SEXUALITÉ

Repères sociaux et culturels

FLCPF
FEDERATION LAÏQUE
de centres
DE PLANNING FAMILIAL

L'avortement

4

SOMMAIRE

INTRODUCTION 5

LA LÉGISLATION ET LE DÉBAT POLITIQUE 6

LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE 12

LES ASPECTS MÉDICAUX 18

LES ASPECTS PSYCHOSOCIAUX 22

BIBLIOGRAPHIE 31

ANNEXES 35

La collection ***Sexualité : repères sociaux et culturels*** se propose de regrouper des dossiers thématiques abordant la sexualité sous l'angle des comportements, de l'image sociale et des stéréotypes qui y sont liés. Les comportements liés à la sexualité tiennent autant de l'instinct que de la société dans laquelle celui-ci s'exprime. Les normes et les règles dans ce domaine sont nombreuses, complexes et évoluent dans le temps.

Le but de ces dossiers est de proposer des repères et des pistes de réflexion sur des thématiques liées à la sexualité dans la société actuelle en reprenant, d'une part, des entretiens avec des experts et des intervenants de terrain et, d'autre part, des études et enquêtes émanant des structures de première ligne dans le domaine abordé.

INTRODUCTION

Le droit des femmes de disposer de leur corps et de pouvoir interrompre une grossesse qu'elles ne peuvent assumer fut conquis de haute lutte. D'un combat de santé publique, la lutte pour la dépénalisation de l'avortement se mua en un combat de société plus large, visant non seulement à l'octroi de droits égaux aux filles d'Eve, mais également à un remaniement profond des rapports de force dans la collectivité. De ce fait, ce combat, en quelque sorte, fut libertaire et révolutionnaire.

Le vote de la loi du 3 avril 1990 dépénalisant partiellement l'avortement bouleversa le paysage politique dans notre pays. L'ouverture qui en a résulté, a permis que d'autres débats éthiques – sur l'euthanasie, le mariage des homosexuels, notamment – se déroulent dans une plus grande sérénité et aboutissent rapidement. La Belgique est aujourd'hui un des pays les plus progressistes en matière éthique. Il ne peut cependant être question de s'endormir sur ces lauriers ; bien au contraire, il faut consolider ces acquis par une action concertée et poursuivie qui ne se limitera pas à la défense de l'un ou l'autre de ces droits.

A une époque où tant aux Etats-Unis que dans certains pays d'Europe (tels la Pologne et la Hongrie), l'accès à l'avortement est remis en question, la dérive droitière du monde politique et de l'opinion publique, ainsi que le prosélytisme des forces religieuses réactionnaires, qu'on observe également dans notre pays, constituent de très sérieuses menaces. Il n'est que temps de réveiller le militantisme, de sensibiliser à nouveau l'opinion publique et de défendre l'approche laïque de la société.

Pareille action doit nécessairement être sous-tendue d'une connaissance approfondie des divers aspects de chacune des problématiques. Il est du ressort de la FLCPF de se pencher plus particulièrement sur ce qu'on appelle depuis les années septante l'*interruption volontaire de grossesse*. Le dossier que vous avez en mains a été remis à jour par une équipe de travailleurs que je remercie ici. Il constitue une base solide. Bonne lecture !

Jean-Jacques AMY, Co-Président de la FLCPF

LA LÉGISLATION ET LE DÉBAT POLITIQUE

Jusqu'en 1990 en Belgique, l'avortement était pénalisé, selon une loi datant de 1867. On le trouvait parmi les crimes *« contre l'ordre des familles et la moralité publique »*. Il n'était donc pas considéré comme un meurtre mais comme une attaque contre la société et la morale, au même titre que le viol, la prostitution ou la bigamie. Cette loi a toujours été inadéquate et n'empêchait pas les avortements d'avoir lieu. La jurisprudence admettait les avortements thérapeutiques pour des raisons médicales graves, ainsi que les interruptions de grossesse après viol ou inceste. Dans les autres cas, plus courants, les femmes se rendaient à l'étranger, en Suisse puis en Grande-Bretagne ou aux Pays-Bas, pour y faire effectuer une interruption de grossesse dans des conditions médicalement satisfaisantes. Bien plus nombreuses encore étaient celles qui en étaient réduites à se faire avorter en Belgique, dans la clandestinité et au risque de complications graves, en raison de l'incompétence de l'avorteur ou de l'avorteuse.

Parallèlement à l'interdiction de l'avortement, la loi Carton de Wiart[1] interdisait la publicité et l'information en matière de contraception, mais non la vente ni l'usage de contraceptifs. Cette législation répressive était motivée notamment par la nécessité de lutter contre la diminution de la natalité consécutive à la guerre 14-18. Dans les faits, cette loi contribuait surtout à maintenir le public dans l'ignorance d'une contraception efficace.

Les années 70 marquent un tournant dans la question de l'avortement qui suscite de nombreux débats au sein de l'opinion publique et sur la scène politique. En 1970, le Ministère de la Santé Publique reconnaît officiellement et subventionne les centres de consultations prématrimoniales, matrimoniales et familiales.
Un an plus tard, la première proposition de dépénalisation de l'avortement est déposée au Sénat par le socialiste flamand Willy Callewaert. Cette proposition de loi, qui ne sera pas suivie d'effet, suggère de soumettre la demande d'interruption de grossesse à l'approbation de deux ou trois médecins, selon qu'il s'agit de raisons médicales ou sociales. En janvier 1973, le Dr Willy Peers, gynécologue namurois connu pour avoir été l'un des initiateurs de la méthode de « l'accouchement sans douleur » en Belgique,

1. Loi du 20 juin 1923 modifiant les articles 383 et 384 du Code pénal de 1867 et réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle (texte complet en annexe 1).

déclare publiquement avoir pratiqué plus de 200 avortements. Le Dr Peers provoque ainsi son arrestation et pose publiquement le problème de l'incohérence entre la loi et la pratique. Cette arrestation fait scandale, de nombreuses prises de position s'ensuivent, des comités de soutien se créent et une pétition réunit 250 000 signatures.
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. Le gouvernement (tripartite PS-CVP-PVV)[2] qui vient de se former se borne à promettre de tout mettre en oeuvre pour adapter la législation.
« L'affaire Peers » entraînera une radicalisation des milieux progressistes : mise en accusation de la loi, exaltation de l'opinion, prises de position officielles, défis publics à la loi pénale et au Conseil de l'Ordre des Médecins. Face à cette réaction, un accord tacite entre le Ministre de la Justice et le Parquet gèlera les poursuites judiciaires pour avortement.
Parallèlement, la libéralisation de l'information sur la contraception deviendra effective[3] et certains hôpitaux officialiseront la pratique de l'avortement pour motifs psychosociaux. Les centres de planning familial, quant à eux, donneront des renseignements pratiques, orienteront et apporteront un soutien psychologique et une aide médicale après l'intervention en hôpital.

Dans la seconde moitié des années 70, certains centres de planning familial décident de pratiquer eux-mêmes des avortements dans le cadre de leurs consultations. D'autres centres se créent spécifiquement dans le but de pratiquer des interruptions de grossesse dans de bonnes conditions médicales et psychologiques, ouvertement et sans esprit de lucre. C'est l'origine du Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA), dont la majorité des membres seront également affiliés à la Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle (FFBPFES) dénommée depuis 1999, Fédération Laïque de Centres de Planning Familial (FLCPF).

En 1975, le gouvernement met sur pied une Commission nationale chargée de faire des propositions sur les questions éthiques, dont l'avortement. Les membres de cette Commission sont issus des milieux politiques, judiciaires, universitaires et médicaux. Le rapport remis en 1976 fait état d'un compromis entre les partisans de la libéralisation totale de l'avortement et ceux d'une libéralisation partielle. Il propose que l'avortement soit dépénalisé

2. Parti Socialiste - Christelijk Volkspartij (actuel CD&V) – Partij voor Vrijheid en Vooruitgang (actuel Open VLD).
3. La loi Carton de Wiart (cf. Note 1) sera supprimée le 28 juin 1973.

lorsqu'il "*existe un ensemble de circonstances de nature à menacer de façon grave et durable les conditions d'existence de la femme*"; ceci serait évalué en prenant en considération "*les éléments d'ordre somatique, psychologique et social compris dans la notion de santé*". Ce rapport ne réunit qu'une faible majorité parmi les membres de la Commission et la minorité parviendra à le saper en publiant un texte beaucoup plus restrictif qui revient à ne légaliser que l'avortement thérapeutique déjà admis dans la jurisprudence.

De juillet 77 à juin 78, pas moins de dix propositions de loi sont déposées par des parlementaires. Ces textes peuvent être classés en quatre grandes rubriques:
- ceux qui demandent la suppression des poursuites judiciaires pour une période limitée, ce qui sera considéré comme une ingérence du pouvoir législatif dans le judiciaire et jugé inconstitutionnel par le Conseil d'Etat;
- ceux qui autorisent l'avortement uniquement en cas de danger grave et durable pour la santé de la femme, la décision étant prise par une Commission ad hoc;
- ceux qui autorisent l'avortement pour des raisons psychologiques à certaines conditions (structures d'accueil, milieu hospitalier, délai à respecter);
- ceux qui autorisent l'avortement réalisé par un médecin, la décision revenant à la femme.
Aucune de ces propositions n'est retenue et l'immobilisme gouvernemental et parlementaire reste de mise.

Cette absence de décision politique contraste avec l'action des groupes de pression : les comités de soutien au Dr Peers, la Société Belge pour la Légalisation de l'Avortement, la Fédération Francophone Belge pour le Planning Familial et l'Education Sexuelle, le Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l'Avortement, les groupes liés à la gauche parlementaire (socialiste et communiste) mais aussi aux milieux libéraux et même chrétiens. Au sein du monde politique, hormis le parti socialiste, aucune des familles politiques belges, à l'exception peut-être de l'extrême gauche et de l'extrême droite, n'affichait d'unanimité absolue par rapport à la question de l'avortement.

Les hôpitaux et les centres extrahospitaliers qui pratiquent des avortements s'en cachent de moins en moins. Le fossé se creusant de plus en plus entre la réalité sociale et la loi, la trêve judiciaire est rompue. Les jugements et les condamnations de médecins, de travailleurs psychosociaux et de femmes, se multiplient. Les magistrats entendent ainsi obliger le législateur à intervenir pour faire cesser l'incohérence entre la loi et la pratique.

Dans ce climat chahuté, une nouvelle proposition de loi dépénalisant l'avortement est déposée, en 1986, par Roger Lallemand (PS) et Lucienne Herman-Michielsens (PVV). Ce texte prévoit deux cas où l'interruption de grossesse pratiquée par un médecin n'est pas punissable : durant les 15 premières semaines de grossesse, lorsque la femme est en "situation de détresse" et au-delà de 15 semaines, lorsqu'il existe un "état de nécessité" (ce qui correspond à un risque grave pour la mère ou à la présence d'une affection incurable chez l'enfant à naître).
La proposition est rejetée et les sociaux chrétiens proposent d'introduire dans la Constitution un article protégeant le respect inconditionnel de la vie humaine dès la conception. Cette proposition ultra-traditionnaliste ne tient pas compte de la diversité des opinions du monde chrétien et certains mouvements (Jeunes PSC[4], Femmes CVP) revendiquent une position beaucoup plus nuancée.

Ce n'est qu'après un changement de majorité politique et l'entrée des socialistes au gouvernement, que la loi dépénalisant partiellement l'avortement en Belgique sera votée.
Après le Sénat, qui l'a approuvée le 6 novembre 1989, la Chambre vote, le 29 mars 1990, à une très large majorité (126 oui, 69 non, 12 abstentions) la proposition de loi déposée par Roger Lallemand (PS) et Lucienne Herman-Michielsens (PVV). La loi Lallemand-Michielsens mettait ainsi fin à près de vingt ans de polémiques et de combats.

Au lendemain du vote de la Chambre, se référant à sa conscience et à sa foi, le Roi Baudouin refusait la sanction et la promulgation de la loi. Dans une lettre adressée au Premier Ministre, il disait regretter que les partis politiques n'aient pas voulu trouver un consensus sur "*un sujet aussi fondamental*". Refusant toute "*coresponsabilité*" dans cette loi et ne voulant pas y être associé car elle représentait "*une diminution sensible du respect de la vie de ceux qui sont les plus faibles*", le Roi rejetait aussi toute forme d'avortement en cas de malformation ou maladie incurables du foetus *: "A-t-on songé comment un tel message serait perçu par les handicapés et leurs familles?"*. Le Roi Baudouin achevait sa lettre au gouvernement en s'interrogeant : "*Est-il normal que je sois le seul citoyen belge forcé d'agir contre sa conscience?*"
C'était un coup de théâtre et une première dans l'histoire de la Belgique, les autres souverains avaient toujours dépassé leurs sentiments personnels et résisté à la tentation du veto dans des domaines où ils n'approuvaient pas la volonté des élus. Le Roi cependant ne voulait pas arrêter irrémédiablement la mise en application de la loi, il suggérait de rechercher une solution acceptable au plan constitutionnel. Le gouvernement de Wilfried Martens a

4. Parti Social Chrétien (actuel CDh).

finalement eu recours à l'article 82 de la Constitution concernant l'impossibilité de régner du souverain en guise de "solution juridique" au refus de sanction royale. C'est ainsi que le règne de Baudouin a été mis entre parenthèses durant trois jours pour permettre la promulgation de la loi dépénalisant partiellement l'avortement.

La loi du 3 avril 1990

La loi du 3 avril 1990[5] légalise partiellement l'avortement et entraîne une modification du code pénal. L'article 350 qui stipule : *"Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an (...)"* a été complété par la disposition suivante : *"Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans certaines conditions (...)"*.

La loi ne libéralise pas totalement l'avortement, comme le demandaient de nombreux mouvements, mais l'autorise sous certaines conditions :

- l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine qui suit la conception;
- elle doit être pratiquée par un médecin, dans de bonnes conditions médicales, au sein d'un établissement de soins (généralement dans un hôpital ou un centre de planning familial) où existe un service d'accueil et d'information qui permet à la femme de connaître ses droits, les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et les autres solutions pour répondre à sa situation;
- elle ne peut avoir lieu, au plus tôt, que six jours après la première consultation et après que la femme ait exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder;
- le médecin doit informer la femme des aspects médicaux de l'intervention et apprécier son "état de détresse".

La notion d'"état de détresse" n'est pas définie dans la loi mais est un concept subjectif résultant du refus profond et persistant de la grossesse.

Si la grossesse a plus de douze semaines, l'intervention ne peut avoir lieu que si la santé de la mère et du foetus est gravement mise en danger ou s'il est certain que l'enfant sera atteint à la naissance d'une maladie très grave ou incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, l'avis d'un deuxième médecin sera demandé et l'intervention devra obligatoirement se dérouler en milieu hospitalier.

5. Texte complet en annexe 2.

La loi précise aussi qu'aucun médecin ou autre membre du personnel médical n'est obligé d'accepter de concourir à une interruption de grossesse ("clause de conscience"). Le médecin doit toutefois informer la femme enceinte, dès sa première visite, de son refus d'intervenir.

La Commission d'évaluation

L'adoption de la loi est un échec pour le CVP (parti social chrétien flamand) du Premier Ministre Wilfried Martens. Ce parti avait dans un premier temps menacé de rompre la coalition gouvernementale avec les socialistes si le projet de loi était adopté. Il a renoncé à cette exigence en échange de la création d'une Commission[6] chargée d'évaluer tous les deux ans l'application et l'impact de la loi.

La Commission d'évaluation comprend seize membres, neuf femmes et sept hommes; huit médecins dont quatre professeurs d'université, quatre professeurs de droit ou avocats, quatre praticiens de l'accueil et de la guidance des femmes. Elle est établie sur base de la parité linguistique et de la représentation pluraliste.

En s'appuyant sur un réseau de statistiques obligatoires, cette Commission fait, à l'intention du Parlement, des recommandations visant à réduire le nombre d'avortements par la prévention et par la guidance des femmes en détresse.
Tout médecin pratiquant un avortement est donc tenu de remplir un rapport, confidentiel mais très détaillé : le numéro de code du médecin et celui de son établissement, l'âge, l'état civil et le nombre d'enfants de la femme, la province où elle est domiciliée, la description de son état de détresse, l'utilisation ou non d'une méthode contraceptive, la date de l'interruption de grossesse et le délai écoulé depuis la première demande.
Ce document est par ailleurs complété par un autre rapport concernant cette fois les médecins : nombre de demandes d'avortement recensées par établissement de soins (hôpital ou centre extrahospitalier), nombre d'avortements effectivement pratiqués, nombre de demandes refusées, méthode d'accueil, d'assistance et résultats obtenus.
Des peines de prison ou des amendes sont prévues pour ceux qui ne respecteraient pas ces conditions et/ou omettraient de transmettre le rapport. Ces renseignements restent strictement confidentiels et ne peuvent être communiqués à aucune autorité, même judiciaire.

La Commission a débuté ses travaux en août 1992 et le premier rapport sur une année complète reprend les chiffres de 1993.

6. Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, texte de loi l'instituant en annexe 3.

LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Depuis le vote de la loi dépénalisant partiellement l'avortement, la Commission nationale d'évaluation remet au Parlement, tous les deux ans, un rapport statistique détaillé. Nous disposons donc de données chiffrées sur les différents aspects des demandes d'avortement : l'âge, l'état civil et le domicile de la femme, les raisons invoquées pour la demande d'interruption de grossesse, etc.

Ce chapitre reprend les grandes lignes de la situation épidémiologique depuis 1993, sur base des chiffres publiés par la Commission d'évaluation[7].
Les données présentées ne concernent que les avortements pratiqués dans le cadre légal de 12 semaines de grossesse. Les avortements pratiqués au-delà de ce délai (avortements thérapeutiques) font l'objet d'une annexe aux rapports de la Commission nationale d'évaluation.
Pour avoir une évaluation plus précise du nombre d'avortements en Belgique, les chiffres doivent également être corrigés en déduisant des totaux le nombre de femmes domiciliées à l'étranger qui font pratiquer une interruption de grossesse dans notre pays et en y ajoutant le nombre (qui a baissé de plus de moitié entre 1996 et 2009) de femmes belges et luxembourgeoises[8] qui se rendent aux Pays-Bas pour se faire avorter, ainsi que le nombre de déclarations introduites trop tard pour être reprises dans le chiffre enregistré par la Commission (qui oscille entre 0 et 500 pour les cinq dernières années). Ce calcul induit une augmentation des chiffres totaux repris ci-dessous, de l'ordre de 500 à 1.000 avortements annuels en plus sur les cinq dernières années[9].

La validité des chiffres repris dans les rapports est, par ailleurs, tempérée par la Commission qui souligne que les chiffres ne sont pas d'une précision scientifique. Au début de son existence, la Commission était perçue essentiellement comme un instrument de contrôle visant à traquer médecins et hôpitaux plutôt que comme un outil pour une meilleure aide aux femmes.

---

7. Rapports de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse. Rapports à l'attention du Parlement, 1er janvier 1993 - 31 décembre 2009, 1994-2010.
8. Le nombre de femmes se rendant aux Pays-Bas provient de l'Inspection des Soins de Santé de ce pays et inclut les femmes luxembourgeoises; les rapports ne mentionnent pas l'importance de ce biais statistique.
9. Ces totaux n'ont été revus qu'à partir de 1996.

Cette méfiance n'incitait donc pas les intervenants à lui fournir les informations demandées. Si cette image s'est estompée, la Commission reste tributaire des données que les médecins et institutions veulent bien lui communiquer et n'a pas le pouvoir de les vérifier. De plus, la Commission souligne qu'une différence subsiste, pour des raisons inexpliquées, entre les chiffres déclarés individuellement par les médecins et ceux déclarés par les institutions dans lesquelles ils travaillent.
Dans les quatre derniers rapports, la Commission insiste sur l'utilité d'une étude pluridisciplinaire qui pourrait essayer d'interpréter l'ensemble de ces données à la lumière d'autres éléments évalués par ailleurs (démographiques, médicaux, psychologiques, socio-économiques, politiques et culturels).

Malgré les réserves fondamentales évoquées plus haut, la Commission est la seule institution à pouvoir fournir des informations fiables – bien qu'incomplètes – à partir d'enregistrements portant sur plus de 15 ans. Nous reprenons ci-après quelques grandes tendances des données publiées depuis 1993.

Nombre d'avortements par tranches d'âge

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
- de 18 ans	551	615	727	802	797	886	895	890	
+ de 18 ans	9781	10106	10497	11820	11456	11112	11839	12868	
20 – 35 ans	*7254*	*7487*	*7668*	*8547*	*8182*	*7928*	*8366*	*9147*	
Pas de réponse	48	16	19	6	13	1	0	4	
TOTAL	**10380**	**10737**	**11243**	**12628**	**12266**	**11999**	**12734**	**13762**	

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
- de 18 ans	1008	989	1040	1041	1059	1179	1215	1207	1157
+ de 18 ans	13761	13801	14551	14980	15635	16461	16818	17388	17713
20 – 35 ans	*9915*	*9935*	*10444*	*10761*	*11105*	*11585*	*11948*	*12420*	*12796*
Pas de réponse	6	1	4	3	2	0	0	0	0
TOTAL	**14775**	**14791**	**15595**	**16024**	**16696**	**17640**	**18033**	**18595**	**18870**

Depuis le début de la récolte de données, la proportion d'enregistrements concernant les mineures reste constante, soit 6,5% du total des enregistrements. Par ailleurs, la majorité des demandes enregistrées émanent de femmes entre 20 et 35 ans (près de 70%), la moyenne d'âge étant de 27 ans. Nous constatons que ces proportions restent stables malgré l'augmentation des enregistrements au fil du temps. Au vu de ces chiffres et contrairement à l'éclairage médiatique régulièrement donné aux chiffres publiés, rien ne permet d'affirmer que le recours à l'avortement augmente chez les mineures.

L'augmentation du nombre total d'avortements peut avoir plusieurs causes différentes, parmi lesquelles une amélioration significative du nombre de données transmises à la Commission. D'autres facteurs, entre autres démographiques, jouent indubitablement un rôle. Ainsi, la proportion (4/10!) de femmes allochtones ayant été avortées en Flandre en 2003, dépassait largement leur représentation dans la population générale de la région[10]. Aux Pays-Bas, on a attribué la croissance du nombre d'avortements durant les années 90 pour une large part au nombre croissant de femmes allochtones y ayant eu recours.
Par ailleurs, la population belge a augmenté au cours des dernières années et le dernier rapport précise que le ratio obtenu entre le nombre de naissances (tel qu'établi par l'Institut National de Statistique) et le nombre total d'avortements (tel que recensé par la Commission) reste relativement stable et oscille entre 141 et 152 interruptions de grossesse pour 1.000 naissances vivantes pour la période de 2001 à 2008.

Répartition géographique établie à partir du lieu de domiciliation de la femme

Répartition régionale

	1993*	1994*	1995*	1996	1997	1998	1999	2000	
Région flamande	*4048*	*4212*	*4497*	5286	5423	5377	5502	6076	
Région wallonne	*3762*	*3931*	*3979*	4329	3995	4121	4260	4327	
Région bruxelloise	*2297*	*2349*	*2547*	2708	2577	2243	2606	2979	
Etranger	163	216	188	275	253	252	365	374	
Pas de réponse	110	29	32	30	18	6	1	6	
TOTAL	**10380**	**10737**	**11243**	**12628**	**12266**	**11999**	**12734**	**13762**	

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Région flamande	6568	6432	6735	6899	6981	7432	7648	7807	7834
Région wallonne	4280	4716	4840	4809	5327	5346	5449	5735	6146
Région bruxelloise	3513	3169	3628	3918	4092	4566	4622	4762	4638
Etranger	408	466	379	392	295	296	314	291	252
Pas de réponse	6	8	13	6	1	0	0	0	0
TOTAL	**14775**	**14791**	**15595**	**16024**	**16696**	**17640**	**18033**	**18595**	**18870**

Pour les données enregistrées de 1993 à 1995, la province du Brabant n'était pas encore scindée. Les chiffres, pour ces trois années, n'étaient présentés que par province. Pour pouvoir comparer les données sur le même schéma régional que pour les années suivantes, les chiffres du Brabant ont été scindés en trois (Brabant flamand, Brabant wallon, Région bruxelloise) sur base d'une estimation moyenne des chiffres des 14 dernières années.[11] Ces données sont mentionnées en italique, à titre indicatif.

10. NEEFS H., VISSERS S., De vraag om zwangerschapsafbreking bij allochtone vrouwen in Vlaanderen, Tijdschrift voor Seksuologie, 2005, pp.88-96.
11. Sur base des enregistrements des 14 dernières années la province du Brabant wallon représentait, en moyenne, 10% des enregistrements wallons; ceux du Brabant flamand 13% des enregistrements flamands. Ces estimations moyennes ont été enlevées des chiffres du Brabant pour estimer ceux de la Région.

Les demandes de femmes domicilées à l'étranger représentent en moyenne 2% du total des demandes et ce pourcentage reste stable au fil du temps. Si on exclut les chiffres des trois premières années qui sont des estimations, les demandes émanant de la Région wallonne représentent en moyenne 32% des enregistrements et celles de la Région bruxelloise, 23%. Ces pourcentages restent relativement stables au fil du temps pour les deux régions, avec une fluctuation annuelle de moins de 2%.

Répartition par province en Région wallonne

	1993*	1994*	1995*	1996	1997	1998	1999	2000	
Brabant wallon	*342*	*357*	*362*	441	366	364	376	412	
Hainaut	1506	1594	1645	1825	1716	1678	1788	1994	
Liège	1371	1432	1377	1448	1294	1423	1396	1163	
Luxembourg	163	205	218	197	224	216	219	238	
Namur	380	343	377	418	395	440	481	520	
Région wallonne	**3762**	**3931**	**3979**	**4329**	**3995**	**4121**	**4260**	**4327**	

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Brabant wallon	462	435	490	532	528	623	616	597	566
Hainaut	2075	2005	1892	1657	2031	1867	1936	2052	2522
Liège	937	1503	1571	1659	1769	1820	1910	2064	1949
Luxembourg	283	254	320	372	342	367	335	379	428
Namur	523	519	567	589	657	669	652	643	681
Région wallonne	**4280**	**4716**	**4840**	**4809**	**5327**	**5346**	**5449**	**5735**	**6146**

La province du Hainaut comptabilise à elle seule 40% en moyenne de l'ensemble des demandes de la Région wallonne, avec une augmentation sensible au cours des années 2000 et 2001 durant lesquelles ce pourcentage est passé à 46 et 48%. Ces chiffres élevés doivent néanmoins être relativisés, la province du Hainaut étant la plus peuplée de la Région wallonne (le Hainaut regroupe à lui seul près de 40% des habitants de la région)[12].

Situations de détresse invoquées

Les données psychosociales relevées par la Commission nationale d'évaluation permettent de déterminer la situation de détresse invoquée par les femmes, ces données sont listées dans le formulaire que les médecins sont tenus de renvoyer à la Commission. Au total, vingt-quatre situations de détresse, sont proposées dans ce questionnaire.[13] Jusqu'à trois motifs peuvent être invoqués, le nombre de combinaisons peut donc être très élevé. C'est pourquoi les différentes situations ont été regroupées en sept catégories : la santé de la femme enceinte ou de l'enfant

12. D'après les derniers chiffres de l'Institut National de Statistique [http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/naissances_fecondite/].

13. GODIN I., DECANT P., MOREAU N., DE SMET P., BOUTSEN M. La santé des jeunes en Communauté française de Belgique. Résultats de l'enquête HBSC 2006. Service d'Information Promotion Education Santé (SIPES), Bruxelles, ESP-ULB, 2008, 80 p.

à naître, les raisons personnelles, les raisons financières ou matérielles, les problèmes de couple ou familiaux, la grossesse suite à un viol ou un inceste, le statut de réfugiée politique, les autres raisons.

Situations de détresse invoquées (en %)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Problèmes de santé	4,13	3,49	3,69	3,85	3,96	3,67	3,49	3,38	
Raisons personnelles	36,55	38,77	51,78	47,18	49,03	51,07	51,18	49,67	
Raisons matérielles	17,99	17,66	17,75	18,77	18,02	17,40	16,26	15,80	
Problèmes de couple ou familiaux	20,52	19,28	11,50	21,80	22,33	22,11	22,60	23,20	
Viol ou inceste	0,28	0,21	0,26	0,23	0,17	0,28	0,22	0,28	
Réfugiée politique	1,48	1,44	1,06	1,37	1,37	1,19	1,69	2,35	
Autres raisons	19,05	19,15	13,96	6,80	5,12	4,28	4,56	5,32	

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Problèmes de santé	3,63	4,03	4,89	3,71	2,93	3,76	4,13	4,07	3,89
Raisons personnelles	51,30	51,78	51,63	51,96	52,86	53,87	53,85	54,18	52,35
Raisons matérielles	14,64	14,96	15,06	14,54	14,36	13,83	13,77	13,93	15,05
Problèmes de couple ou familiaux	23,64	24,56	24,45	25,45	25,91	24,72	24,98	24,60	25,15
Viol ou inceste	0,28	0,25	0,26	0,27	0,24	0,22	0,22	0,22	0,24
Réfugiée politique	2,59	2,91	2,55	2,78	2,58	2,39	1,83	1,75	1,80
Autres raisons	3,92	1,51	1,16	1,29	1,12	1,21	1,22	1,25	1,52

Il apparaît clairement que la situation de détresse pour des raisons personnelles est la plus souvent invoquée dans l'ensemble des enregistrements. Cette appellation recouvre différentes situations[14], les rapports montrent qu'il s'agit majoritairement de femmes ne souhaitant pas d'enfant à ce moment, ayant une famille considérée comme complète ou se sentant trop jeune pour avoir un enfant. Les autres situations de détresse fréquemment invoquées concernent les problèmes relationnels et matériels.
Les rapports proposent des tabulations croisées reprenant, notamment, les différentes raisons invoquées en fonction du domicile de la femme. Cela nous permet de constater que les difficultés matérielles sont invoquées beaucoup plus fréquemment en Région bruxelloise et dans le Hainaut.

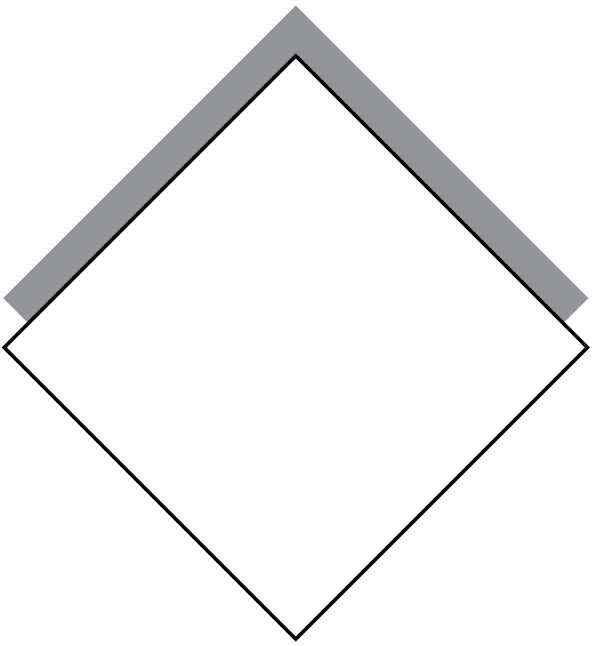
Les rapports fournissent également des données sur la méthode de contraception la plus utilisée durant le dernier mois précédant la grossesse. Plus de 40% des femmes déclarent n'avoir utilisé aucune méthode contraceptive, si on ajoute celles déclarant comme méthode le coït interrompu et l'abstinence périodique, on atteint largement les 50%. Les enregistrements mettent également en avant l'utilisation incorrecte (près de 35% des cas) et l'inefficacité de la méthode utilisée (près de 15% des cas).

14. Ibid.

Conclusions

Depuis plusieurs années déjà, la Commission répète une série de suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées. Dans son dernier rapport, elle insiste encore sur une indispensable information et éducation spécialisées, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du milieu scolaire, permettant aux jeunes d'appréhender convenablement les relations affectives et sexuelles ainsi que leur fécondité. L'amélioration de la qualité de cette information doit passer par l'intégration de l'éducation sexuelle dans les programmes de formation des futurs enseignants.

La Commission souligne également l'importance de garantir à la femme, la liberté de choisir entre poursuivre ou interrompre sa grossesse, ce qui suppose de lui permettre de résister aux pressions. Compte tenu de l'éparpillement belge des compétences politiques, le rapport de la Commission est également transmis aux parlements communautaires.



LES ASPECTS MÉDICAUX

Différentes techniques peuvent être utilisées pour interrompre artificiellement une grossesse. Le choix dépend généralement de l'âge de la grossesse.

La méthode chirurgicale par aspiration (de 6 à 14 semaines de grossesse)

La technique d'aspiration est utilisée pour interrompre des grossesses de 6 à 14 semaines (de 42 à 98 jours d'absence de règles). L'intervention peut se faire sous anesthésie locale ou sous anesthésie générale (à l'hôpital). L'intervention comporte un taux très faible de complications.

La méthode médicamenteuse (jusqu'à 7 semaines de grossesse)

La méthode médicamenteuse est utilisée jusqu'à 7 semaines de grossesse (49 jours d'absence de règles), au-delà de ce délai, le taux de succès diminue et les complications hémorragiques augmentent. La grossesse est interrompue par l'administration orale de mifépristone (Mifégyne®), une substance antiprogestative. Ce médicament bloque les récepteurs intracellulaires de la paroi utérine sans les stimuler -comme une fausse clé bloquerait une serrure- et empêche la progestérone d'agir. La prise de mifépristone est suivie par celle d'une prostaglandine qui stimule les contractions du muscle utérin et contribue ainsi à expulser le produit de la conception. Cette intervention est également associée à un taux très faible de complications.

Comparaison des deux méthodes

Méthode chirurgicale (méthode par aspiration)

- On peut utiliser la méthode par aspiration jusqu'à 14 semaines d'absence de règles. L'intervention se fait en ambulatoire (c'est-à-dire que l'on peut rentrer chez soi peu de temps après l'intervention) soit en centre extrahospitalier (centre de planning familial) ou à l'hôpital (obligatoire si on souhaite une anesthésie générale).
- Afin de faciliter l'intervention, on peut assouplir le col de l'utérus au moyen d'une prostaglandine quelque temps avant l'intervention.
- L'intervention se fait sous anesthésie locale ou générale. Le col de l'utérus est dilaté jusqu'à environ 6 à 12 mm. On introduit ensuite une canule avec laquelle on aspire le contenu de la cavité utérine. L'intervention dure environ 20 minutes. En fonction des modalités de l'intervention, la patiente peut rentrer à la maison après une heure (en centre extrahospitalier), soit après quelques heures (en fonction des effets de l'anesthésie générale en hôpital).
- La patiente passe généralement une visite de contrôle une à quatre semaines après l'intervention.

Méthode médicamenteuse (mifépristone avec prostaglandine)

- La méthode peut être utilisée jusqu'à 7 semaines. L'interruption de grossesse se fait à l'aide de deux médicaments : la Mifégyne® (anciennement appelée RU 486) et une prostaglandine, le Cytotec®.
- La patiente doit prendre un comprimé de Mifégyne®. Le médicament bloque l'action d'une hormone appelée progestérone et arrête le développement de la grossesse. Deux jours plus tard, elle retourne à la clinique ou au centre de planning familial où elle prend des comprimés de Cytotec®. Sous l'action de cette prostaglandine, l'utérus se contracte et finit par expulser son contenu. Ensuite, elle reste quelques heures en observation. Chez la plupart des femmes, l'embryon est expulsé au cours de cette période. Chez les autres femmes, l'expulsion a lieu plus tard, éventuellement à la maison.
- La patiente passe généralement une visite de contrôle une à quatre semaines après la prise de la prostaglandine.

Les effets secondaires

Douleurs
L'intervention se fait sous anesthésie locale ou générale. Des douleurs peuvent occasionnellement survenir après l'intervention, ou brièvement pendant l'intervention, en cas d'anesthésie locale. On administre un analgésique en prémédication.

Saignements
Après une intervention chirurgicale, les saignements sont généralement semblables à des règles normales. Ils durent parfois un peu plus longtemps.

Douleurs
La majorité des femmes ressentent des douleurs qui sont un peu plus fortes que celles ressenties pendant les règles. En général, elles disparaissent rapidement. Des douleurs plus fortes ou de plus longue durée peuvent occasionnellement survenir. En cas de besoin, on administre un analgésique.

Saignements
Après l'expulsion, les saignements sont généralement semblables à des règles normales. Ils durent parfois un peu plus longtemps.

Nausée/ diarrhée
La prostaglandine peut entraîner des nausées et la diarrhée.

Les risques et les complications éventuelles

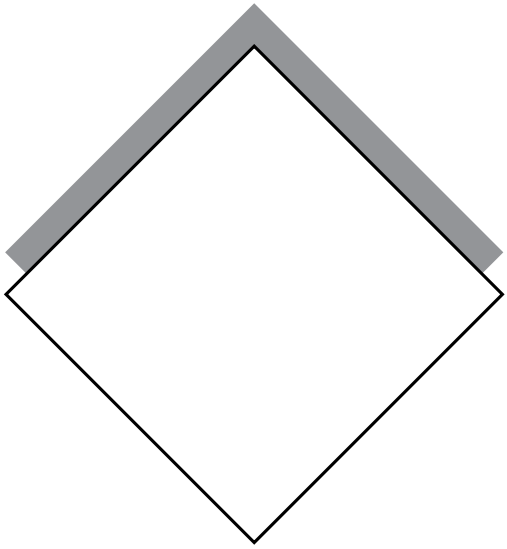
Les risques sont minimes pour les deux méthodes. Des complications graves surviennent dans moins de 1% des cas. Les problèmes de santé ultérieurs sont rares. L'interruption n'augmente pas le risque d'infertilité.

- Blessure au col utérin et/ou à la paroi utérine
- Infections
- Saignements importants
- Evacuation incomplète, ce qui nécessite une deuxième aspiration
- Saignements importants
- Echec de la méthode ou expulsion incomplète, ce qui nécessite une aspiration du contenu de la cavité utérine.

Le déroulement de l'interruption

- La femme subit une intervention chirurgicale avec éventuellement une anesthésie générale.
- Le moment de l'intervention est clairement fixé et l'opération dure peu de temps.
- La femme peut disposer d'un délai plus long pour prendre une décision.
- L'interruption n'est pas vécue consciemment si elle est réalisée sous anesthésie générale.
- Dans plus de 95% des cas, aucune intervention chirurgicale n'est nécessaire. Il n'y a pas d'anesthésie.
- Le processus dure trois jours.
- L'interruption peut avoir lieu très tôt, ce qui apporte souvent un soulagement au niveau psychologique.
- L'interruption est vécue consciemment et demande une implication personnelle plus importante.

D'autres techniques sont utilisées pour les avortements plus tardifs, c'est-à-dire au-delà de 14 semaines d'absence de règles.



LES ASPECTS PSYCHOSOCIAUX

*Par **Claudine MOUVET**, Présidente du GACEHPA (Groupe d'Action des Centres ExtraHospitaliers Pratiquant l'Avortement) et **Delphine LANDENNE**, psychologue, accueillante IVG au Centre Louise Michel*

83% des avortements ont lieu en centre extrahospitalier. Cette situation est unique en Europe. La Belgique est le seul pays à offrir ces petites structures dans lesquelles ne travaillent que des convaincus, dans lesquelles le seul critère a toujours été la décision de la femme. Le GACEHPA regroupe ces centres de planning familial wallons et bruxellois qui pratiquent des avortements. Les femmes ou les couples y sont reçus par des personnes qui vont respecter leur décision et les aider à trouver celle qui leur convient le mieux.

L'avortement en centre extrahospitalier

Rappelons que dans un centre extrahospitalier, la décision appartient à la femme et à elle seule. Si nous essayons d'obtenir une décision commune, un accord au sein du couple, dans les cas où cela n'est pas possible, nous suivons ce que souhaite la femme. Dans un entretien d'accueil, il y a toujours un moment où nous prenons la femme en tête-à-tête, de façon à lui permettre de s'exprimer librement. Ce n'est jamais l'équipe qui décide si elle va recourir ou non à l'avortement. Schématiquement, quatre situations dans le couple se présentent : ils sont d'accord ; elle ne veut pas garder la grossesse et lui le veut ; elle veut garder la grossesse et lui pas ; ils ne savent pas encore quelle décision adopter.

Voici donc cette femme ou ce couple qui entre dans un centre extrahospitalier. C'est une maison banale, avec des chaises, des tables, des fauteuils et des cabinets médicaux. La banalité du lieu participe à la dédramatisation. Voilà une de nos préoccupations fondamentales : inscrire l'avortement dans la vie, ne pas en faire quelque chose en dehors des contingences quotidiennes. L'anesthésie locale et donc l'absence d'hospitalisation nous permettent, dès lors, de conserver ce cadre de dédramatisation. Les structures hospitalières ont, pour la plupart des gens, une

connotation négative, parce qu'ils y ont passé des moments douloureux ou qu'ils les associent à la maladie. D'autre part, la discrétion est parfois malaisée puisqu'on peut y croiser facilement des personnes de l'entourage. Or, on n'a pas forcément envie de préciser pourquoi on se trouve également à l'hôpital. Les centres extrahospitaliers permettent de remédier à ces désagréments puisqu'ils sont moins fréquentés.

Cette femme va être reçue par un(e) accueillant(e) puis par un médecin pour un entretien d'accueil. C'est le moment d'aider à clarifier la demande, de vérifier où en est la prise de décision : est-elle ferme et définitive, est-ce bien le choix de la femme? C'est l'occasion de faire de la place aux hésitations, aux résistances, aux peurs, à tout ce qui concerne le contexte dans lequel cette grossesse est survenue. Sommes-nous face à une femme qui n'a pas encore pris sa décision et qui vient chercher une aide dans cette réflexion? Comment ladite décision est-elle vécue? Cette femme est-elle seule face à la situation, ou est-elle entourée? Est-ce la première fois, ou non, pour elle? Autant de questions auxquelles nous tenterons de répondre lors de cet entretien.

Toutefois, si la femme choisit de garder pour elle certaines informations, nous la laisserons ne nous dévoiler que ce qu'elle juge nécessaire. La « bienveillance » et le « non jugement » sont les maîtres mots. Notre but est avant tout que la femme prenne SA décision et qu'elle soit en accord avec celle-ci. Il arrive parfois que cette décision semble, pour elle, la meilleure solution, mais qu'elle reste néanmoins difficile à vivre.

C'est aussi le moment de (re)parler de contraception et d'expliquer le déroulement de l'intervention.
La demande peut être claire et l'entretien peut être très bref. Beaucoup de cas sont simples : ils sont toujours étudiants ; ils ont le nombre d'enfants qu'ils voulaient ; elle a un boulot qui la passionne ; elle ne se sent pas ou plus prête. L'entretien peut aussi être chargé d'émotions, et bien sûr c'est surtout ce type-là qui nous marque. La grossesse non prévue remue, déstabilise. Une série de choses sans lien direct avec l'avortement vont remonter à la surface ou être exprimées et c'est là qu'intervient le travail de l'accueillant(e).

La relation de confiance qui nous permet, d'ordinaire, d'aboutir à une prise en charge psychologique efficace au bout d'un certain nombre d'entretiens, doit s'opérer ici dès le premier rendez-vous. Nous ne sommes pas face à une personne que nous reverrons toutes les semaines. Ce n'est que pour un

court instant que nous accompagnerons cette femme dans sa vie. Les balises doivent être mises en place et elle doit se sentir à l'aise. Parfois, le contact s'avère difficile pour des raisons diverses : différence d'âge entre l'accueillant(e) et la patiente trop grande ou au contraire trop réduite, l'accueillant(e) connaît la patiente, ... Autant de raisons qui peuvent faire qu'ici encore nous nous devions de rester professionnels et que la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire intervienne. Nous pouvons alors adresser le cas à un(e) collègue, plus jeune, plus âgé(e), moins affecté(e), qui ne la connaît pas…

Ce qui est difficile, ce n'est pas l'avortement, c'est la vie des gens. Toutes ces histoires de violences actuelles ou passées, de choix qui n'en sont pas à cause de la pression familiale, religieuse ou culturelle. Dans une série d'entretiens d'accueil, ce qui prend le plus de temps, c'est la discussion autour de la vie habituelle, d'évènements traumatiques présents ou passés et pas tant la grossesse ou l'avortement. Celle-ci, bien souvent, ne s'avère être que le dessus de l'iceberg. C'est finalement le contexte dans lequel l'interruption de grossesse pourrait avoir lieu qui va déterminer la charge émotionnelle qui l'accompagne.

Enfin, nous expliquerons comment nous allons accompagner la femme dans cette démarche. Nous lui fournirons les informations quant au déroulement de l'avortement et au rôle que chacun des acteurs aura à remplir de sorte qu'elle s'inscrive dans un continuum avec un début et une fin.

Au terme de cet entretien, l'accueillant(e) va rédiger un rapport et passer le dossier au médecin. Richesse du travail en équipe pluridisciplinaire : le médecin reçoit une série d'informations, l'accueillant(e) lui signale également les manques, les flous, les zones d'ombre qu'il (elle) a perçus et le médecin peut alors vouer toute son attention aux points qui restent à éclaircir. Certains cas seront longuement rediscutés entre médecin et accueillant(e). La femme pourra-t-elle avoir recours à la méthode par médicament compte tenu de son cadre de vie, par exemple? L'accompagnement d'un avortement est un travail d'équipe. C'est parce qu'on travaille ensemble que la femme pourra ressentir qu'elle est prise en charge par une équipe sur laquelle elle peut compter.

Le médecin va rediscuter avec la femme des points moins clairs, dater la grossesse grâce à une échographie et réaliser un examen gynécologique. Parfois, c'est auprès de celui-ci que la femme osera relater certains évènements ou parler de certaines craintes.

A la fin de la visite médicale, si la décision est bien d'interrompre la grossesse, nous lui donnons un rendez-vous six jours plus tard au moins, comme prescrit par la loi. Quand la femme est rassurée sur le fait que l'avortement pourra bien avoir lieu et qu'elle a fait connaissance avec les intervenants, les lieux et le déroulement de l'intervention, elle peut alors se consacrer à la réflexion et mûrir sa décision. Ce délai nous permet aussi, quand la femme ou le couple arrivent difficilement à prendre une décision, de les recevoir plusieurs fois pour rediscuter avec eux et les aider à prendre dans le calme la décision qui leur convient le mieux. Si les délais nous le permettent, nous pouvons également retarder l'intervention si cela s'avère utile pour la femme ou le couple.

Lors de la deuxième visite au centre, l'avortement est pratiqué. La même équipe reçoit la femme, accompagnée ou non, selon son souhait. Depuis 2001, nous disposons de la Mifégyne® qui permet l'avortement médicamenteux sur les grossesses de moins de sept semaines d'aménorrhée. La femme prend d'abord un premier médicament, qui entrave le développement normal de la grossesse, puis 48 heures plus tard, le Cytotec® qui va provoquer des contractions qui entraîneront l'expulsion dans un délai qui varie de 2 à 24 heures, voire plus. La technique permet d'intervenir sur des grossesses très jeunes et d'éviter les manipulations par le médecin. Les femmes qui nous consultent ont parfois l'impression qu'on va leur donner une pilule qui va faire revenir les règles. C'est plus compliqué, plus long et moins miraculeux que cela.

Le cadre a ici de l'importance. La femme doit se sentir bien. A cette fin, nous lui réserverons un local où elle pourra rester seule ou accompagnée, avec de la musique si elle le souhaite, où elle pourra s'étendre, se détendre, boire un thé. Ce n'est pas un évènement anodin, et veiller à ce que tout se passe dans des conditions confortables lui permettra de repartir en se disant qu'elle n'était pas seule, que tout a été mis en place pour que ça se passe bien et qu'elle est maintenant prête à reprendre sereinement sa vie.

L'autre type d'intervention consiste en une anesthésie du col, une dilatation du col et une aspiration du contenu de l'utérus. Elle dure à peu près une demi-heure depuis l'entrée dans le cabinet jusqu'à la sortie de celui-ci, l'intervention en elle-même durant une dizaine de minutes. Pendant l'intervention, l'accueillant(e) s'occupe de la femme, explique ce qui se passe et assiste le médecin en manipulant les instruments non stériles. La femme et le couple vont pouvoir exprimer ce qu'ils ressentent, si cela

s'avère nécessaire pour eux. L'anesthésie locale annihile les fantasmes pouvant entourer l'intervention, puisque la femme reste parfaitement lucide tout au long du processus. Nous pensons qu'il est très important que tout ce qui accompagne l'avortement puisse être vécu et exprimé au moment même. Obliger la femme à se maîtriser ou ne pas lui permettre de vivre ce qui se passe nous paraît comporter un risque de complications futures. L'accompagnement en cours d'avortement va consister à encourager toutes ces manifestations et à être là : soutenir par le regard, tenir la main, parler de tout et de rien pour aider la femme à se focaliser sur elle et non sur la douleur éventuelle. Le plus souvent, les avortements se passent bien. La décision peut causer de la tristesse, mais elle est claire. L'intervention est peu ou pas douloureuse et ne dure pas longtemps. Certaines femmes viennent avec quelqu'un. Dans la majorité des cas, un accompagnement empathique est suffisant.

Immédiatement après l'intervention, la femme, à son grand étonnement, est prête à rentrer chez elle. Le sentiment qui domine alors est le soulagement : l'avortement a bien eu lieu, s'est bien déroulé, a été moins douloureux que ce qui avait été imaginé ; un problème est résolu.

La femme sera encore revue une, voire deux fois après l'avortement. Ce sera l'occasion d'envisager les suites, d'exprimer ce qui peut rester de douloureux, d'incomplet ou d'inachevé, d'en discuter et au besoin de la revoir ou de la rediriger vers un collègue pour un suivi psychologique si cela s'avère nécessaire. C'est aussi le moment de rediscuter de contraception et parfois d'aider la femme, le couple, à la mettre concrètement en place.

Après ces visites, nous restons à la disposition des personnes qui souhaiteraient reparler de ce qui s'est passé. Nous avons toutefois fort peu de demandes en ce sens.

Revenons à un des principes fondamentaux de notre pratique : c'est à la femme, et à elle seule, de décider ce qu'elle souhaite. Explicitons le sens qu'a pour nous cette manière de faire. En tant que laïques, nous sommes sensibles à ce qu'elle sous-entend de capacité de réflexion et de libre-examen. En tant que démocrates, nous nous réjouissons qu'elle restitue le pouvoir à la personne concernée. En tant que féministes, nous sommes heureuses de remettre la femme au centre de nos préoccupations, en particulier

dans une matière comme celle-là. Au-delà de tout cela, nous croyons que c'est la condition *sine qua non* d'un travail d'écoute de qualité et le gage d'un meilleur vécu post-avortement.

La femme qui nous consulte n'est pas sûre que sa demande va aboutir. Son habitude, notre habitude du pouvoir médical fait que nous sommes trop souvent passifs en ce qui concerne notre santé et que nous sommes convaincus que le médecin sait. Dans la situation de crise qu'elle traverse, la femme va donc être prête à beaucoup de choses pour obtenir ce qu'elle souhaite, en particulier elle nous racontera ce qu'elle croit que nous souhaitons entendre. Si nous ne sommes pas attentifs à éclaircir très tôt et à poser dès le début que c'est elle qui décidera, nous risquons fort de passer à côté de l'essentiel : de quoi sa vie est faite, comment elle vit les choses, ses hésitations, ses difficultés à prendre sa contraception en charge de manière efficace. Nous lui expliquons donc en tout début d'entretien, cette façon de fonctionner et il est frappant de constater combien, souvent, elle s'assied alors plus confortablement et combien son discours change et devient plus personnel.

Ce souci de partager, de rendre le pouvoir, a d'autres implications. La femme qui vient nous consulter ne nous connaît pas, ne sait pas comment nous fonctionnons, elle est anxieuse de faire accepter sa demande. La plupart du temps, elle ne sait pas qu'il existe d'autres endroits. Si votre épicier, votre médecin traitant ou votre psychologue ne vous convient pas, vous savez que vous pouvez en changer. Dans la demande d'avortement, les personnes n'ont pas ce choix ou ne savent pas qu'elles l'ont. Elles se sentent donc face à nous en position de faiblesse. Il est donc essentiel de mesurer le pouvoir que nous avons sur elles et de le réduire au minimum. Idéalement , par exemple, on ne devrait pas attendre lorsqu'on a rendez-vous, on devrait trouver dans nos centres un accueil encore plus chaleureux et respectueux.

Pouvons-nous nous endormir sur nos lauriers ?

L'accès à la contraception et sa bonne utilisation restent problématiques. Bien sûr, la pilule est largement remboursée par toutes les mutualités. Néanmoins, nombreuses sont les femmes qui désirent recourir à un autre moyen de contraception mais qui se trouvent confrontées à des difficultés économiques.

La limite de 14 semaines prévue par la loi nous impose d'envoyer près de 5% des femmes à l'étranger. Nous pouvons de moins en moins fréquemment réorienter ces femmes vers certaines structures hospitalières, ce qui leur éviterait le stress et le coût d'un avortement à l'étranger.

L'image attachée à l'avortement est très négative : on parle de drame, d'échec, de traumatisme. Régulièrement, des patientes nous félicitent pour notre courage. De nombreuses femmes font état du sentiment de tuer, d'assassiner; elles font état de la culpabilité qu'elles ressentent à commettre ce meurtre et de la honte qui leur interdit de parler autour d'elles de ce qu'elles vivent par peur d'être jugées, parce qu'elles avaient toujours dit qu'elles ne feraient jamais ça. Nous, les praticiens, voulons vous dire que l'avortement n'est pas forcément dramatique. Dans la plupart des cas que nous rencontrons, la grossesse est un problème, l'avortement est la solution. Notre travail est épanouissant, gratifiant, plein de sens, de rencontres. Modifier l'image de l'avortement, diminuer la culpabilité des femmes, dédramatiser l'avortement pour le mettre à sa juste place, ni forcément dramatique, ni anodin, est un combat qui reste à mener. Il nous arrive de recevoir des femmes, essentiellement originaire des pays de l'Est où la contraception est peu accessible contrairement à l'avortement, qui ont eu de nombreuses interruptions de grossesse (parfois 10 et plus). Elles ne comprennent pas qu'on en fasse toute une histoire et qu'on leur propose un entretien d'accueil. Réaction qui choque. Quelle est la part de notre héritage culturel dans notre façon de réagir? Rappelons que l'avortement était pénalisé non en tant qu'atteinte à une personne, mais comme crime contre l'ordre des familles et la moralité. Comment a-t-on modifié cette perception pour que nous passions à une culpabilité individuelle? Cette femme qui a eu de nombreux avortements, faut-il la prendre en exemple ou la clouer au pilori? L'avortement est-il perçu comme étant dramatique parce qu'il l'est réellement ou parce que le contexte ambiant impose qu'il le soit? Jusqu'à quel point la position laïque doit-elle en minimiser l'impact?

En Belgique, comme dans tous les pays européens, la relève pose des problèmes importants. Disparition du militantisme, absence de cours concernant l'avortement dans la formation des médecins, pratique présentée comme peu gratifiante : tout concourt au manque de médecins.

Pour ou contre ?

La tolérance nous fait oublier que nous avons de vrais ennemis. Aux Etats-Unis, pour faire voter la modification de la loi sur l'assurance-santé, le président Obama a dû en retirer la prise en charge de l'avortement. En Pologne, en Irlande, à Chypre et à Malte, l'avortement est toujours interdit. En Belgique, certains voudraient accorder un statut juridique au fœtus. Un centre flamand vient de fermer. Des cliniques espagnoles sont fermées, une femme a été arrêtée et emprisonnée en Hollande à son retour d'Espagne ; en Italie, on a saisi un fœtus et un dossier médical pour vérifier qu'il s'agissait bien d'une indication médicale d'avortement. En France, sous prétexte de rationalisation, de réorganisation ou d'économie, plusieurs centres ont dû fermer ce qui nous prouve qu'il n'est pas nécessaire de changer la loi pour rendre l'avortement impossible. Les lobbys anti-avortement sont actifs, très actifs, plus que nous peut-être. Des marches « pour la vie » sont régulièrement organisées. Pour nous, l'avortement est un droit ; nous ne sommes ni pour ni contre, nous sommes simplement pour le choix!

C'est une fierté, un bonheur d'avoir accompagné des centaines, des milliers de femmes et de couples, et c'est une satisfaction de faire un travail qui a du sens et qui donne du sens.

Ce que nous vivons, ce sont principalement des rencontres. Nous accompagnons des femmes. Nous les aidons à traverser un moment qu'elles appréhendent, en discutant de télévision, du pays d'origine, des enfants, du travail ou des vacances ou bien de ce qu'elles vivent, de leur tristesse, de leur inquiétude. Nous leur expliquons ce qui se passe pour leur rendre ainsi du contrôle sur leur corps. C'est le travail d'une équipe, la complicité et l'entente entre le médecin et l'accueillant(e) pendant l'avortement et entre les médecins et les accueillant(e)s pendant les consultations.

C'est un métier qui apprend à relativiser et à vivre la complexité de l'âme humaine : avorter parce qu'il faudra vendre la voiture, ou après une fécondation in vitro, ou parce qu'on vient d'arrêter la contraception parce qu'on veut un enfant avec son mari mais qu'en même temps on a un amant avec qui on ne prend pas de précautions. Etonnant aussi ce que les gens peuvent accepter de violence, de grossièreté ou d'indifférence chez leur partenaire.

Une vision misérabiliste circule, qui serine que sans avortement, les enfants seraient maltraités et que c'est le grand dénuement des femmes qui les pousse à cette extrémité. La raison économique était souvent mise en avant il y a quelques années. Nous ne nions pas que certaines femmes se résolvent à un avortement parce qu'elles viennent de trouver un emploi, parce qu'elles craignent d'être licenciées en période d'essai si l'employeur apprend qu'elles sont enceintes ou parce que leur situation matérielle est vraiment trop précaire. Les difficultés financières sont parfois la goutte d'eau qui fait déborder le vase, mais le vase était déjà bien plein. La revendication du droit à la contraception et à l'avortement est d'abord et avant tout une revendication du droit pour les femmes à disposer de leur corps, à choisir leur vie. En ce qui concerne les problèmes d'emploi, ils jouent parfois à l'inverse : une femme peu valorisée socialement aura tendance à se valoriser à travers la maternité.

Notre qualité d'être humain tient à notre intelligence, mais aussi à notre affectivité. C'est grâce à cette affectivité que nous sommes amoureux, que nous sommes émus, que nous sommes capables de compassion, que nous apprécions la musique, l'art et les fleurs. Voilà pour le côté soleil. Notre affectivité nous rend aussi irrationnels et imprévisibles. C'est elle qui nous fait prendre des risques, et qui conduit des femmes à être enceintes à un moment inopportun, parce qu'elles n'ont plus pensé à rien, ou parce qu'elles n'ont pas envisagé ou mesuré les conséquences. Et voilà le côté ombre. Nous sommes convaincus que l'avortement ne disparaîtra jamais, parce que nous ne pouvons pas avoir que les côtés positifs de notre affectivité, et que le jour où il n'y aura plus de grossesses non désirées, il n'y aura plus non plus d'élan, d'amour, de plaisir. Veillons donc à ce que ce droit des femmes à disposer de leur corps soit toujours respecté.

BIBLIOGRAPHIE

Abortion Legislation in Europe
IPPF European Network, 2001, 40 p.

AMY J.J., SOUBRY L., VERBRUGGEN P.
Jo Boute une vie au service de la femme. Amsab-Institut d'histoire sociale, 2004, 104 p.

AUBIN C., JOURDAIN MENNINGER D.
Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001. Inspection générale des Affaires Sociales, 2009, 93 p.

AUTHIER-ROUX F.
Ces bébés passés sous silence : A propos des interruptions médicales de grossesse. Eres, 2007, 70 p.

AVON B.
A l'écoute du symptôme IVG : Accompagner la relation. Chronique sociale, 2004, 168 p.

Avortement médicalisé : Directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé
Organisation Mondiale de la Santé, 2004, 106 p.

Avorter : Histoires des luttes et des conditions d'avortement des années 1960 à aujourd'hui
Editions tahin party, 2008, 131 p.

BAJOS N., FERRAND M.
De la contraception à l'avortement . Sociologie des grossesses non prévues. INSERM, 2002, 348 p.

BAULIEU E.E.
Génération pilule. Odile Jacob, 1990, 314 p.

BESSIS R.
Qui sommes-nous avant de naître? Calmann-Lévy, 2007, 210 p.

BOLTANSKI L.
La condition foetale : Une sociologie de l'engendrement et de l'avortement. Gallimard, 2004, 420 p.

BOTQUIN A., HANNOTTE M.
Willy Peers : un humaniste en médecine. Editions du Cerisier, 2001, 165 p.

CLERGET S.
Quel âge aurait-il aujourd'hui? Le tabou des grossesses interrompues. Fayard, 2007, 313 p.

COENEN M.T.
Corps de femmes. Sexualité et contrôle social. De Boeck Université , 2002, 216 p.

COOK R.J., DICKENS B.M., FATHALLA M.F.
Santé de la reproduction et droits humains : Intégrer la médecine, l'éthique et le droit. Masson, 2005, 557 p.

DELIEGE E.
Le vécu psychologique de l'interruption de grossesse chez l'adolescente. Université de Liège - Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education, 1991, 178 p.

D'une révolte à une lutte : vingt-cinq ans d'histoire du planning familial
Tierce, Mouvement Français pour le Planning Familial, 1982, 500 p.

FOUREST C.
Foi contre choix. La droite religieuse & le mouvement «prolife» aux Etats-Unis. Golias, 2001, 333 p.

FRIEDMANN I.
Liberté, sexualité, féminisme : 50 ans de combat du planning pour les droits des femmes. La Découverte, 2006, 277 p.

GAREL M., LEGRAND H.
Une fausse couche et après? Albin Michel, 1995, 223 p.

GAUTHIER X.
Naissance d'une liberté. Contraception - avortement : le grand combat des femmes au XXe siècle. Robert Laffont, 2002, 436 p.

GENTILE C.
Le droit de choisir : L'IVG en France et dans le monde. Syros, 2008, 157 p.

HUMEAU C.
Procréer : histoire et représentations. Odile Jacob, 1999, 345 p.

IACUB M.
Penser les droits de la naissance. PUF, 2002, 194 p.

Interruption de grossesse - éthique
FLCPF/CEDIF, 2008-03, 59 p.

Interruption de grossesse - Mouvements d'opposition en Belgique
FLCPF/CEDIF, 2008-11, 79 p.

Législation comparée de l'avortement en Europe
Mouvement Français pour le Planning Familial, 2004, 37 p.

LE NAOUR J.Y., VALENTI C.
Histoire de l'avortement XIXe-XXe siècle. Seuil, 2003, 387 p.

LIBEER V.
Gommer l'enfant en soi ou approche du vécu de l'interruption volontaire de grossesse chez l'adolescente. Université libre de Bruxelles - Faculté des Sciences psychologiques et pédagogiques, 1994, 207 p.

LIGNIERES-CASSOU M.
Contraception - IVG : mieux respecter les droits des femmes. Assemblée nationale, 2000, 145 p.

MARQUES-PEREIRA B.
L'avortement en Belgique. De la clandestinité au débat politique. Editions de l'Université de Bruxelles, 1989, 159 p.

MOREAU N., SWENNEN B., ROYNET D.
Etude du parcours contraceptif des adolescentes confrontées à une grossesse non prévue : éléments pour une meilleure prévention? GACEHPA, 2006, 151 p.

MOSSUZ-LAVAU J.
Les lois de l'amour. Les politiques de la sexualité en France. Payot & Rivages, 2002, 501 p.

MYTNIK B.
IVG, fécondité et inconscient : L'absence et la chair. Erès, 2007, 253 p.

Rapports à l'attention du Parlement
Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse
1er janvier 2004 - 31 décembre 2005, 2006, 90 p.
1er janvier 2006 - 31 décembre 2007, 2008, 77 p.
1er janvier 2008 - 31 décembre 2009, 2010, 102 p.

RONDOT-MATTAUER B.
Interruption volontaire de grossesse : la dynamique du sens. Erès, 2003, 192 p.

Statut de l'embryon
FLCPF/CEDIF, 2007-10, 59 p.

TAMIAN-KUNEGEL I.
L'avortement et le lien maternel : Une autre écoute de l'interruption volontaire de grossesse. Chronique sociale, 2002, 139 p.

THIBOUT L.
L'avortement vingt ans après : des femmes témoignent, des hommes aussi. Albin Michel, 1995, 254 p.

VEIL S.
Les hommes aussi s'en souviennent : une loi pour l'Histoire. Stock, 2004, 111 p.

Vingt ans de la loi sur l'avortement (Les) : De la subversion au droit
Actes du colloque du 1er avril 2010, FLCPF/CEDIF, mai 2010, 51 p.

WILLAME E.
L'interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse : Etude qualitative sur le vécu des femmes et la faisabilité d'une procédure à domicile. Université Libre de Bruxelles - Ecole de Santé Publique, 2009, 61 p. + XII p.

Willy Peers, un humaniste wallon
Maison de la Laïcité François Bovesse, 2008, 20 p.

WITTE E.
De liberalisering van de abortus-wetgeving in België (1970-1990) in Abortus Vrouwenstudies, 4, VUB press, 1993.

ANNEXE 1

20 juin 1923 - Loi modifiant les articles 383 et 384 du Code pénal et réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle

Article 1er. L'article 383 du Code pénal est complété comme suit :

«Sera puni des mêmes peines :

Quiconque aura, en vue du commerce ou de la distribution, fabriqué, fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quelconque de publicité, des chansons, pamphlets, écrits, figures ou images contraires aux bonnes moeurs.

Quiconque aura, soit par l'exposition, la vente, 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, 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.

Quiconque aura exposé ou distribué des objets spécialement destinés à empêcher la conception ou aura fait de la réclame pour en favoriser la vente.

Quiconque aura, dans un but de lucre, favorisé les passions d'autrui, en exposant, vendant ou distribuant des écrits imprimés ou non, qui divulguent des moyens d'empêcher la conception, en préconisent l'emploi ou fournissent des indications sur la manière de s'en procurer ou de s'en servir.

Quiconque aura, en vue du commerce ou de la distribution, fabriqué, fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quleconque de publicité les écrits visés dans l'alinéa précédent.»

Article 2. Tout belge, qui lors des cas prévus à l'article 7 de la loi du 17 avril 1878, aura commis hors du territoire du Royaume un des délits prévus par les articles 383 et 384 du Code pénal, pourra, s'il est trouvé en Belgique, y être poursuivi sur la plainte de l'étranger offensé ou de sa famille, ou sur un avis officiel donné à l'autorité belge par l'autorité du pays où le délit a été commis.

Annexe 2

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

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

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

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

Article 1er. L'article 348 du Code pénal est remplacé par la disposition suivante:
«Article 348. Celui qui, médecin ou non, par un moyen quelconque, aura à dessein fait avorter une femme qui n'y a pas consenti, sera puni de la réclusion. Si les moyens employés ont manqué leur effet, l'article 52 sera appliqué.»

Art. 2. L'article 350 du même Code est remplacé par la disposition suivante:
«Article 350. Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent francs à cinq cents francs.»

Toutefois il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte que son état place dans une situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes:
1° a) l'interruption doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;
b) elle doit être pratiquée, dans de bonnes conditions médicales par un médecin, dans un établissement de soins où existe un service d'information qui accueillera la femme enceinte et lui donnera des informations circonstanciées, notamment sur les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants, ainsi que sur les possibilités d'adoption de l'enfant à naître et qui, à la demande soit du médecin soit de la femme, accordera à celle-ci une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

2° Le médecin sollicité par une femme en vue d'interrompre sa grossesse doit :
a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse;
b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, b), du présent article pour accorder l'assistance et les conseils qui y sont visés;
s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.
L' appréciation de la détermination et de l'état de détresse de la femme enceinte qui conduit le médecin à intervenir, est souveraine lorsque les conditions du présent article sont respectées.

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

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

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

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

Art. 3. L'article 351 du même Code est remplacé par la disposition suivante:
«Article 351. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 350 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante francs à deux cents francs.»

Art. 4. L'article 352 du Code est remplacé par la disposition suivante:
«Article 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention ait été pratiquée en dehors des conditions définies à l'article 350 et aux travaux forcés de dix ans à quinze ans, si elle n'y a point consenti.»

Art. 5. L'article 353 du même Code est abrogé.

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

Donné à Bruxelles, le 3 avril 1990.

ANNEXE 3

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

BAUDOUIN, Roi des Belges,
A Tous présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit

Article 1er

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

§ 2. La Commission est composée de seize membres, dont neuf femmes et sept hommes. Ils sont désignés en fonction de leurs connaissances et de leur expérience dans les matières qui relèvent de la compétence de la Commission. Huit membres sont docteurs en médecine, dont quatre au moins professeurs de médecine dans une université belge. Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge, ou avocats. Quatre membres sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en détresse.

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

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

La Commission est présidée par un néerlandophone et un francophone. Les présidents sont élus par les membres de la Commission appartenant à leur groupe linguistique respectif.
La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

§ 3. La Commission établit à l'intention du parlement, pour le 31 août 1992, et par la suite tous les deux ans:
a) un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3;
b) un rapport détaillant et évaluant l'application et l' évolution de l'application de la loi;
c) le cas échéant, des recommandations en vue d'une initiative législative éventuelle et/ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en situation de détresse.

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

Les renseignements recueillis par la Commission sont confidentiels et ne peuvent être communiqués à aucune instance, y compris le pouvoir judiciaire.

Art. 2

La Commission établit un document d'enregistrement à compléter par le médecin qui a pratiqué l'interruption de grossesse. Ce document comportera :
l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin;
l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite l'interruption de grossesse;
l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme;
l'indication de la date à laquelle l'interruption a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée;
une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme, en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance;
l'indication de la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information;
l'indication des déclarations faites par la femme concernant les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées et les raisons de leur inefficacité;
l'indication de la méthode qui a été appliquée pour interrompre la grossesse et, le cas échéant, des complications qui en ont résulté.

Le médecin transmet ce document à la Commission d'évaluation, visée à l'article 1er, dans les quatre mois de l'interruption de grossesse.

Art. 3

La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.
Ce rapport mentionne:
le nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement;
le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par les médecins attachés à l'établissement sur base de l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal;
le nombre de demandes d'interruptions de grossesse ayant été refusées par les médecins attachés à l'établissement.

A ce rapport est joint un rapport du service d'information de l'établissement sur :
la composition et le fonctionnement du service;
les méthodes d'accueil et d'assistance utilisées;
le nombre de consultations;
éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

Art. 4

La Commission d'évaluation dispose, pour rédiger le rapport d'évaluation, d'un cadre administratif restreint, afin de pouvoir accomplir correctement ses missions légales. Le cadre et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du Ministre de la Santé publique dans ses attributions. La Commission d'évaluation désigne les membres de ce personnel, qui sont détachés des services publics selon les conditions fixées par le Roi.

Art. 5

Les frais de fonctionnement et les frais de personnel de la Commission d'évaluation ainsi que les indemnités de ses membres sont à charge du budget du Ministère de la santé publique.

Art. 6

Celui qui, soit par négligence, soit par mauvaise volonté et après qu'un rappel lui aura été adressé, omettra de transmettre les documents d'enregistrement visés à l'article 2 ou les rapports annuels visés à l'article 3 à la Commission d'évaluation dans les délais prévus, sera puni d'un emprisonnement de huit jours à un mois ou d'une amende de cinquante francs à cinq mille francs.

Le chapitre VII et l'article 85 du Code pénal s'appliquent par analogie aux infractions visées par la présente loi.

Art. 7

Toute personne qui, en quelque qualité que ce soit, prête concours, à l'application de la présente loi, est par la même responsable du secret des données qui lui sont confiées dans l'exercice de cette mission. L'article 458 du Code pénal lui est applicable.

Art. 8

Un débat se tiendra à la Chambre et au Sénat dans les six mois du dépôt des premiers rapports et, le cas échéant, des recommandations de la Commission d'évaluation, visés à l'article 1er, § 3. Ce délai de six mois est suspendu pendant la période au cours de laquelle les Chambres législatives sont dissoutes et/ou au cours de laquelle il n'y a pas de gouvernement ayant la confiance des Chambres législatives.

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

Donné à Bruxelles, le 13 août 1990.

ANNEXE 4

Liste des situations de détresse

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

B.13 La femme se sent trop jeune
B.14 La femme se sent trop vieille
B.15 Etudiante
B.16 Femme isolée
B.17 Pas de souhait d'enfant pour le moment
B.18 Famille complète

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

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

E.40 Viol
E.41 Inceste

F.50 Réfugiée politique

G.99 Autres

Catégories de situations de détresse

A. Santé physique ou psychique de la mère ou de l'enfant à naître
B. Raisons personnelles
C. Raisons financières ou matérielles
D. Problèmes de couple ou familiaux
E. Grossesse suite à un viol ou un inceste
F. Réfugiée politique
G. Autres raisons

Rédaction : Claudine Cueppens, Delphine Landenne et Claudine Mouvet.
Comité de lecture : Jean-Jacques Amy, Bérangère De Ketele (SIPS), Pierre Honnay, Hélène Vanhaelen (Plan F).
FLCPF/CEDIF, 2010.
Editeur responsable : J.J. Amy – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles
Graphisme : Studiopress

© Tous droits réservés.

FEDERATION LAÏQUE
de centres
DE PLANNING FAMILIAL

FLCPF - CEDIF
34 rue de la Tulipe • 1050 Bruxelles
Tél.: 02/502 68 00 • Fax.: 02/503 30 93
Courriel: cedif@planningfamilial.net
Site Internet: www.planningfamilial.net

Avec le soutien de la Communauté française

Ministère de la Communauté française

Editeur responsable : J.J. AMY – 34 rue de la Tulipe – 1050 Bruxelles