'urgence épidémique ou d'autres formes de crise majeure.

**15.** Rappeler aux médecins et prestataires de soins que l'interruption de grossesse médicamenteuse à domicile est autorisée. Dans le même temps, maintenir la possibilité pour les femmes qui le souhaitent, de réaliser la deuxième phase de l'IVG médicamenteuse dans les centres extrahospitaliers/hôpitaux.

**16.** En cas de refus par un médecin de concourir à une interruption de grossesse, renvoyer la femme dès sa première visite vers un autre praticien, un autre centre extrahospitalier ou une autre structure hospitalière où elle pourra introduire une nouvelle demande, comme le prévoient la loi du 15.10.2018 relative à l'interruption de grossesse et la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22.04.2019.

---

<sup>13</sup> Le DIU ou dispositif intra-utérin est une contraception d'urgence très efficace mais en Belgique, contrairement à ce qui se pratique déjà dans certaines villes du Royaume-Uni, elle est peu accessible. La contraception orale d'urgence est efficace avant l'ovulation mais n'agit plus une fois que l'ovulation a eu lieu.

Le médecin qui refuse de concourir à l'interruption de grossesse transmet le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme. Les médecins doivent être sensibilisés au fait qu'il s'agit d'une obligation légale. L'efficacité de ces renvois doit être examinée.

**17.** Encourager des partenariats efficaces entre hôpitaux et centres extrahospitaliers pour améliorer l'accès à l'interruption de grossesse et à des soins de qualité.

## **VI. DÉLAI POUR UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE**

**18.** Etendre le délai de recours à l'interruption de grossesse pour permettre à chaque femme d'interrompre sa grossesse dans une structure belge et ce faisant, éviter d'exacerber les inégalités d'accès à l'interruption de grossesse par la possibilité ou non de se rendre à l'étranger.

**19.** Supprimer l'obligation du délai d'attente légal de 6 jours entre la première consultation et le jour de l'interruption de grossesse. Dans la pratique, un délai d'attente peut être convenu entre l'équipe médico-psychosociale et la femme si celle-ci le juge nécessaire. La commission souligne que cette suppression ne signifie nullement que les prestataires de soins sont incités à effectuer l'interruption de grossesse le même jour que la première consultation. Les professionnels du secteur sont encouragés, à des fins de qualité des soins, à conserver un temps, établi au cas par cas pour chaque femme enceinte, dédié à la prise de décision et à la préparation du dossier médical entre autres.

## **VII. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

**20.** Garantir aux femmes le choix de la méthode d'interruption de grossesse, en tenant compte des guidelines médicales et conformément à la loi sur les droits du patient du 22 août 2002.

**21.** Permettre l'interruption de grossesse chirurgicale sous sédation légère dans les centres extrahospitaliers et optimiser la prise en charge de la douleur pendant et après l'interruption de grossesse, quelle que soit la méthode utilisée.

**22.** Diligenter une étude sur la méthode utilisée pour pratiquer l'interruption de grossesse en regard de l'âge de la grossesse, du choix de la femme et des critères qui ont présidé à la décision finale.

**23.** Faciliter l'accès à la mifépristone et au misoprostol en simplifiant les procédures de distribution, d'enregistrement et de contrôle, ce qui nécessite de modifier l'arrêté royal du 07/05/2000 qui la réglemente et les conventions INAMI qui en découlent.

## **VIII. FORMATION À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

**24.** Organiser un module de formation à l'interruption de grossesse et à la contraception dans toutes les facultés de médecine et autres établissements d'enseignement supérieur formant des professionnel·les de la santé. La formation doit englober les aspects médicaux, juridiques, psychosociaux et éthiques des décisions liées à la santé reproductive.

**25.** Organiser l'information, la formation et la sensibilisation des travailleurs de première ligne, sur l'accès aux soins liés à l'interruption de grossesse pour les personnes précarisées.

**26.** Former le personnel soignant et d'accueil à la détection des différentes formes de violence et de contraintes faites aux femmes et les sensibiliser à l'importance de réaliser des entretiens individuels avec celles-ci. En outre, prévoir pendant le processus un moment où la femme est invitée, lors d'un entretien individuel, à confirmer son accord sur l'interruption de grossesse.

## **IX. INTERRUPTION DE GROSSESSE POUR RAISON MÉDICALE**

- 27.** Encourager la déclaration à la Commission de toutes les interruptions de grossesse réalisées pour raisons médicales.
- 28.** Dans la loi, préciser que la mise en péril grave de la « santé » de la femme enceinte inclut la santé mentale.
- 29.** Garantir l'administration d'acide folique, au moins deux mois avant la conception, pour prévenir les malformations fœtales.

## **X. CONFIDENTIALITE DE SOINS RELATIFS A L'AVORTEMENT.**

- 30.** Garantir la confidentialité des procédures d'interruption de grossesse et des soins connexes pour les patientes qui le souhaitent.
- 31.** Informer les femmes qu'elles peuvent décider au cas par cas quel professionnel de santé a accès à son dossier (dossier d'assurance maladie, dossier médical général numérisé, dossier hospitalier, dossier pharmaceutique) et quelles sont les informations à transmettre au médecin généraliste.
- 32.** Rendre les prescriptions de médicaments spécifiques ou les résultats d'analyses uniquement visibles et accessibles par le médecin prescripteur (par exemple, les résultats des tests sanguins HCG).

## **XI. ENREGISTREMENT, COLLECTE DE DONNÉES ET RÔLE DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

La commission rejoint les recommandations du rapport académique d'évaluation de la loi et de la pratique quant à son rôle et ses missions, c'est-à-dire:

- 33.** Élargir les missions de la Commission nationale d'évaluation de l'application de la loi relative à l'interruption de grossesse pour lui confier un rôle actif dans l'amélioration de la qualité des données collectées à des fins scientifiques et de prévention. Ces missions visent à contribuer à une meilleure compréhension du contexte social et sociétal dans lequel sont pratiquées les interruptions de grossesse et à améliorer l'assistance aux femmes.
- 34.** Mettre en place une plate-forme ou une organisation chargée d'observer et de formuler les bonnes pratiques et les directives professionnelles relatives à l'interruption de grossesse
- 35.** Sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance scientifique d'un enregistrement précis des interruptions de grossesse pratiquées, en particulier chez les prestataires d'interruptions de grossesse pour cause d'état fœtal/maternel grave.
- 36.** Évaluer, harmoniser et simplifier les différentes obligations d'enregistrement de données qui existent pour les professionnels de la santé dans le contexte de l'interruption de grossesse.
- 37.** Permettre aux prestataires de soins de compléter les documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse avec l'aide d'un logiciel sécurisé et standardisé, disponible dans tous les établissements de santé du pays.
- 38.** Prévoir la possibilité de faire réaliser des analyses scientifiques ou des études par des institutions spécialisées

### 6.2.3. MOT DE LA FIN

Tout d'abord, nous, les deux présidents de La Commission nationale d'évaluation de la loi du 15.10.2018 relative à l'interruption de grossesse souhaitons remercier chaleureusement les membres de la Commission, nommés depuis mars 2024, pour leur dévouement et leur professionnalisme, ce qui a permis la réalisation de ce rapport statistique 2022-2023 et la présentation aux parlementaires des recommandations qui l'accompagnent.

Grâce à l'expertise de ses membres, le rapport présenté ainsi que les recommandations qui y sont associées apportent un éclairage sur les enjeux sociétaux de ce domaine et de la législation.

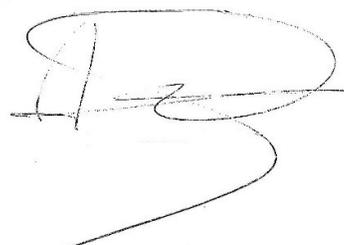
La commission, consciente également des limites imposées par la loi, suggère de pouvoir bénéficier de l'aide d'experts, tels que statisticiens, sociologues et épidémiologiste du SPF Santé publique et également d'avoir la possibilité de charger ce même SPF de réaliser des études et des missions sur des thématiques spécifiques, comme indiqué dans nos recommandations.

Coprésidente du rôle francophone,

Coprésident du rôle néerlandophone,

Madame Sylvie Lausberg

Monsieur Mario Van Essche



## 7. POSITION MINORITAIRE DU DR CHANTAL KORTMANN

**Bien que les autres membres ne partagent pas ce point de vue, la Commission donne la possibilité à chaque membre d'exprimer une opinion différente. Voici donc la position minoritaire du Dr Chantal Kortmann, membre suppléant de la Commission.**

**Les autres membres de la Commission ne soutiennent pas cette position minoritaire et marquent leur total désaccord avec certaines affirmations reprises dans ce texte.**

---

### **Situation inquiétante**

Les nouveaux chiffres sur l'avortement montrent une nette augmentation, non seulement en termes absolus, mais aussi par rapport au nombre de femmes fertiles, c'est-à-dire au taux d'avortement lui-même.

Selon notre rapport, le taux d'avortement dans notre pays passera de 5,84 en 1996 à près de 9 en 2023. Soit une augmentation de 50 %.

On voit les chiffres qui montrent qu'au moins 18 574 avortements ont été signalés à la Commission en 2022 et 19 686 avortements en 2023. Pour 2022, ce nombre est comparable aux années d'avant Covid (2018 et 2019), pour 2023, il a augmenté de manière significative, de 6% par rapport à 2022.

Les chiffres pour 2020 et 2021 semblent inférieurs, mais selon les experts de terrain de la commission, cela est dû au début massif des avortements à domicile, qui n'ont pas été enregistrés, et le chiffre réel pourrait même être plus élevé.

**L'expertise des membres de la commission montre également qu'il existe une nette sous-estimation du nombre d'avortements dans notre pays.**

Depuis la Covid, la part de l'avortement à domicile a pris de l'importance.

Avec l'avortement à domicile, l'avortement médicamenteux se fait à domicile et non au centre. En Flandre, selon Luna, ces avortements sont enregistrés. Dans les centres francophones, cette politique n'est pas homogène et certains centres n'enregistrent pas ces avortements à domicile car remplir le document d'évaluation par téléphone semble assez lourd et peu souhaitable.

Les avortements ont également lieu dans les cabinets privés

Selon d'autres experts de la commission, il est relativement courant que les femmes se tournent vers un cabinet privé pour un anonymat mieux garanti. Dans ces pratiques, les femmes paient leurs propres avortements et ces avortements ne sont pas enregistrés. Dans la partie francophone du pays, cette pratique serait courante.

Sous-déclaration du nombre d'avortements pour raison médicale

Il existe encore une grave sous-déclaration des avortements dits pour raison médicale. Il s'agit d'avortements pratiqués sur des enfants pour lesquels une anomalie ou un risque d'anomalie a été constatée. Ils peuvent en principe être pratiqués jusqu'au jour de la naissance et, dans un cas selon nos données, a déjà été pratiqué à l'âge de 36 semaines. Souvent, les hôpitaux ne considèrent pas ces avortements pour raisons médicales comme des avortements devant être signalés.

Nous pouvons faire des estimations et des extrapolations à partir des données des laboratoires qui fournissent des rapports anatomo-pathologiques ou des recherches génétiques sur l'enfant avorté.

On peut donc soupçonner qu'au moins 1 000 à 2 000 avortements ne sont pas signalés chaque année.

On constate qu'il existe parfois une discrimination à l'égard des femmes qui ont un gynécologue régulier et ont donc un accès beaucoup plus facile à un avortement, également pour des raisons médicales, même à un âge foetal plus avancé. Les femmes sans gynécologue régulier n'auraient pas ou moins cet accès.

Des estimations ont été faites par le passé sur le nombre réel d'avortements. Avant la conclusion de la convention avec l'INAMI prévoyant le remboursement des avortements pratiqués dans les centres, il existait un grand nombre de curetages remboursés. Après l'introduction de la convention, ce chiffre a considérablement diminué. L'estimation était à l'époque : 35 000 avortements. Ces chiffres n'ont jamais été rendus publics, mais ils sont disponibles et peuvent être demandés auprès de l'INAMI. Des recherches sur ces données pourraient confirmer cette estimation.

### **Taux de natalité : plus d'une grossesse sur six se termine par un avortement**

La hausse des taux d'avortement est compensée par la baisse des taux de natalité.

Avant 2022, il y avait 113 593 naissances dans notre pays. Le nombre d'avortements signalés à la Commission était de 18 574. Cela représente un total de 132 167 grossesses. La part des avortements dans ce chiffre est donc de : 14%

En 2023, il n'y a eu que 110 198 naissances, avec une croissance démographique annuelle due à l'effet de la migration et du regroupement familial. Le nombre d'avortements pour 2023 est de 19 686. Cela représente un total de 129 884 grossesses. La part des avortements dans ce chiffre est donc de : 15% Pour l'année 2024, environ 108 700 naissances ont été enregistrées pour l'instant, soit une nouvelle baisse.

Il convient de noter que la Commission ne connaît que le nombre d'avortements déclarés à l'aide du document d'enregistrement. Une analyse des rapports annuels des hôpitaux et des centres montre immédiatement que même certains centres qui nous font rapport pratiquent plus d'avortements qu'ils ne le déclarent.

Déjà, 1 grossesse sur 6 se termine par un avortement et cela pourrait également être 1 sur 5.

### Alarmant

À la lumière des discussions actuelles sur la payabilité des pensions, une politique familiale active est nécessaire de la part du gouvernement pour mieux soutenir financièrement et fiscalement la maternité. Le fait que les problèmes financiers contribuent encore à 15 % des avortements signifie qu'au moins 2 700 enfants ne naissent pas chaque année parce qu'il n'y a pas d'argent pour élever ces enfants.

Si l'on regarde le nombre de naissances en 2022 (110 583) et le taux de natalité par femme de 1,53, il nous manque environ 35 000 enfants par an pour maintenir notre population et ce chiffre continue d'augmenter.

L'analyse de la littérature montre que de nombreuses familles décident de ne pas avoir d'enfant supplémentaire pour des raisons financières. Il existe également un problème de planification de carrière, en particulier pour les femmes qui travaillent et traversent plusieurs périodes de grossesse. Il s'agit d'une forme de discrimination fondée sur le nombre d'enfants et qui rend difficile le libre choix du nombre d'enfants. Cependant, la baisse très rapide du taux de natalité prouve que le problème ne fera que s'aggraver si aucune politique active d'encouragement des familles n'est mise en œuvre.

Il y a l'insécurité de l'emploi et des exigences croissantes en matière de flexibilité.

Les célibataires sont de moins en moins solidaires des familles, se concentrant sur les ressources financières supplémentaires dont bénéficieraient les familles et non sur l'argent qu'il y a à dépenser par personne dans une telle famille.

Depuis plusieurs années, on assiste à une suppression progressive des aides financières aux familles, comme l'ajustement des allocations familiales, de sorte qu'une famille à partir de trois enfants reçoit déjà beaucoup moins qu'avant ce changement.

Il y a la suppression de la réduction pour les familles nombreuses par la SNCB à partir du 01/01/2025. Il y a la suppression du quotient conjugal, de sorte qu'il n'y a plus aucune compensation pour le dur labeur d'une mère ou d'un père qui s'occupe quotidiennement de l'éducation des enfants, sans avoir recours à des structures d'accueil subventionnées. Ce travail est totalement sous-évalué, puisqu'une mère ou un père au foyer ne peut pas non plus accumuler de droits à la pension et est donc condamné à la mendicité lorsque, après une vie de dur labeur au sein de la famille et une carrière partielle sur le marché du travail, l'homme ou la femme n'a pas assez d'années pour bénéficier d'une pension décente.

#### **Pratiques d'avortement chez les fœtus plus âgés et gestion de la douleur chez le fœtus.**

Les experts partent du principe que les enfants de moins de 25 semaines ne ressentent pas de douleur et qu'il n'est donc pas nécessaire de leur donner un soulagement pendant l'avortement. On pensait auparavant que les nouveau-nés ne ressentaient pas de douleur, mais cela a changé. Les considérations théoriques sur la construction des voies nerveuses qui devraient ou non fournir une perception de la douleur chez le fœtus ne sont pas nécessairement correctes, même s'il existe un « consensus » à ce sujet. Le problème est que si l'on suppose que les enfants ressentent de la douleur dès leur plus jeune âge, cela pourrait rendre l'avortement moins acceptable.

Selon un professeur de gynécologie de la commission, l'avortement d'un enfant de plus de 14 semaines se fait en attachant d'abord le cordon ombilical, ce qui signifie que l'enfant ne reçoit plus d'oxygène et s'étouffe.

À partir de 20 semaines, le bébé est d'abord endormi, puis le fœtus est tué.

Selon la littérature (Bridget Thill, MD, MS1, « Fetal Pain in the First Trimester »), les preuves neuroscientifiques actuelles indiquent la possibilité d'une perception de douleur fœtale au cours du premier trimestre (<14 semaines de gestation). Les preuves de cette conclusion sont basées sur les résultats suivants : (1) les voies neuronales de perception de la douleur via la sous-plaque corticale sont déjà présentes à 12 semaines de gestation, et via le thalamus dès 7 à 8 semaines de gestation ; (2) le cortex n'est pas nécessaire pour ressentir de la douleur ; (3) la conscience est médiée par des structures sous-corticales, telles que le thalamus et le tronc cérébral, qui commencent à se développer au cours du premier trimestre ; (4) les substances neurochimiques in utero ne provoquent pas d'inconscience fœtale et (5) l'utilisation de l'analgésie fœtale supprime les réponses hormonales, physiologiques et comportementales à la douleur, évitant ainsi le risque de séquelles à court et à long terme.

À mesure que les preuves médicales ont évolué vers une reconnaissance de la perception de la douleur fœtale avant la viabilité, le débat sur la douleur fœtale a progressivement évolué, passant de la contestation de l'existence de la douleur fœtale à un débat sur la signification de la douleur fœtale. La présence de douleurs fœtales crée des tensions dans la pratique de la médecine concernant le bien-être et le fait de ne pas infliger de douleurs inutiles.

Dans les pratiques de chirurgie intra-utérine, les résultats sont également meilleurs lorsque le fœtus reçoit un traitement adéquat contre la douleur.

### **Rendre l'avortement plus accessible plutôt que de proposer un bébé en adoption**

Très peu d'attention est accordée aux options d'adoption dans notre pays. Il n'existe qu'un seul service d'adoption reconnu (La Maison de l'Adoption, reconnue par Kind en Gezin) pour la Flandre ; en Wallonie et à Bruxelles, c'est via l'ONE.

L'accompagnement par ces services des femmes enceintes sans l'avoir voulu est professionnel et signifie que de nombreuses femmes choisissent finalement d'élever elles-mêmes leurs enfants.

Faire connaître plus largement ces initiatives auprès du gouvernement et dans les médias pourrait réduire le nombre d'avortements et augmenter le nombre d'enfants pouvant naître dans notre pays.

### **RECOMMANDATIONS**

#### **Il est alarmant de constater que plus d'une grossesse sur six se termine par un avortement et que le taux d'avortement a augmenté de 50 %.**

Il faut accorder davantage d'attention à ce problème et transformer le climat fortement décourageant pour les familles en un climat favorable à la famille.

Les enfants d'aujourd'hui sont les adultes de demain, ce sont eux qui feront fonctionner notre société. Il n'est pas responsable de laisser de moins en moins de jeunes porter des fardeaux de plus en plus lourds, car nous n'avons pas mené une politique permettant à davantage d'enfants de naître. Aujourd'hui, nous ne faisons que mener une politique visant à faire naître de moins en moins d'enfants grâce à la stérilisation, la contraception et l'avortement.

#### **Il doit y avoir une politique d'encouragement de la famille**

Dans un certain nombre de pays, il existe des mesures favorables à la famille et qui rendent plus attractive le fait d'avoir une famille nombreuse. Par exemple, en France, dans certains secteurs, on peut prendre sa retraite un an plus tôt pour chaque enfant élevé.

Dans les pays scandinaves, vous pouvez bénéficier d'un an de congé payé par enfant.

#### **Il est inhumain de laisser un enfant mourir d'une mort douloureuse**

Un soulagement de la douleur doit être apporté, car il est plus humain de supposer que l'enfant ressent de la douleur dès son plus jeune âge (< 14 semaines) et d'en tenir compte.

#### **Les conseils sur l'abandon en vue d'une adoption doivent être mieux connus**

Très peu d'attention est accordée aux options d'adoption dans notre pays. Il n'existe qu'un seul service d'adoption reconnu (La Maison de l'Adoption, reconnue par Kind en Gezin) pour la Flandre ; en Wallonie et à Bruxelles, c'est via l'ONE.

### **Réaliser une étude sur les chiffres du RIZIV-INAMI**

Avant la conclusion d'une convention avec l'INAMI par les centres, l'hypothèse était que 35 000 avortements seraient remboursés par « curetage ». Il faudrait étudier cette question pour avoir une idée plus précise du nombre réel d'avortements pratiqués dans notre pays.

### **Littérature**

#### 1. Gegevens Statbel:

<https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/loop-van-de-bevolking/geboorten#:~:text=Vandaag%20publiceert%20Statbel%20de%20voorlopige,in%20het%20Brussels%20Hoofdstedelijk%20Gewest.>

« En 2024, à ce jour, environ 108.700 naissances ont été enregistrées en Belgique. Environ 5.200 naissances de moins que la moyenne de la période 2020-2023, soit une baisse de 4,6%. Cette baisse s'observe dans toutes les régions : d'une forte baisse en Région wallonne (-6,6%) et en Région de Bruxelles-Capitale (-7,7%) à une diminution modérée en Région flamande (-2,6%). Cela ressort clairement d'un premier aperçu provisoire du nombre de naissances en 2024 de Statbel, l'agence belge des statistiques.»

#### 2. Gegevens Statbel

[https://www.google.com/search?q=geboortecijfer+belgie&rlz=1C1GCEA\\_enBE992BE992&oq=gebnoortecijfer&gs\\_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgCEAAyDRiABDiGCAAQRRg5Mg8IARAAGA0YgwEYsQMYgAQyCQgCEAAyDRiABDiJCAMQABgNGIAEMgkIBBAAGA0YgAQyCQgFEAAyDRiABDiJCAYQABgNGIAEMgkIBxAAGA0YgAQyCQgIEAAyDRiABDiJCAkQABgNGIAE0gEINTc2NWowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=geboortecijfer+belgie&rlz=1C1GCEA_enBE992BE992&oq=gebnoortecijfer&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUqCQgCEAAyDRiABDiGCAAQRRg5Mg8IARAAGA0YgwEYsQMYgAQyCQgCEAAyDRiABDiJCAMQABgNGIAEMgkIBBAAGA0YgAQyCQgFEAAyDRiABDiJCAYQABgNGIAEMgkIBxAAGA0YgAQyCQgIEAAyDRiABDiJCAkQABgNGIAE0gEINTc2NWowajeoAgCwAgA&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

« Avec 113.593 naissances en 2022 et 110.198 naissances en 2023, la tendance à la baisse du nombre de naissances en Belgique se poursuit avec une baisse de 3 %. Depuis le pic de 2010 et à l'exception d'un rebond en 2021 - rattrapage partiel des naissances reportées en raison de la crise sanitaire - le nombre de naissances continue de baisser sous le creux de 2002. (11 484 naissances) et atteint son niveau le plus bas depuis 1942. »

#### 3. Samirah H.M. Mohamed; Nadja Reissland; Kanwaljeet J.S. Anand, “An Evidence-Based Discussion of Fetal Pain and Stress”, *Neonatology* (2024) 121 (6): 667–673.

**Résumé :** Nous examinons ici la notion selon laquelle les fœtus humains ne peuvent pas « ressentir » la douleur et les implications potentielles de cette affirmation. Nous soulignons les principales preuves scientifiques relatives à la douleur fœtale, y compris les études cliniques sur la douleur chez les fœtus et les nouveau-nés prématurés. Nous soutenons que les modèles cohérents d'hormones de stress, les changements métaboliques, les mouvements corporels, les changements hémodynamiques et les expressions faciales liées à la douleur chez les fœtus exposés à des procédures invasives dépassent la nécessité d'une preuve subjective de la douleur telle qu'elle est formulée dans la définition de l'IASP.

Aucune étude à ce jour n'a prouvé de manière concluante l'absence de douleur fœtale au-delà de l'âge de viabilité.»

**Messages clés** : Sur la base des preuves actuelles, nous proposons que tous les fœtus soient anesthésiés indépendamment des procédures invasives pratiquées afin de garantir le minimum de douleur et de réponses physiologiques, comportementales ou hormonales sans exposer la mère ou son bébé à des complications inutiles.

4. Bridget Thill, MD, MS1, “Fetal Pain in the First Trimester”, The Linacre Quarterly 2022, Vol. 89(1) 73–100

« La perception de la douleur fœtale a des implications importantes pour la chirurgie fœtale et pour l'avortement. Les données neuroscientifiques actuelles indiquent la possibilité d'une perception de la douleur fœtale au cours du premier trimestre (<14 semaines de gestation). Cette conclusion s'appuie sur les constatations suivantes : (1) les voies neurales de la perception de la douleur via la sous-plaque corticale sont présentes dès la 12e semaine de gestation, et via le thalamus dès la 7e ou la 8e semaine de gestation ; (2) le cortex n'est pas nécessaire pour que la douleur soit ressentie ; (3) la conscience est médiée par des structures sous-corticales, telles que le thalamus et le tronc cérébral, qui commencent à se développer au cours du premier trimestre ; (4) les substances neurochimiques, telles que les protéines, sont présentes dans le cerveau du fœtus ; (5) le cerveau du fœtus n'est pas nécessaire pour que la douleur soit ressentie (4) les substances neurochimiques in utero ne provoquent pas l'inconscience du fœtus ; et (5) l'utilisation de l'analgésie fœtale supprime les réponses hormonales, physiologiques et comportementales à la douleur, évitant ainsi le risque de séquelles à court et à long terme. Au fur et à mesure que les preuves médicales ont évolué vers la reconnaissance de la perception de la douleur fœtale avant la viabilité, le débat sur la douleur fœtale a progressivement évolué, passant de la contestation de l'existence de la douleur fœtale à un débat sur l'importance de la douleur fœtale. La présence de la douleur fœtale crée une tension dans la pratique de la médecine en ce qui concerne la bienfaisance et la non-malfaisance »

**Websites:**

<https://adoptiehuis.be/>

<https://www.one.be/public/1-3-ans/adoption/le-service-one-adoption/>

[https://www.researchgate.net/figure/Reasons-for-not-having-had-as-many-children-as-desired-at-age-20-in-percent-People\\_fig7\\_26506627](https://www.researchgate.net/figure/Reasons-for-not-having-had-as-many-children-as-desired-at-age-20-in-percent-People_fig7_26506627)

## 8. ANNEXES SUPPLÉMENTAIRES AUX TABULATIONS CROISÉES

### 8.1. RAISONS ÉVOQUÉES

#### 8.1.1. RAISONS ÉVOQUÉES ET ÉTAT CIVIL

NOMBRE (%)						
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE	
RAISONS	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Personnelles	8.671 (54,6)	9.778 (57)	3.033 (65,2)	3.302 (69,1)	524 (48,7)	466 (52,3)
Familiales ou relationnelles	3.304 (20,8)	3.379 (19,7)	342 (7,4)	343 (7,2)	355 (23,3)	284 (31,9)
Financières ou matérielles	2.497 (15,7)	2.539 (14,8)	348 (7,5)	311 (6,5)	68 (6,3)	51 (5,7)
Contraintes ou violence	184 (1,2)	206 (1,2)	29 (0,6)	28 (0,6)	13 (1,2)	14 (1,6)
Idéologiques ou philosophiques	78 (0,5)	69 (0,4)	6 (0,1)	4 (0,1)	9 (0,8)	8 (0,9)
Santé	495 (3,1)	614 (3,6)	684 (14,7)	630 (13,2)	43 (4)	32 (3,6)
Situation administrative Précaire	120 (0,8)	139 (0,8)	38 (0,8)	30 (0,6)	15 (1,4)	5 (0,6)
Autre (*)	546 (3,4)	423 (2,5)	171 (3,7)	133 (2,8)	48 (4,5)	31 (3,5)
<b>TOTAL</b>	<b>15.895</b> <b>(100 %)</b>	<b>17.147</b> <b>(100 %)</b>	<b>4.651</b> <b>(100 %)</b>	<b>4.781</b> <b>(100 %)</b>	<b>1.075</b> <b>(100 %)</b>	<b>891</b> <b>(100 %)</b>

NOMBRE (%)				
ÉTAT CIVIL	VEUVE		COHABITANTE LÉGALE	
RAISONS	2022	2023	2022	2023
Personnelles	21 (48,8)	32 (58,2)	2.215 (63,6)	3.309 (63,7)
Familiales / relationnelles	10 (23,3)	15 (27,3)	348 (10)	331 (9,1)
Financières / matérielles	3 (7)	2 (3,6)	432 (12,4)	410 (11,3)
Contraintes / violence		2 (3,6)	7 (0,2)	14 (0,4)
Idéologiques / philosophiques			5 (0,1)	11 (0,3)
Santé	3 (7)	1 (1,8)	399 (11,4)	484 (13,4)
Situation administrative précaire	2 (4,7)	3 (5,5)	12 (0,3)	3 (0,1)
Autre (*)	4 (9,3)		67 (1,7)	61 (1,7)
<b>TOTAL</b>	<b>43</b> <b>(100)</b>	<b>55</b> <b>(100)</b>	<b>3.485</b> <b>(100)</b>	<b>3.623</b> <b>(100)</b>

(\*) Les autres raisons évoquées sont reprises au point 3.3.1.1., p. 78.

## 8.1.2. RAISONS ÉVOQUÉES ET NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

ENFANT(S)	0		1	
	2022	2023	2022	2023
RAISONS				
Personnelles	6.510 (54,6)	7.397 (57,6)	2.596 (50,9)	2.841 (52,8)
Familiales / relationnelles	2.189 (18,4)	2.198 (17,1)	1.066 (20,9)	1.106 (20,5)
Financières / matérielles	2.073 (17,4)	2.105 (16,4)	602 (11,8)	593 (11)
Contraintes / violence	119 (1)	130 (1)	59 (1,2)	58 (1,1)
Idéologiques / philosophiques	78 (0,7)	76 (0,6)	10 (0,2)	7 (0,1)
Santé	520 (4,4)	590 (4,6)	514 (10,1)	581 (10,8)
Situation administrative précaire	75 (0,6)	66 (0,5)	51 (1)	55 (1)
Autre (*)	365 (3,1)	277 (2,2)	204 (4)	144 (2,7)
<b>TOTAL</b>	<b>11.929</b> <b>(100)</b>	<b>12.839</b> <b>(100)</b>	<b>5.102</b> <b>(100)</b>	<b>5.385</b> <b>(100)</b>

ENFANT(S)	2		3	
	2022	2023	2022	2023
RAISONS				
Personnelles	3.161 (64,6)	3.287 (66,4)	1.355 (67,8)	1.506 (70,1)
Familiales / relationnelles	733 (15)	679 (13,7)	257 (12,9)	249 (11,6)
Financières / matérielles	425 (8,7)	413 (8,3)	150 (7,5)	140 (6,5)
Contraintes / violence	28 (0,6)	50 (1)	17 (0,9)	16 (0,7)
Idéologiques / philosophiques	6 (0,1)	8 (0,2)	1 (0,1)	
Santé	344 (7)	351 (7,1)	132 (6,6)	155 (7,2)
Situation administrative précaire	35 (0,7)	37 (0,7)	15 (0,8)	16 (0,7)
Autre (*)	162 (3,3)	129 (2,6)	73 (3,7)	65 (3)
<b>TOTAL</b>	<b>4.894</b> <b>(100)</b>	<b>4.954</b> <b>(100)</b>	<b>2.000</b> <b>(100)</b>	<b>2.147</b> <b>(100)</b>

ENFANT(S)	4		5		Plus de 5	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
RAISONS						
Personnelles	186 (67,9)	561 (74,5)	554 (68,8)	205 (69,3%)	102 (70,3)	90 (73,9)
Familiales / relationnelles	27 (9,9)	64 (8,5%)	79 (9,8)	40 (13,5%)	8 (5,5)	16 (13)
Financières / matérielles	20 (7,3)	46 (6,1%)	66 (8,2)	12 (4,1%)	12 (8,3)	4 (3,3)
Contraintes / violence	2 (0,7)	6 (0,8%)	7 (0,9)	1 (0,3%)	1 (0,7)	3 (2,4)
Idéologiques / philosophiques			3 (0,4)	1 (0,3%)		
Santé	30 (10,9)	52 (6,9%)	68 (8,4)	25 (8,4%)	16 (11)	7 (5,7)
Situation administrative précaire	2 (0,7)	4 (0,5%)	8 (1)	1 (0,3%)	1 (0,7)	1 (0,8)
Autre (*)	7 (2,6)	20 (2,7%)	20 (2,5)	11 (3,7%)	5 (3,4)	2 (1,6)
<b>TOTAL</b>	<b>274</b> <b>(100)</b>	<b>753</b> <b>(100)</b>	<b>805</b> <b>(100)</b>	<b>296</b> <b>(100)</b>	<b>145</b> <b>(100)</b>	<b>124</b> <b>(100)</b>

(\*) Les autres raisons évoquées sont reprises au point 3.3.1.1., p. 78.

### 8.1.3. RAISONS ÉVOQUÉES ET NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

► Nombre d'enfant(s) « du ménage » doit être compris comme « dont la femme prend soin »

ENFANT(S)	0		1	
	2022	2023	2022	2023
Personnelles	6.665 (54,4)	7.552 (57)	2.413 (50,2)	2.652 (53,1)
Familiales / relationnelles	2.264 (18,5)	2.334 (17,6)	1.003 (20,9)	1.004 (20,1)
Financières / matérielles	2.108 (17,2)	2.143 (16,2)	585 (12,2)	550 (11)
Contraintes / violence	119 (1)	139 (1)	56 (1,2)	53 (1,1)
Idéologiques / philosophiques	80 (0,7)	76 (0,6)	8 (0,2)	6 (0,1)
Santé	558 (4,6)	624 (4,7)	481 (10)	551 (11)
Situation administrative précaire	86 (0,7%)	94 (0,7)	52 (1,1)	43 (0,9)
Autre (*)	364 (3)	279 (2,1)	204 (4,2)	139 (2,8)
<b>TOTAL</b>	<b>12.444 (100)</b>	<b>13.241 (100)</b>	<b>4.802 (100)</b>	<b>4.998 (100)</b>

ENFANT(S)	2		3	
	2022	2023	2022	2023
Personnelles	3.020 (64,7)	3.181 (66,8)	1.399 (67,6)	1.509 (69,8)
Familiales / relationnelles	697 (14,9)	629 (13,2)	267 (12,9)	254 (11,8)
Financières / matérielles	390 (8,4)	402 (8,4)	159 (7,7)	139 (6,4)
Contraintes / violence	32 (0,7)	46 (1)	17 (0,8)	17 (0,8)
Idéologiques / philosophiques	4 (0,1)	8 (0,2)	3 (0,1)	2 (0,1)
Santé	335 (7,2)	342 (7,2)	135 (6,5)	163 (7,5)
Situation admin. précaire	31 (0,7)	30 (0,6)	14 (0,7)	9 (0,4)
Autre (*)	156 (3,3)	127 (2,7)	77 (3,7)	68 (3,1)
<b>TOTAL</b>	<b>4.665 (100)</b>	<b>4.765 (100)</b>	<b>2.071 (100)</b>	<b>2.161 (100)</b>

ENFANT(S)	4		5		Plus de 5	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Personnelles	222 (68,5)	627 (75,2)	619 (71,1)	236 (73,1)	126 (72,8)	130 (74,3)
Familiales / relationnelles	38 (11,7)	74 (8,9)	81 (9,3)	32 (9,9)	9 (5,2)	25 (14,3)
Financières / matérielles	22 (6,8)	57 (6,8)	66 (7,6)	17 (5,3)	18 (10,4)	5 (2,9)
Contraintes / violence	2 (0,6)	4 (0,5)	7 (0,8)	1 (0,3)		4 (2,3)
Idéologiques / philosophiques			3 (0,3)			
Santé	32 (9,9)	49 (5,9)	69 (7,9)	25 (7,7)	14 (8,1)	7 (4)
Situation admin. précaire	1 (0,3)	3 (0,4)	3 (0,3)			1 (,6)
Autre (*)	7 (2,2)	20 (2,4)	22 (2,5)	12 (3,7)	6 (3,5)	3 (1,7)
<b>TOTAL</b>	<b>324 (100)</b>	<b>834 (100)</b>	<b>870 (100)</b>	<b>323 (100)</b>	<b>173 (100)</b>	<b>175 (100)</b>

(\*) Les autres raisons évoquées sont reprises au point 3.3.1.1., p. 78.

## 8.2. CONTRACEPTION

### 8.2.1. PAS DE CONTRACEPTION ET ÉTAT CIVIL

NOMBRE (%)						
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE	
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Grossesse non souhaitée	4.995 (92,8)	5.147 (92,3)	1.445 (80,2)	1.484 (82,5)	355 (92)	298 (91,7)
Grossesse souhaitée	259 (4,8)	261 (4,7)	292 (16,2)	255 (14,2)	19 (4,9)	14 (4,3)
Stérilité supposée	95 (1,8)	108 (1,9)	52 (2,9)	45 (2,5)	9 (2,3)	8 (2,5)
Partenaire refuse la contraception	16 (0,3)	30 (0,5)	3 (0,2)	3 (0,2)	2 (0,5)	1 (0,3)
Autre (**)	15 (0,3)	28 (0,5)	9 (0,5)	11 (0,6)		4 (1,2)
<b>TOTAL</b>	<b>5.380 (100)</b>	<b>5.574 (100)</b>	<b>1.801 (100)</b>	<b>1.798 (100)</b>	<b>385 (100)</b>	<b>325 (100)</b>

PAS DE CONTRACEPTION (*) ET	VEUVE		COHABITANTE LÉGALE	
	2022	2023	2022	2023
Grossesse non souhaitée	14 (87,5)	24 (100)	866 (80,1)	888 (79,2)
Grossesse souhaitée	2 (12,5)		166 (15,4)	177 (15,8)
Stérilité supposée			44 (4,1)	46 (4,1)
Partenaire refuse la contraception			2 (0,2)	3 (0,3)
Autre (**)			3 (0,3)	7 (0,6)
<b>TOTAL</b>	<b>16 (100)</b>	<b>24 (100)</b>	<b>1.081 (100)</b>	<b>1.121 (100)</b>

(\*) Pas de contraception pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la non utilisation de la contraception sont reprises au point 3.3.1.4., p. 81.

## 8.2.2. CONTRACEPTION(S) UTILISÉES ET ÉTAT CIVIL

MÉTHODE	NOMBRE (%)								COHABITANTE	
	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		LÉGALE	
Contraception (*)	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coût interrompu	346 (5,2)	432 (5,8)	148 (7,3)	197 (8,6)	39 (9,6)	24 (6,4)			84 (4,7)	105 (5,5)
Abstinence périodique	687 (10,4)	779 (10,4)	316 (15,5)	324 (14,2)	75 (18,5)	55 (14,7)	1 (5,6)	2 (10,5)	232 (13,1)	257 (13,5)
Spermicides	5 (0,1)	2 (0,01)	2 (0,1)	6 (0,3)					3 (0,2)	
Diaphragme	20 (0,3)	19 (0,3)	5 (0,2)	3 (0,1)	1 (0,2)				4 (0,2)	4 (0,2)
Préservatif	1.851 (27,9)	2.199 (29,5)	597 (29,3)	665 (29,2)	81 (20)	108 (28,8)	8 (44,4)	4 (21,1)	490 (27,7)	582 (30,6)
Pilule	2.439 (36,8)	2.475 (33,2)	615 (30,2)	634 (27,8)	125 (30,9)	102 (27,2)	7 (38,9)	8 (42,1)	645 (36,5)	574 (30)
Injection contraceptive	48 (0,7)	56 (0,8)	12 (0,6)	10 (0,4)	3 (0,7)	4 (1,1)			14 (0,8)	6 (0,3)
Stérilet au cuivre	128 (1,9)	119 (1,6)	46 (2,3)	55 (2,4)	5 (1,2)	2 (0,5)		1 (5,3)	34 (1,9)	29 (1,5)
Stérilet hormonal	26 (0,4)	40 (0,5)	16 (0,8)	25 (1,1)	4 (1)	1 (0,3)			10 (0,6)	13 (0,7)
Stérilisation homme	15 (0,2)	11 (,1)	23 (1,1)	23 (1)	2 (0,5)				11 (0,6)	19 (1)
Stérilisation femme	2 (0,1)	4 (0,1)	7 (0,3)	4 (0,2)	1 (0,2)				1 (0,1)	1 (0,1)
Pilule d'urgence	499 (7,5)	569 (7,6)	73 (3,6)	110 (4,8)	43 (10,6)	43 (11,5)	2 (11,1)	1 (5,3)	66 (3,7)	67 (3,5)
Implant	21 (0,3)	23 (0,3)	6 (0,3)	4 (0,2)	2 (0,5)	1 (0,3)			2 (0,1)	3 (0,2)
Patch	78 (1,2)	123 (1,6)	32 (1,6)	40 (1,8)	5 (1,2)	5 (1,3)		1 (5,3)	19 (1,1)	31 (1,6)
Anneau vaginal	147 (2,2)	179 (2,4)	33 (1,6)	46 (2)	3 (0,7)	10 (2,7)			36 (2)	48 (2,5)
Méthode N.F.P.	121 (1,8)	131 (1,8)	38 (1,9)	34 (1,5)	5 (1,2)	5 (1,3)			45 (2,5)	54 (2,8)
Application électronique ou digitale	180 (2,7)	259 (3,5)	53 (2,6)	77 (3,4)	6 (1,5)	15 (4)		1 (5,3)	56 (3,2)	87 (4,6)
Autre (**)	10 (0,2)	4 (0,5)	15 (0,7)	23 (1)	5 (1,2)			1 (5,3)	17 (1)	21 (1,1)
<b>TOTAL</b>	<b>6.623</b> <b>(100)</b>	<b>7.460</b> <b>(100)</b>	<b>2.037</b> <b>(100)</b>	<b>2.280</b> <b>(100)</b>	<b>405</b> <b>(100)</b>	<b>375</b> <b>(100)</b>	<b>18</b> <b>(100)</b>	<b>19</b> <b>(100)</b>	<b>1.769</b> <b>(100)</b>	<b>1.901</b> <b>(100)</b>

(\*) Contraception utilisée pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont reprises au point 3.3.1.5., p. 82.

### 8.2.3. PAS DE CONTRACEPTION ET NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

NOMBRE (%)						
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET						
Grossesse non souhaitée	3.500 (89,5)	3.551 (89,4)	1.556 (82,6)	1.619 (82,8)	1.508 (90)	1.539 (90,3)
Grossesse souhaitée	304 (7,8)	296 (7,5)	273 (14,5)	274 (14,)	103 (6,1)	97 (5,7)
Stérilité supposée	88 (2,2)	91 (2,3)	40 (2,1)	48 (2,5)	56 (3,3)	48 (2,8)
Partenaire refuse la contraception	9 (0,2)	19 (0,5)	9 (0,5)	6 (0,3)	2 (0,1)	5 (0,3)
Autre (**)	11 (0,3)	16 (0,4)	6 (0,3)	8 (0,4)	7 (0,4)	16 (0,9)
<b>TOTAL</b>	<b>3.912</b> <b>(100)</b>	<b>3.973</b> <b>(100)</b>	<b>1.884</b> <b>(100)</b>	<b>1.955</b> <b>(100)</b>	<b>1.676</b> <b>(100)</b>	<b>1.705</b> <b>(100)</b>

NOMBRE (%)				
NOMBRE D'ENFANT(S)	3		4	
	2022	2023	2022	2023
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET				
Grossesse non souhaitée	674 (93,)	694 (92,8)	277 (95,8)	277 (95,2)
Grossesse souhaitée	36 (5)	28 (3,7)	8 (2,8)	8 (2,7)
Stérilité supposée	14 (1,9)	16 (2,1)	2 (0,7)	3 (1)
Partenaire refuse la contraception	1 (0,1)	4 (0,5)	1 (0,3)	1 (0,3)
Autre (**)		6 (0,8)	1 (0,3)	2 (0,7)
<b>TOTAL</b>	<b>725</b> <b>(100)</b>	<b>748</b> <b>(100)</b>	<b>289</b> <b>(100)</b>	<b>291</b> <b>(100)</b>

NOMBRE (%)				
NOMBRE D'ENFANT(S)	5		Plus de 5	
	2022	2023	2022	2023
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET				
Grossesse non souhaitée	95 (88,8)	107 (95,5)	65 (91,5)	54 (93,1)
Grossesse souhaitée	9 (8,4)	1 (0,9)	5 (7)	3 (5,2)
Stérilité supposée		1 (0,9)		
Partenaire refuse la contraception	1 (0,9)	1 (0,9)		1 (1,7)
Autre (**)	2 (1,9)	2 (1,8)	1 (1,4)	
<b>TOTAL</b>	<b>178</b> <b>(100)</b>	<b>112</b> <b>(100)</b>	<b>71</b> <b>(100)</b>	<b>58</b> <b>(100)</b>

(\*) Pas de contraception pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la non utilisation de la contraception sont reprises au point 3.3.1.4., p. 81..

## 8.2.4. CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S) ET NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

NOMBRE D'ENFANT(S) CONTRACEPTION (*) UTILISÉE	NOMBRE (%)							
	0		1		2		3	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu	279 (5,4)	330 (5,6%)	113 (5,5)	145 (6,5)	143 (6,4)	162 (6,8)	45 (5)	76 (7,6)
Abstinence périodique	568 (11,1)	657 (11,1)	240 (11,7)	269 (12)	298 (13,3)	313 (13,2)	133 (14,8)	125 (12,4)
Spermicides	3 (0,1)	3 (0,1)	4 (0,2)	3 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,2)	1 (0,1)
Diaphragme	11 (0,2)	15 (0,3)	7 (0,3)	3 (0,1)	9 (0,4)	6 (0,3)	3 (0,3)	1 (0,1)
Préservatif	1.630 (31,7)	1.968 (33,4)	468 (22,8)	584 (26,1)	619 (27,6)	665 (28)	204 (22,6)	238 (23,7)
Pilule	1.661 (32,3)	1.719 (29,1)	854 (41,6)	778 (34,8)	771 (34,4)	734 (30,9)	329 (36,5)	350 (34,8)
Injection contraceptive	19 (0,4)	22 (0,4)	14 (0,7)	17 (0,8)	22 (1)	15 (0,6)	14 (1,6)	15 (1,5)
Stérilet au cuivre	113 (2,2)	103 (1,7)	36 (1,8)	30 (1,3)	39 (1,7)	37 (1,6)	16 (1,8)	21 (2,1)
Stérilet hormonal	19 (0,4)	30 (0,5)	8 (0,4)	14 (0,6)	15 (0,7)	18 (0,8)	10 (1,1)	12 (1,2)
Stérilisation homme	8 (0,2)	10 (0,2)	8 (0,4)	5 (0,2)	23 (1)	30 (1,3)	10 (1,1)	7 (0,7)
Stérilisation femme	1 (0,1)	4 (0,1)	1 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,3)	2 (0,2)
Pilule d'urgence	369 (7,2)	417 (7,1)	138 (6,7)	154 (6,9)	102 (4,6)	124 (5,2)	56 (6,2)	64 (6,4)
Implant	8 (0,2)	17 (0,3)	7 (0,3)	3 (0,1)	10 (0,4)	6 (0,3)	2 (0,2)	3 (0,3)
Patch	38 (7)	69 (1,2)	27 (1,3)	44 (2)	31 (1,4)	44 (1,9)	21 (2,3)	21 (2,1)
Anneau vaginal	113 (2,2)	134 (2,3)	45 (2,2)	56 (2,5)	39 (1,7)	62 (2,6)	15 (1,7)	25 (2,5)
Méthode N.F.P.	114 (2,2)	129 (2,2)	34 (1,7)	36 (1,6)	41 (1,8)	42 (1,8)	15 (1,7)	12 (1,2)
Application électronique digitale	172 (3,3)	239 (4,1)	37 (1,8)	78 (3,5)	59 (2,6)	90 (3,8)	15 (1,7)	24 (2,4)
Autre (**)	10 (0,2)	33 (0,6)	13 (0,6)	16 (0,7)	14 (0,6)	24 (1)	8 (0,9)	9 (0,9)
<b>TOTAL</b>	<b>5.136 (100)</b>	<b>5.899 (100)</b>	<b>2.054 (100)</b>	<b>2.236 (100)</b>	<b>2.239 (100)</b>	<b>2.374 (100)</b>	<b>901 (100)</b>	<b>1.006 (100)</b>

(\*) Contraception utilisée pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont reprises au point 3.3.1.5., p. 82.

NOMBRE (%)						
NOMBRE D'ENFANTS UTILISÉE (*)	4		5		Plus de 5	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu	25 (6,9)	35 (10,3)	12 (9,9)	8 (5,9)		2 (4,5)
Abstinence périodique	51 (14)	37 (10,9)	14 (11,6)	12 (8,8)	7 (18,4)	4 (9,1)
Spermicides						
Diaphragme				1 (0,7)		
Préservatif	72 (19,8)	74 (21,8)	27 (22,3)	25 (18,4)	7 (18,4)	4 (9,1)
Pilule	147 (40,5)	134 (39,4)	50 (41,3)	55 (40,4)	19 (50)	23 (52,3)
Injection contraceptive	6 (1,7)	4 (1,2)		2 (1,5)	2 (5,3)	1 (2,3)
Stérilet au cuivre	8 (2,2)	12 (3,5)	1 (0,8)	1 (0,7)		2 (4,5)
Stérilet hormonal	3 (0,8)	2 (0,6)	1 (0,8)	2 (1,5)		1 (2,3)
Stérilisation homme	1 (0,3)	1 (0,3)	1 (0,8)			
Stérilisation femme	1 (0,3)	1 (0,3)	2 (1,7)			
Pilule d'urgence	13 (3,6)	16 (4,7)	4 (3,3)	12 (8,8)	1 (2,6)	3 (6,8)
Implant	3 (0,8)	2 (0,6)			1 (2,6)	
Patch	12 (3,3)	11 (3,2)	4 (3,3)	8 (5,9)	1 (2,6)	3 (6,8)
Anneau vaginal	7 (1,9)	4 (1,2)		2 (1,5)		
Méthode N.F.P.	4 (1,1)	2 (0,6)	1 (0,8)	3 (2,2)		
Application électronique digitale	9 (2,5)	4 (1)	3 (2,5)	3 (2,2)		1 (2,3)
Autre (**)	1 (0,3)	1 (0,3)	1 (0,8)	2 (1,5)		
<b>TOTAL</b>	<b>363 (100)</b>	<b>340 (100)</b>	<b>121 (100)</b>	<b>136 (100)</b>	<b>38 (100)</b>	<b>44 (100)</b>

(\*) Contraception utilisée pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont reprises au point 3.3.1.5., p. 82

## 8.2.5. PAS DE CONTRACEPTION UTILISÉE ET NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

► Nombre d'enfant(s) « du ménage » doit être compris comme « dont la femme prend soin ».

NOMBRE (%)						
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2	
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Grossesse non souhaitée	3.635 (89,5)	3.719 (89,5)	1.458 (82,1)	1.507 (82,3)	1.439 (89,9)	1.464 (90,5)
Grossesse souhaitée	317 (7,8)	308 (7,4)	262(14,8)	263 (14,4)	104 (6,5)	90 (5,6)
Stérilité supposée	87 (2,1)	92 (2,2)	43 (2,4)	46 (2,5)	49 (3,1)	46 (2,8)
Partenaire refuse la contraception	10 (0,2)	18 (0,4)	8 (0,5)	7 (0,4)	2 (0,1)	4 (0,2)
Autre (**)	12 (0,3)	19 (0,5)	5 (0,3)	7 (0,4)	6 (0,4)	14 (0,9)
<b>TOTAL</b>	<b>4.061</b> <b>(100)</b>	<b>4.156</b> <b>(100)</b>	<b>1.776</b> <b>(100)</b>	<b>1.830</b> <b>(100)</b>	<b>1.600</b> <b>(100)</b>	<b>1.618</b> <b>(100)</b>

NOMBRE (%)				
NOMBRE D'ENFANT(S)	3		4	
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET	2022	2023	2022	2023
Grossesse non souhaitée	684 (93,3)	689 (92,5)	287 (95,3)	282 (93,4)
Grossesse souhaitée	35 (4,8)	28 (3,8)	6 (2)	12 (4)
Stérilité supposée	14 (1,9)	17 (2,3)	6 (2)	4 (1,3)
Partenaire refuse la contraception		5 (0,7)	1 (0,3)	1 (0,3)
Autre (**)		6 (0,8)	1 (0,3)	3 (1)
<b>TOTAL</b>	<b>733</b> <b>(100)</b>	<b>745</b> <b>(100)</b>	<b>301</b> <b>(100)</b>	<b>302</b> <b>(100)</b>

NOMBRE (%)				
NOMBRE D'ENFANT(S)	5		Plus de 5	
PAS DE CONTRACEPTION (*) ET	2022	2023	2022	2023
Grossesse non souhaitée	103 (89,6)	109 (94)	69 (89,6)	71 (94,7)
Grossesse souhaitée	9 (7,8)	3 (2,6)	5 (6,5)	3 (4)
Stérilité supposée		2 (1,7)	1 (1,3)	
Partenaire refuse la contraception	1 (0,9)	1 (0,9)	1 (1,3)	1 (1,3)
Autre (**)	2 (1,7)	1 (0,9)	1 (1,3)	
<b>TOTAL</b>	<b>115</b> <b>(100)</b>	<b>116</b> <b>(100)</b>	<b>77</b> <b>(100)</b>	<b>75</b> <b>(100)</b>

(\*) Pas de contraception pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la non utilisation de la contraception sont reprises au point 3.3.1.4., p. 81.

## 8.2.6. CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S) ET NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

► Nombre d'enfant(s) « du ménage » doit être compris comme « dont la femme prend soin

NOMBRE D'ENFANT(S) CONTRACEPTION (*) UTILISÉE	NOMBRE (%)							
	0		1		2		3	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu	283 (5,4)	330 (5,5)	105 (5,5)	138 (6,6)	139 (6,5)	165 (7,1)	51 (5,4)	79 (7,7)
Abstinence périodique	574 (11,)	670 (11,2)	220 (11,4)	253 (12,1)	292 (13,6)	298 (12,8)	138 (14,5)	129 (12,6)
Spermicides	3 (0,1)	3 (0,1)	3 (0,2)	3 (0,1)	2 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,2)	1 (0,1)
Diaphragme	11 (0,2)	17 (0,3)	6 (0,3)	1 (0,1)	10 (0,5)	6 (0,3)	3 (0,3)	1 (0,1)
Préservatif	1.653 (31,8)	1.979 (33,1)	442 (23)	550 (26,4)	594 (27,7)	649 (28)	216 (22,7)	249 (24,3)
Pilule	1.678 (32,2)	1.744 (29,2)	796 (41,4)	723 (34,7)	737 (34,3)	722 (31,1)	348 (36,5)	351 (34,3)
Injection contraceptive	22 (0,4)	27 (0,5)	12 (0,6)	16 (0,8)	21 (1)	13 (0,6)	14 (1,5)	14 (1,4)
Stérilet au cuivre	115 (2,2)	106 (1,8)	34 (1,8)	28 (1,3)	37 (1,7)	36 (1,6)	18 (1,9)	19 (1,9)
Stérilet hormonal	18 (0,3)	32 (0,5)	7 (0,4)	12 (0,6)	16 (0,7)	18 (0,8)	10 (1)	11 (1,1)
Stérilisation homme	8 (0,2)	9 (0,2)	8 (0,4)	5 (0,2)	23 (1,1)	27 (1,2)	8 (0,8)	7 (0,7)
Stérilisation femme	1 (0,1)	3 (0,1)	1 (0,1)	2 (0,1)	3 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,3)	2 (0,2)
Pilule d'urgence	373 (7,2)	434 (7,3)	140 (7,3)	139 (6,7)	93 (4,3)	123 (5,3)	57 (6)	60 (5,9)
Implant	8 (0,2)	18 (0,3)	6 (0,3)	3 (0,1)	9 (0,4)	4 (0,2)	4 (0,4)	5 (0,1)
Patch	41 (0,8)	72 (1,2)	25 (1,3)	41 (2)	27 (1,3)	42 (1,8)	23 (2,4)	19 (1,9)
Anneau vaginal	113 (2,2)	133 (2,2)	43 (2,2)	53 (2,5)	37 (1,7)	59 (2,5)	15 (1,6)	27 (2,6)
Méthode N.F.P.	118 (2,3)	128 (2,1)	28 (1,5)	35 (1,7)	42 (2)	41 (1,8)	17 (1,8)	12 (1,2)
Application électronique digitale	176 (3,4)	238 (4)	38 (2)	67 (3,2)	51 (2,4)	92 (4)	17 (1,8)	29 (2,8)
Autre (**)	11 (0,2)	34 (0,6)	11 (0,6)	15 (0,7)	14 (0,7)	24 (1)	9 (0,9)	9 (0,9)
<b>TOTAL</b>	<b>5.206</b> <b>(100)</b>	<b>5.977</b> <b>(100)</b>	<b>1.925</b> <b>(100)</b>	<b>2.084</b> <b>(100)</b>	<b>2.147</b> <b>(100)</b>	<b>2.321</b> <b>(100)</b>	<b>953</b> <b>(100)</b>	<b>1024</b> <b>(100)</b>

(\*) Contraception utilisée pendant le mois de la conception

(\*\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont reprises au point 3.3.1.5., p. 82.

NOMBRE (%)						
NOMBRE D'ENFANTS CONTRACEPTION (*) UTILISÉE	4		5		Plus de 5	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Coït interrompu	25 (6,1)	33 (8,3)	13 (8,4)	9 (5,6)	1 (1,8)	4 (5,6)
Abstinence périodique	66 (16,1)	43 (10,8)	15 (9,7)	17 (10,6)	6 (10,9)	7 (9,9)
Spermicides						
Diaphragme						1 (1,4)
Préservatif	80 (19,5)	90 (22,7)	31 (20)	34 (21,1)	11 (20)	7 (9,9)
Pilule	176 (42,8)	156 (39,3)	68 (43,9)	61 (37,9)	28 (50,9)	36 (50,7)
Injection contraceptive	5 (1,2)	3 (0,8)	1 (0,6)	2 (1,2)	2 (3,6)	1 (1,4)
Stérilet au cuivre	7 (1,7)	12 (3)	1 (0,6)	1 (0,6)	1 (1,8)	4 (5,6)
Stérilet hormonal	4 (1)	4 (1)	1 (0,6)	1 (0,6)		1 (1,4)
Stérilisation homme	1 (0,2)	3 (0,8)	2 (1,3)	2 (1,2)	1 (1,8)	
Stérilisation femme	1 (0,2)	1 (,3)	2 (1,3)			
Pilule d'urgence	13 (3,2)	17 (4,3)	6 (3,9)	13 (8,1)	1 (1,8)	4 (5,6)
Implant	2 (,5)	1 (,3)	1 (,6)		1 (1,8)	
Patch	11 (2,7)	12 (3)	5 (3,2)	9 (5,6)	2 (3,6)	5 (7)
Anneau vaginal	7 (1,7)	7 (1,8)	3 (1,9)	4 (2,5)	1 (1,8)	
Méthode N.F.P.	3 (0,7)	4 (1)	1 (0,6)	4 (2,5)		
Application électronique digitale	9 (2,2)	10 (2,5)	4 (2,6)	2 (1,2)		1 (1,4)
Autre (**)	1 (0,2)	1 (0,3)	1 (0,6)	2 (1,2)		)
<b>TOTAL</b>	<b>411 (100)</b>	<b>397 (100)</b>	<b>155 (100)</b>	<b>161 (100)</b>	<b>55 (100)</b>	<b>71 (100)</b>

(\*) Contraception utilisée pendant le mois de la conception.

(\*\*) Les autres déclarations sur la méthode de contraception sont reprises au point 3.3.1.5., p. 82.

## 8.3. MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

### 8.3.1. MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET ANESTHÉSIE

MÉTHODE	CHIRURGICALE	
	2022	2023
<b>ANESTHÉSIE</b>		
Aucune	223 (2)	185 (1,7)
Locale	9.548 (85,6)	9.62 (87,1)
Loco-régionale	36 (0,3)	28 (0,3)
Générale	1.345 (12,1)	1.20 (10,9)
Autre (*)	1 (0,1)	
<b>TOTAL</b>	<b>11.153 (100)</b>	<b>11.043 (100)</b>

(\*) L'autre méthode d'anesthésie utilisée est la sédation.

### 7.3.2. MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DURÉE D'HOSPITALISATION

MÉTHODE	NOMBRE (%)					
	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023
<b>DURÉE D'HOSPITALISATION</b>						
Ambulatoire	6.940 (93,6)	8.110 (94)	9.915 (88,9)	9.993 (90,5)	2 (50)	7 (46,7)
24 heures au moins	287 (3,9)	346 (4)	1.222 (11,)	1.040 (9,4)		5 (33,3)
Plus de 24 heures	190 (2,6)	172 (2)	16 (0,1)	10 (0,1)	2 (50)	3 (20)
<b>TOTAL</b>	<b>7.417 (100)</b>	<b>8.628 (100)</b>	<b>11.153 (100)</b>	<b>11.043 (100)</b>	<b>4 (100)</b>	<b>15 (100)</b>

## 8.4. DURÉE D'HOSPITALISATION

### 8.4.1. DURÉE D'HOSPITALISATION ET ANESTHÉSIE

NOMBRE( %)						
ANESTHÉSIE	AUCUNE		LOCALE		LOCO-RÉGIONALE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Ambulatoire	7.059 (97,2)	8.218 (96,6)	9.535 (98,7)	9.580 (98,6)	36 (12,5)	29 (12,1)
24 heures au moins	169 (2,3)	262 (3,1)	121 (1,3)	121 (1,2)	97 (33,6)	72 (30,1)
Plus de 24 heures	31 (,4)	24 (0,3)	9 (0,1)	11 (0,1)	156 (54)	138 (57,7)
<b>TOTAL</b>	<b>7.259</b> (100)	<b>8.504</b> (100)	<b>9.665</b> (100)	<b>9.712</b> (100)	<b>289</b> (100)	<b>239</b> (100)

NOMBRE (%)				
ANESTHÉSIE	GÉNÉRALE		AUTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2022	2023	2022	2023
Ambulatoire	226 (16,7)	285 (23,2)	1 (25)	
24 heures au moins	1.120 (82,5)	929 (76,1)	2 (50)	7 (70)
Plus de 24 heures	11 (,8)	9 (0,7)	1 (25)	3 (30)
<b>TOTAL</b>	<b>1.357</b> (100)	<b>1.221</b> (100)	<b>4</b> (100)	<b>10</b> (100)

### 8.4.2. DURÉE D'HOSPITALISATION ET COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

NOMBRE (%)				
COMPLICATIONS	DÉCHIRURE		AUTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2022	2023	2022	2023
Ambulatoire	1 (20)		145 (78)	111 (75)
24 heures ou moins	4 (80)	1 (100)	24 (12,9)	28 (18,9)
Plus de 24 heures			17 (9,1)	9 (6,1)
<b>TOTAL</b>	<b>5</b> (100)	<b>1</b> (100)	<b>186</b> (100)	<b>148</b> (100)

NOMBRE (%)						
COMPLICATIONS	AUCUNE		HÉMORRAGIE		PERFORATION	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2022	2023	2022	2023	2022	2023
Ambulatoire	16.646 (91,3)	17.932 (92,5)	63 (40,4)	64 (41,3)	2 (66,7)	3 (60)
24 heures ou moins	1.400 (7,7)	1.281 (6,6)	81 (51,9)	80 (51,6)		1 (20)
Plus de 24 heures	178 (1)	164 (,8)	12 (7,7)	11 (7,1)	1 (33,3)	1 (20)
<b>TOTAL</b>	<b>18.224</b> (100)	<b>19.377</b> (100)	<b>156</b> (100)	<b>155</b> (100)	<b>3</b> (100)	<b>5</b> (100)

## 8.5. HÔPITAL OU CENTRE

### 8.5.1. HÔPITAL OU CENTRE ET COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

NOMBRE (%)						
INSTITUTIONS	2022			2023		
COMPLICATIONS	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
Aucune	15.618 (98,9)	2.606 (93,9)	18.224 (98,11)	16.536 (99)	2.841 (95,2)	19.377 (98,43)
Hémorragie	117 (0,7%)	39 (1,4)	156 (0,84)	116 (0,7)	39 (1,3)	155 (0,79)
Perforation	2 (0,1)	1 (0,1)	3 (0,02)	4 (0,1)	1 (0,1)	5 (0,02)
Déchirure	4 (0,1)	1 (0,1)	5 (0,03)	1 (0,1)		1 (1,01)
Autre (*)	58 (0,4)	128 (4,6)	186 (1,01)	45 (0,3)	103 (3,5)	148 (0,75)
<b>TOTAL</b>	<b>15.799</b> (100)	<b>2.775</b> (100)	<b>18.574</b> (100)	<b>16.702</b> (100)	<b>2.995</b> (100)	<b>19.686</b> (100)

(\*) Les autres complications médicales immédiates sont reprises au point 3.3.1.8. p.83

### 8.5.2. HÔPITAL OU CENTRE ET DURÉE D'HOSPITALISATION

NOMBRE (%)						
INSTITUTIONS	2022			2023		
DURÉE D'HOSPITALISATION	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
Ambulatoire	15.073 (95,4)	1.784 (64,3)	16.857 (90,76)	16.098 (96,4)	2.012 (67,4)	18.110 (92)
24 heures ou moins	717 (4,5)	79 (28,5)	1.509 (8,12)	601 (3,6)	790 (26,5)	1.391 (7,06)
Plus de 24 heures	9 (0,1)	199 (7,2)	208 (1,12)	3 (0,1)	182 (6,1)	185 (0,94)
<b>TOTAL</b>	<b>15.799</b> (100)	<b>2.775</b> (100)	<b>18.574</b> (100)	<b>16.702</b> (100)	<b>2.984</b> (100)	<b>19.686</b> (100)

### 8.5.3. HÔPITAL OU CENTRE ET MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

NOMBRE (%)						
INSTITUTIONS	2022			2023		
MÉTHODE	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
Médicamenteuse	5.555 (35,2)	1.862 (67,1)	7.417 (39,93)	6.521 (39)	2.094 (70,2)	8.615 (43,76)
Chirurgicale	10.242 (64,8)	911 (32,8)	11.153 (60,04)	10.169 (60,9)	870 (29,2)	11.039 (56,07)
Autre (*)	2 (0,1)	2 (0,1)	4 (0,02)	12 (0,1)	20 (0,7)	32 (0,16)
<b>TOTAL</b>	<b>15.799</b> (100)	<b>2.775</b> (100)	<b>18.574</b> (100)	<b>16.702</b> (100)	<b>2.984</b> (100)	<b>19.686</b> (100)

(\*) Les autres méthodes d'interruption de grossesse sont reprises au point 3.3.1.6. p.83

### 8.5.4. HÔPITAL OU CENTRE ET ANESTHÉSIE

NOMBRE (%)						
INSTITUTIONS	2022			2023		
MÉTHODE	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
Aucune	5.659 (35,8)	1.600 (57,7)	7.259 (39,08)	6.630 (39,7)	1.874 (62,8)	8.504 (43,2)
Locale	9.477 (60)	188 (6,8)	9.665 (52,03)	9.500 (56,9)	212 (7,1)	9.712 (49,33)
Loco-régionale	26 (0,2)	263 (9,5%)	289 (1,56)	23 (0,1)	216 (7,2)	239 (1,21)
Générale	637 (4)	720 (25,9)	1.357 (7,3)	549 (3,3)	672 (22,5)	1.221 (6,2)
Autre (*)		4 (0,1)	4 (0,02)		10 (0,3)	10 (0,05)
<b>TOTAL</b>	<b>15.799 (100)</b>	<b>2.775 (100)</b>	<b>18.574 (100)</b>	<b>16.702 (100)</b>	<b>2.984 (100)</b>	<b>19.686 (100)</b>

(\*) Les autres méthodes d'anesthésie sont : 2 fois « pompe à douleurs / PCEA », 1 fois « sédation » et 1 fois « administration d'antalgiques » en 2022 et 10 fois « pompe à douleurs /PCEA » en 2023.

## **9. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 15 OCTOBRE 2018 RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

### **9.1. COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION (AR 3.3.2024)**

#### **MEMBRES EFFECTIFS**

##### **1° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites ou docteurs en médecine**

Prof. Dr Anne <b>DELBAERE</b> (F)	Prof. Dr Hendrik <b>CAMMU</b> (N)
Prof. Dr Patrick <b>EMONTS</b> (F)	Prof. Dr Jan <b>LAMOTE</b> (N)
Dr Yannick <b>MANIGART</b> (F)	Dr Anne <b>VEROUGSTRAETE</b> (N)
Dr Dominique <b>ROYNET</b> (F)	Dr Alain <b>CORNET</b> (N)

##### **2° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites de droit ou avocats**

Prof. Anne <b>LAGERWALL</b> (F)	Me Myriam <b>VAN VARENBERGH</b> (N)
Prof. Diane <b>BERNARD</b> (F)	Me Mario <b>VAN ESSCHE</b> - Coprésident (N)

##### **3° Milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse**

M. Frédéric <b>BRICHAU</b> (F)	Mme Silke <b>BRANTS</b> (N)
Mme Sylvie <b>LAUSBERG</b> (F) - Coprésidente	Mme Carine <b>VRANCKEN</b> (N)

#### **MEMBRES SUPPLÉANTS**

##### **1° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites ou docteurs en médecine**

Prof. Dr Christine <b>VERELLEN-DUMOULIN</b> (F)	Dr Mary-Louise <b>BONDUELLE</b> (N)
Prof. Dr Isabelle <b>SALMON</b> (F)	Dr Toenga <b>DE VOS</b> (N) (*)
Prof. Dr Marco <b>SCHETGEN</b> (F)	Dr Chantal <b>KORTMANN</b> (N)
Dr Michel <b>BOSSENS</b> (F)	Dr Leen <b>VERLEYE</b> (**)

##### **2° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites de droit ou avocats**

Me Sophie <b>BERGER</b> (F)	Prof. Liesbet <b>STEVENS</b> (N)
Me Thibault <b>SWENNEN</b> (F)	Prof. Philip <b>TRAEST</b> (N)

##### **3° Milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse**

Mme Perrine <b>RESSELEER</b> (F)	M. Michiel <b>BEEK</b> (N)
Mme Dorothée <b>DEPOORTERE</b> (F)	Mme Sarah <b>HULSMANS</b> (N)

(\*) Le Dr Toenga De Vos ayant démissionné, une procédure de désignation d'un remplaçant est en cours.

(\*\*) Le Dr Jacques Germeaux (membre suppléant dont la démission est survenue avant la finalisation de l'AR du 03.03.2024) a été remplacé par le Dr Leen Verleye. L'AR du 25.12.24 modifiant l'AR du 03.03.2024, a été publié au MB le 30.01.2025. Le Dr Verleye n'a pas pu participer à la rédaction du présent rapport.

## **9.2. CADRE ADMINISTRATIF**

### **SECRETARIAT FRANCOPHONE**

Mme Valérie **DE NEF** - **Secrétaire**

Mme Karine **DELATTE**

Mme Claire **GODIN**

### **SECRETARIAT NÉERLANDOPHONE**

Mme Sarah **DE LOOR** - **Secrétaire**

Mme Evelyne **COPPENS**

Mme Caroline **VINDEVOGHEL**

## 10. TEXTES DE LOI

### 10.1. INTERRUPTION DE GROSSESSE

#### 10.1.1. 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)*

Lien vers la loi : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1990/04/03/1990021090/justel>

#### 10.1.2. ARTICLE 349 DU CODE PÉNAL

Lien vers l'article 349 :

<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1867/06/08/1867060850/justel#LNK0093>

#### 10.1.3. 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)*

Lien vers la législation consolidée :

<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2018/10/15/2018014460/justel>

### 10.2. COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE L'APPLICATION DE LA LOI RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

#### 10.2.1 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)*

Lien vers la législation consolidée :

<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1990/08/13/1990922447/justel>

Cette loi a été modifiée par la loi du :

- 19.06.2023 (MB 06.09.2023)
- 15.10.2018 (MB 29.10.2018)
- 16.06.2016 (MB 30.06.2016)
- 06.01.2014 (MB 31.01.2014)
- 27.03.2006 (MB 11.04.2006)

## **10.2.2. A.R. PORTANT NOMINATION DES MEMBRES DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE L'APPLICATION DE LA LOI RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

*A.R. du 03.03.2024 portant nomination des membres de la Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions de la loi du 15.10.2018 relative à l'interruption de grossesse (MB 29.03.2024)*

Lien vers l'AR : <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/1990/08/13/1990922447/justel>

Cet AR a été modifié par l'AR du 25.12.2024 modifiant l'arrêté royal du 3 mars 2024 portant nomination des membres de la Commission nationale d'évaluation chargée d'évaluer l'application des dispositions de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse (MB 30.01.25)

Lien vers l'AR [https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2025/01/30\\_1.pdf#page=87](https://www.ejustice.just.fgov.be/mopdf/2025/01/30_1.pdf#page=87)

## 11. GLOSSAIRE

- Abortuscentra/abortuscentrum : en Flandre : centre/s où sont réalisés des avortements
- Aménorrhée : absence de flux menstruel chez une femme en âge de procréer (semaines d'aménorrhée = temps écoulé depuis les dernières règles)
- AVIQ : Agence wallonne pour une vie de qualité
- Covid-19 (coronavirus 2019) : SARS-CoV-2
- CPAS : centre public d'action sociale
- CPF : centre de planning familial
- DIU : dispositif intra-utérin (stérilet - au cuivre ou hormonal)
- EVRAS : Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
- FARA : En Flandre, ASBL qui écoute, informe et accompagne lors des choix à poser en cas de grossesse
- FCPF : Fédération des centres de planning
- FEDASIL : Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
- GACEHPA : Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement
- GEU : grossesse extra-utérine
- INAMI (RIZIV) : Institut national d'assurance maladie invalidité
- IPPF : International planned parenthood federation
- IVG : interruption volontaire de grossesse (VZA en néerlandais)
- LAT : Living Apart Together
- LUNA : Association des centres d'avortement néerlandophones
- OCMW : traduction de CPAS : openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn
- ONE : Office de la naissance et de l'enfance
- PCEA (Pompe à PCEA) : analgésie contrôlée par voie péridurale
- SOFELIA : Fédération des centres de planning du réseau Solidaris (Wallonie, Bruxelles)
- VZA : vrijwillige zwangerschapsafbreking = IVG : interruption volontaire de grossesse.
- Wafz = wet afbrekingszwangerschap = loi sur l'interruption de grossesse aux Pays-Bas.
- 12 semaines de grossesse depuis la conception = terme légal : 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée.
- Taux d'avortement : selon la définition internationale, il s'agit du nombre d'interruptions de grossesse pour 1000 femmes âgées de 15 à 44 ans. Le taux d'avortement rapporte le nombre d'interruptions de grossesse au nombre de femmes en âge de procréer.

## 12. REMERCIEMENTS

La Commission remercie les hôpitaux et les centres qui lui ont transmis les documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse pour 2022 et/ou 2023, indispensables à la réalisation du présent rapport :

### CENTRES FRANCOPHONES

#### **RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE**

Aimer à l'ULB (Solbosch - Erasme) • Aimer jeunes • Centre Séverine • Collectif contraception - Santé des femmes • City planning Saint-Pierre • Planning Marolles • Planning Saint-Josse (La famille heureuse) • Centre de planning familial la famille heureuse Saint-Gilles • Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort • Centre de planning familial de Woluwe-Saint-Pierre • Plan F • Centre de planning familial et de sexologie d'Ixelles • Free Clinic • Centre de planning familial et de consultations d'Uccle.

#### **BRABANT-WALLON**

Centre de planning familial SORALIA Rosa Guilmot • Aimer à Louvain-La-Neuve.

#### **HAINAUT**

Le terriil • Collectif contraception Charleroi • Centre de planning familial SORALIA de Charleroi • La famille heureuse (ASBL Claire Houtain) • Centre de planning familial SORALIA Aurore Carlier de Tournai • Centre de planning familial SORALIA de La Louvière • Centre de planning familial SORALIA de Courcelles • Centre de planning familial SORALIA de Mons borinage.

#### **LIÈGE**

Collectif contraception Liège • Centre Louise Michel • Collectif contraception Seraing • Centre de planning familial SORALIA de Verviers.

#### **NAMUR**

Planning familial de Rochefort • Centre SORALIA Willy Peers • Centre de planning familial de Namur.

#### **LUXEMBOURG**

Centre de planning familial SORALIA d'Arlon.

### CENTRES NÉERLANDOPHONES (ABORTUSCENTRUM)

#### **RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE**

Abortuscentrum VUB-Dilemma Bruxelles

#### **FLANDRE OCCIDENTALE**

Luna abortuscentrum Ostende

#### **FLANDRE ORIENTALE**

Luna abortuscentrum Gand • Centrum Durmelaan Lokeren

**ANVERS**

Luna abortuscentrum Anvers • Centrum Labyrint Anvers (Hôpital ziekenhuis Aan de stroom).

**LIMBOURG**

Luna abortuscentrum Hasselt

## 13. BIBLIOGRAPHIE

### 13.1. LÉGISLATION

- Arrêté du 25 mai 2023 du Collège réuni de la Commission communautaire commune fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter (MB 04.08.23), Section 5 (p. 65601) et Section 5 article 11 (p. 65607).  
<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2023/05/25/2023042680/moniteur>
- Fédération Wallonie-Bruxelles, « Déclaration de politique communautaire », 2024-2029, juillet 2024, [https://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?eID=tx\\_nawsecuredl&u=0&q=0&hash=42b50671ba347bb8079d509f45c14ebb0bfbb947&file=fileadmin/sites/portail/uploads/PDF/DPC2024-2029.pdf](https://www.federation-wallonie-bruxelles.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&q=0&hash=42b50671ba347bb8079d509f45c14ebb0bfbb947&file=fileadmin/sites/portail/uploads/PDF/DPC2024-2029.pdf)
- 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 25 ans. Arrêté royal modifié par l'AR du 24 mars 2022 (MB 15.04.22)  
<http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2022/03/24/2022031559/justel>
- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (MB 26.09.2002)  
<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2002/08/22/2002022737/justel>
- Arrêt » royal du 7 mai 2000 déterminant les conditions pour la prescription et pour la délivrance des médicaments contenant de la mifépristone, du misoprostol ou du géméprost (MB 16.05.2000) <https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2000/05/07/2000022383/justel>
- 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. AR modifié par l'AR du 12 mai 2014 (MB 10.07.2014)  
<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/arrete/2014/05/12/2014011388/justel>

### 13.2. ÉTUDE SCIENTIFIQUE A LA DEMANDE DU POLITIQUE

- Comité interuniversitaire multidisciplinaire indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la législation sur l'interruption volontaire de grossesse – Rapport académique à la demande de la majorité « VIVALDI » au niveau fédéral, «**Rapport académique, synthèse et recommandations** » et annexes, mars 2023, 43 p.  
[https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/Evaluatie-van-abortuswetgeving-en-praktijk\\_FR\\_versie.pdf](https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/Evaluatie-van-abortuswetgeving-en-praktijk_FR_versie.pdf)  
[https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/20230310\\_Studie\\_evaluatie\\_abortuswet\\_praktijk.pdf](https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/20230310_Studie_evaluatie_abortuswet_praktijk.pdf)  
<https://vlir.be/nieuws/studie-en-evaluatie-van-de-abortuswet-en-praktijk-in-belgie/> (lien=bijlage)

### 13.3. ANALYSES

#### 13.3.1. EN FRANÇAIS

- L'assurance maladie, AMELI.fr, « **L'efficacité des moyens contraceptifs** », février 2025.  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/contraception/efficacite-moyens-contraceptifs>

- INSERM, ANRS, MIE, « **Contexte des sexualités en France. Premiers résultats de l'enquête CSF-2023** », sous la direction de N. Bajos, C. Moreau et A. Andro, 13 novembre 2024  
[https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp\\_CSF\\_web.pdf](https://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2024/11/rapp_CSF_web.pdf)
- RTBF, Olivier Arendt « **Belgique : le nombre de grossesse chez les adolescentes a baissé de 40 % en 10 ans** », 13 septembre 2023,  
<https://www.rtf.be/article/belgique-le-nombre-de-grossesses-chez-les-adolescentes-a-baisse-de-40-en-10-ans-11255383>
- RTBF, Guillaume Woelfle, « **Guide pour l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) : les critiques sont-elles fondées ?** », 7 septembre 2023  
<https://www.rtf.be/article/guide-pour-l-education-a-la-vie-relationnelle-affective-et-sexuelle-evras-les-critiques-sont-elles-fondees-11252066>
- Médecins du monde – Belgique, femmes & Empowerment, « **Nous devons encore avorter aux Pays-Bas : la plate-forme Abortion right exige le changement urgent de la loi relative à l'IVG** », septembre 2024 : <https://medecinsdumonde.be/actualites-publications/actualites/nous-devons-encore-avorter-aux-pays-bas-la-plateforme-abortion>
- Fédération laïque des centres de planning familial, « **Mémorandum politique 2024 : la santé et des droits sexuels et reproductifs pour toutes et tous. Des services de santé sexuelle et reproductive pour toutes et tous** », 2023, 59 pages.  
[https://www.doris-cpf.be/uploads/tx\\_fab/ceab568ddeeeaedab4afd1f0657ee50b9706abc.pdf?v2](https://www.doris-cpf.be/uploads/tx_fab/ceab568ddeeeaedab4afd1f0657ee50b9706abc.pdf?v2)
- Médecins du monde Belgique, « **Note d'intention – Accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'aide médicale urgente (AMU) pour les femmes sans accès aux soins en Belgique** », juin 2022, 22 pages.  
[https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Dossier\\_IVG\\_FR\\_DEF\\_WEB%20%28002%29.pdf](https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Dossier_IVG_FR_DEF_WEB%20%28002%29.pdf)
- Médecins du monde Belgique, « **Synthèse de la note d'intention – Accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'aide médicale urgente (AMU) pour les femmes sans accès aux soins en Belgique** », juin 2022, 9 pages.  
[https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Note%20IVG%20AMU%20-%20%20synth%C3%A8se%20juin%202022%20MdM\\_2.pdf](https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Note%20IVG%20AMU%20-%20%20synth%C3%A8se%20juin%202022%20MdM_2.pdf)
- 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>
- Journal Le soir, « Grand format, Frédéric Soumois », « **Pourquoi le contraceptif pour homme pourrait (enfin) envahir la planète** », 2020, <https://plus.lesoir.be/272901/article/2022-01-14/grand-format-pourquoi-le-contraceptif-pour-homme-pourrait-enfin-envahir-La>
- Medimmigrant, « **L'aide médicale du CPAS (en général)** », septembre 2020, <https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-du-cpas-en-general?Lang=fr>
- 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, <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:215812>
- 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/system/files/publications/downloads/Rapport%20SSR%20-%20Version%20finale.pdf>
- Partenamut, « **L'importance de la contraception chez les adolescentes** », 12 février 2019, <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/prevention/sexualite/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>
  - 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)
  - 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>.
  - Europe 1, Gaetan Supertino, « **Violences conjugales : « au moment de la grossesse, cela s'accroît »** », 2019, <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-La-grossesse-ceLa-saccroît-3908112>
  - Populations 2018 - Agnès Guillaume, Clémentine Rossier - « **L'avortement dans le monde, état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences** », 2018, volume 73, pp. 255 à 322, <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm?ref=doi>
  - 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., <https://www.unfpa.org/fr/publications/femmes-et-jeunes-en-situation-de-handicap>
  - 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/>
  - Haute autorité de santé, document de synthèse « **Méthodes contraceptives : focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles** », mars 2013 (dernière modification 2017), [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201303/synthese\\_methodes\\_contraceptives\\_format2clics.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201303/synthese_methodes_contraceptives_format2clics.pdf)
  - 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](https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/107_-_grossesse_au_travail_0.pdf)
  - Institut Solidaris, « **Grande enquête contraception** », 2017, [https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017\\_FINAL.pdf](https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.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-L'avortement.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Attribuer un statut au fœtus, une menace pour le droit à l'IVG** », 2015, 12 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2017/02/Analyse2015-statut-foetus.pdf>.
- 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>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Femmes et contraception, quel véritable choix** », 2013, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>
- Revue francophone des laboratoires, R. Mieusset, J.-C. Soufir et al., « **La contraception masculine** », vol. 43, n° 451, avril 2013, p.17, <https://www.fr.fnac.be/a4210092/Roger-Mieusset-La-contraception-masculine>
- 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. <https://docplayer.fr/54659257-Ces-medecins-funambules.html>
- Revue Autrepart, Cyril Desjeux, « **Histoire et actualité des représentations et pratiques de contraception masculine** », 2009, <file:///C:/Users/vdf/Downloads/histoire-et-actualite-des-representations-et-pratiques-de-contraception-masculine.pdf>

### 13.3.2. EN NÉERLANDAIS

- Luna, « **Nieuwe cijfers en project Compagnon** », Luna, 23 september 2024 <https://abortus.be/nieuws/nieuwe-cijfers-en-project-compagnon/>  
<https://demens.nu/compagnon/>
- Dokters van de wereld België, « **Intentienota - Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp ( DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België** », juni 2022, p.24. [google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiDuOnr6qeLAXWbxQIHHV0zILkQFnoECBkQAQ&url=https%3A%2F%2Fdoktersvandewereld.be%2Fsystem%2Ffiles%2Fpublications%2Fdownloads%2FDossier\\_IVG\\_NL\\_DEF\\_WEB.pdf&usq=AOvVaw1UusbkLhT7FYqvPHDfxVFy&opi=89978449](https://www.google.be/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKewiDuOnr6qeLAXWbxQIHHV0zILkQFnoECBkQAQ&url=https%3A%2F%2Fdoktersvandewereld.be%2Fsystem%2Ffiles%2Fpublications%2Fdownloads%2FDossier_IVG_NL_DEF_WEB.pdf&usq=AOvVaw1UusbkLhT7FYqvPHDfxVFy&opi=89978449)
- Dokters van de wereld België, « **Synthese van de intentienota-Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp ( DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België** », juni 2022, p.11. [https://doktersvandewereld.be/system/files/publications/downloads/Nota%20DMH%20en%20aabortus%20-%20%20synthese%20juni%202022%20DvW\\_0.pdf](https://doktersvandewereld.be/system/files/publications/downloads/Nota%20DMH%20en%20aabortus%20-%20%20synthese%20juni%202022%20DvW_0.pdf)
- Agentschap zorg en gezondheid, « **Eindrapport symposium seksuele gezondheid** », février 2019, 173 p., <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

- FARA / SENSOA, Silke Brants, Katrien Vermeire, « **Tienerzwangerschappen in België 2010-2017** », 2022, <https://abortus.be/wp-content/uploads/2022/04/tienerzwangerschappen-onderzoek-2010-2017.pdf>

### 13.3.3. EN ANGLAIS

- An international journal of obstetrics and gynaecology – Abigail Aiken, Patricia Lohr, Jonathan Lord, Nabanita Ghosh, Jennifer Starling, « **Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study** », 2021, 59 p. [https://d197for5662m48.cloudfront.net/documents/publicationstatus/54428/preprint\\_pdf/03fefdfa93fd44b92dd8bcf6fbd94913.pdf](https://d197for5662m48.cloudfront.net/documents/publicationstatus/54428/preprint_pdf/03fefdfa93fd44b92dd8bcf6fbd94913.pdf)
- World Health Organization, USAID and Johns Hopkins, « **Family planning. A global handbook for providers** », 2022 édition, 486 p. <https://fp handbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
- RCOG Making Abortion Safe, « **Best practice in abortion care** », mars 2022, <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
- WHO Abortion Care Guideline 2022, mars 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- European Parliamentary Forum for sexual and reproductive rights, « **European contraception atlas 2022** », mars 2020, <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>
- 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>
- 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 – 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. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2749562>
- European disability forum, - « **It is time to ensure the sexual and reproductive health and rights of women with disabilities** », mars 2019, <https://inclusivefutures.org/ensure-rights-of-people-with-disabilities-to-sexual-and-reproductive-health/>
- 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>
- 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>
- 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. [https://docksci.com/early-initiation-of-postpartum-contraception-does-it-decrease-rapid-repeat-pregn\\_5a7241d8d64ab2d2c7f5ffe3.html](https://docksci.com/early-initiation-of-postpartum-contraception-does-it-decrease-rapid-repeat-pregn_5a7241d8d64ab2d2c7f5ffe3.html)
- Journal of women's health - Natalia E. Birgisson, Qihong Zao, Gina M. Secura, Tessa Madden, Jeffrey F. Peipert - « **Preventing 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>
- 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 Re productive and Sexual.43.aspx](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>
- 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 PMCID: PMC5886482, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886482/>
- 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>
- 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>
- 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 [https://www.researchgate.net/publication/43072587 Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation A European register-based study](https://www.researchgate.net/publication/43072587_Termination_of_pregnancy_for_fetal_anomaly_after_23_weeks_of_gestation_A_European_register-based_study) .
- 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/publications/i/item/9789241598682>

- 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>
- 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://womenenabled.org/wp-content/uploads/Women%20Enabled%20International%20Facts%20-%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>

### **13.4. VIDÉO**

- 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>

### **13.5. BROCHURES**

- « **LUNA Infomap** », Luna vzw, woordvoerder Carine Vrancken, maart 2020, 19 p. <https://abortus.be/wp-content/uploads/2021/09/Infomap-LUNA-maart-2020.pdf>
- Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes, « **L'avortement : mon corps, mon choix, ma liberté** », août 2019, 26 p. <https://www.pLanningsfps.be/product/brochure-L'avortement-mon-corps-mon-choix-ma-liberte/>

### **13.6. SITES INTERNET**

- [www.epfweb.org/node/89](http://www.epfweb.org/node/89) : european Contraception Policy Atlas,
- [www.planningfamilial.net](http://www.planningfamilial.net) : fédération laïque de centres de planning familial
- [www.sofelia.be](http://www.sofelia.be) : fédération militante des centres de planning familial solidaires (ex. fédération des CPF des femmes prévoyantes socialistes)
- [www.gacehpa.be](http://www.gacehpa.be) : groupe d'action des Centres Extrahospitaliers pratiquant l'Avortement
- [www.evras.be](http://www.evras.be), [www.evras.parent.be](http://www.evras.parent.be) : site de référence sur la vie relationnelle, affective et sexuelle
- [ivg.gouv.fr](http://ivg.gouv.fr) : gouvernement français dédié aux IVG

- [www.monplanningfamilial.be](http://www.monplanningfamilial.be) : informations sur les centres de planning familial à Bruxelles et en Wallonie (ancien LoveAttitude)
- [www.ippf.org](http://www.ippf.org) : international planned parenthood federation,
- [www.abortus.be](http://www.abortus.be) : nederlandstalige abortuscentra: Luna en VUB – Dilemma,
- [www.cbip.be](http://www.cbip.be): centre belge d'information pharmacothérapeutique
- [www.sensoa.be](http://www.sensoa.be) : centre d'expertise en santé sexuelle en Flandre
- [www.allesoverseks.be](http://www.allesoverseks.be) : informations sur la sexualité, le corps, les MST et le VIH, les relations, le genre,...
- [www.zanzu.be](http://www.zanzu.be) : outil qui permet de parler de santé sexuelle sans barrières linguistiques avec des personnes qui parlent peu ou pas le néerlandais (prise en charge de 14 langues)
- [www.fara.be](http://www.fara.be) : écoute, information et accompagnement en Flandre lors des choix à poser en cas de grossesse
- [www.medimmigrant.be](http://www.medimmigrant.be) : expertise en soins de santé aux sans-papiers et personnes avec un titre de séjour précaire en Région bruxelloise
- [www.catholicsforchoice.org](http://www.catholicsforchoice.org) : organisation qui porte la voix des catholiques défendant la liberté de reproduction,
- [www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking](http://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking) : Rapport age Wet afbreking zwangerschap (Wafz),

### 13.7. POSITION SECTORIELLE

- Huisartsnu, 2023 Nr. 1, Vrancken C, Poets G, « **Zwangerschapsafbrekingen in België : evolutie en trends wereldwijd** », Huisartsnu 2023, 52 :15-7, <https://www.huisartsnu.be/2023/nr1/artikel/zwangerschapsafbrekingen-belgie-evolutie-en-trends-wereldwijd>
- 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 extrahospitaliers 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>

### 13.8. STATISTIQUES

- FIOM, « **Abortus in Nederland :jaarcijfers 2023 bekend**», <https://fiom.nl/ongewenst-zwanger/abortus/abortus-nederland-jaarcijfers-2023-bekend>
- Hainaut Stat, « Taux de fécondité des jeunes filles de 13-17 ans » [https://www.hainautstat.be/index.php#c=indicator&i=sa\\_grossesse\\_ado.sa\\_fecondite\\_ado&s=2018-2022&view=map2](https://www.hainautstat.be/index.php#c=indicator&i=sa_grossesse_ado.sa_fecondite_ado&s=2018-2022&view=map2)

- Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) 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, <https://www.igj.nl/over-ons/igj-in-cijfers/cijfers-zwangerschapsafbreking>
- Perspective monde (Ecole de politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada), « **Pyramides des âges en Belgique – 2018** », 2015, <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMPagePyramide/BEL/2018/?>

### **13.9 RAPPORT BISANNUEL DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE L'APPLICATION DE LA LOI RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE**

- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2020-2021, février 2023, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2020-31-decembre-2021>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2018-2019, février 2021, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2018-31-decembre-2019>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2016-2017, février 2022  
<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2016-31-decembre-2017>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2014-2015, février 2022, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2014-31-decembre-2015>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2012-2013, février 2022, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2012-31-decembre-2013>
- Mémoire reprenant les conclusions et recommandations portant sur les enregistrements couvrant les années 2012 à 2017, février 2022, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/memorandum-lattention-du-parlement>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2010- 2011, décembre 2012, 89 p. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/2012-ivg-rapport-bisannuel>

### **13.10. MÉMOIRES**

- Amandine Grégoire, « **Le rejet de la pilule comme moyen de contraception. Comment améliorer la prise en charge des demandes de contraception en médecine générale ?** », Université libre de Bruxelles, 2023, 72 p.

- De Kort Leen, « **The social profile of women requesting abortion care in Flanders, Belgium : an analysis of subsequent abortions and of abortion care during the first wave of the COVID-19 pandemic** », Université d'Anvers, 2022, 179 p. [https://repository.uantwerpen.be/docman/irua/877bed/abortion\\_care\\_in\\_flanders\\_de\\_kort\\_2022.pdf](https://repository.uantwerpen.be/docman/irua/877bed/abortion_care_in_flanders_de_kort_2022.pdf)
- Juliette Polus, « **Interruption volontaire de grossesse : comment garantir l'équilibre entre l'effectivité des droits du patient et la liberté de conscience du médecin ?** », Faculté de droit et de criminologie de l'université libre de Bruxelles, master en droit civil et pénal - année académique 2019-2022
- Charlotte Lenz, « **La sortie de l'interruption volontaire de grossesse du code pénal, une réelle avancée pour les droits des femmes ?** », Université catholique de Louvain-La-Neuve, 2019, 87 p.
- 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 ?** », Université libre de Bruxelles, 2017, 52 p.
- Antigone Hatzfeld, « **Identification des différents facteurs de résistance à la contraception chez les jeunes filles de 15 à 20 ans** », Université libre de Bruxelles, année académique 2015-2016, 35 p.
- Christina Fernandes Neto, « **Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse à domicile : étude de la demande en Belgique** », Université libre de Bruxelles, année académique 2013-2014, 32 p.
- Cécile Busine, « **Etude comparative de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en milieu intra – et extra – hospitalier** », Université libre de Bruxelles, année académique 2012-2013, 62 p.
- Lecomte Christelle, « **Comment accompagner les femmes dans le choix de la méthode d'IVG ?** », Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles – année académique 2011-2012, 37 p.
- Charlotte Pignon, « **Interruptions volontaires de grossesse itératives : approche étiologique** », Université libre de Bruxelles, année académique 2010-2011, 40 p.

**Commission nationale d'évaluation de l'application 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  
Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse

Avenue Galilée 5/2,  
1210 Bruxelles.  
Bureau 5.35



02/524.92.56 (Fr)

02/524.91.09 (NI)

@ [valerie.denef@health.fgov.be](mailto:valerie.denef@health.fgov.be) (Fr)  
[sarah.deloor@health.fgov.be](mailto:sarah.deloor@health.fgov.be) (NI)

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse>