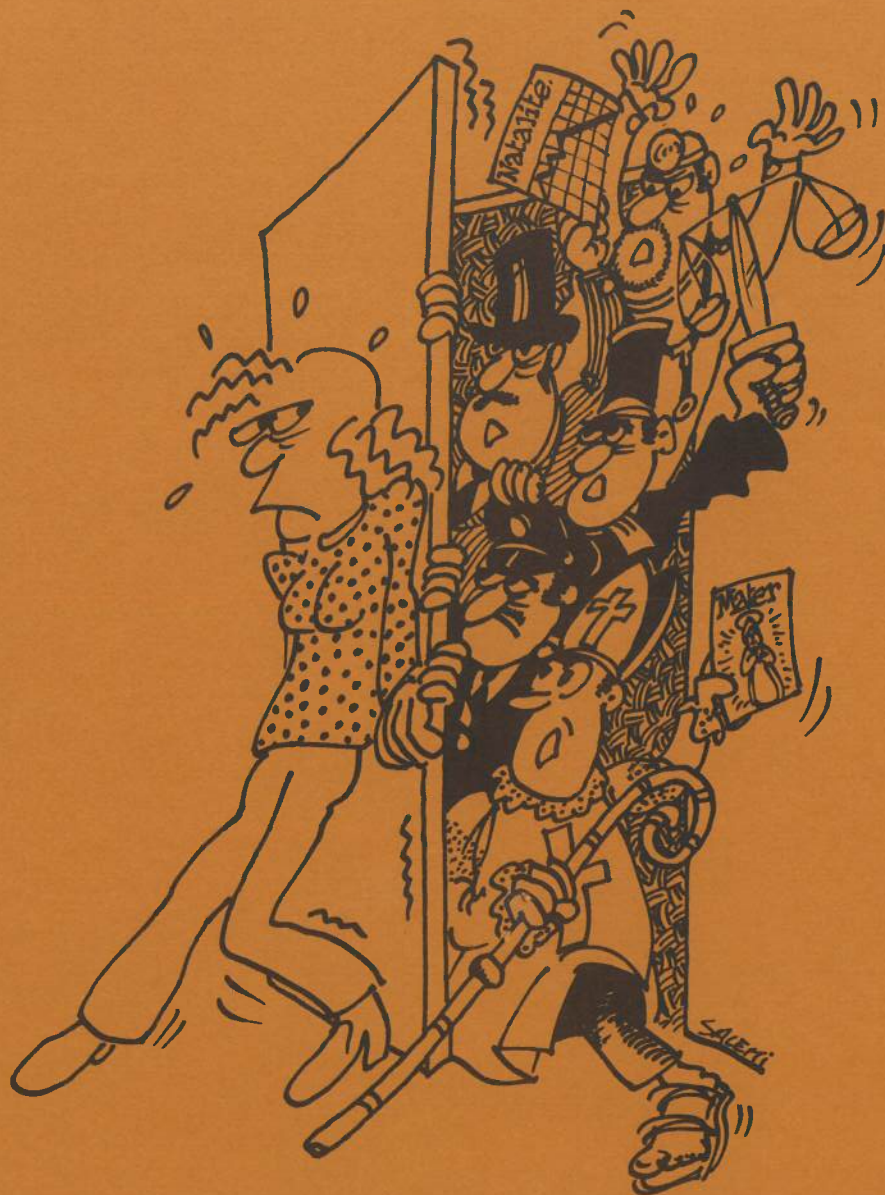


l'avortement



dossier **Cedif**

SOMMAIRE

* INTRODUCTION	p. 3
* <i>Chapitre I</i> - AVORTEMENT : LOI ET POLITIQUE	p. 5
* <i>Chapitre II</i> - LA COMMISSION NATIONALE POUR LES PROBLEMES ETHIQUES	p.19
* <i>Chapitre III</i> - L'AVORTEMENT : UN DROIT	p.23
* <i>Chapitre IV</i> - De bonnes conditions médicales : LES METHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE	p.27
* <i>Chapitre V</i> - Et de bonnes conditions psychologiques : LES CENTRES EXTRA-HOSPITALIERS	p.31
* <i>Chapitre VI</i> - LA POSITION DES "FAMILLES" POLITIQUES	p.35
* <i>Chapitre VII</i> - L'AVORTEMENT EN EUROPE	p.39
* BIBLIOGRAPHIE	p.43
* Quelques témoignages parus dans la presse	p.45
* <i>Annexe I</i> - LISTE D'ADRESSES	p.49
* <i>Annexe II</i> - LES ARTICLES DU CODE PENAL TRAITANT DE L'AVORTEMENT	p.51
* <i>Annexe III</i> - LES PROJETS DE LOI	p.53
* <i>Annexe IV</i> - LES MEMBRES DE LA "COMMISSION ETHIQUE"	p.55

INTRODUCTION

En 1962, quand s'est créé le premier centre de planning familial en région francophone (La Famille Heureuse de Bruxelles), c'était à la suite d'un fait-divers d'infanticide, et dans le but de lutter contre l'avortement clandestin qui, chaque année, mutilait physiquement et psychologiquement des milliers de femmes : infections, hémorragies, perforations de l'utérus, stérilités... quand ce n'était pas, tout simplement, la mort.

Cette lutte n'est pas "du passé" : si vous lisez les journaux, vous y trouverez encore des cas d'infanticide, d'enfant abandonné ou martyrisé; et l'avortement clandestin, réalisé souvent dans les pires conditions sanitaires par des gens inexpérimentés et sans scrupules, existe toujours lui aussi, - même s'il a nettement reculé ces dix dernières années.

Nous sommes contre l'avortement. Depuis les débuts, le projet des centres de planning familial est de limiter au maximum le nombre de ces interventions, en répandant les moyens de contraception fiables et en contribuant à l'information pour une meilleure utilisation de ces moyens.

Mais cette action ne s'inscrit pas seulement dans un projet; elle s'inscrit surtout dans la réalité : or, il faut bien admettre que, quoi que l'on fasse, loi restrictive ou pas, il y a toujours eu et il y aura toujours un certain nombre d'avortements.

Au niveau personnel, on peut refuser l'avortement, même médical; on peut choisir de poursuivre une grossesse non désirée, quelles que soient les conséquences pour soi, pour son couple, pour sa vie. Mais au niveau de la société, il n'y a pas le choix entre accepter ou rejeter l'avortement : c'est un *fait* dont il faut bien tenir compte; on ne peut choisir qu'entre l'avortement clandestin et l'avortement médical...

Dans ce dossier, nous avons essayé d'être objectifs, c'est-à-dire de respecter la réalité des faits, et nous avons tenu à ne pas sombrer dans la polémique, mais il importe de rappeler ici la position de la FBPFES :

4.

- * *Nous réclamons la dépénalisation totale de l'interruption volontaire de grossesse, qui doit devenir un acte médical remboursé par l'INAMI au même titre que les autres.*
- * *La décision d'interrompre ou non une grossesse appartient à la femme : nous refusons donc les "structures d'accueil" obligatoires et contraignantes.*
- * *Il est indispensable de mettre sur pied une politique active d'éducation sexuelle et affective et d'information sur la contraception.*
- * *Il faut également créer le plus grand nombre possible de centres où l'avortement serait pratiqué dans de bonnes conditions médicales et psychologiques et sans esprit de lucre.*

Une dernière remarque : dans la suite de ce dossier, nous employons indifféremment les termes d'interruption de grossesse et d'avortement; mais quand nous parlons de dépénalisation, quel que soit le terme employé, nous nous référons uniquement à l'interruption *volontaire* de grossesse (IVG) effectuée par un médecin sur demande de la femme.

Chapitre I

AVORTEMENT : LOI ET POLITIQUE

Depuis 1867, l'avortement, en Belgique, est entièrement pénalisé, ainsi que la diffusion de toute propagande sur ce sujet (voir en annexe les textes de loi).

Dans le Code Pénal, on le trouve parmi les crimes "*contre l'ordre des familles et la moralité publique*", en compagnie du viol, de la prostitution et de la bigamie. L'infanticide, lui, est considéré par la loi comme un crime "*contre les personnes*".

Il importe donc de souligner dès l'abord que, pour le législateur belge, l'avortement n'est pas, comme l'infanticide, un meurtre, mais une attaque contre la société et la morale.

Comme on le sait sans doute, cette loi est et a toujours été "techniquement" inadéquate : elle n'empêche en rien les avortements d'avoir lieu, et très peu d'entre eux arrivent devant le tribunal. La jurisprudence admet en outre, et depuis longtemps, les avortements dits "thérapeutiques" (c'est-à-dire lorsque la vie de la femme est en danger). Enfin, il est possible - si on a les moyens! - de se rendre à l'Etranger pour subir une interruption de grossesse, comme le font plusieurs milliers de femmes belges chaque année.

L'avortement clandestin

Mais la loi de 1867 est également inopérante sur le plan de la santé publique, puisqu'elle n'est jamais parvenue à limiter le nombre des avortements clandestins, dont nous avons déjà souligné (p.3) les tristes séquelles.

Par sa nature même, l'avortement clandestin échappe à toute estimation vérifiable. Mais, si les chiffres varient selon les sources et les méthodes de calcul, ils sont toujours élevés :

- entre 20.000 et 40.000 par an, selon une étude de Cliquet et Thiery (1972);
- au moins 120.000 par an, d'après un séminaire conjoint du Conseil de l'Ordre des Médecins et du Conseil de l'Ordre des Avocats (1972);

- entre 50.000 et 150.000 par an, selon le professeur Hubinont, de l'ULB (1973);
- environ 30.000 par an, d'après une étude comparée de Schnabel, portant sur la situation en Belgique et aux Pays-Bas (1976).

S'il est difficile d'évaluer le nombre d'avortements clandestins, on peut par contre vérifier que ce nombre a baissé depuis que la pratique de l'avortement médical s'est généralisée : en 1968-69, l'Hôpital Saint-Pierre comptait environ 120 hospitalisations par an dues à des avortements clandestins; en 1979, cet hôpital n'en comptait plus que 5 !

Le planning familial et l'avortement

Comme nous l'avons dit, les centres de planning familial (dont le premier, en Belgique, apparaît en 1956) ont toujours été conscients de ce problème, puisque leur objectif était de faire oeuvre préventive en substituant l'emploi de méthodes contraceptives sûres à la pratique de l'avortement.

Or, depuis 1923, la loi Carton de Wiart interdisait publicité et information en matière de contraception (mais non pas la vente ni l'usage des contraceptifs... subtile distinction!). Cette loi n'atteignit jamais ses objectifs explicitement natalistes, mais elle contribuait à maintenir le public dans l'ignorance d'une contraception efficace.

A partir de 1966, divers députés demandent la suppression de la loi Carton de Wiart, mais en vain. Cependant, l'idée de parenté responsable et librement choisie gagne du terrain. Le rapprochement sur ce point des chrétiens et des laïcs se marque en 1969 par la fondation du Centre Pluraliste Familial, sous le patronage de la Ligue des Familles, du CEFA (catholiques) et de la Famille Heureuse (laïque). En 1970, le planning familial est officiellement reconnu, et les centres agréés - dits "de consultations prématrimoniales, matrimoniales et familiales" (PMF) - reçoivent un subside du Ministère de la Santé Publique.

Mais c'est seulement en 1973, suite à l'affaire Peers (voir plus bas), que les sociaux-chrétiens cessent de s'opposer à la modification de la loi Carton de Wiart, - trop heureux, sans doute, de lâcher du lest sur ce point, pour maintenir par ailleurs leur position sur l'avortement : ainsi, *il y a juste dix ans que l'information sur la contraception est légale.*

Cependant, cette même affaire Peers va provoquer dans le mouvement pour le planning familial une évolution qui l'amènera (dans la région francophone en tout cas) à élargir son action en faveur de la contraception à un engagement actif pour la dépenalisation de l'avortement.

"Jusqu'à cette époque, en effet, les centres flamands, regroupés au sein de la CGSO, très proches et très influencés par le mouvement hollandais (NVSH), étaient les seuls à présenter un front commun face au problème de l'avortement : ils se déclaraient dès 1971 ouvertement pour une dépenalisation complète, ils militaient dans ce sens et, en accord avec leurs principes, ils fournissaient à leurs consultants toutes les informations et toute l'aide nécessaire pour obtenir l'interruption de grossesse souhaitée, en Angleterre d'abord, puis en Hollande.

L'aide nécessaire signifiait : prise de rendez-vous avec la clinique, indication d'un médecin belge prêt à donner l'attestation d'âge de la grossesse ou rendez-vous avec un médecin sur place.

Par contre, aucun centre francophone n'avait décidé d'une politique comparable à celle des Flamands.

Même si, individuellement, leurs responsables étaient bien partisans d'une législation plus permissive, ils craignaient qu'une prise de position du centre ne les entraîne dans des difficultés qui risqueraient de ruiner les années d'efforts consentis pour se faire accepter par les autorités.

Sans que des directives soient données dans un sens ou dans l'autre, sinon de prudence, les médecins restaient libres, dans le secret du cabinet médical, d'agir selon leurs convictions et leur appréciation du risque encouru.

Dans certains centres cependant (la Famille Heureuse de Liège, la T.H. du Centre), où le nombre restreint de collaborateurs en contact avec les consultants limitait les risques d'indiscrétion, on indiquait, dans le plus grand secret, la filière anglaise.

(...) Il (le centre Information et Orientation du Couple, de l'ULB) assurait la même aide que les centres flamands et avait mis au point une filière polonaise, moins coûteuse que l'anglaise." (1)

L'affaire Peers

Si 1973 est un "noeud" en ce qui concerne l'avortement en Belgique, il faut souligner que tout n'a pas commencé cette année-là : dès avant la 1^{re} guerre mondiale, des avortements "thérapeutiques" (voir p.5), tolérés par le Parquet, sont pratiqués en hôpital ou en cabinet privé; en 1929, les Femmes Communistes éditent une brochure réclamant le droit à l'interruption de grossesse.

(1) Françoise COULON, *Bilan de l'action des centres de planning familial*, FBPFES, 1980.

Après la 2e guerre mondiale, des avortements pour raisons psycho-sociales commencent à être pratiqués dans certains hôpitaux, et dans la clandestinité par des infirmières formées aux techniques médicales (utilisation des antibiotiques, etc.) dans ces mêmes services hospitaliers.

Plus près de nous, en mars 1970, se déroule à Bruxelles un procès qui réunit dans le box des accusés une cinquantaine de prévenus, dont une trentaine d'avocats assurent la défense! En octobre de la même année, des personnalités des milieux médicaux et judiciaires (dont Willy Peers et Philippe Toussaint) fondent la Société Belge pour la Légalisation de l'Avortement (SBLA).

En 1971, le socialiste Willy Calewaert dépose la première proposition de loi visant à modifier la législation sur l'avortement. Cette proposition consiste à dépénaliser l'interruption de grossesse, mais à soumettre le cas à l'approbation de deux ou trois médecins (selon qu'il s'agit de raisons médicales ou sociales).

... Et en janvier 1973, le docteur Peers, gynécologue namurois, est arrêté pour avoir pratiqué des avortements.

L'affaire fait scandale, de nombreuses prises de position s'ensuivent, et le bruit fait autour de ce qui est devenu "l'affaire Peers" contribue à faire prendre conscience à l'opinion publique de l'importance et de la complexité du problème. Rapidement campagne d'opinion fut aussi soudaine et intense : au fil des jours, prises de position, motions et manifestations se succèdent et se multiplient. La presse en témoigne :

"C'est la conscience populaire qui l'emporte, les 250.000 personnes qui ont signé les pétitions, les milliers qui envoyèrent des télégrammes, tous ceux qui, sans mot d'ordre, sans organisation souvent, prirent l'initiative de fonder des comités de soutien (1), d'organiser des conférences, bref de dire, le plus haut possible, sans casser la baraque, sans susciter des formes d'émeutes, que ce n'était simplement pas possible, qu'on ne pouvait pas arrêter un médecin qui, face à un drame aussi épouvantable que l'avortement clandestin, avait pris, en conscience, et parce qu'il ne pouvait plus résister à l'appel de sa conscience, ses responsabilités." (2)

Le nouveau gouvernement (tripartite Leburton - Tindemans - De Clercq) qui vient de se former se doit de faire allusion au problème dans la déclaration gouvernementale de janvier 73. Il promet de mettre tout en oeuvre pour adapter la législation en matière d'avortement. Pas plus que les nombreuses autres déclara-

(1) Ces "comités Peers" sont les futurs Comités pour la Dépénalisation de l'Avortement.

(2) *Pourquoi pas?* du 22/02/73.

tions de principe qui suivront, celle-ci ne sera suivie d'effets.

Le résultat de l'affaire Peers a été en fait une radicalisation des milieux "progressistes" : mise en accusation de la loi, exaspération de l'opinion, prises de position officielles, défi à la loi et au Conseil de l'Ordre des Médecins (1).

Face à cette réaction, une trêve judiciaire de fait s'instaurer : selon un accord tacite entre le Ministre de la Justice et le Parquet, ce dernier n'entame plus de poursuites (2).

Mais il y aura d'autres répercussions : c'est à partir de 1973 que certains hôpitaux "officialisent" la pratique des IVG pour motifs psycho-sociaux. (Il faut souligner qu'en hôpital la décision est toujours prise en dernier ressort par l'équipe médicale, et non par la femme seule.)

C'est vers cette époque aussi que les centres de planning familial décident de répondre positivement aux demandes d'IVG en donnant des renseignements pratiques, soit sur les possibilités existant dans les services hospitaliers belges, soit sur les cliniques hollandaises et anglaises, - et en apportant un soutien psychologique et une aide médicale après l'intervention.

Un an après sa formation, le gouvernement tombe, et des élections anticipées interviennent. Après l'affaire Peers, chaque parti aborde alors la question de l'avortement dans son programme électoral. Leurs positions respectives ayant peu varié depuis, nous vous renvoyons au chapitre VI.

1975

Le gouvernement suivant (décembre 1974), alias "Tindemans I", est une coalition libéraux / sociaux-chrétiens. C'est lui qui met sur pied la Commission Nationale pour les Problèmes Ethiques, couramment appelée "Commission Ethique".

La création de cette commission correspond à une double attitude courante chez les divers gouvernements belges lorsqu'il s'agit d'un problème épineux (et de plus, dans le cas de l'avortement, peu rentable électoralement et bloqué politiquement, étant donné la prépondérance de l'influence sociale-chrétienne dans tout gouvernement depuis la fin de la guerre) : un "encommissionnement" de la question, que l'on remet aux bons soins

(1) 200 médecins signent une déclaration, affirmant avoir pratiqué des IVG; 800 femmes affirment s'être fait avorter.

(2) Sauf en cas de plainte explicite de la part d'un particulier concerné, le Parquet peut classer une affaire. Le Ministre de la Justice, lui, s'il ne peut pas interdire des poursuites, peut en ordonner. Il peut aussi s'en abstenir...

d'un groupe de "sages"; et la globalisation de problèmes connexes (en l'occurrence, l'avortement, la contraception, l'anonymat de la mère, etc.).

C'est en 1975 qu'ont lieu les premières IVG en milieu extra-hospitalier (à l'IOC - Information et Orientation du Couple -, encore une fois). Cette action est issue de l'initiative du "Groupe A", un groupe de réflexion de la Maison des Femmes.

En effet, la paralysie du pouvoir politique face au problème de l'avortement n'a pas seulement provoqué la réaction du pouvoir judiciaire, - lequel a toujours voulu jouer un rôle actif, que ce soit pour l'affaire Peers ou pour les procès actuels. Elle a aussi provoqué la création de centres extra-hospitaliers pratiquant des avortements.

Le but de ces centres est d'unir de bonnes conditions médicales et psychologiques à un prix modique (de 3.000 à 5.000 FB), dans une structure collective luttant contre le caractère individuel et clandestin de l'avortement.

Comme toutes les actions visant à modifier la situation dans les faits, et non seulement dans la loi, la création des centres extra-hospitaliers est essentiellement l'oeuvre de mouvements non rattachés à un parti. Elle est liée, d'une part, au féminisme (qui vise entre autres à la prise en charge des problèmes féminins par la femme elle-même) et, d'autre part, à un mouvement de remise en question de la pratique médicale, en hôpital notamment.

Les centres extra-hospitaliers vont se multiplier à partir de 1976.

1976

La "Commission Ethique", qui a commencé ses travaux en janvier 75, mettra plus d'un an à les terminer. Pour plus de détails sur ces travaux, nous vous renvoyons au chapitre II.

Disons simplement que le rapport final, dit "majoritaire" ou "Rapport des 13", - qui est pourtant le produit d'un compromis entre les partisans de la libéralisation totale de l'avortement et ceux d'une libéralisation partielle, et un effort timide pour prendre en charge un problème social important, - ce rapport sera sapé par un rapport "pirate" minoritaire, dit "Rapport des 12", signé uniquement par des personnalités catholiques.

Le Rapport des 13 propose que la loi soit modifiée comme suit :

"Ne constitue ni crime ni délit l'interruption de grossesse pratiquée alors qu'il existe un ensemble de circonstances de nature à menacer de façon grave et durable les conditions d'existence de la femme.

L'appréciation de chaque situation individuelle est basée sur une évaluation dans laquelle les éléments d'ordre somatique, psychologique et social doivent être pris en considération. Ces divers aspects sont d'ailleurs compris dans la notion actuelle de santé."

Les modalités d'application de ce projet, ce sont les fameuses "structures d'accueil" obligatoires, critiquées par les partisans de la libéralisation complète de l'avortement comme dissuasives et parce qu'elles refusent à la femme un choix entièrement libre.

Ces structures, agréées par le Ministère de la Santé et comprenant au moins une assistante sociale, une infirmière, un médecin et un psychologue, ne seraient pas nécessairement rattachées à un hôpital. Après être passée par là (!), la femme déciderait de subir ou non l'interruption de grossesse, conjointement avec le médecin qui la pratiquerait.

Le Rapport des 12, lui, propose le texte suivant :

"L'avortement reste prohibé, sauf si la prolongation de la grossesse met la vie de la femme en danger ou si elle menace de manière certaine sa santé physique et/ou psychique d'un dommage grave, durable et qui ne peut être évité autrement et pour autant que soient respectées les modalités prévues par la loi."

Ce qui revient à ne légaliser que l'avortement thérapeutique, déjà couramment admis dans la jurisprudence depuis longtemps.

La fin de l'année 76 verra aussi une reprise de l'action judiciaire : descente du Parquet à la clinique où travaille le docteur Peers, inculpation de médecins, déclaration du professeur Hubinont sur les IVG qui ont lieu à l'hôpital Saint-Pierre.

Le 11 novembre, la Journée des Femmes 1976 a pour thème l'avortement; c'est à cette occasion qu'a lieu le regroupement des Comités pour la Dépénalisation.

1977

A cause des problèmes de majorité gouvernementale, c'est seulement en février 77 que l'opposition parlementaire obtient la convocation des commissions compétentes en matière d'avortement (Santé Publique et Justice). Mais cela ne débouchera sur rien, d'autant plus que le gouvernement tombe (air connu!), entraînant la dissolution des Chambres.

Dans la déclaration gouvernementale de juin, le gouvernement Tindemans II laisse au Parlement le soin de traiter le problème de l'avortement. Malheureusement, c'est un fait avéré qu'une

proposition d'origine parlementaire ne peut pratiquement pas aboutir sans l'appui de la majorité gouvernementale : on en revient donc à l'immobilisme.

De juillet 1977 à juin 1978, dix propositions de loi concernant l'avortement seront déposées au Parlement, tantôt pour demander la suspension des poursuites, tantôt pour libéraliser la législation, tantôt encore pour maintenir une répression, - mais toutes sont repoussées.

1978

L'immobilisme au niveau gouvernemental et parlementaire contraste avec l'action de plusieurs groupes de pression. Nous avons déjà parlé des mouvements féministes et des comités pour la dépénalisation, qui ont notamment organisé en 1977 une manifestation nationale à Bruxelles, réunissant 6.000 personnes. Il faut citer encore, outre la SBLA (voir p.8), le Comité pour la Suspension des Poursuites Judiciaires (avril 78) et le Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant des Avortements (GACEHPA), qui réunit, en octobre 78, les comités pour la dépénalisation et les centres extra-hospitaliers.

Le GACEHPA organisera, le mois de sa création, un meeting pour exposer la situation de l'avortement en Belgique, en France et aux Pays-Bas.

En 1977, la FRPFES avait pris la décision de créer un centre d'avortement pour accueillir les femmes qui adressent une demande d'IVG aux centres de planning familial : ce sera le *Plan F*, qui commence à fonctionner au début de 1978.

D'autres organismes, tels le MOC, certaines régionales de la JOC et de la JEC, etc. ont également durant toute cette période, soutenu - et parfois fort activement - la lutte en faveur de la libéralisation de l'avortement.

Début 78, l'action judiciaire se réveille à nouveau : c'est la rupture de la "trêve" pendant laquelle le Parquet a fermé les yeux, dans l'attente d'une modification de la loi.

Une émission de la RTB (*A suivre*) sur l'avortement est saisie, les descentes et les inculpations reprennent, frappant médecins et non médecins, et aussi les centres d'avortement (surtout les centres extra-hospitaliers, évidemment plus vulnérables).

Mais il faut remarquer deux choses :

- pas plus qu'en 76 les inculpés ne sont cités à comparaître;
- cette recrudescence de la répression coïncide avec le dépôt de propositions de loi sur l'avortement à la Chambre et avec la réunion de la commission parlementaire mixte Santé/Justice.

Une fois de plus, le pouvoir judiciaire semble vouloir pousser le législatif à prendre une décision sur la question de l'avortement.

A cette reprise de l'action judiciaire, les comités pour la dépénalisation répliquent par les "Six heures pour l'avortement libre" (février) et par une seconde manifestation nationale, à Gand cette fois (mars). A la fin de l'année, ils élaborent un manifeste, rendu public lors d'une conférence de presse, et dont voici les termes :

- * *Médicalisation pure et simple de l'avortement.*
- * *Refus des structures d'accueil obligatoires et dissuasives.*
- * *Remboursement de l'IVG par la mutuelle.*
- * *Information généralisée sur la contraception et éducation sexuelle.*
- * *Développement de la pratique des IVG dans des structures hospitalières et extra-hospitalières accessibles aux femmes de tous les milieux.*

Quant à l'opinion publique à ce moment, elle nous est révélée par un sondage de l'ICSOP . Si on efface les divergences entre les régions, environ *un tiers* des personnes interrogées étaient favorables à la dépénalisation *totale* de l'avortement. Deux autres propositions cependant réunissaient davantage de suffrages : 40% environ souhaitaient que la loi change, en assouplissant les poursuites et les sanctions; et plus ou moins 30% étaient favorables à la suppression des peines pour les IVG jusqu'à la huitième semaine de la grossesse.

1979-80

Pendant plus de deux ans, le statu-quo va s'installer : il ne se passe toujours pas grand-chose au Parlement (l'instabilité gouvernementale chronique n'arrange évidemment rien) et les centres pratiquant des avortements continuent leurs activités pendant que le Parquet regarde ailleurs, suivant un accord passé avec le Ministre de la Justice.

Le gouvernement Martens IV réaffirme que "*en raison du fait que la modification éventuelle des articles 348 et 353 du Code Pénal continue à diviser les esprits, il appartiendra au Parlement de traiter ce problème dans le respect de la liberté de chacun*".

Mais en décembre 80, une descente est effectuée au *Plan F*. Ce n'est que le prélude.

1981

Fin janvier 81, coup de théâtre : le Parquet de Bruxelles, par la voix du Procureur Général près la Cour d'Appel, M. Van Honsté, annonce son intention de relancer les poursuites contre

les personnes impliquées dans des avortements, - et cela malgré les réticences du Ministre de la Justice, M. Moureaux (réticences qui pourraient se résumer ainsi : "ce n'est vraiment pas le moment!")

Les arguments du Parquet de Bruxelles (1) :

- *juridique* : si l'on attend encore, il y aura prescription pour certains inculpés, qui dès lors ne pourront plus être jugés;
- *politique* : le pouvoir législatif a trop tardé à prendre des mesures pour sortir de la contradiction actuelle (avortement interdit dans la loi mais largement toléré dans les faits), qui place le judiciaire dans une situation pour le moins ambiguë.

Dans le monde politique, le PS-SP et le FDF-RW réagissent à la reprise des poursuites, tandis que le PSC se borne à trouver le moment mal choisi. Le PRL rappelle qu'il est pour la liberté de conscience individuelle... mais lorsqu'un mois après (en mars) est votée en commission sénatoriale la proposition Lallemand-Payfa visant à suspendre pendant 3 ans les articles du Code Pénal, les représentants du PRL sont absents, et la proposition est rejetée avec l'appui d'une voix PVV !

Avec l'annonce de la reprise des poursuites, on voit réapparaître la crainte que ne remonte le nombre des avortements clandestins, qui avait sérieusement diminué. Cette crainte est d'autant plus grande qu'aux Pays-Bas, où 8.000 femmes belges environ se rendent encore chaque année, la loi sur l'avortement qui vient de passer de justesse au Parlement tend à rendre les choses beaucoup plus difficiles pour les femmes étrangères (voir à ce sujet le chapitre VII).

Face à cela, le mouvement pour la dépénalisation de l'avortement reprend un peu de tonus, insistant pour que ses slogans soient repris dans la plate-forme de la manifestation "Femmes contre la crise" du 7 mars, et organisant, le 16 mai, dans le cadre de la "Campagne Internationale Contraception Avortement Stérilisation", une journée d'action au cours de laquelle sera réaffirmé le soutien du mouvement aux propositions de loi Detiège-Dinant (à la Chambre) et Lallemand-Renard (au Sénat). Ces propositions prévoient d'abroger les articles du Code Pénal dans tous les cas où l'avortement est pratiqué par un médecin avec le consentement de la femme.

Les procès

Les premiers procès pour avortement depuis l'affaire Peers s'ouvrent le 2 septembre 81. D'emblée, la défense (assurée par un collectif d'avocats en ce qui concerne les médecins) demande

(1) A noter que les Parquets des autres régions s'abstiennent, aujourd'hui encore, de rompre la "trêve judiciaire".

au tribunal la globalisation de toutes les affaires citées, et une remise *sine die* (ou, au moins, à deux mois) des procès.

L'argument de la défense en faveur de la globalisation est qu'il est injuste de poursuivre uniquement certains médecins pratiquant des IVG, et notamment ceux qui travaillent dans des centres extra-hospitaliers.

Le docteur Hubinont, professeur à l'ULB et chef du service de gynécologie à l'Hôpital Saint-Pierre, renchérit en demandant à être cité en même temps que les médecins inculpés, qui ont été formés dans son service.

Le 16 septembre, le tribunal refuse les demandes de la défense (qui ira en appel, mais en vain); il ne pourra cependant éviter une sorte de globalisation du fait, ne serait-ce que pour des raisons pratiques. Il accepte néanmoins de remettre les procès à un mois. La coïncidence entre les procès et la campagne électorale amène en effet le tribunal à freiner la procédure, afin de laisser au nouveau Parlement le temps de se constituer et, éventuellement, de prendre position.

Deux choses encore à signaler avant le "vrai" début des procès : le 3 octobre, une manifestation nationale organisée par la Coordination Nationale pour la Dépénalisation de l'Avortement réunit 6000 personnes à Bruxelles en octobre toujours, l'association *Pro Vita* et son équivalent flamand, l'ICEP, tentent de se constituer partie civile au nom de "la défense de la vie", mais tant la défense et le Parquet que le tribunal lui-même déclarent cette constitution irrecevable.

Le 9 décembre 1981, les auditions commencent par l'interrogatoire des inculpés : d'abord les médecins de l'Hôpital Saint-Pierre, puis les médecins et une psychologue des centres extra-hospitaliers; après quoi, ce sera l'interrogatoire des femmes qui ont eu une IVG.

Le 13 décembre commence l'audition des témoins de la défense. Les premiers sont d'éminents professeurs venus des pays voisins où existe une législation moins restrictive que la nôtre : France, Angleterre, Hollande.

L'accent est mis surtout sur la santé publique : l'avortement est aujourd'hui un acte médical et, à ce titre, une garantie de la santé des femmes; il est en effet prouvé que la pratique de l'avortement médical a fait spectaculairement reculer l'avortement clandestin et ses tristes séquelles.

En décembre toujours, une proposition de suspension, pour deux ans, des articles du Code Pénal concernant l'avortement volontaire est déposée à la Chambre. Les signataires demandent qu'un vote intervienne immédiatement, mais le caractère d'urgence de la proposition de loi n'est pas retenu, et elle est donc ramenée en commission.

1982

Le 3 février, enfin (et pour la première fois), un vote positif intervient en commission mixte Santé-Justice de la Chambre : la proposition de suspension est acceptée par 13 voix contre 10... Mais rien n'est gagné puisque, le 4 mars, les députés repoussent cette même proposition par 95 voix contre 92.

Le même schéma se reproduira en mai et en juillet, lorsqu'une proposition de loi autorisant l'IVG en milieu médical et à titre expérimental pendant un an est, d'abord, adoptée en commission, puis repoussée en séance de la Chambre (104 voix contre 97).

D'autre part, le tribunal a refusé d'entendre les autres témoins proposés par la défense. Or, ces témoins qui passent ainsi à la trappe, ce sont justement des femmes qui ont subi un avortement clandestin en Belgique ou à l'étranger, ou qui travaillent dans les centres extra-hospitaliers du GACEHPA.

Ainsi se trouve renforcée la tendance que l'on avait déjà pu remarquer : médicalisation de la question de l'avortement, accentuation du problème de santé publique, c'est-à-dire du point de vue médical, au détriment du point de vue des femmes, déjà si peu exprimé jusqu'à présent dans ces procès, sauf par l'une ou l'autre inculpée.

En réaction contre cette tendance, les femmes qui avaient accepté de témoigner aux procès décident de donner leur témoignage publiquement, lors d'une conférence de presse qui aura lieu en novembre.

Le 4 octobre, cependant, les réquisitoires ont commencé, et les premiers jugements interviennent dès le 11. A part quelques acquittements (pour cause d'erreur dans le chef d'accusation), tous les accusés sont condamnés :

- les médecins bénéficient néanmoins du sursis : le plus souvent, 4 mois d'emprisonnement avec un sursis de 3 ans (1);
- les femmes qui ont avorté bénéficient soit du sursis, soit de la "suspension du prononcé de la condamnation" (2).

Les médecins condamnés déclarent aussitôt, dans une conférence de presse le 17 novembre, qu'ils continueront à répondre aux demandes d'IVG.

Voilà donc "les procès" terminés?... Non! Car pendant tout ce temps, on continuait d'effectuer des perquisitions (à l'Hôpital Saint-Pierre et dans plusieurs centres extra-hospitaliers), et de nouvelles affaires continuaient donc de s'ajouter au dossier. De plus, si certaines affaires ont été jugées en correctionnelle

(1) Certains reçoivent cependant des peines plus lourdes, soit parce que, poursuivis pour plusieurs affaires, leurs condamnations s'additionnent, soit parce que la condamnation est plus sévère : 18 mois pour le professeur Hubinont, par ex.

(2) *Suspension du prononcé pendant x mois* = si l'inculpé n'a pas récidivé au bout de x mois, sa condamnation est purement et simplement effacée.

(première instance judiciaire), elles doivent encore être jugées en appel (deuxième instance) : ces dernières, qui concernent 18 personnes, sont examinées à partir d'avril 83.

1983

Mais le premier événement cette année est la déposition, par Mme Detiège, d'une nouvelle proposition de loi dite "pluraliste", parce que cosignée par un membre de chaque parti (sauf la Volksunie, le PSC-CVP et l'UDRT-RAD), qui semble dès lors avoir une chance de "passer" au Parlement. Cette proposition est inscrite à l'ordre du jour de la Chambre pour la rentrée de septembre.

Elle *"abroge tous les articles du Code judiciaire pénalisant l'avortement, à condition qu'il soit pratiqué par un médecin (en milieu hospitalier ou non). Par contre, dans l'exposé des motifs, les auteurs envisagent éventuellement l'adoption d'amendements qui - dans le sens de la loi autrichienne - réserveraient cette dépénalisation aux interventions pratiquées endéans les 15 premières semaines qui suivent le début de la grossesse. Dans les autres cas, l'avortement même pratiqué par un médecin continuerait à être punissable. A certaines exceptions près toutefois"* (1) : il s'agit des cas de risque grave pour la santé physique ou mentale de la femme, et de risque sérieux d'anomalie physique ou mentale chez l'enfant.

Enfin, le 30 juin, c'est le "jugement historique" (*La Meuse*) de la Cour d'Appel de Bruxelles, qui acquitte tous les prévenus.

Après avoir fermement souligné que la loi est toujours d'application, la cour reconnaît que les IVG effectuées par les inculpés l'ont été dans de bonnes conditions et sans esprit de lucre, et admet que, au moment des faits, les accusés ont pu croire qu'ils ne violaient pas la loi (ce que l'on appelle l'*erreur invincible*) : en effet, partout les poursuites étaient suspendues et aucune condamnation n'était prononcée.

La cour a suivi en cela un des arguments de la défense; elle a également suivi celui de l'*inégalité devant la loi*, en ce sens que seul le Parquet de Bruxelles poursuit en Belgique, tous les autres continuant à observer la trêve judiciaire.

C'est un jugement presque inespéré pour les inculpés, et qui a aussi une valeur symbolique énorme. Mais cet arrêt ne résoud évidemment rien quant au fond du problème (ce qui n'est d'ailleurs pas le rôle des tribunaux), et le Parquet pourrait parfaitement continuer les poursuites, et de nouvelles condamnations intervenir en correctionnelle. Une bataille est gagnée, donc, mais la guerre n'est pas terminée...

(1) GERM, *Actualité Santé* n° 50, mars 1983.

Chapitre II

LA COMMISSION NATIONALE POUR LES PROBLEMES ETHIQUES

Nous reprenons ici, plus en détails, la question de la "Commission Ethique", non seulement parce que cela reste l'objet d'un certain nombre de demandes, mais aussi parce que rien de comparable n'a été fait depuis dans ce domaine : les travaux de la Commission restent donc une référence aujourd'hui.

Comme nous l'avons déjà dit, l'encommissionnement d'un problème délicat est bien dans la tradition : nomination d'une équipe "d'experts", dosage minutieux selon les familles politiques, apparence de neutralité, d'objectivité, voire de technicité (l'arrêté royal fixant la création de la Commission dit "*sur des bases scientifiques*"!).

De plus, la dénomination même de la Commission semble mettre les problèmes en question ("éthiques") sur un plan différent des problèmes politiques et socio-économiques - les "vrais" problèmes -, tandis que ceux-là sont confiés à des moralistes, des juristes et autres coupeurs de cheveux en quatre... Cette connotation est renforcée par le raccourci couramment employé de "Commission Ethique" pour "Commission Nationale pour les Problèmes Ethiques".

Allons plus loin : que signifie "éthiques"?

Il s'agit de questions qui se situent au niveau de la conscience personnelle (contrairement à la morale, qui est une "loi" socio-culturelle, la formulation définie dans le temps et dans l'espace d'une certaine éthique) et non au niveau des tribunaux.

Est-il du ressort de l'Etat, qu'il soit représenté par l'exécutif, le législatif ou le judiciaire, d'intervenir à ce niveau, d'imposer une définition du Bien et du Mal? N'est-il pas assez malsain, en fin de compte, de remettre aux mains des représentants de l'Etat (c'est-à-dire, finalement, de la majorité gouvernementale ou des partis) le soin de trancher sur des problèmes qualifiés par eux-mêmes d'éthiques?

Les membres de la Commission (voir la liste en annexe) ont été désignés par le Cabinet du Premier Ministre (CVP) : douze femmes et treize hommes; quatorze personnes (sur vingt-cinq) sont liées aux milieux catholiques.

Ces personnalités sont issues des milieux institutionnels (par nature peu enclins à modifier la loi) : politique, judiciaire, universitaire et médical. Les milieux les plus actifs dans la lutte pour la dépénalisation (féministes, planning familial) ne sont pratiquement pas représentés. Par contre, on remarque la présence d'un certain nombre de personnalités hostiles à toute libéralisation de l'avortement (membres du Conseil de l'Ordre des Médecins, de l'ONE, de *Pro Vita*).

Le caractère très conservateur de ce choix va de pair avec l'aspect confidentiel des débats, dont le contenu ne fut pas rendu public. On sait cependant que, fin 75, trois courants étaient apparus :

- le plus conservateur refusait de dépénaliser l'avortement pour des raisons autres que médicales (avortement "thérapeutique");
- un second courant était partisan d'une dépénalisation conditionnelle de l'interruption de grossesse;
- le dernier préconisait une dépénalisation totale, moyennant une caution médicale (notamment de bonnes conditions de sécurité); ce courant reçut l'appui de cinq membres.

Par la suite, on assista à un rapprochement entre les deux dernières tendances, les partisans de la dépénalisation totale préférant "mettre de l'eau dans leur vin" plutôt que de bloquer les travaux : neuf membres de la Commission rédigèrent alors un projet de rapport final.

Vers la fin des travaux, c'est le "coup de force des 12" : les partisans du statu-quo repoussent en bloc le projet de rapport et rédigent un rapport de leur côté (1). Cette rupture entre les membres de la Commission correspond, à deux exceptions près (à noter qu'il s'agit de deux femmes), au clivage catholiques / non catholiques.

On connaît le texte proposé par les 12 (voir p.11). Insistons sur le fait que, même dans les cas où la santé physique ou psychique de la femme est en danger, ce texte exige, pour avaliser l'interruption de grossesse, l'accord d'un gynécologue, l'avis d'une équipe d'accueil et de consultation, la présence des structures hospitalières. Toutes ces personnes et services doivent avoir reçu une agrégation officielle.

En outre, un dossier aura été constitué, qui pourra être ouvert "*en cas d'infraction ou sur plainte*"! Dans ces conditions, comment pourrait-il s'agir pour la femme ou le couple de "*dialoguer individuellement et librement*", comme dit le texte sans rire? Il s'agit bel et bien d'un système dissuasif (et ouvrant

(1) En fait, ce rapport sera rédigé par une seule personne (Mme Meulders-Klein), les 12 étant loin de former un groupe cohérent. Son contenu ne sera pas révélé à tous les autres membres, et seul le "vrai" rapport, celui des 13, sera discuté officiellement.

la porte à la répression) qui ne s'avoue pas tel.

La femme qui demande une interruption de grossesse est dépeinte dans le texte des 12 en des termes qui la représentent soit comme une malade, soit comme une future mère... Par ailleurs, celles qui demandent une IVG ou même utilisent la contraception apparaissent comme une espèce de sous-groupe un peu bizarre, et en tout cas comme incapables d'exercer leur liberté et leur réflexion (1).

D'une façon générale, ce sont les principes qui dirigent l'argumentation des 12, et non la réalité. Comme le dit Jacqueline Aubenas, *"on demande aux faits de se plier à un objectif"*.

Le rapport final de la Commission, celui des 13, est plus concis et plus direct que l'autre; partant, non des principes, mais des faits, il respecte ces derniers. Ainsi, les auteurs sont conscients du fait que limiter la dépénalisation aux cas les plus "dramatiques" revient en fait à repousser dans la clandestinité la majorité des cas (2); qu'une législation répressive comme la nôtre utilise en fait les lois étrangères plus libérales (Angleterre, Pays-Bas) comme compensation à sa propre sévérité.

Mais si le texte proposé élargit les motifs admis pour l'avortement, ce libéralisme est contrebalancé par l'existence des "structures d'accueil". Bien sûr, elles n'ont pas un rôle répressif (dire *oui* ou *non* à la demande), mais il est clair qu'elles peuvent jouer un rôle dissuasif, et que de toute façon elles apparaîtront aux intéressées comme une sorte de tribunal, devant lequel il s'agira de *prouver* son bon droit.

Ici encore, donc, malgré l'évolution, la femme n'est aucunement libre de son choix, les structures d'accueil étant obligatoires.

Dire oui à ce projet (ou à une proposition de loi analogue), c'est tomber de Charybde en Scylla : la femme n'aurait plus de comptes à rendre à un Ordre moral "naturel" intangible, régissant les actes de chacun, - mais elle passerait sous la tutelle d'un Etat (pluraliste ou non, peu importe) indiquant "le bon choix" aux citoyen(ne)s; elle passerait de la soumission à la loi morale à la soumission à la loi civile.

Or, cette dernière, si elle a pour fonction d'assurer l'ordre public de façon à permettre le bien-être des citoyens, est réglée par le Droit, dont la définition et les variations dépendent en dernière instance des majorités politiques fixant selon les circonstances les exigences de la Justice.

(1) Pour plus de détails, se reporter au paragraphe *La société, la médecine, le droit* (La Revue Nouvelle, 12/1976, p.544), qui passe au crible de la logique l'argumentation des 12.

(2) Ceci est confirmé par les statistiques du GACEHPA pour 1979. 81,7% des demandes d'IVG avaient des motifs psycho-sociaux (économiques, sociaux, de couple, psychologiques, légaux, familiaux).

Chapitre III

L'AVORTEMENT : UN DROIT

Nous ne développerons pas ici l'idée de parenté responsable, tant il nous semble évident qu'une naissance doit être voulue et non subie. On parle toujours de l'avortement en termes négatifs (échec, détresse, cas douloureux...), et cela correspond à une réalité, - mais par contre le prolongement de la grossesse est *toujours* considéré comme *positif*, alors même que tous les enfants - on le sait bien - ne sont pas désirés : il y a des naissances qui sont des catastrophes, tant pour la femme que pour le couple ou la famille... et plus tard pour l'enfant.

Il faut rappeler cette évidence : c'est la femme qui est enceinte, accouche et s'occupe principalement de l'enfant. Il nous semble que c'est donc à elle de décider si elle désire interrompre une grossesse ou la poursuivre.

Bien sûr, l'avortement ne doit pas être considéré comme un moyen courant, banal, de contrôle des naissances, - et il ne l'est d'ailleurs par aucun partisan de la dépénalisation. Mais il doit être le dernier recours en cas d'échec de la contraception, la dernière possibilité pour la femme ou le couple d'exercer sa liberté.

Car les contraceptifs efficaces sont loin d'être largement répandus dans le public (et ce n'est pas la décision gouvernementale de supprimer le remboursement de la pilule par l'INAMI (octobre 80) qui va améliorer la situation) : beaucoup, en Belgique, restent fidèles aux "bonnes vieilles" méthodes peu sûres.

Les chiffres dont nous disposons sur ce point varient, comme toujours, selon leur origine, mais on peut dire que seulement *un quart à un tiers* des femmes en âge d'avoir des enfants utilisent un moyen contraceptif fiable (1), et que *la moitié* environ d'entre elles n'en utilisent *pas du tout*, ou sporadiquement.

(1) Emploi de contraceptifs fiables (surtout pilule et stérilet) par 18% (Ministère de la Santé Publique, 1975-76)
 24% (GACEHPA, 1979)
 35% (estimation d'après des chiffres de la firme *Ortho*)
 des femmes en âge d'avoir des enfants.

Encore faut-il préciser que, par suite d'une mauvaise information, de nombreuses femmes abandonnent un contraceptif efficace (1) ou ne l'utilisent pas correctement.

De toute façon, même les méthodes dites efficaces ou fiables présentent un taux d'échecs non négligeable. Il y a toujours des risques de grossesse non désirée : oublis, interruption, ignorance, blocages psychologiques... L'avortement doit donc devenir un choix possible pour une femme qui se trouve enceinte sans l'avoir voulu. Actuellement, il est une impasse dans laquelle elle se trouve acculée par la pénalisation et par l'insuffisance de l'éducation et de l'information sur la contraception.

D'où, la solitude, la culpabilisation, l'angoisse, sans parler des risques : risque pénal, et risques pour sa santé et sa vie lorsque l'avortement est effectué dans de mauvaises conditions médicales.

A tout le moins, l'avortement médical, réalisé dans de bonnes conditions sanitaires, laisse à la femme la possibilité d'avoir des enfants par la suite si elle le désire (2), - ce qui n'est pas du tout certain, faut-il le rappeler, en cas d'avortement clandestin (3).

De plus, les centres qui pratiquent des avortements travaillent *sans esprit de lucre* et dans le but d'installer une contraception efficace, c'est-à-dire d'*éviter d'autres avortements* (4). Ces centres travaillent aussi dans une optique d'accueil, d'écoute et, éventuellement, de soutien psychologique.

On entend souvent dire que la dépénalisation de l'IVG risque d'entraîner "des abus", qu'il faut éviter l'avortement "à la demande", "à la carte"...

Mais à quels abus fait-on allusion? Personne ne croira que des femmes avortent par plaisir, par esprit de compétition ou par malignité! Le désir d'interrompre une grossesse provient de tout ce qu'on voudra, sauf de "tendances asociales" ou de l'envie de battre un record!

Soyons sérieux. Les faits (relevés aux Pays-Bas et dans les pays scandinaves notamment) montrent que, *lorsqu'elle est assortie d'une politique sérieuse en matière de contraception et d'éducation sexuelle*, la dépénalisation n'entraîne pas l'augmentation du nombre des avortements mais, au contraire, après une

(1) C'est le cas de *près des deux tiers* (63,5%) des femmes qui ont demandé une IVG en 1979.

(2) Et c'est le cas pour 91% des demandes d'IVG en 1979...

(3) Il y a risque de stérilité si l'avortement n'est pas effectué dans de bonnes conditions médicales, alors que si c'est le cas, *une IVG présente moins de risques qu'un accouchement*.

(4) Ce qui semble réussir, puisque 13% seulement des femmes qui ont demandé une IVG en 1979 ont récidivé.

(Les chiffres cités proviennent des statistiques du GACEHPA.)

hausse de la demande au début (due au recul des avortements clandestins), une baisse générale dans un second temps.

Répetons-le, au risque de lasser : l'enjeu de la lutte n'est pas seulement la dépénalisation de l'avortement, laquelle n'est qu'un premier pas; c'est aussi *un ensemble de mesures visant à faire de l'enfantement un acte librement choisi*, ce qui implique l'absence de mesures dissuasives, une politique de prix, une éducation efficace et souple en matière de sexualité et de contraception, l'existence de services assurant de bonnes conditions médicales et psychologiques, et une information généralisée, complète et honnête.

Un autre argument fréquemment utilisé contre la dépénalisation a déjà été invoqué à propos de la contraception : c'est que le contrôle des naissances entraînerait une baisse de la natalité (... et encore faudrait-il prouver qu'une dénatalité est nécessairement un mal!).

Cela semble une évidence, et pourtant la dénatalité dans nos pays n'est nullement liée à l'avortement, et quère aux méthodes "modernes" de contraception : la baisse de la natalité a commencé il y a une trentaine d'années déjà, alors que ces méthodes en étaient à leurs balbutiements et que l'avortement était pratiquement interdit partout en Europe.

La situation aux Pays-Bas, par exemple, prouve qu'une politique libérale en matière d'avortement n'affaiblit nullement la natalité : le rapport entre le nombre d'IVG et le nombre de naissances y est un des plus bas d'Europe.

Mais l'aspect primordial de toute cette question ne se situe pas plus au niveau des chiffres et des statistiques qu'au niveau des arguments et des principes. Peut-on d'ailleurs se permettre de se placer *uniquement* sur le plan des principes? Nous voulons dire que parler de l'avortement dans l'absolu, comme d'un phénomène en soi, c'est le couper de tout le contexte social, psychologique et personnel dans lequel chaque cas est inséré; c'est en faire l'objet d'une discussion, alors que c'est une *réalité vécue*.

Quoi qu'il en soit, rappelons pour conclure que dépénaliser l'IVG, c'est *modifier la loi*, ce n'est pas imposer aux gens d'agir à l'encontre de la morale qu'ils ont choisie.

Chapitre IV

De bonnes conditions médicales : LES METHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

L'interruption artificielle de grossesse consiste à séparer l'oeuf de la paroi utérine, et à s'assurer de l'évacuation de la totalité du contenu intra-utérin.

Différentes méthodes peuvent être utilisées et dépendent essentiellement de l'âge de la grossesse. Il va de soi que plus un avortement se fait tôt, - c'est-à-dire avant l'écoulement de la douzième semaine qui suit les dernières règles, - plus la sécurité médicale de la patiente sera garantie, moins l'intervention sera pénible, et moins les frais seront élevés. Cependant, il faut bien se rendre compte que la patiente n'a pas toujours le choix : en effet, l'information (souvent mauvaise ou insuffisante) et le temps de réflexion nécessaire sont parmi les facteurs qui déterminent le moment de l'intervention, et donc le choix de la technique.

1. ASPIRATION DE L'ENDOMETRE

La méthode par aspiration, telle qu'elle est pratiquée dans les centres extra-hospitaliers comme dans les hôpitaux, est la méthode Karman. Cette méthode ne suppose pas nécessairement une anesthésie locale, mais pourquoi endurer des souffrances inutiles? Aussi les médecins des centres pratiquent-ils toujours cette anesthésie.

Préparation

On pratique, généralement une demi-heure avant l'intervention, une injection intra-musculaire d'un tranquillisant, d'un antispasmodique (pour empêcher les muscles de l'utérus de se contracter) et d'un médicament qui empêche les nausées.

Matériel

Les canules d'aspiration sont des tubes flexibles en plastique fermés à un bout par une extrémité arrondie et percés de deux ouvertures latérales. Lorsque la canule bute sur le fond de

l'utérus, elle ne risque pas de le perforer. L'oeuf et ses membranes sont aspirés à travers les orifices, dont les rebords agissent comme une curette. Les canules ont un diamètre variable, l'âge de la grossesse détermine le calibre à utiliser.

Un flacon, dans lequel on fait le vide, est relié à la canule par un tube en caoutchouc. Pour assurer une aspiration efficace, les centres utilisent tous une pompe électrique qui établit une pression négative suffisante pour aspirer tout le contenu de l'utérus.

Il faut en outre :

- un spéculum, instrument composé de deux spatules que l'on introduit dans le vagin pour en écarter les parois et montrer ainsi le col de l'utérus;
- une pince de Pozzi, que l'on place sur le col pour le maintenir en position;
- un hystéromètre, pour mesurer la profondeur de l'utérus;
- deux bougies de Hegar, de tailles croissantes, nécessaires pour dilater le col.

Tous ces instruments sont bien sûr stérilisés.

A l'aide de ce matériel très simple, on peut interrompre une grossesse de deux mois et demi (10 à 12 semaines en calculant à partir du premier jour des dernières règles) en quelques minutes, sans anesthésie générale (et donc sans hospitalisation), de façon peu douloureuse et moins dangereuse pour l'utérus que la méthode par dilatation et curetage. En outre, les complications immédiates et secondaires sont très rares.

Déroulement de l'intervention

Après avoir uriné, la femme s'installe en position gynécologique. Le médecin refait un toucher vaginal qui permet d'apprécier une dernière fois la taille et la position de l'utérus.

Il place ensuite le spéculum pour bien voir le col. Il procède à une désinfection, puis à une anesthésie locale. Puis il place la pince de Pozzi pour maintenir le col, mesure la profondeur de l'utérus à l'aide de l'hystéromètre, et introduit la canule dans l'utérus après une dilatation réalisée à l'aide des bougies de Hegar (cylindres en métal ou en plastique dur).

Une fois la canule placée, elle est reliée à la pompe. Le médecin lui imprime alors des mouvements de va-et-vient et de rotation qui permettent d'explorer toutes les faces de l'utérus. L'aspiration dure de 30 secondes à 10 minutes. Pendant ce temps, la femme peut ressentir des douleurs d'intensité très variable, comparables à des règles douloureuses.

Le médecin nettoie alors le vagin, enlève la pince de Pozzi et le spéculum. La femme peut ensuite se lever et, après une période de repos d'une heure environ, rentrer chez elle.

Les produits de l'aspiration sont filtrés, examinés et envoyés au laboratoire pour reconnaître avec certitude les débris ovulaires et dépister d'éventuelles anomalies.

Suites

Les suites sont en général très simples. Quelques jours après l'aspiration, la femme a souvent des pertes de sang, parfois des caillots, accompagnées de douleurs qui, ordinairement, ne dépassent pas en importance celles de règles douloureuses. Si ces phénomènes sont plus importants, il est vivement conseillé de revenir passer une visite au centre.

Une visite de "follow up" est de toute manière prévue une semaine après l'intervention (voir chapitre V).

2. CURETAGE

L'avortement par curetage peut être pratiqué de la 7^e à la 12^e semaine de la grossesse. C'était la méthode la plus répandue il y a peu de temps encore.

L'intervention se fait à l'aide d'une curette, qui détache l'oeuf de la paroi utérine. Elle nécessite une dilatation préalable du col, obtenue par des bougies de Hegar, ou grâce à des lamineaires, substances végétales placées la veille dans le col et qui, en contact avec le milieu humide de l'utérus, se dilatent.

Le curetage est parfois, mais *très rarement*, suivi de complications telles que des perforations. L'hospitalisation est normalement nécessaire, pour une nuit.

3. INJECTIONS

Il s'agit de provoquer les contractions de l'utérus en injectant une solution dans le sac amniotique qui entoure le fœtus, ou bien des prostaglandines par voie intra-veineuse. Ce type d'intervention ne peut se pratiquer que de la 16^e à la 24^e semaine.

Les contractions commencent quelques heures après l'injection, le col se dilate et le fœtus est expulsé. Cette méthode reproduit donc tout à fait le même processus que l'accouchement, mais les contractions sont souvent plus douloureuses. Elle présente également certains risques particuliers, par exemple une intoxication due à un dosage inadéquat.

4. HYSTEROTOMIE

Cette intervention chirurgicale consiste en fait en une mini-césarienne. Elle n'est pratiquée que lorsque les autres méthodes

sont absolument contre-indiquées.

C'est évidemment la méthode à plus haut risque médical, et elle nécessite quelques jours d'hospitalisation.

Chapitre V

Et de bonnes conditions psychologiques
LES CENTRES EXTRA-HOSPITALIERS

Comme nous l'avons dit (p.8), les premiers avortements médicaux réalisés hors du milieu hospitalier datent de l'après-guerre (époque où les antibiotiques sont introduits en Europe). Ces avortements étaient encore réalisés clandestinement, et donc par le canal du "bouche-à-oreille", ce qui limitait forcément leur nombre; il n'y avait pas de réseau structuré comme c'est le cas aujourd'hui.

La méthode utilisée pour l'IVG était la même que dans les hôpitaux qui en pratiquaient à l'époque (les infirmières qui effectuaient ces interventions avaient d'ailleurs été formées dans ces hôpitaux) : il s'agissait de placer une sonde qui, faisant corps étranger dans l'utérus, provoquait au bout de deux jours environ les contractions et l'expulsion. On s'arrangeait alors pour qu'un médecin vienne vérifier si tout le contenu intra-utérin avait bien été expulsé; si ce n'était pas le cas, la femme pouvait être hospitalisée pour un curetage.

Les objectifs et les principes des centres extra-hospitaliers ont été clairement définis :

- donner aux femmes toutes les informations pratiques concernant la contraception et les problèmes de la vie sexuelle;
- lutter contre les avortements clandestins pratiqués dans de mauvaises conditions
- obtenir la dépénalisation de l'IVG.

Ces principes se retrouvent dans la charte du GACEHPA :

- * Discussion sur l'échec de la contraception
- * Libre décision de la femme
- * Accueil non directif et déculpabilisant
- * Bonnes conditions médicales et psychologiques
- * Continuité des soins (avec visite de contrôle et proposition de contraception)
- * Gestion collective, prix minimum, dossier standard
- * Aide à la promotion de nouveaux centres

Dans le sondage déjà cité (p.13), une importante majorité - près des 9/10 - des personnes interrogées estimaient que l'avortement devrait toujours être réalisé dans un hôpital. Mais connaissaient-elles les conditions présentes dans les centres extra-hospitaliers?

La manière dont la question était posée influençait la réponse (comme c'est souvent le cas dans les sondages) :

- "Considérez-vous que l'avortement doive être pratiqué*
- dans un hôpital?*
- dans un centre médical disposant d'un équipement plus sommaire?*
- par un non médecin, une infirmière ou une sage-femme?"*

Cette présentation suggère une qualité décroissante des soins. Quand on ne connaît pas les conditions dans lesquelles se déroule une IVG dans un centre, il est évident que les mots "équipement plus sommaire" amènent à penser "risques plus grands". Et comme l'avortement est fortement culpabilisé, beaucoup de gens ont l'impression qu'il s'agit d'une opération médicale grave (nous avons vu que ce n'est pas le cas si l'intervention se fait suffisamment tôt).

Les conditions de sécurité (asepsie, etc.) peuvent être réunies sans qu'une hospitalisation soit nécessaire. De plus, les centres extra-hospitaliers s'efforcent d'apporter aux femmes une qualité d'accueil et d'écoute qu'il est difficile de trouver dans les hôpitaux.

Beaucoup, parmi les femmes qui arrivent dans les centres, ont dû chercher longtemps et affronter le refus d'un ou de plusieurs médecins; elles sont souvent tendues ou angoissées. Le but de l'équipe qui les recevra et effectuera l'IVG et la visite de contrôle ("follow up") est de leur offrir un accueil simple, déculpabilisant et dédramatisant, et de leur fournir un maximum d'informations, afin de leur permettre de prendre pleinement conscience de leurs motivations et de décider en connaissance de cause.

Premier accueil

Ayant pris d'abord contact par téléphone, la femme viendra seule ou accompagnée, comme elle le désire. La discussion tente d'expliquer la grossesse non désirée et d'analyser l'échec de la contraception. Une information complète est donnée, de façon à permettre le choix d'une méthode efficace et personnalisée.

Le premier accueil a également pour objectif de déculpabiliser l'interruption de grossesse et de dédramatiser l'intervention qui s'effectuera, notamment en expliquant la technique médicale. Il ne s'agit pas essentiellement de soutenir la femme dans sa volonté d'avorter, mais de lui permettre de voir clair dans ses désirs et de l'aider à les vivre, - que ce soit celui d'interrompre la grossesse ou celui d'assumer la maternité.

Le premier accueil verra aussi un examen médical et l'établissement d'un dossier de 12 pages.

L'intervention

Pour le déroulement de l'intervention proprement dite, nous vous renvoyons au chapitre précédent.

A son arrivée, une semaine plus tard, la femme est installée dans la salle de repos. Pendant l'intervention, un des membres de l'équipe aide techniquement le médecin; l'accueillante qui a vu la femme lors de sa première visite reste près d'elle.

Le plus souvent, l'anesthésie ne supprime pas les sensations douloureuses, mais leur intensité est très différente selon les femmes : certaines ne sentent pratiquement rien et sont étonnées d'apprendre la fin de l'intervention alors qu'elles n'ont pas souffert; d'autres parlent de tiraillements dans le bas-ventre; quelques-unes comparent la douleur ressentie aux crampes de règles douloureuses ou aux premières contractions d'un accouchement. En général, si la femme est détendue et en accord psychologiquement avec l'interruption de grossesse, il y a beaucoup de chances pour que l'intervention soit moins douloureuse : la souffrance est souvent liée à la peur de l'inconnu ou aux histoires que la patiente a pu entendre ou lire dans la presse à sensation. Les femmes redoutent les piqûres d'anesthésique mais, bien souvent, elles ne les sentent pas, - et quand elles les sentent elles reconnaissent que cela fait moins mal qu'une intra-musculaire.

Après l'intervention, la femme se repose pendant une heure (ou plus si c'est nécessaire); elle pourra avoir des contacts avec une autre qui n'a pas encore subi l'intervention. La fatigue que les femmes ressentent alors est essentiellement due au choc émotif qu'elles ont vécu.

La contraception sera rediscutée, réexpliquée et, dans la mesure du possible, instaurée immédiatement; sauf contre-indications, on prescrit la pilule pour le mois qui suit (1). L'accueillante expliquera aussi les précautions à prendre, ainsi que les suites normales et anormales d'une IVG, pour que la femme puisse réagir de façon adéquate.

En outre, on demandera à la patiente (ainsi qu'à son partenaire éventuel et, s'il s'agit d'une mineure, aux parents) de signer un document autorisant le centre à pratiquer l'intervention. On essaiera aussi que le médecin traitant remette à la femme une lettre d'accompagnement. Cette double demande a une signification à la fois psychologique (solidarité) et politique (prendre part à la lutte pour la dépénalisation).

(1) Les composants de la pilule aident la muqueuse intra-utérine à se régénérer. D'autre part, la prise de la pilule permet de déterminer le moment des règles qui, sans cela, peuvent ne réapparaître que 2 mois après l'intervention.

Visite de contrôle

Cette visite, appelée aussi "follow-up", est vivement recommandée : les réactions psychologiques et physiologiques à l'avortement et à la contraception y seront examinées.

Elle a lieu environ une semaine après l'intervention. Pour cette visite comme pour les précédentes, la femme peut se faire accompagner par une personne de son choix.

Chapitre VI

LA POSITION DES "FAMILLES" POLITIQUES

Seuls sont repris ici les partis représentés au Parlement.

Il faut faire remarquer qu'aucune des familles politiques, quelles que soient ses appartenances confessionnelles ou philosophiques, n'a connu en son sein d'unanimité absolue par rapport au problème de l'avortement.

La famille chrétienne

On a souvent tendance à mettre tous les catholiques dans le même sac, mais il importe de distinguer nettement le point de vue de l'Eglise, celui du PSC-CVP et celui des milieux progressistes et des milieux intégristes.

Pour l'Eglise "officielle", c'est très simple, le principe de base n'a pas varié, il a été réaffirmé à maintes reprises par papes et évêques : l'avortement est un meurtre, un péché condamné par la loi divine. Rappelons par ailleurs que toutes les méthodes de contraception "non naturelles" (!) sont également condamnées par l'Eglise.

Le PSC-CVP défend une position qui recoupe celle du Rapport des 12 (voir p.11) : l'avortement ne doit être admis que si la santé (au sens le plus étroit du mot) de la femme est en danger, et dans quelques cas comme le viol et l'inceste (1).

Certains milieux chrétiens "progressistes" représentés notamment par le CEFA (Centre d'Education à la Famille et à l'Amour) ou la FBCCC (Fédération Belge des Centres de Consultations Conjugales) ont une attitude beaucoup moins rigide que celle de la hiérarchie religieuse et se préoccupent davantage de comprendre et d'aider que de juger et de punir. C'est ainsi que des chrétiens soutiendront la libéralisation et la dépénalisation totales de l'avortement.

(1) Le viol et l'inceste représentent 0,02% des causes de demande d'avortement! (Statistiques du GACEHPA, 1979.)

Enfin, les milieux dits "intégristes" se signalent par leur dogmatisme absolu, qui peut dégénérer jusqu'au langage haineux et à l'argumentation délirante de *Pro Vita*.

Les socialistes

Au plan parlementaire, le PS-SP est depuis le début de la lutte pour la dépénalisation le parti le plus présent; nombre de projets de loi sont l'oeuvre de députés socialistes. Cependant, c'est seulement depuis 1978 que l'on remarque une évolution dans un sens plus radical et dans le sens d'un soutien accru à la lutte extra-parlementaire. Le PS, ainsi que les Femmes Prévoyantes Socialistes, la FGTB et les Jeunes Socialistes, adhéreront au manifeste de décembre 78 (voir p.13).

Malgré ces initiatives et ces prises de position, la nécessité, pour les socialistes, de réaliser une coalition avec les sociaux-chrétiens s'ils veulent gouverner, les a empêchés jusqu'ici de faire de l'avortement un point-clé de l'alliance gouvernementale.

Les libéraux

Ici encore, plusieurs projets de loi ont été déposés par des députés libéraux. Mais, au niveau des partis, il n'y a pas une ligne nette et continue : des divergences existent, la branche francophone se révélant plus progressiste que le PVV.

Lors de la dernière campagne électorale (automne 81), le PRL a réaffirmé la nécessité de "se saisir du problème"; étant un parti pluraliste (une partie de sa clientèle électorale fait partie des milieux catholiques), il ne peut imposer une position commune à ses députés : lors d'un vote, ceux-ci sont libres de leur choix.

Le PVV, lui, s'est rallié à une proposition de loi émanant de l'un de ses représentants au Parlement, Mme Herman-Michielsens. Cette proposition prévoit une dépénalisation restrictive de l'avortement, plus libérale que celle prévue par les 12, mais moins que celle des 13 (voir en annexe le contenu de ce projet de loi).

Le FDF-RW

Le FDF s'est, lui aussi, montré particulièrement actif au niveau parlementaire. Lors de la dernière campagne électorale, il réclamait l'interruption des poursuites judiciaires jusqu'à ce qu'une réforme de la loi intervienne.

Le RW présente une position proche mais, comme le PRL et pour des raisons analogues, il se refuse à "politiser" le débat et laisse le choix libre à ses parlementaires.

Ces deux partis pourraient, le cas échéant, se rallier à une proposition de dépénalisation partielle de l'avortement et se montrer favorables à un "encadrement" de la femme pour prendre la décision d'une interruption de grossesse.

La Volksunie

Ce parti n'a pas pris position officiellement; il s'en tient à des déclarations assez vagues ("tout revient à la conscience de chacun", "il faudrait un large débat mené dans la sérénité parlementaire", etc.) qui n'empêchent pas, que dans les faits, la VU n'a jamais voté en faveur d'une libéralisation de l'avortement.

Les communistes

Dès 1973, avec l'affaire Peers, le député Noëlla Dinant dépose un projet de loi en faveur de la dépénalisation de l'IVG si l'intervention a lieu en début de grossesse, en milieu hospitalier (rappelons qu'il n'y a pas encore de centres extra-hospitaliers à cette époque), et est effectué par un médecin spécialiste.

Depuis, le PC s'est rallié à la dépénalisation totale de l'IVG.

Les écolos et l'UDRT

Ces deux nouveaux venus au Parlement ont des points de vue différents. L'UDRT n'a pas pris officiellement position, et a précisé qu'en cas de vote ses mandataires auraient à faire un choix personnel.

Le mouvement Ecolo s'affirme partisan d'une dépénalisation, mais constate que certains de ses membres n'approuveraient cette dépénalisation que liée à certaines conditions, parmi lesquelles la participation du géniteur à la décision et la mise en oeuvre d'autres mesures (pour faciliter l'adoption, aider les femmes enceintes, etc.). En cas de vote, les députés écolos s'exprimeraient donc selon leur conscience.

Chapitre VII

L'AVORTEMENT EN EUROPE

En France

La loi Veil, votée en 1975, a été reconduite en 79, chaque fois à la suite d'un débat difficile et grâce aux voix de l'opposition de gauche. En voici les principales caractéristiques :

L'IVG doit être pratiqué durant les 10 premières semaines de la grossesse par un médecin en milieu hospitalier. Ici intervient la clause de conscience qui, telle qu'elle est appliquée, permet à un chef de service hospitalier hostile à l'IVG de priver tout l'hôpital des structures nécessaires : c'est ainsi que de nombreuses régions sont démunies.

L'avortement ne peut être réalisé qu'après consultation d'un médecin et d'un travailleur social; après quoi, la femme doit confirmer sa demande par écrit.

Les restrictions : pas de remboursement par la Sécurité Sociale (or l'avortement est cher en France); autorisation des parents exigée pour les mineures, et certificat de résidence de trois mois au moins pour les étrangères.

L'actuel ministre socialiste des Droits des Femmes, Mme Roudy, a proposé une série de mesures pour pallier les inconvénients de cette loi : entre autres, augmentation du nombre de services pratiquant des IVG, remboursement par la Sécurité Sociale, durée de résidence en France pour les étrangères réduite à 24 ou 36 h.

Aux Pays-Bas

Jusqu'à la fin d'avril 81 (date où une nouvelle loi (1), déjà approuvée par la Chambre, a été ratifiée par le Sénat, - mais de justesse dans les deux cas), l'avortement était strictement interdit dans ce pays. Mais, plus encore qu'en Belgique, il y avait un divorce entre la législation et les faits : l'avortement

(1) Cette loi n'est pas encore d'application.

était couramment pratiqué, dans de bonnes conditions, et depuis 1970 sur simple demande de la femme. C'est pourquoi plusieurs milliers de femmes venaient de Belgique (comme d'Allemagne ou de France) dans ce pays pour une interruption de grossesse.

La nouvelle loi est fort peu libérale, bien qu'elle soit l'oeuvre du parti libéral, qui a pu faire passer son projet grâce à l'appui des chrétiens-démocrates, soucieux d'éviter le vote du projet socialiste de libéralisation totale.

La femme ne décide pas seule, il faut aussi l'accord d'un médecin. Elle doit observer un délai de réflexion de 5 jours après la première visite médicale. Ceci s'applique également aux femmes étrangères, ce qui évidemment a pour effet (pour but?) de compliquer encore leur situation.

L'avortement reste inscrit au Code Pénal, auquel la loi n'apporte que des dérogations : les médecins restent donc exposés à des poursuites judiciaires.

Enfin, l'intervention doit avoir lieu dans une clinique pourvue d'une autorisation officielle spéciale.

En Grande-Bretagne

Dès 1967, l'*Abortion Act* légalise l'avortement, surtout pour raisons de santé physique ou psychique. La Grande-Bretagne bénéficie donc d'une législation plutôt libérale (surtout si on tient compte de la date!). Ceci explique que, comme en Hollande, beaucoup de femmes belges se rendent dans ce pays pour avorter à l'abri des poursuites judiciaires.

Malheureusement, étant donné l'opposition des médecins "officiels", l'IVG est surtout pratiquée dans des cliniques privées, ce qui implique un coût élevé. Elle est également pratiquée sous anesthésie totale, ce qui ne se justifie guère médicalement et implique une structure hospitalière, lourde et peu accueillante.

Avec le retour en force d'un pouvoir conservateur, la Grande-Bretagne a connu le projet d'amendement Corrie; ce projet, rejeté en 1979, constituait une nouvelle tentative de réduire de manière draconienne l'accès à l'avortement.

Au Grand-Duché de Luxembourg

Ce pays présente un cas particulier : la libéralisation s'est faite en douceur (en novembre 1978). Cependant, quoique largement libéralisé, l'IVG n'est pas dépénalisé. D'autre part, dans presque tous les cas où il n'est pas punissable, la femme doit être domiciliée depuis 3 mois au moins au Grand-Duché.

En Italie

L'Italie présente un autre cas particulier : non seulement c'est le seul pays méditerranéen qui ait une loi libérale, mais c'est une des plus libérales d'Europe.

Cependant, ce pays montre aussi que le problème ne se situe pas seulement au niveau légal. En effet, si depuis mai 78 l'IVG peut être pratiquée gratuitement, sur demande de la femme, par un médecin, endéans les 3 mois, - la loi est difficilement appliquée à cause de la clause de conscience, souvent invoquée par les médecins, et du poids considérable de l'Eglise dans les structures hospitalières.

C'est néanmoins par une forte majorité qu'a été repoussée, lors d'un référendum en mai 81, une proposition visant à n'autoriser l'avortement que si la santé de la femme est en danger, proposition soutenue par le pape.

En Allemagne (R.F.A.)

Depuis 1976, l'avortement est légalisé, mais on assiste à une situation un peu analogue à celle de la France : les contraintes légales et la résistance de nombreux hôpitaux amènent de nombreuses femmes à avorter illégalement ou à l'Etranger.

Au Danemark et en Irlande

Les deux extrêmes : en Irlande, l'avortement est interdit et sévèrement réprimé (ainsi d'ailleurs que la contraception), tandis qu'au Danemark il est depuis octobre 73 entièrement libre et couvert par la Sécurité Sociale.

Les pays scandinaves ont, dans l'ensemble, connu une évolution parallèle, dans le sens d'une libéralisation de l'avortement.

En Suisse

Il y a 30 ans que l'avortement, bien qu'illégal, se pratique en Suisse. Ce pays a toujours été une porte ouverte pour bon nombre de femmes de l'Europe entière, et de Belgique en particulier. Cependant, les prix pratiqués, très élevés, ne rendent l'IVG accessible qu'à une frange de la population ayant de sérieux revenus.

En 1978, les électeurs (1) ont rejeté par référendum une proposition de loi visant à libéraliser partiellement l'IVG.

En Grèce

La "légalisation de l'avortement" (loi adoptée en 1978) contraint encore chaque année deux à trois cent mille femmes grecques à avoir recours à l'avortement clandestin. En effet, l'IVG n'est autorisée qu'en cas de malformation du fœtus (jusqu'à 20 semaines) ou en cas de danger pour la santé psychique de la femme (jusqu'à 12 semaines) reconnu par un psychiatre rattaché à un hôpital de l'Etat.

(1) Rappelons que dans certains cantons les femmes n'ont toujours pas le droit de vote.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages et articles cités ici sont classés par ordre chronologique.

- L'avortement, J. DALSACE & A.M. DOURLLEN-ROLLIER, Casterman, collection Vie Affective et Sexuelle, 1970.
- L'avortement, collectif, Editions Universitaires, collection Sexologie, 1971.
- Tout savoir sur l'avortement, A.M. DOURLLEN-ROLLIER & F. ROLLIER, Filipacchi, 1972.
- Avortement, droit des femmes, D. SCHULDER & F. KENNEDY, Maspero, 1972.
- L'avortement, dossier de LA REVUE NOUVELLE, janvier 1973.
- La cause des femmes, G. HALIMI, Grasset, 1973.
- Contribution à l'étude des raisons de la demande d'avortement, mémoire de C. DUBOIS, Faculté des Sciences Psychologiques et Pédagogiques, ULB, 1975.
- Vivre autrement, dès maintenant, MLAC Rouen-Centre, Maspero, 1975.
- Réflexions sur l'avortement (Problèmes médicaux et sociaux de l'IVG), deux congrès de l'ULB en 1974, REVUE DE L'UNIVERSITE DE BRUXELLES, n° 2/3, 1975.
- Avortement : Belgique, éthique et politique, dossier de LA REVUE NOUVELLE, décembre 1976.
- Recherche sur le vécu et les attitudes de médecins et auxiliaires actifs dans le domaine de l'IVG, mémoire de R. COEN & A. STERCQ, Faculté des Sciences Psychologiques et Pédagogiques, ULB, 1976.
- Notre corps, nous-mêmes, Collectif de Boston pour la Santé des Femmes, Albin Michel, 1977 (voir le chapitre XX).

- Droits des femmes, pouvoir des hommes, O. DHAVERNAS, Le Seuil, 1978.
- Les interruptions de grossesse, colloque du MFPF, Tierce, 1978.
- Pour la dépénalisation totale de l'interruption de grossesse, Centre d'Action Laïque, 1978.
- L'avortement et l'opinion publique belge, sondage de l'ICSOP, POURQUOI PAS? du 13/04/78.
- Contraception et avortement, le droit des femmes, dossier du MFPF, Tierce, 1979.
- L'IVG dans les pays de la CEE, Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale, Paris, 1979.
- Le problème humain de l'avortement (Dimensions médicales et juridiques), IPPF, Londres, 1979.
- Le droit de choisir, collectif, La Brèche, 1979.
- Bilan de l'action des centres de planning familial, F. COULON, FBPFES, 1980.
- L'avortement en Belgique, V. JACORS, IEV, 1980.
- Avortement et contraception, H. MORGENTALER, Editions de l'Homme, Québec, 1980.
- Avortement, les faits, dossier AGENOR, 1980.
- L'avortement provoqué : guide pratique des soins et services requis, OMS, 1980.
- Dossier Avortement, VOYELLES n° 13, décembre 1980.
- L'IVG : un processus de politisation, 1970-1981, B. MARQUES-PEREIRA, Courrier Hebdomadaire du CRISP n° 923 & 930-31, 1981.
- Avortement : une expérience en milieu extra-hospitalier, Collectif Contraception, LA REVUE NOUVELLE, juillet-août 1981.
- La pratique de l'avortement en Belgique, GACEHPA, 1981.
- L'IVG dans l'Europe des Neuf, Journée d'étude du 23/10/79, INED, Cahier n° 91, PUF, 1981.
- Les partis devant le problème de l'avortement, P.H. CLAEYS & N. LOEB-MAYER, Courrier Hebdomadaire du CRISP n° 962, 1982.
- Pour une approche plus sereine à propos de l'avortement, P. DE LOCHT, CEFA, 1982.
- L'avortement aujourd'hui, V. JACOBS, IEV, 1983.

QUELQUES TEMOIGNAGES PARUS DANS LA PRESSE...

L'avortement, tel qu'il est vécu (I)

Le choix douloureux d'une femme qui a déjà élevé trois enfants

A partir de mercredi prochain, des femmes et des médecins vont être jugés pour avortement, au palais de justice de Bruxelles. En vertu d'articles du code pénal de 1867. Cette loi, affirmant des médecins confrontés à la demande des femmes, ne les ont jamais dissuadés d'interrompre des grossesses qu'elles refusaient. Mais les ont poussées à la clandestinité avec des conséquences jadis dramatiques pour leur santé ou même pour leur vie. Pour mieux cerner la réalité de l'avortement en Belgique, nous avons recueilli des témoignages de femmes. Et décrit le mode de fonctionnement des centres extra-hospitaliers qui pratiquent des avortements. L'objectif des centres est d'apporter aux femmes une qualité d'accueil et d'écouter qu'elles ne trouveront pas toujours, ou dont elles redoutent d'être privées, dans les structures plus impersonnelles des hôpitaux. Les avortements reprochés aux inculpés qui comparaitront le 2, le 9 et le 16 septembre ont été pratiqués dans ces centres extra-hospitaliers. Seraient-ils davantage passibles des rigueurs de la loi ?

« J'ai toujours estimé que les femmes devaient pouvoir disposer de leur corps, décider de leurs grossesses. Et les interrompre si elles le voulaient. J'ai milité en ce sens, j'ai participé aux manifestations pour que l'avortement ne soit plus un délit. Mais si mon engagement est clair, mon sentiment subjectif l'est moins. Je me suis toujours demandé comment moi, je ferais face à une grossesse que je refuse. Et voilà, à présent, je suis dans cette situation... »

X, jeans et pull de couleurs vives, cheveux longs, expose son cas à une jeune psychologue d'un centre extra-hospitalier pratiquant l'avortement. Ni le lieu, ni le nom des deux interlocutrices ne peuvent être révélés. Sous peine de tomber sous le coup de la loi, à nouveau appliquée dans toute sa rigueur, le procès qui s'ouvre mercredi prochain en témoigne. X a néanmoins accepté de faire partager son cas, se déclarant même prête à donner son nom « si cela pouvait faire progresser la libéralisation de l'avortement ». Mais ce serait là lui faire courir un risque inutile. Si X a bien voulu parler devant moi, ce n'est ni par provocation, ni par exhibitionnisme. Tout simplement parce que des milliers de femmes passent par ce qu'elle vit actuellement, et qu'il n'est pas bon pour elles d'occulter de mystère tout ce qui entoure les avortements.

L'accueil : écouter, sans juger

X se croit enceinte. Elle a un retard de règles qui ne lui est pas habituel : trois semaines exactement. Engagée dans le féminisme, elle n'a pas eu de peine à se procurer une adresse de centre où les interruptions de grossesse se font dans de bonnes conditions. Elle a téléphoné, pris rendez-vous.

Une première visite est fixée. Pour une consultation médicale, au cours de laquelle se fait le diagnostic d'une éventuelle grossesse

et de l'âge de celle-ci, la collente par le praticien de tous les renseignements nécessaires pour l'intervention (groupe sanguin antécédents, dépistage d'infections ou de cellules cancéreuses). Le même jour, une des femmes qui travaillent, par conviction, quelques heures par semaine dans ce centre, a avec la patiente une longue conversation détendue.

Il ne s'agit pas de passer devant le tribunal, d'imposer une sentence à la femme : c'est à elle que revient la décision finale. Mais celle qui est chargée de l'accueil va permettre à la patiente de réfléchir, de débrouiller ses motivations, de formuler son débat intérieur. L'accueillante dédramatisera également l'intervention, lui expliquant exactement son déroulement et discutera longuement avec elle du choix d'une contraception efficace.

Trois enfants, chômeuse

X explique en quelques phrases, sa situation : « Je suis chômeuse. Je ne parviens pas à retrouver un emploi mais j'ai entamé des cours qui me donneront une chance d'y parvenir. Je vis actuellement avec un étranger qui va retourner bientôt dans son pays. Si je suis effectivement enceinte, l'enfant est de lui. C'est difficile d'élever seule un enfant... Surtout quand on ne l'a pas voulu en connaissance de cause. » L'accueillante l'interrompt : « Vous avez déjà eu un enfant ? » Eclat de rire de X : « Bien sûr ! J'en ai trois, je suis même grand-mère ! J'ai eu mon premier enfant à dix-sept ans, le second à dix-huit ans et demi. »

X, à qui on donnerait facilement la trentaine, plutôt que 40 ans, a déjà élevé une famille nombreuse. Et c'est là un des nœuds de son angoisse. « Si j'ai un quatrième enfant, j'aurai passé toute ma vie en maternités. Ce dernier-né aura vingt ans quand j'en aurai soixante. Alors que je viens à peine de pouvoir goûter à la liberté. Que je veux étudier, me battre pour sortir du chômage. Si j'avais une situation matérielle moins difficile, je le garderais, je crois. Je pourrais alors l'élever et en même temps vivre un peu. » A cette impasse personnelle, où X se sent coincée, se superposent ses craintes devant l'avenir : « Devant la dureté de la crise, devant les menaces de guerre, j'estime que ce n'est pas le moment de faire des enfants, et je ne me prive pas de le dire. »

« Un bateau poussé par le vent »

S. X a tant d'arguments négatifs contre la poursuite de sa grossesse, d'où vient-il qu'elle soit si réticente à l'interrompre ? Du fait que le fœtus soit déjà là, qu'il possède l'hérédité du père et de la mère. Objectivement, je suis tentée d'avorter, mais j'ai peur de mes sentiments « d'après ». Peut-être de me sentir coupable. Je suis donc tentée de le garder, mais je crois que ce serait à ses dépens, et aux miens. Je reconnais les symptômes de mes grossesses précédentes : j'ai les seins qui gonflent et aujourd'hui je res-

sens cela comme une douleur. Mais comme je suis très maternelle, bientôt je trouverai cela agréable. Et je serai coincée. Mes enfants précédents sont venus « comme ça », sans que je l'aie décidé. J'en ai assez d'être un bateau sans gouvernail, poussé par le vent, de ne pas me diriger moi-même. »

La psychologue lui explique que si elle opte finalement pour une interruption de grossesse, celle-ci n'aura pas lieu avant une semaine. Un délai qui permet aux femmes de faire le point, de se préparer psychologiquement à l'intervention. A moins qu'elles ne préfèrent — c'est rare — que l'avortement se fasse sans attendre. Ou dans les cas où une grossesse trop avancée ne permet pas de retarder le moment de l'acte médical.

« Une semaine de réflexion, cela me convient parfaitement, acquiesce X. Si je devais attendre davantage, je serais coincée, incapable de décider d'interrompre ma grossesse. Si cela allait trop vite, je risquerais de trainer le remords d'avoir pris une décision trop rapide. »

Pourquoi tant d'échecs de la contraception ?

La suite appartient à X. La psychologue ne pèsera pas sur son choix. En revanche, elle va s'efforcer de cerner l'échec de la contraception pratiquée par X, pour éviter une « récurrence » d'avortement. Et il n'est pas simple de choisir la méthode contraceptive idéale. L'histoire de X est classique, presque banale. Le diaphragme adopté très jeune, abandonné parce que sa manipulation avant l'amour lui « coupait tout désir ». Puis le stérilet : « J'avais des infections, que cette méthode aggravait. Mon gynécologue m'a fait peur, agitant le spectre d'un cancer. » A alors tenté de se convertir à la pilule. « Je supporte mal de devoir prendre un médicament tous les jours. Et de ne plus avoir de règles. Je ressens un tas d'effets secondaires. Est-ce psychosomatique ? Possible. Je suis très imaginative. » Elle a songé à la ligature des trompes : « J'hésite parce que c'est irréversible. Comme face à l'avortement, j'ai peur de regretter mon acte. »

Il ne suffit pas de connaître les méthodes efficaces de contraception pour être à l'abri d'une grossesse non désirée. L'étude réalisée par les centres extra-hospitaliers indique que 82 % des femmes qui demandent un avortement ont eu une occasion de contraception sûre. Mais elles ont mal pratiqué la méthode choisie, ou y ont renoncé, pour l'une des multiples raisons que décrit X. Trop souvent, constate le personnel des centres, le médecin, soit par méconnaissance, soit par option philosophique, a conseillé d'arrêter provisoirement une méthode contraceptive, sans proposer de moyen de remplacement. Cette attitude de certains médecins est évoquée dans le témoignage que nous publions demain : celui d'une jeune femme qui, à 26 ans, a subi deux avortements.

BÉNÉDICTE VAES.

de Sai, 12/9/81

L'avortement, tel qu'il est vécu (III)

Une assistante sociale raconte comment elle a vécu deux expériences éprouvantes d'avortement

« Toute femme qui décide d'interrompre sa grossesse a le droit d'obtenir un avortement dans de bonnes conditions médicales et psychologiques, quels que soient ses motifs », déclare, à la veille d'une série de procès pour avortement, la « Coordination pour la dépenalisation de l'avortement » qui regroupe de très nombreuses organisations francophones et flamandes, et notamment la F.G.T.B., les partis socialiste et communiste, les Femmes prévoyantes socialistes et les Femmes du S.P., etc. La Coordination nationale revendique l'acquiescement de tous les prévenus sans exception : aucune autorité, dit-elle, n'a le droit de porter un jugement sur la situation des femmes. Elle soutient les propositions de loi qui visent à nous en faire un acte médical pour en faire un acte médical : celles de M^{me} Delage (P.S.) et Dinant (P.C.) à la Chambre, de M^{me} Lallemand (P.S.) et Renard (P.C.) au Sénat. Elle revendique aussi une politique active d'information sur la contraception et s'attache à la défense des centres extra-hospitaliers pratiquant des avortements et qui semblent les premiers visés par la justice.

Nous poursuivons la publication de témoignages par le cas d'une jeune femme qui a pris deux fois la décision d'avorter, d'abord en hôpital puis dans l'un de ces centres. Deux échecs de contraception auxquels l'attitude de son médecin traitant ne fut pas étrangère...

A 26 ans, F. a déjà subi deux avortements. Immaturité, manque de sens des responsabilités ? Ce n'est pas ce qui se dégage de son témoignage. F. est assistante sociale

le. Par son métier, elle est confrontée journellement à une société « enfants non admis ». Je vois tant de mères pour qui l'enfant est une charge, par moments insupportable. Au point que seul les obsède l'aspect matériel de son éducation. Elles me sollicitent pour obtenir des réductions aux colonies, aux plaines de jeu, aux cures d'été. Moins pour le bien-être de l'enfant que pour « en être débarrassées », comme elles le disent crûment. Le jour où je déciderai d'avoir un enfant, je veux que ses intérêts passent avant les miens.

A deux reprises, F. a estimé que les conditions n'étaient pas réunies pour lancer un enfant dans la vie. Elle a donc fait interrompre sa grossesse. La première fois en hôpital, la seconde, dans un centre extra-hospitalier. Ces deux expériences ont été vécues très différemment.

« A peine sortie du cocon familial, j'allais commencer mes études supérieures, quand, à 20 ans, je me suis retrouvée enceinte. Ma première réaction : me marier avec le garçon que je connaissais alors. J'ai réfléchi longuement, ne tournant toutes les solutions dans ma tête. Ce garçon ne me convenait pas, nous ne formions pas un couple. Et je n'étais pas préparée à élever un enfant seule. Je me suis donc fait avorter. Je n'en ai pas eu de remords car je crois avoir été franche avec moi-même, m'être posé « les bonnes questions ».

La désapprobation des infirmières

L'interruption de grossesse a été pénible. Elle s'est déroulée dans

un hôpital de la province de Namur, dans une ambiance médicale très froide, et que j'ai jugée inquiétante. Les infirmières m'ont fait sentir leur désapprobation, disant par exemple : « C'est toi qui l'a choisi, d'avoir mal ». On ne m'a pas expliqué les suites de l'intervention et lorsque j'ai perdu des caillots de sang, j'ai eu peur de mourir d'une hémorragie.

Avant cette première grossesse, je prenais la pilule, mais je l'ai arrêté, sur ordre d'un urologue, qui ne m'a pas conseillé d'autre moyen anticonceptionnel. Au cours de mon avortement, le médecin m'a posé un stérilet, me disant de m'adresser à mon gynécologue pour le « suivi » de ma contraception. Le problème, c'est que j'ai quitté alors ma petite ville de province pour étudier à Louvain où j'ai eu le plus grand mal à obtenir l'adresse d'un gynécologue « de confiance ». Pendant ce temps, j'ai souffert d'hémorragies répétées. Je garde le souvenir d'une année « noire » : j'étais épuisée, n'osant pas me confier ni demander à mon entourage de m'aider, préférant taire mon avortement.

Je n'osais pas questionner mon médecin

Je me suis installée à Bruxelles, à la fin de mes études. Même problème : faute de relations, je ne savais à quel gynécologue m'adresser. Celui qu'on m'a finalement renseigné m'a semblé moderne peu répressif. Mais il n'accordait que quelques minutes de consultation à chaque patiente, et je me sentais trop en état d'infériorité devant lui pour oser le

questionner. Après de nouvelles hémorragies qui me laissaient très mal en point, il m'a été mon stérilet, me disant d'attendre mes prochaines règles pour prendre la pilule. Mes pertes de sang ont faussé mes calculs et, après quelques semaines, ressentant des symptômes de grossesse, j'ai eu peur d'être à nouveau enceinte. Consulté, le médecin m'a dit que je me trompais. Il m'a fait attendre longtemps avant de me donner le résultat des examens. Je lui ai alors dit mon refus de garder l'enfant. Sa réponse : « Je travaille dans une clinique catholique, je ne peux pas vous aider ». Et il m'a demandé : « Tout ce temps ne vous a pas permis de réfléchir ? »

Dans un centre : pas de culpabilisation

Ce défi interminable, la difficulté d'obtenir une adresse ont eu pour résultat que j'ai attendu plus de dix semaines, j'ai été prise en charge par un centre extra-hospitalier. Les médecins et les femmes qui assurent l'accueil dans cette équipe travaillaient à de leur propre volonté. Ils m'ont donné l'impression de gens qui ont longuement réfléchi au problème et se sont engagés une fois pour toutes. Par ce fait-là, ils ne sont pas mal à l'aise dans leur travail comme ce peut être le cas du personnel hospitalier, et n'éprouvent pas le besoin de culpabiliser les autres. J'ai pu longuement parler à une jeune femme des motifs de ma décision. Elle m'a aidé à formuler clairement les questions que je me posais confusément. Enfin, mon ami a pu assister à l'intervention, ce que j'esti-

me capital : c'est tout de même à deux qu'est conçu l'enfant...

« Je n'ai pas gardé cet enfant à cause de notre situation. Mon ami restera encore étudiant pour de longues années et moi, j'arrive tout juste à nouer les deux bouts (je suis chômeuse mise au travail comme C.S.T.). Je ne veux pas forcer mon ami à vivre avec moi ni l'entretenir : j'ai vu trop de couples qui échouaient pour cette raison. L'homme ne supporte pas l'attitude, soit dominatrice, soit maternelle de sa compagne. Je ne veux pas non plus d'un enfant que je serais obligée de « caser » tout le temps, de crèches en gardiennes. Je voudrais d'abord qu'on puisse créer, à deux, un cadre de vie qui donne à l'enfant ses chances de séparation. Et j'espère pouvoir travailler alors à mi-temps pour me consacrer suffisamment à son éducation.

En attendant le jour où j'attirerai pouvoir enfin être mère, je me rends au centre où j'ai avorté pour m'assurer d'une contraception efficace. Je ne comprends pas pourquoi la contraception est si mal diffusée : serait-ce de peur de donner aux femmes le sens des responsabilités, l'habitude de l'autonomie ?

B. VAE S

L'avortement, tel qu'il est vécu (III)

Un médecin explique pourquoi il enfreint le code pénal

« Nous constatons, une fois de plus, que le corps médical est seul à assumer les problèmes humains et sociaux de la société, sans aucune protection du pouvoir judiciaire et politique », écrit l'Association des médecins issus de l'U.L.B., en hommage aux confrères inculpés pour avortement, « qui ont fait ouvertement primer leur devoir médical ».

« Le Soir » a publié deux témoignages de femmes qui ont pris le risque de parler de leur avortement pour qu'au-delà du débat de principes, apparaisse mieux la réalité quotidienne : les problèmes de couple ou les difficultés sociales qui déterminent le refus d'une grossesse, le désir de donner un maximum de chances à l'enfant avant de le lancer dans un monde difficile. Nous donnons aujourd'hui la parole à un médecin qui pratique des avortements dans un centre extra-hospitalier. Il est décidé à poursuivre sa pratique thérapeutique, quelle que soit l'issue du débat parlementaire.

Le docteur M. reçoit ce jour-là une très jeune patiente. Seize ans, l'air encore enfantin, renfermée, toute à ses appréhensions. Elle se présente seule pour « intervention médicale ». Son amant d'un soir ne l'a, comme dans bien des cas, pas accompagnée. Le docteur M. explique calmement tous ses gestes, la rassure, l'amène à se décontracter. L'aspiration dure une dizaine de minutes. La jeune fille va s'étendre et prend rendez-vous pour une consultation de contraception. Elle devra déboursier 3.600 francs pour son avortement. Mais le médecin, comme ses assistantes, n'est payé que 240 francs de l'heure.

« Je n'ai pas pu la sauver... »

Comment le docteur M. a-t-il été amené à travailler dans ce

centre ? Il y a 5 ans, explique-t-il, lors d'un stage à l'hôpital de Saint-Gilles, on m'a amené à la garde une jeune femme de 23 ans. Trouvée inanimée, en état de choc infectieux après un avortement clandestin. Nous n'avons pas pu la sauver... Sorti d'un collège catholique, étudiant à l'U.L.B., un peu par hasard, M. était plutôt, moralement et philosophiquement, hostile à l'avortement. Ce jour-là, dit-il, j'ai mis mes principes en poche, et j'ai réagi face à la réalité ».

Dans ses cours de l'U.L.B., on ne parlait guère d'avortement, même si l'environnement y était favorable au libre choix de la femme. Son professeur d'obstétrique commençait son cours en disant : « La grossesse n'est pas une maladie, on ne peut dès lors l'interrompre... » Le cours sur la reproduction humaine présentait, au chapitre 8, une page vierge : l'avortement était expliqué *ex-cathedra*, sans être matière d'examen — pour ne pas influencer les étudiants.

M. rencontre une jeune femme qui travaillait dans un centre extra-hospitalier créé à la demande des féministes. Il se joint à cette équipe dont le travail fait partie, dit M., de la lutte pour l'émancipation des femmes. Lorsqu'une femme demande un avortement, c'est sa décision qui est prioritaire. Et l'équipe de médecins et de non médecins partage les responsabilités du centre sans hiérarchie.

Une question inepte

Après trois ans de pratique, le docteur M. dit : « Je ne sais plus ce que je pense moralement de l'avortement, parce que c'est une question inepte. De même, on peut se lancer dans des débats à perte de vue pour évaluer si c'est bien ou mal qu'une fille de quinze ans prenne la pilule, et pour calculer toutes les conséquences de l'amour libre. Moi, je sais que je n'ai pas à lui refuser la contraception, je connais trop bien les conséquences qu'aurait cette attitude. De même, ne pas avorter une femme qui le demande équivaut à lui faire risquer sa santé ou sa vie. L'avortement s'intègre dans la pratique thérapeutique. Lorsqu'une femme se fait poser un stérilet parce qu'elle ne veut pas d'enfant, il peut arriver que cette contraception échoue : son médecin n'a pas le droit de la renvoyer, après un discours moralisateur ».

Plutôt que gynécologue, M. a préféré devenir généraliste. Par engagement, il veut être très accessible à ses patients. Les avortements qu'il effectue s'insèrent dans une médecine « de tous les jours ». Le dialogue, dit-il, se noue plus difficilement avec un « expert »,

et la culpabilité de la femme s'en trouve aggravée.

Des femmes reviennent annoncer une grossesse désirée

« Le travail au centre, reconnaît-il, est parfois ardu, par sa répétition humaine et médicale. Mais nous connaissons de grandes satisfactions lorsque les femmes continuent à faire suivre leur contraception. Et surtout lorsqu'elles reviennent nous annoncer leur grossesse désirée. Pourquoi une femme a-t-elle refusé un enfant à un certain moment, puis voulu, plus tard, devenir mère ? Ses raisons sont parfois difficiles à cerner, vues de l'extérieur. C'est pourquoi il est aberrant d'avoir confié le problème de l'avortement à une commission éthique ».

« Les femmes avorteront de toute façon. Si le Parlement vote une loi trop restrictive, il les rejettera dans la clandestinité. S'il autorise uniquement l'avortement dans les hôpitaux, ceux-ci ne pourront pas faire face à toutes les demandes. A moins que, pressés par leur besoin de rentabilité, ils ne multiplient les avortements trop rapides, dans de mauvaises conditions psychologiques, comme cela se passe souvent en France. »

Autoriser l'avortement, permettre la maternité

Malgré les procès en cours, le centre où travaille M. poursuit son travail. Mais les dossiers médicaux sont mis en lieu sûr. Aux femmes qui s'inquiètent, M. rappelle qu'une femme ne peut être inculpée qu'à deux conditions : qu'elle ait été dénoncée, qu'elle avoue son avortement. Il leur faut donc garder la plus grande discrétion, et prévenir le centre en cas d'interrogatoire.

M. redoute les conséquences des procès : « Le débat sur l'avortement va être passionnalisé, la précipitation pourrait donner lieu à une loi qui ne permette pas de résoudre au mieux tous les problèmes. Si tel était le cas, je continuerais à faire des avortements illégaux. J'ai souscrit à la charte médicale et à la liberté thérapeutique qu'elle affirme : je continuerais d'y recourir, même en encourageant les foudres de la justice ».

La femme de M. est enceinte depuis peu : « Le bonheur que nous connaissons me fait mieux comprendre le drame des grossesses non désirées. Et rien ne facilite la maternité à la femme. Il ne suffit pas d'établir un moratoire des poursuites judiciaires, il faut aussi prendre, d'urgence, des mesures qui permettent réellement à la femme qui travaille de choisir la maternité. »

Propos recueillis par
BÉNÉDICTE VAES.

de Soir
03/09/81.

Annexe I

LISTE D'ADRESSES

1. SOCIETE BELGE POUR LA DEPENALISATION DE L'AVORTEMENT
c/o M. COULON, 51 rue des Moutons, 1180 Bruxelles.
2. COMITES POUR LA DEPENALISATION DE L'AVORTEMENT
c/o M. GUEUDIN, 23 rue A. Giron, 1050 Bruxelles.
3. COMITE POUR LA SUSPENSION DES POURSUITES EN MATIERE D'IVG
15 avenue de la Folle Chanson, 1050 Bruxelles.
4. GROUPE D'ACTION DES CENTRES EXTRA-HOSPITALIERS PRATIQUANT
DES AVORTEMENTS, 51 rue du Trône, 1050 Bruxelles.
5. GROUPE D'ETUDE DES PROBLEMES DE L'AVORTEMENT
74 boulevard du Triomphe, 1160 Bruxelles.

Centres pratiquant des avortements

6. CENTRES EXTRA-HOSPITALIERS DU GACEHPA

- AIMER A L'ULB, 38 avenue Jeanne, 1050 Bruxelles.
02/649.86.47
- AIMER JEUNES, 63 quai du Bois à Brûler, 1000 Bruxelles.
02/218.49.77
- AIMER A LLN, 5 place de la Neuville, 1348 Louvain-la-Neuve.
010/41.12.02
- CENTRE LOUISE MICHEL, 14 rue Marcel Thiry, 4000 Liège.
041/52.43.22
- COLLECTIF CONTRACEPTION, 49 rue Quésimonde, 4140 Amay.
085/31.41.80
- COLLECTIF CONTRACEPTION, 34 avenue des Celtes, 1040 Bxl.
02/736.13.14
- COLLECTIF CONTRACEPTION, 36 rue Charnoy, 6000 Charleroi.
071/31.46.67
- COLLECTIF CONTRACEPTION, 83 rue de Bellevue, 7100 La Louvière.
064/28.12.18

- COLLECTIF CONTRACEPTION, 91 rue Lairesse, 4020 Liège.
041/42.73.41
- COLLECTIF CONTRACEPTION, 88 rue du Marais, 4100 Seraing.
041/36.95.34
- FREE CLINIC, 154a chaussée de Wavre, 1050 Bruxelles.
02/512.13.14
- KOLLEKTIEF ANTIKONCEPTIE, 107 St.Pieter Saal straat, 9000
091/21.25.13 Gent.
- LE TERRIL, 62 rue Rogier, 6040 Jumet.
071/35.78.70
- MARY JANE CANNARY, 15 rue Nestor De Tière, 1030 Bruxelles.
- PLAN F, 22 rue des Guildes, 1040 Bruxelles.
02/230.58.47
- PLANNING MAROLLES, 36 rue de la Fontaine, 1000 Bruxelles.
02/511.29.90
- PLANNING WATERMAEL, 59 rue du Bien Faire, 1170 Bruxelles.
02/673.39.34

7. HOPITAUX

- CLINIQUE LOUIS CATY, 118 rue Louis Caty, 7420 Baudour.
065/64.23.51
- HOPITAL SAINT-PIERRE, 322 rue Haute, 1000 Bruxelles.
02/538.00.00, ext. 2310
- HOPITAL TIVOLI, c/o La Famille Heureuse du Centre,
80 rue Bonne Espérance, 7100 La Louvière.
064/44.25.95
- MATERNITE PROVINCIALE DE NAMUR
85 chaussée de Charleroi, 5000 Namur.
081/22.35.93
- CLINIQUE GYNECOLOGIQUE DE L'UNIVERSITE DE LIEGE
81 boulevard de la Constitution, 4000 Liège.
041/43.88.55

Pour les hôpitaux, il faut :

- habiter la région;
- être inscrite à la mutuelle;
- si on est mineure, avoir une autorisation des parents.

Annexe II

LES ARTICLES DU CODE PENAL TRAITANT
DE L'AVORTEMENTArticle 348

Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments, violences ou par tout autre moyen, aura, à dessein, fait avorter une femme qui n'y a point consenti, sera puni de la réclusion.

Article 349

Lorsque l'avortement a été causé par des violences exercées volontairement, mais sans intention de le produire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de 3 mois à 2 ans et d'une amende de 26F à 300F (multipliée par 40).

Si les violences ont été commises avec préméditation ou avec connaissance de l'état de la femme, l'emprisonnement sera de 6 mois à 3 ans, et l'amende de 50F à 500F (multipliée par 40).

Article 350

Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen, aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de 2 ans à 5 ans, et à une amende de 100F à 500F (multipliée par 40).

Il n'y a pas infraction lorsque les moyens employés par l'auteur ont uniquement eu pour conséquence la naissance prématurée d'un enfant viable.

La preuve de l'état de grossesse n'est soumise à aucune règle particulière.

L'infraction d'avortement peut être établie par tout mode de preuve légal.

Article 351

La femme qui, volontairement, se sera fait avorter sera punie d'un emprisonnement de 2 ans à 5 ans et d'une amende de 100F à 500F (multipliée par 40).

Article 352

Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, et aux travaux forcés de 10 ans à 15 ans si elle n'y a point consenti.

Article 353

Dans les cas prévus par les articles 348, 350 et 352, si le coupable est médecin, chirurgien, accoucheur, sage-femme, officier de santé ou pharmacien, les peines respectivement portées par ces articles seront remplacées par la réclusion, les travaux forcés de 10 à 15 ans ou de 15 à 20 ans, selon qu'il s'agit de l'emprisonnement, de la réclusion ou des travaux forcés de 10 à 15 ans.

Est punissable, la tentative d'avortement, à l'état de délit manqué, par un pharmacien, sur une femme qui y a consenti.

Article 383

Sera condamné à un emprisonnement de 8 jours à 6 mois et à une amende de 26F à 500F (multipliée par 40), quiconque aura, soit par l'exposition, la vente ou la distribution d'écrits imprimés ou non, soit par tout autre moyen de publicité, préconisé l'emploi de moyens quelconques de faire avorter une femme, aura fourni des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir, ou aura fait connaître, dans le but de les recommander, les personnes qui les appliquent; quiconque aura exposé, vendu, distribué, fabriqué ou fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quelconque de publicité les drogues ou engins spécialement destinés à faire avorter une femme ou annoncés comme tels.

Annexe III

LES PROJETS DE LOI

(Extrait du bilan de l'activité des centres de la FBPDES, recherche effectuée en 1979 par Michel Cleempoel et Bruno De Dobeere.)

On peut classer les projets de loi déposés entre 1973 et 1979 en quatre grandes rubriques.

Les propositions de loi demandant la suppression des poursuites pendant une période limitée. Ces propositions apparaîtront lors de l'affaire Peers et, ensuite, lors des reprises des poursuites. Ce sont, par exemple, les propositions Risopoulos (1973), Cudell (1974), etc. L'esprit en était d'assainir l'atmosphère au moment où tout le monde estimait nécessaire qu'un débat parlementaire ait lieu. C'était en somme légaliser la trêve judiciaire qui s'établissait tacitement; mais la proposition Risopoulos recueillera un avis défavorable au Conseil d'Etat. Celui-ci, en effet, y verra une ingérence du législatif dans le judiciaire (1).

Les propositions de loi autorisant l'avortement exclusivement en cas de danger grave et durable pour la santé de la femme (Pède, Payla, Bertrand, Herman-Michielsens). Elles prévoient que ce danger devrait être évalué par une commission ad hoc. La décision n'appartient en aucun cas à la femme.

Les propositions de loi autorisant l'avortement avec certaines conditions restrictives : structures d'accueil obligatoires, structure hospitalière obligatoire, délai limité (généralement 12 semaines, obligation d'un médecin spécialiste. Ce sont les propositions Calewaert, Pierson, Payla, Risopoulos, Dinant, etc.

Les propositions de loi visant la sortie de l'avortement du Code Pénal. L'interruption de grossesse serait alors considérée comme un acte médical, la décision revenant dans ce cas à la femme. Ce sont les propositions Detiège, Levaux-Vangeyt, etc.

(1) Ce qui est anticonstitutionnel. Ne pouvant donc demander la suspension des poursuites, certains parlementaires déposeront des propositions de suspension des articles litigieux du Code Pénal, jusqu'à ce qu'une nouvelle loi soit votée.

(Extrait du BULLETIN DU CENTRE D'ACTION LAIQUE n° 91.)

Le Code pénal en question

Ce sont les articles 350 à 353 ainsi que les deux derniers alinéas de l'article 383 du Code pénal qui - par leur aspect rétrogradement répressif - font actuellement problème. Une majorité se dégagera vraisemblablement pour les traiter en deux temps : d'abord leur suspension pendant une période à déterminer, puis leur modification ou mieux leur abrogation.

1° La suspension

Les propositions de loi suivantes tendent à suspendre les articles litigieux du Code pénal.

- Chambre : Noëlla DINANT (05-03-81) : jusqu'à l'entrée en vigueur d'une nouvelle loi;
- Sénat : M. PAYFA (10-04-79) : pour une période de trois ans;
- Chambre : B.J. RISOPOULOS (11-02-81) : pour une période de trois ans;
- Chambre G. BRENEZ et H. BROUHON (19-02-81) jusqu'au 31-12-84;
- Sénat : R. HENRION (25-03-81) : jusqu'au 31-12-81.

Suite à la menace de reprise des poursuites, le 06-02-81 (Bull 88, p.16), la proposition PAYFA - la seule à avoir été coordonnée entre les partis FDF, PS et RW - a été discutée en Commissions du Sénat et rejetée, le 18-03-81 (Bull 89, p.15) à cause essentiellement de l'appoint des voix PVV à celles du CVP-PSC.

Il est vraisemblable que le dépôt ultérieur de la proposition PRL du sénateur HENRION - malgré son échéance ridiculement irréaliste - soit à la base enfin d'un ralliement libéral au principe même de la suspension des poursuites, quitte à ce que les modalités notamment de délais fassent l'objet de négociations particulières.

2° La dépenalisation

Sont actuellement en présence, les propositions de loi suivantes.

- Chambre : Léona DETIEGE : (16-05-79) : dépenalisation totale;
- Sénat : R. LALLEMAND (17-03-81) : dépenalisation totale (Cf éditorial du présent Bull);
- Sénat C. RENARD et R. DUSSART (23-04-81) : dépenalisation totale;
- Sénat Mme HERMAN-MICHIELSEN (20-03-81) : dépenalisation lorsque le fait de porter une grossesse à terme menace la santé physique et psychique de la femme de façon grave et durable. Des conditions d'intervention précises sont imposées, notamment établissement hospitalier "agréé", structure d'accueil obligatoire, délai de réflexion obligatoire.
- Sénat : M. PAYFA (11-05-79) : dépenalisation pendant 12 semaines pour la femme enceinte dans une situation de détresse. Des conditions d'intervention précises sont également imposées notamment établissement hospitalier ou centre PMF "agréé", structure d'accueil obligatoire.

Annexe IV

LES MEMBRES DE LA "COMMISSION ETHIQUE"

Le sigle entre parenthèses qui suit les nom et qualités de l'intéressé désigne le parti qui l'a choisi pour siéger au sein de la commission.

L'astérisque désigne les signataires du Rapport des 12, dont la rédactrice est Mme Klein.

- Dr Angenod, gynécologue, membre du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins (PSC)*.
- Mme Beetz, avocate, secrétaire nationale des Femmes PSC.
- Mme Bonte, gynécologue (PSC)*.
- M. Cliquet, chargé de cours à la Faculté de Droit de l'Université de Gand (PVV).
- M. De Clerck, docteur en Droit (PLP).
- Mme De Poorter, avocate (PSC).
- Dr De Reymaeker, professeur de déontologie médicale à l'UCL, administrateur de *Pro Vita* (PSC)*.
- Dr Dombrowicz, gynécologue travaillant dans un centre de planning familial (RW).
- M. Drion, président de la Cour du Travail à Liège (PSC)*.
- Dr Elaut, urologue (VU)*.
- Mme Fossoul, de la Faculté de Médecine de l'ULB, pharmacologue (PSB).
- Mme Friedenreich, docteur en médecine (PVV).
- M. Goriely, professeur de sociologie à l'ULB (PSB).
- M. Houben, ancien sénateur et président du CVP, remplacé en avril 76 par M. Van den Berghe.
- Mme Klein, chargée de cours à la Faculté de Droit de l'UCL (PSC)*.
- Mme Knops, de l'ONE, pédiatre (PSC)*.

- Mme Michielsens, avocate, chef de cabinet adjoint au Ministère de la Justice (PVV).
- Mme Portray, docteur en médecine (PLP)*.
- Dr Renaer, professeur à la Faculté de Médecine de la KUL, membre du Conseil Supérieur de l'Ordre des Médecins (CVP)*.
- M. Storme, professeur à l'Université de Gand (CVP)*.
- Dr Thiery, professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Gand (BSP).
- Dr Van Daele, pédiatre, chef de clinique adjoint à la KUL (CVP)*.
- M. Van den Berghe, professeur de Droit à la KUL, attaché de cabinet du Premier Ministre, désigné en remplacement de M. Houben (CVP)*.
- Mme Vandenheuvel, docteur en Droit, membre du cabinet de la Culture Néerlandaise (CVP)*.
- M. Vermeylen, ancien ministre de la Justice et de l'Education Nationale, professeur émérite à l'ULB (BSP).
- Mme Verrijcken, juge de paix à Borgerhout (BSP).

