

COMMISSION NATIONALE
D'ÉVALUATION
DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990
RELATIVE A
L'INTERRUPTION DE
GROSSESSE
(Loi du 13 août 1990)

MEMORANDUM A L'ATTENTION DU PARLEMENT

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS
FAISANT SUITE AUX RAPPORTS
BISANNUELS 2014, 2016 et 2018



Février 2020

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce document comprend les recommandations que la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse souhaite formuler dans le cadre de sa troisième mission. Ces recommandations ont fait l'objet de débats nourris et approfondis. Si la thématique de l'interruption de grossesse engendre souvent des prises de position divergentes, la commission a réussi à mener ses débats dans le respect d'opinions qui peuvent parfois s'avérer opposées les unes aux autres, et toujours dans le souci d'une approche scientifique et fondée sur des arguments.

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

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

Il est toujours surprenant d'entendre parler de « partisans » et « opposants » à l'interruption de grossesse. Aucun des membres du comité ne se prononcera « pour » l'avortement et quiconque s'efforcera toujours d'éviter autant que possible les avortements ainsi que les grossesses non désirées.

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

En résumé, ce mémorandum fournit un aperçu assez complet de tous les aspects auxquels vous, en tant que législateur, devez avoir à connaître dans le contexte de discussions sur l'interruption de grossesse ; il comprend également, outre la position minoritaire évoquée ci-dessus, des références bibliographiques qui peuvent être utiles pour plus de précisions.

Les présidents,

Madame Sylvie Lausberg

Monsieur Mario Van Essche

GLOSSAIRE

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

I. CONTRACEPTION : INFORMATION ET ACCESSIBILITÉ

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

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

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

En 2019, grâce au Parlement fédéral et au vote de la loi modifiant l'arrêté royal du 16 septembre 2013¹, le remboursement des contraceptifs² est désormais total, à l'exception du préservatif et de la formation à Sensiplan, jusqu'à l'âge de 25 ans et la pilule d'urgence est gratuite, quel que soit l'âge de la femme. Dans les deux cas, une prescription médicale est requise. Cette avancée est remarquable, mais elle n'est pas suffisante, sachant que l'âge moyen des femmes qui recourent à une IVG était de 28,5 ans en 2017³. La tranche d'âge 25-35 ans doit donc faire l'objet d'une attention particulière en ce qui concerne la contraception.

Selon le classement 2019 de « Contraception Atlas⁴ », la Belgique est classée comme le meilleur pays européen (ex aequo avec la France) avec une note de 90,1%, en termes de politiques publiques, d'information, d'approvisionnement et d'assistance sur les différentes méthodes de contraception. Pour les politiques publiques concernant spécifiquement l'approvisionnement et l'assistance pour la contraception, notre pays obtient la note de 84,8%.

Une enquête sur la contraception publiée en 2017 par la mutualité Solidaris⁵ confirme ce très bon score même si elle nuance les résultats:

- Bonne connaissance pour la pilule, le stérilet et le préservatif masculin; + de 80% des répondants disent connaître ce moyen.

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

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

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

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

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

- Connaissance moyenne pour les méthodes naturelles, l’anneau, le préservatif féminin, le patch, l’implant et le diaphragme (entre 40 et 70%)
- Faible connaissance pour l’injection trimestrielle et la cape cervicale qui sont connues par moins de 30% des répondants.

En Belgique, la contraception reste cependant principalement sous la responsabilité des femmes, tant financièrement que psychologiquement. Elle constitue donc une réelle charge mentale pour les femmes⁶.

Parallèlement, les Femmes Prévoyantes Socialistes relevaient déjà, dans une étude réalisée en 2013, que *“les médecins ont une place importante dans le choix que posent les femmes en terme de contraception”*⁷.

RECOMMANDATION

→ *Continuer à promouvoir l’information et la liberté de choix pour la contraception féminine et masculine et supprimer efficacement et durablement tous les obstacles que les femmes pourraient rencontrer.*

I.A. INFORMATION ET ACCESSIBILITÉ

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

I.A.1. CONTRACEPTION FÉMININE

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

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

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

RECOMMANDATIONS

- *Accroître l'accessibilité à la contraception ainsi que l'information sur son utilisation, les effets secondaires éventuels et les risques en cas de mauvaise utilisation ou d'arrêt (par exemple, après une rupture, un problème de santé, un contraceptif non adapté).*
- *Renforcer l'accessibilité à la contraception par la délivrance de pilules et de préservatifs accessibles, la mise en place de distributeurs gratuits de préservatifs dans les écoles, la délivrance de la pilule d'urgence dans les centres de planning familial (ci-après « CPF ») et dans les établissements scolaires via les centres psycho-médico-sociaux (ci-après « PMS ») qui collaborent avec les services de promotion de la santé.*
- *Faciliter l'accès à la contraception d'urgence en autorisant le personnel paramédical et les sages-femmes à la délivrer sans ordonnance.*
- *Adopter une approche et une sensibilisation spécifiques à destination des femmes de plus de 25 ans.*
Selon le rapport bisannuel 2016-2017 de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, les femmes entre 20 et 35 ans représentent 69,47% des femmes ayant eu recours à une IVG durant ces deux années.
- *Lutter contre les a priori et idées reçues (traditions, habitudes familiales, craintes ...) sur la contraception grâce à des campagnes d'information à destination du grand public.*
- *Sensibiliser le personnel des CPF à leur rôle de conseil proactif. Si certaines femmes disent parfois ne pas vouloir d'enfant, il arrive aussi qu'elles ne fassent aucune démarche pour éviter une grossesse. C'est pourquoi il faut former les professionnels de terrain à repérer ces ambivalences afin de pouvoir engager un dialogue, rassurer ces femmes et les informer au plus près de leurs préoccupations afin qu'elles trouvent le moyen de contraception qui leur correspond le mieux.*
- *Recueillir des données sur les femmes qui sont enceintes malgré l'usage correct d'un contraceptif, car cette information n'est pas reprise dans les statistiques.*
- *Mener des études scientifiques sur les contraceptifs féminins.*

I.A.2. CONTRACEPTION FÉMININE DE LONGUE DURÉE

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

Ces méthodes ont un rôle important dans la prévention de grossesses non désirées. En effet, il est avéré que la pose immédiate, après une interruption volontaire de grossesse (ci-après « IVG »), d'un stérilet hormonal, au cuivre ou d'un implant, entraîne une diminution du nombre de nouvelles grossesses non désirées⁸. Outre les études internationales, les statistiques analysées par la Commission le démontrent : après une campagne de sensibilisation des médecins et gynécologues sur le DIU pour jeunes femmes, menée en 2013, les chiffres des IVG ont baissé de 22 et 18 % , respectivement, dans les catégories d'âge 15-19 et 20-24 ans.

Le consensus, partagé par des gynécologues belges de renom, publié en mars 2013 dans GUNAÏKEIA (revue distribuée à tous les gynécologues en Belgique), sur le fait que la contraception intra-utérine est une contraception de premier choix également pour les jeunes à partir de 18 ans a aidé à changer les habitudes des médecins qui, auparavant, réservaient souvent la contraception intra-utérine aux femmes ayant déjà eu des enfants.

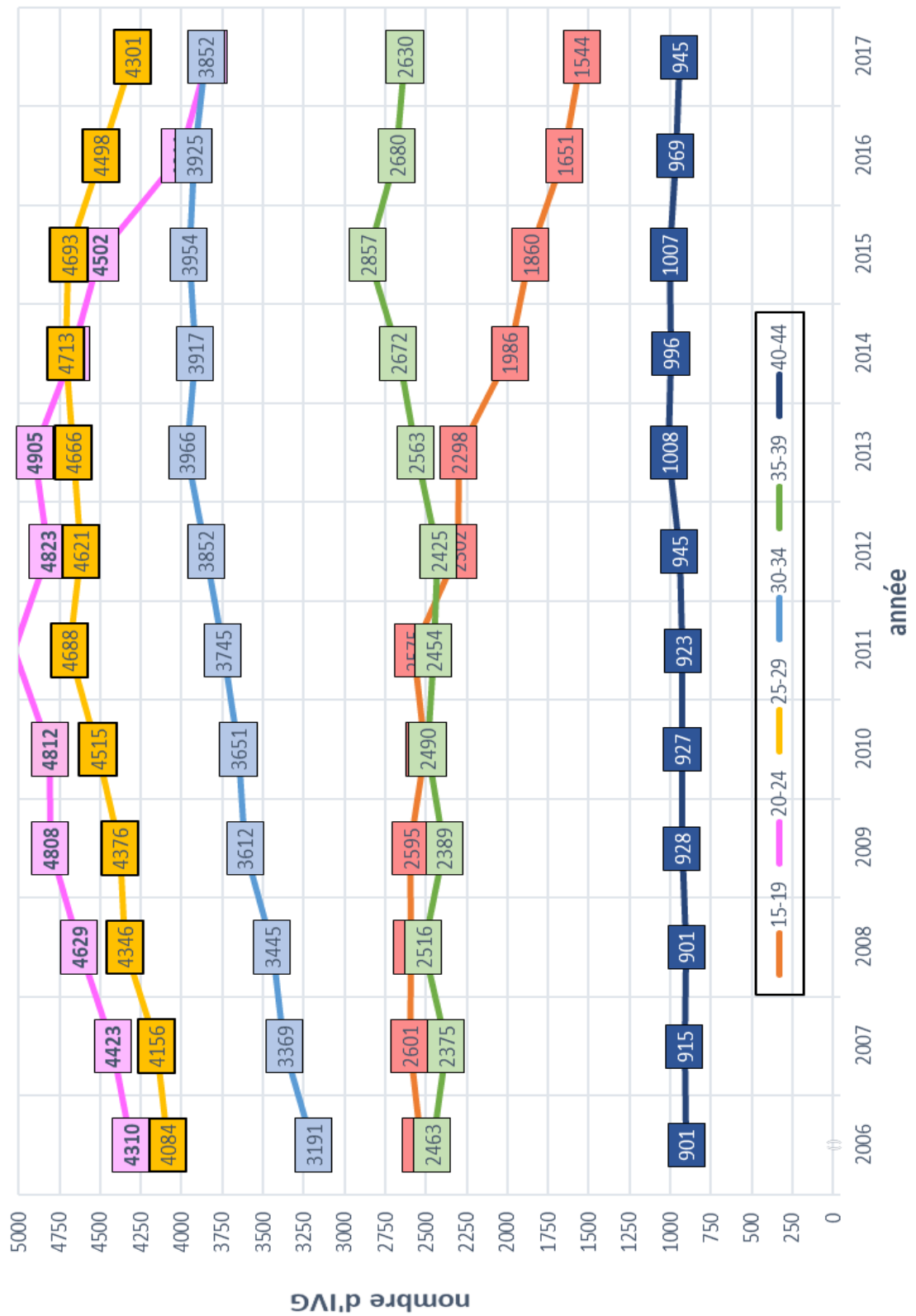
La contraception gratuite pour les jeunes ainsi que ce consensus ont permis à de nombreuses jeunes femmes de bénéficier d'une contraception de longue durée des plus efficaces.

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

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

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

IVG par catégorie d'âge (2006-2017)



Chiffres de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2020)

I.A.3. CONTRACEPTION MASCULINE

Comme souligné plus haut, la contraception est encore trop souvent considérée comme relevant du ressort exclusif des femmes. Une évolution des mentalités est nécessaire tout comme la responsabilisation des hommes en matière de contraception.

Deux moyens de contraception masculine fiable existent aujourd'hui. Il s'agit du préservatif et de la vasectomie⁹

RECOMMANDATIONS

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

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

La Commission nationale d'évaluation des interruptions volontaires de grossesse mettait déjà en lumière, dans son rapport publié en 2012¹⁰, le nombre important de grossesses non désirées consécutives à une absence de contraception ou à une mauvaise utilisation de celle-ci. Dès lors, c'est en amont qu'un travail doit être effectué : l'information doit être délivrée le plus tôt possible aux filles et aux garçons susceptibles d'avoir une activité sexuelle.

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

¹⁰

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

Les entités fédérées ont des programmes d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, mais la généralisation effective de ces animations reste lacunaire dans les établissements scolaires de tous les réseaux. Pourtant, toutes les études le confirment, l'information répétée et régulière tout au long du parcours scolaire est indispensable pour s'assurer que les jeunes soient sensibilisés aux relations affectives, mais aussi aux comportements proscrits comme les violences au sein du couple, en ce compris les grossesses forcées.¹¹

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

Il ne fait aucun doute que la conscientisation via ces animations concourt à la réduction du nombre de grossesses non désirées chez les jeunes.

RECOMMANDATIONS

- *Améliorer l'information des professionnels de la santé ainsi que les personnes en charge des conseils conjugaux, animateurs et animatrices de groupes de parole ou encore des équipes éducatives sur la contraception, la contraception d'urgence et l'IVG. Pour ce faire, promouvoir des sites internet tels que celui du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (www.cbip.be).*
- *Améliorer l'information sur la vie relationnelle, affective et sexuelle dans les cours obligatoires dispensés dans les écoles et y consacrer suffisamment de moyens humains et financiers.*
- *Développer les animations sur la vie relationnelle, affective et sexuelle et promouvoir la double prévention (préservatif et contraceptif) en ciblant les milieux scolaires, étudiantins et festifs, les structures pour jeunes adultes handicapés physiques et/ou mentaux, les lieux de promotion de la santé (maisons médicales...) et les lieux de discussion (associations, maisons de femmes, groupes de parole, AMO, mouvements de jeunesse...) tout en multipliant les activités de sensibilisation lors de manifestations publiques, ce qui nécessite d'y affecter plus de moyens.*
- *Développer des campagnes d'information à destination du public jeune sur la contraception et l'IVG, la parentalité responsable, les grossesses désirées ou non ainsi que des témoignages de mères mineures ... Utiliser plusieurs moyens de diffusion pour ces campagnes telles que la radio, la télévision, mais également les nouveaux médias tels que les réseaux sociaux*

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

- *Promouvoir des sites internet de référence en matière de vie sexuelle, relationnelle et affective (par exemple, www.zanzu.be) qui donneront aux jeunes les outils pour développer un sens critique, entre autres sur les séries qui banalisent les grossesses d'adolescentes, ainsi que des informations fiables sur la contraception .*
- *Sensibiliser les parents qui refusent que leurs (jeunes) filles utilisent un contraceptif alors que cette attitude n'empêche ni les relations sexuelles ni les risques corollaires (grossesse, transmission d'infections).*

I.B. COÛT ET REMBOURSEMENT DE LA CONTRACEPTION ET DE LA CONTRACEPTION DE LONGUE DURÉE

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

RECOMMANDATIONS

- *Prévoir un système clair de remboursement ou de prise en charge directe par la sécurité sociale afin que la patiente n'ait aucun débours à réaliser (reste à charge zéro).*
- *Le remboursement total de tous les contraceptifs et contraceptifs d'urgence ainsi que l'achat et le placement pour les contraceptifs de longue durée doivent être assurés par l'INAMI et non par les mutuelles afin d'éviter les différences de prise en charge.*
- *Étendre le principe de gratuité des moyens contraceptifs aux femmes jusqu'à 35 ans. L'idéal étant qu'aucune femme ne doive avancer d'argent, quel que soit son âge.*
- *À tout le moins, pour les femmes les plus démunies, l'INAMI devrait prendre directement en charge le coût de la consultation et de la méthode contraceptive et, en tout premier lieu, la contraception de longue durée (suppression du ticket modérateur).*
- *Promouvoir la transparence au budget afin de connaître la part du budget de l'état octroyé à l'INAMI et, sur celle-ci, la part dédiée à la contraception.*

I.C. PRESCRIPTION DE LA CONTRACEPTION D'URGENCE

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

RECOMMANDATIONS

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

I.D. INFORMATION SUR L'IVG

La loi sur l'IVG du 15 octobre 2018 qui consacre un droit à l'IVG a également supprimé l'article 383 du Code pénal qui interdisait toute publicité sur l'IVG. De nombreuses organisations¹² affirment que le déni d'information affecte profondément la vie et la santé des femmes et entrave la réalisation de leurs droits et libertés. À l'heure actuelle, la prolifération de fausses informations ou d'informations incomplètes et/ou trompeuses ne permet pas de garantir la protection ni l'effectivité du droit à l'IVG.

Dès lors, en suivant l'exemple de la France¹³ qui a également consacré un droit à l'IVG en 2014, il est indispensable de mettre à disposition des femmes un site d'information dédié à l'IVG afin de leur garantir un accès sans entraves à ce droit.

Le travail des centres de planning familial en Fédération Wallonie Bruxelles et leur site loveattitude¹⁴ doivent être salués ; cependant, il revient au Gouvernement et plus particulièrement au SPF Santé publique de garantir le libre choix des femmes et de veiller au respect de leur droit à l'IVG par l'intermédiaire d'un site internet officiel.

¹² <https://www.ippf.org/sites/default/files/2019-06/IPPF%20Annual%20Performance%20Review%202018.pdf> ;
<https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2018.pdf>

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

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

RECOMMANDATIONS

- *Mettre en ligne un site internet officiel sous l'égide du gouvernement et régulièrement actualisé sur le droit à l'IVG. Ce site simple, accessible et objectif, devra regrouper les informations utiles pour éclairer le choix des femmes confrontées à une grossesse non désirée (cadre juridique, procédure à suivre, liste des lieux accessibles pour une écoute ou pour pratiquer une IVG...)*
- *Développer des campagnes régulières d'information à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur l'IVG ; utiliser plusieurs moyens de diffusion pour ces campagnes tels que la presse, l'affichage dans l'espace public et les transports en commun, la radio, la télévision, mais également internet et les nouveaux médias tels que les réseaux sociaux.*

II. ACCUEIL A L'HÔPITAL

Depuis le début des statistiques traitées par la Commission d'évaluation, le pourcentage des IVG pratiquées en structure hospitalière reste stable, entre 15 % et 20% ; à titre d'exemple, en 2017, 15,72% des IVG ont été pratiquées en milieu hospitalier¹⁵.

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

De plus, bien que le recours à une clause de conscience institutionnelle ne soit pas autorisé, dans les faits, certains hôpitaux ne pratiquent pas d'interruption de grossesse, ce dont les femmes ne sont pas préalablement informées. Selon les dispositions de la loi de 2018¹⁶, si un médecin n'est pas tenu de pratiquer une interruption de grossesse, il a l'obligation légale de le signaler à la femme dès le premier contact et de la référer à un confrère qui peut effectuer la prise en charge.

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

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

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

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

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

Enfin, en hôpital, des remarques ou attitudes « inadéquates » émanant des professionnels de la santé ou du personnel sont régulièrement constatées à l'encontre des femmes demandeuses d'une IVG, quel que soit l'hôpital et son réseau, et ce, à différents niveaux de

¹⁵ Rapport bisannuel de la com nationale IVG 2016/2017

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

la prise en charge : accueil de l'hôpital ou du service de gynécologie, call center téléphonique, hospitalisation....

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

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

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

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

RECOMMANDATIONS

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

II.A. ACCUEIL DE PREMIÈRE LIGNE

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

RECOMMANDATIONS

- *Un accueil téléphonique seul est insuffisant, mais un numéro spécial dédié aux grossesses non désirées est envisageable. Cela peut prendre la forme d'un numéro de téléphone spécifique identifié sur le site internet afin de ne pas devoir passer par le standard général.*
- *Prévoir une plage de rendez-vous spécifique pour organiser la prise en charge des IVG.*
- *Former le personnel de l'accueil de première ligne afin de pouvoir prendre en charge les femmes de manière appropriée.*
- *Organiser une consultation gynécologie ouverte aux urgences. C'est un moyen utile pour accueillir les femmes directement, mais il faut tenir compte du risque de débordement aux urgences et du fait que le médecin de garde n'est peut-être pas ouvert aux demandes d'IVG.*
- *Informé par divers canaux sur la prise en charge des IVG dans l'hôpital. Depuis la suppression de l'article 383 du Code pénal (loi du 15 octobre 2018), la publicité et la diffusion d'informations sur l'IVG sont légales. Plus il y a d'informations par des canaux diversifiés, au mieux les femmes pourront choisir en connaissance de cause. Le site internet et les panneaux informatifs de l'hôpital devraient reprendre une rubrique « grossesse non désirée ». Cette rubrique préciserait la procédure à suivre pour interrompre une grossesse et à qui s'adresser pour prendre rendez-vous. Lorsque l'hôpital pratique des IVG, il faut que cela soit également indiqué dans ses brochures imprimées.*
- *Outre les sites internet des hôpitaux, certains sites internet, notamment ceux des services publics fédéraux, ne reprennent pas, ou pas assez, d'informations, sur les IVG (INAMI, VVOG – Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, SPF Santé publique, associations de médecins traitants ...). Ces sites doivent informer sur la loi, les conditions d'accès, les pratiques ainsi que sur les hôpitaux et institutions pratiquant les IVG, via les fédérations de centres de planning familial.*

II.B. ACCUEIL DANS LE SERVICE

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

RECOMMANDATIONS

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

II.C. PRISE EN CHARGE DE L'IVG

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

RECOMMANDATIONS

- *Assurer un accès aux soins respectueux des femmes par la formation à la pratique volontaire de l'IVG.*
- *Informar le médecin qu'il doit systématiquement demander l'autorisation de la femme pour envoyer un rapport médical au médecin traitant. À cet effet, le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2020) reprend un item concernant la demande préalable de l'autorisation de la femme pour l'envoi du rapport médical.*

→ *Proposer la création d'une "cellule IVG" avec les membres du personnel qui sont motivés. Nous suggérons deux possibilités :*

- *Soit créer, au sein d'un hôpital, un service de prise en charge de l'IVG avec une équipe pluridisciplinaire (psychologues, sages-femmes, infirmières, gynécologues ou généralistes, assistants sociaux, juristes ...)*
- *Soit destiner à la pratique de l'IVG, selon des plages horaires fixes, des locaux habituellement utilisés pour des consultations gynécologiques (rythme souhaité : 2 fois/semaine)*

II.D. ENTRETIEN POST-IVG

Dans toutes les structures hospitalières et les centres extra-hospitaliers, il est proposé à la femme de revenir pour un contrôle médical et un entretien post-IVG.

Cet entretien peut, pour certaines femmes, s'avérer important, sur le plan psychologique surtout. Il est donc important d'en tenir compte et de dégager les moyens nécessaires.

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

RECOMMANDATION

→ *Stimuler la recherche concernant les entretiens pré et post-IVG.*

III. FORMATION DES MÉDECINS ET DU PERSONNEL PARAMÉDICAL EN MILIEU EXTRA-HOSPITALIER

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

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

Les médecins généralistes pratiquant l'IVG rencontrent un obstacle spécifique, celui de la réglementation qui distingue les consultations « classiques » des consultations réalisées dans d'autres formes de structure (par exemple ONE, assistance aux toxicomanes, PMS). Les médecins doivent, en effet, justifier d'un certain nombre de consultations « classiques » pour bénéficier d'un avantage social via l'accréditation.

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

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

Différentes universités (ULB, ULiège, VUB) organisent une formation obligatoire spécifique de la pratique de l'IVG pour les médecins généralistes qui se spécialisent en gynécologie-obstétrique. (L'université de Gand organise cette formation sur base volontaire).

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

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

RECOMMANDATIONS

- *Inscrire dans le cursus d'enseignement des universités et des hautes écoles des formations sur la santé sexuelle et reproductive et la sensibilisation à la pratique de l'IVG.*
- *Organiser un module de formation à l'IVG dans les différentes facultés de médecine*
- *Reconnaitre la spécificité des médecins généralistes pratiquant l'IVG en centre extra-hospitalier.*

IV. ENREGISTREMENT DES IMG POUR RAISONS MÉDICALES

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

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

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

Le but de ce registre européen est d'exercer une veille et de donner l'alerte si un pic de malformations survenait chez les foetus et les nouveau-nés. En effet, après la dramatique survenue des malformations liées à la thalidomide (Softenon), il a été décidé de réagir rapidement si l'un ou l'autre risque était identifié.

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

Le registre central qui coordonne les différents registres régionaux européens est localisé à l'European Joint Centre à Ispra depuis le 01.01.15 (Commission européenne). Il fait ainsi partie de la plateforme européenne de l'enregistrement des maladies rares.

<https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat>

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

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

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

ANNEES	NOMBRE DE NAISSANCES	INTERRUPTIONS POUR MALFORMATIONS RAPPORT COMMISSION	INTERRUPTIONS POUR MALFORMATIONS PREVALENCE POUR 10.000 NAISSANCES (EUROCAT HN et A)	NOMBRE ESTIME INTERRUPTIONS POUR MALFORMATIONS EN BELGIQUE
2012	126.993	79	36,53	464
2013	124.862	103	36,1	450
2014	124.415	94	37,75	469
2015	121.713	35	42,25	514
2016	121.161	93	40,74	493
2017	119.109	107	54,89	654

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

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

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

V. IVG ET PUBLIC VULNÉRABLE

V.A. FEMMES A FAIBLE STATUT SOCIO - ÉCONOMIQUE

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

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

Le rapport de 2013 des Femmes Prévoyantes Socialistes mettait également en avant la spécificité du choix du moyen contraceptif selon le statut socio-économique de la femme : lorsqu'une femme se retrouve dans une situation financière précaire, elle ne privilégiera pas dans son budget l'achat de contraceptifs et encore moins la contraception d'urgence. La mutualité Partena affirmait également, dans un article paru le 12 février 2019, l'absence fréquente de contraception chez les personnes bénéficiaires de l'intervention majorée¹⁷.

Une différence se marque entre les femmes avec un diplôme d'études primaires ou sans diplôme qui optent pour la pilule contraceptive alors que celles qui ont un diplôme d'études supérieures privilégient le stérilet¹⁸.

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

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

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

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

¹⁸ <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf> (pp5-6)

Parmi les femmes d'origine immigrée, 39% ont la nationalité belge.¹⁹ Ceci démontre l'importance d'une approche prenant en compte cette dimension qui engendre manifestement de nombreux obstacles quant à l'accessibilité à l'IVG et aux moyens de contraception²⁰: inaccessibilité géographique, difficultés financières, manque d'instruction et donc méconnaissance des moyens de contraception, pressions sociales ou familiales ...

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

Depuis 2003, le coût d'une IVG réalisée en centre extra-hospitalier est pris en charge par la mutuelle et le ticket modérateur, à charge de la femme, s'élève à environ 3 €.

Pour les femmes sans mutuelle, le prix total de l'intervention est à leur charge, même si les centres proposent souvent une intervention en fonction de leurs possibilités financières. Une aide peut également être demandée à divers services sociaux : CPAS, aide médicale urgente, Croix-Rouge ...

La diversité des situations de précarité rend complexe la prise en charge de ces femmes par les structures et services, comme indiqué ci-dessous.

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

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

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

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

¹⁹ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

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

²¹ Loi sur les CPAS (1976)

²² Arrêté Royal du 12 décembre 1996

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1996121237&table_name=loi

²³ <https://medimmigrant.be/L-aide-medicale-du-CPAS-en-general>

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

RECOMMANDATIONS

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

V.B. IVG ET VIOLENCES

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

²⁴ <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccentue-3908112>

²⁵ Committee; Women, Underserved; Gynecologists, February (2013). "[Committee Opinion No. 554: Reproductive and Sexual Coercion](#)". *Obstet Gynecol.* **121** (2 Pt 1): 411–5. [doi:10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b](#). PMID [23344307](#).

Et Chamberlain, Linda, and Rebecca Levenson. [Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion](#). San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 2010.

RECOMMANDATIONS

- *Former le personnel médical à identifier les signes de violences dans le cadre des grossesses désirées ou non.*
- *Réaliser une étude de fond sur les violences conjugales que subissent les femmes qui souhaitent et/ou ont eu une ou plusieurs IVG ainsi que sur le phénomène de « coercition à la procréation »*

V.C. GROSSESSE ET MONDE DU TRAVAIL

Selon une étude de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes - IEFH - publiée en 2017²⁶, 3 travailleuses sur 4 ont été confrontées à au moins une forme de discrimination, préjudice, inégalité de traitement et tensions au travail, sur base de leur grossesse ou maternité. 22% des travailleuses enceintes ont été confrontées à des discriminations directes et 69% ont subi de la discrimination indirecte. Cette situation inacceptable ne peut qu'induire des effets dissuasifs sur les femmes qui, alors que la grossesse n'était pas prévue, sont enceintes et envisagent de poursuivre leur grossesse.

RECOMMANDATIONS

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

V.D.IVG ET HANDICAP/SANTÉ (DROGUES)

Selon Women Enabled International, les filles et femmes porteuses de handicaps représentent un cinquième de la population féminine mondiale.²⁷ Les droits des personnes

²⁶ https://igvm-iefh.belgium.be/fr/publications/grossesse_au_travail_experiences_de_candidates_demployees_et_de_travailleuses

²⁷ Women Enabled International, Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls with Disabilities, <https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20-%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>

handicapées, et plus particulièrement des femmes, restent menacés en ce qui concernant leurs droits sexuels et reproductifs.

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

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

RECOMMANDATIONS

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

²⁸ EDF, Position Paper on Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities (2019), <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>

²⁹ Joint statement by the Committee on the Rights of Persons with Disabilities and the Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (2018), <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>

VI : RECOMMANDATIONS « PHARES »

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

1. Accroître l'accessibilité à la contraception en ce compris d'urgence et de longue durée ainsi que l'information sur son utilisation, par des campagnes régulières d'informations émanant des services publics à destination du grand public.
2. Autoriser la délivrance sans ordonnance de la contraception d'urgence par le personnel paramédical et les sages-femmes.
3. Renforcer l'accessibilité à la contraception pour le public jeune par la délivrance de la pilule d'urgence dans les centres de planning familial et dans les établissements scolaires via les centres psycho-médico-sociaux qui collaborent avec les services de promotion de la santé et prévoir la mise en place de distributeurs gratuits de préservatifs dans les écoles.
4. Promouvoir l'information et les animations sur la vie sexuelle, relationnelle et affective à l'école, mais aussi via des sites internet de référence (par exemple, www.zanzu.be) afin de développer chez les jeunes un sens critique, entre autres sur les séries qui banalisent les grossesses d'adolescentes.
5. Diligenter une étude afin de recueillir des données sur les femmes qui sont enceintes malgré l'usage correct d'un contraceptif, information non reprise jusqu'ici dans les statistiques
6. Prévoir un système clair de remboursement ou de prise en charge directe par la sécurité sociale pour garantir un reste à charge zéro pour la patiente.
7. Assurer le remboursement total par l'INAMI de tous les contraceptifs et contraceptifs d'urgence, ainsi que l'achat et le placement pour les contraceptifs de longue durée et non plus par les mutuelles afin d'éviter les différences de prise en charge.
8. Accorder aux femmes les plus démunies une prise en charge directe par l'INAMI (suppression du ticket modérateur) pour le coût de la consultation et de la méthode contraceptive, prioritairement de la contraception de longue durée.
9. Développer sous l'égide du gouvernement un site internet officiel spécifique et régulièrement actualisé sur le droit à l'IVG regroupant les informations utiles pour éclairer le choix des femmes confrontées à une grossesse non désirée (cadre juridique, procédure à suivre, liste des lieux accessibles pour une écoute ou pour pratiquer une IVG,...).

10. Prévoir des campagnes officielles et régulières d'information à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur l'IVG en utilisant plusieurs moyens de diffusion (presse, affichage, transports en commun, radio, télévision, internet, nouveaux médias, réseaux sociaux...).
11. Améliorer l'accueil et la prise en charge des IVG dans les institutions hospitalières et y prévoir un code de nomenclature spécifique pour les IVG. Actuellement, pour obtenir un financement de l'INAMI les codes « curetage » sont utilisés pour les IVG chirurgicales, et « consultation et échographie » pour les IVG médicamenteuses. Or ces dernières nécessitent une surveillance de près d'une demi-journée par l'équipe médicale et paramédicale.
12. Prévoir le financement pour un psychologue/assistant social dans les services hospitaliers afin de mener les entretiens psychologiques pré-IVG qui constituent une obligation légale.
13. Organiser un module de formation à l'IVG dans les différentes facultés de médecine.
14. Reconnaître la spécificité des médecins généralistes pratiquant l'IVG en centre extrahospitalier.
15. Prendre en charge les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse et à la contraception post-IVG des femmes ne disposant pas de couverture sociale.
16. Permettre, via une simplification administrative, un accès aux soins médicaux d'urgence pour les personnes ne bénéficiant pas de droit de séjour.

CONCLUSIONS

Les présidents de la Commission nationale d'évaluation de la loi relative à l'interruption de grossesse remercient chaleureusement tous les membres qui ont pris leur fonction fin 2018 pour l'excellent et assidu travail fourni qui a permis de produire en un temps record les rapports statistiques ainsi que les recommandations à l'attention des parlementaires.

Conscients de l'attente légitime de ceux-ci, nous avons demandé aux membres d'accélérer le rythme prévu des réunions, ce qu'ils ont fait malgré leur agenda chargé et les exigences de leur profession.

Nous tenons spécialement à féliciter les parlementaires qui ont décidé de modifier les profils des candidats éligibles à la fonction de membre de la commission nationale d'évaluation de la loi sur l'IVG (loi du 16.06.16 en annexe), car cette modification a permis non seulement de reprendre les travaux après plus de six années d'interruption, mais également de doter ladite commission de nouvelles compétences qui se sont révélées fructueuses et très éclairantes quant aux enjeux sociétaux dans ce domaine très spécifique de la législation. Dans le même ordre d'idées, nous nous faisons l'écho de l'ensemble des membres de la commission en demandant de pouvoir, à l'avenir, avoir recours au soutien d'experts dans des disciplines qui font actuellement défaut. En effet, il serait utile que la commission puisse bénéficier de l'aide de statisticiens, sociologues et épidémiologiste du SPF Santé publique ainsi que de la possibilité de demander au SPF de réaliser des études sur des thématiques précises, comme indiqué dans nos recommandations.

Président du rôle néerlandophone,

Monsieur Mario Van Essche

Présidente du rôle francophone,

Madame Sylvie Lausberg

POSITION MINORITAIRE NON SOUTENUE PAR LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION

Le texte suivant a été rédigé par le Docteur Chantal KORTMANN, membre suppléante de la commission.

Un certain nombre d'éléments ayant été ajoutés après la dernière réunion et juste avant la publication de ce rapport, ils n'ont donc pas fait l'objet d'une discussion au sein de la commission.

Par respect pour la liberté d'expression, la commission a décidé de publier cette note dans son intégralité, bien que nous soulignons qu'il s'agit d'une position minoritaire non partagée par les autres membres de la commission.

POSITION PRÉSENTÉE PAR LE DR CHANTAL KORTMANN

« Introduction.

Cette note a été élaborée dans le cadre du rapport de la commission sur l'avortement, à partir d'une vision différente. L'autre partie du rapport est rédigée sur la base d'une vision qui considère l'avortement comme un droit de la femme et ne veut pas prendre en compte le droit de l'enfant à la vie. L'avortement est une question éminemment conflictuelle entre ces deux droits.

Sur le plan linguistique, on refuse de parler d'un enfant. Et, on parle d'embryon ou de fœtus, plutôt, par exemple que « d'enfant en développement ». Cela introduit une sorte de déshumanisation, qui permet d'éviter la question de savoir quand la vie à naître est digne de protection. De nouvelles données montrent, par exemple, qu'un enfant peut ressentir des sensations qui s'apparentent à la douleur dès l'âge de 13 semaines. Et pourtant, en cas d'avortement pour raisons médicales, même un enfant de plus de 13 semaines n'est pas systématiquement anesthésié. On peut donc affirmer ici qu'il y a violation de l'article 3 de la CEDH 2 qui interdit la torture.

On est également en droit de se demander s'il n'y a pas violation de la Convention des Nations unies sur les personnes handicapées, qui 3interdit la discrimination (article 5), étant donné qu'en cas de handicap, les avortements pour raisons médicales sont également autorisés après 12 semaines, et ce jusqu'à une date indéterminée, ce qui n'est pas le cas pour les enfants en bonne santé.

On part aussi du principe qu'il existe un droit à l'avortement. Mais ce soi-disant droit est en conflit avec l'article 2(1) de la CEDH, avec l'article 3 de la DUDH4 ainsi que certaines autres conventions internationales revêtant un caractère supranational⁵⁶⁷.

Cette partie du rapport suit également, en partie, la structure de l'autre partie du rapport.

I. Contraception

1. Information et accessibilité

Pour les femmes (et aussi les hommes), qui souhaitent pratiquer la contraception de manière naturelle, il faut améliorer la notoriété d'une méthode symptothermique fiable (connue en Belgique sous le nom de sensiplan®). Cette méthode est considérée comme très fiable par l'OMS, mais elle est peu connue des médecins, des sages-femmes et du personnel paramédical. Pour ce faire, il faut également mettre en place une campagne sur sa fiabilité et inclure sensiplan® dans les cours de formation du personnel médical et paramédical comme une alternative naturelle à part entière.

Il convient également de préciser que certains contraceptifs ont un effet abortif, comme les stérilets (DIU) par exemple : ils empêchent l'implantation d'un enfant de 6 jours. Par conséquent, la seule contraception d'urgence éprouvée est le stérilet d'urgence, car il provoque un avortement précoce.

2. Coûts et remboursement

Une série de consultations données par des conseillers Sensiplan agréés pour tout apprendre sur Sensiplan® doit être ajoutée à la liste des contraceptifs remboursés jusqu'à l'âge de 25 ans. Le fait que des jeunes femmes qui ne peuvent pas ou ne veulent pas utiliser des moyens artificiels, pour des raisons médicales ou autres, sont entravées dans leur liberté de choix en raison du coût d'un cours sensiplan®, constitue une discrimination. Tout cela suppose que les frais de formation des consultants et de contrôle permanent de la qualité soient également remboursés.

3. Grand public

À l'école, l'EVRAS (éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) devrait accorder plus d'attention à la construction de relations durables et sûres et à la fiabilité des différentes formes de contraception. Outre les informations objectives sur la fiabilité réelle de la pilule, du préservatif et du stérilet, il faut également expliquer la très bonne fiabilité de la méthode symptothermique. Pour ce faire, les manuels de biologie doivent être adaptés.

Il convient de veiller à ce que les étudiantes se voient proposer les visions tant pro-choice que pro-life de la grossesse, afin qu'elles puissent faire leur propre choix en toute connaissance de cause.

II Accueil

Introduction

Dans le cadre des contacts officieux avec les prestataires de soins qui pratiquent l'avortement, il apparaît que la loi n'est pas toujours respectée. Le délai de 6 jours n'est pas respecté partout. Si l'on est convaincu que la femme est sûre d'elle, certains n'hésitent pas à raccourcir ce délai, parfois aussi sous la pression.

La large obligation d'information sur les alternatives est régulièrement ignorée, parce qu'il est estimé qu'aucune femme n'est prête à se promener avec un ventre gros et à mener sa grossesse à terme. Pour ces femmes, cette situation serait aussi grave que d'avoir l'enfant. Quand ça se voit, les femmes craignent, entre autres, les réactions potentielles du monde extérieur.

De même, sur les sites Web des centres de planning familial, on ne trouve aucune trace des 9 alternatives disponibles et il n'est pas, non plus, indiqué que ces alternatives seront abordées lors de la première consultation, ce qui constitue pourtant une condition au remboursement par l'INAMI.

A. Accueil à l'hôpital

1. Accueil de première ligne.

Dans les hôpitaux, il n'y a généralement pas de personnel spécifiquement désigné pour accueillir les personnes qui ont émis une demande d'avortement par téléphone.

2. Accueil dans le service

La loi prévoit qu'un avortement ne peut être légalement pratiqué que s'il a lieu dans un établissement de soins auquel est rattaché un service d'information. À l'heure actuelle, aucun moyen n'est prévu pour le développement d'un service d'information dans les hôpitaux et, par conséquent, ce service n'est pas réglementé partout. La nécessité d'une telle mesure est certes ressentie sur le terrain, mais même lorsque c'est le cas, les hôpitaux ne peuvent pas/ne veulent pas toujours y pourvoir.

B. Accueil dans les centres

1. Accueil de première ligne

Très régulièrement, c'est le/la téléphoniste à l'accueil qui décide si une femme est déjà sûre de sa décision de se faire avorter. Si cette personne estime que la demandeuse est sûre de sa décision, aucune explication légale n'est donnée sur toutes les alternatives possibles en termes d'avantages financiers de toutes sortes pour soutenir les familles, les familles de soutien ou les possibilités d'adoption, car il est jugé que ces informations l'accablent inutilement. La responsabilité confiée à la/au téléphoniste ne repose sur aucun fondement légal et dans ce cas, les conditions de remboursement par l'INAMI ne sont pas respectées... Une femme en situation difficile est ainsi privée d'informations précieuses dont elle ne peut pas tenir compte au cours de son délai de réflexion obligatoire de 6 jours.

2. Accueil dans le service

Lors de l'entretien avec le médecin, qui, selon l'accord avec l'INAMI, doit durer 30 minutes, toutes les alternatives doivent légalement être discutées, mais selon LUNA, l'examen médical comprend une échographie, une anamnèse médicale et les réponses aux questions médicales sur la contraception. Ce n'est qu'en cas de doute manifeste qu'un entretien supplémentaire est prévu. Le formulaire d'inscription est généralement rempli par l'assistant social du centre. On ne retrouve pas non plus, sur le formulaire d'enregistrement, de traces de l'impact des explications données sur les alternatives lors du premier entretien, cela du fait, que pour des raisons idéologiques, cela n'a pas été retenu par la commission.

La loi sur les droits des patients exige que le médecin ne porte pas de jugement et qu'il fournisse des informations sur toutes les alternatives possibles à l'avortement. De plus, toutes les conséquences possibles d'un avortement, tant à court terme qu'à plus long terme, doivent également être expliquées et ces informations se doivent d'être neutres d'un point

de vue idéologique. Il n'y a actuellement aucune possibilité de vérifier sur place si la loi est respectée, mais les propres publications des centres de planning familial montrent qu'ils ne respectent pas les dispositions légales ou celles convenues avec l'INAMI en ce qui concerne l'information in extenso des alternatives à l'avortement.

3. Après l'avortement

Il n'y a pas d'enregistrement systématique des effets secondaires de l'avortement. Le seul enregistrement est celui qui figure sur le formulaire d'enregistrement de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse envoyé quelques heures à peine après l'avortement. Les hémorragies, l'infertilité, les problèmes mentaux, les complications psychiatriques ... qui surviennent par la suite, ne sont pas systématiquement enregistrés. Nous sommes complètement aveugles à ce sujet. Selon les centres de planning familial, 20 % des femmes maximum reviennent pour une consultation de suivi. La recherche est très difficile, car les femmes sont pressées d'oublier l'expérience de l'avortement. Il existe néanmoins un groupe relativement important de femmes qui pratiquent des avortements à répétition. Des recherches plus approfondies sont aussi nécessaires sur ce groupe.

III Formation

Du point de vue légal, aucun médecin, infirmier ou infirmière ou membre du personnel paramédical ne peut être contraint de coopérer à une interruption de grossesse (loi sur l'avortement du 15 octobre 2018).

Cependant, les assistants en gynécologie des universités de la VUB et de l'ULB, ainsi que de Liège, sont tenus de pratiquer des avortements obligatoires. L'opinion est qu'il vaut mieux ne pas devenir gynécologue si vous ne voulez pas pratiquer d'avortements. Malgré cette formation obligatoire à la pratique de l'avortement, le nombre de médecins prêts à gagner leur vie en pratiquant des avortements reste insuffisant. L'avortement reste donc manifestement un acte que les médecins n'aiment pas pratiquer.

IV Enregistrement

Avortements et avortements pour raisons médicales

Quand un test révèle un risque d'anomalie, il faudrait intensifier les efforts pour vérifier que les résultats ne sont pas faussement positifs. Après un avortement pour raisons médicales, un rapport anatomopathologique doit être rédigé pour voir si l'enfant souffrait effectivement de la pathologie pour laquelle il a été avorté. La pression médicolégale en faveur de l'avortement ne doit pas conduire à un nombre croissant de diagnostics faussement positifs, dans le cadre desquels le médecin ne risque pas de poursuites s'il avorte un enfant en bonne santé, mais en risque si un enfant naît avec un handicap. On devrait pouvoir contrôler si certains médecins ont plus de faux positifs que d'autres afin d'établir le profil des médecins (comme pour le profil prescripteur) et, si nécessaire, de sanctionner tout nombre anormalement élevé de faux positifs. Il faut veiller à refréner la pratique de l'eugénisme. Aujourd'hui, les embryons sont déjà sélectionnés pour leur prédisposition génétique à des maladies qui n'ont une chance de s'exprimer que beaucoup plus tard dans la vie, à l'âge adulte. Il faut oser poser les questions graves. La sélection des embryons sur la base de leurs caractéristiques génétiques n'est autre chose que de l'eugénisme. De la même manière, la sélection fœtale basée sur d'éventuels troubles génétiques peut être considérée comme une forme d'eugénisme.

V Recommandations spécifiques Introduction

1. Un faible statut socio-économique

L'accompagnement des femmes enceintes qui se trouvent dans une situation socio-économique précaire doit être amélioré afin qu'elles ne soient plus contraintes d'avorter pour cette raison. Cet accompagnement devrait également être plus accessible et mieux connu, afin qu'une femme paniquée par une grossesse et pétrie d'inquiétudes puisse être rassurée et bénéficier de moyens financiers suffisants pour permettre à son enfant de grandir.

2. Avortement et violences

Des efforts supplémentaires devraient être faits pour soutenir les femmes qui subissent des pressions de leur famille, de leur partenaire ou d'autres personnes pour qu'elles se fassent avorter. De nombreux témoignages montrent que certaines femmes auraient aimé garder leur enfant, mais qu'elles ont été contraintes d'avorter et en ont parfois subi les conséquences psychologiques pendant des décennies. En Flandre, les centra voor integrale gezinszorg (CIG - Centres d'aide familiale intégrée) devraient être mieux connus afin que ces femmes trouvent un véritable soutien.

3. Avortement et emploi

On note une tendance inquiétante des employeurs à se montrer de moins en moins tolérants envers les travailleuses enceintes. Les femmes qui souhaitent combiner carrière et enfants doivent bénéficier d'une bien meilleure protection. Les entreprises et les employeurs devraient être encouragés de manière positive à s'ouvrir aux femmes enceintes et aux jeunes mères. On note déjà des signes d'espoir à cet égard en ce sens que les entreprises qui ont du mal à trouver du personnel spécialisé viennent de franchir le pas d'accorder plus de congés à leurs travailleuses enceintes, en se basant sur la philosophie selon laquelle une travailleuse heureuse travaille mieux et est heureuse de continuer à travailler. Par ailleurs, les mères qui souhaitent rester avec leurs jeunes enfants devraient aussi avoir une plus grande liberté de choix. Il faudrait davantage s'atteler à une possibilité d'extension facultative du congé de maternité, car il existe des situations pénibles dans lesquelles les mères doivent déjà mettre leur enfant d'à peine deux mois en crèche à temps plein parce qu'elles ont été écartées pour des raisons médicales avant d'accoucher. La pression exercée pour qu'elles reprennent rapidement le travail exacerbe la dépression postnatale, ce qui représente un danger tant pour le jeune enfant que pour la mère. Ces conditions de travail peuvent être à l'origine d'une décision d'avorter quand la femme enceinte ne se sent pas suffisamment en sécurité pour poursuivre sa grossesse.

4. Avortement et handicap/santé

Les femmes à qui l'on dit que l'enfant qu'elles portent pourrait être handicapé ou avoir des problèmes de santé devraient se sentir plus libres de quand même opter pour la vie. Il faut mettre en place une politique active contre les tendances utilitaristes et eugéniques qui considèrent la vie d'une personne handicapée comme étant de moindre valeur. La détection précoce des anomalies doit viser à intervenir plus tôt ou à planifier des opérations afin de développer la vie d'une personne handicapée le plus tôt et le mieux possible. La tendance à détecter de plus en plus d'anomalies et à pratiquer l'avortement pour des raisons médicales peut générer un sentiment de discrimination au niveau des personnes handicapées, qui

vivent avec cette anomalie, vivent une vie la plus heureuse possible et représentent une valeur ajoutée pour ceux qui les entourent.

5. L'avortement et l'enfant initialement souhaité

Il faut accroître la conscience du fait que nombre des avortements pour lesquels il a été indiqué que la contraception n'était pas utilisée étaient en fait des grossesses désirées. On estime que cela concerne 80 % ou plus des femmes qui affirment ne pas avoir pris de contraception. L'exemple le plus poignant est celui des enfants conçus par FIV et qui sont pourtant avortés. La promotion de la contraception ne convient donc pas pour faire baisser le nombre d'avortements dans ce groupe cible. Il serait peut-être intéressant d'approcher ce groupe cible de manière plus spécifique et de voir si ces femmes sont prêtes à envisager l'adoption et à donner un avenir à leur enfant, qui était initialement désiré après tout. Dans les services d'adoption, les femmes sont accompagnées et il s'avère qu'en fin de compte, seuls 25 % d'entre elles environ optent effectivement pour l'adoption et que les autres finissent par accepter leur grossesse et leur enfant. Dans ce cas, un enfant non désiré devient finalement un enfant désiré.

6. Avortement et vieillissement

Une grossesse sur 6 se termine par un avortement et cela malgré un déficit évident des naissances. Après un petit pic vers 2012, le nombre de naissances a recommencé à baisser, avec pour conséquence la fermeture imminente de maternités. Et même si tous les enfants dont les mères envisagent d'avorter naissent, la natalité serait toujours insuffisante. Il est urgent que les autorités intensifient leurs efforts pour mettre en œuvre des politiques favorables aux enfants et aux familles. Un travail fixe et bien rémunéré crée les conditions idéales pour pouvoir avoir une famille plus nombreuse en toute sécurité. Au lieu d'une économie à laquelle les gens doivent s'adapter de manière flexible, nous devrions avoir une économie au service de la population, pour qu'il y ait suffisamment de richesses pour permettre aux familles de s'épanouir.

VI Évolution de la Commission

La Commission se compose d'experts qui jouissent d'un vaste bagage scientifique et académique, mais leurs engagements ne sont pas rémunérés. En plus du personnel administratif, le recrutement d'un spécialiste en gestion des données est nécessaire pour tirer des conclusions statistiquement plus précises de tous les enregistrements, afin que la commission puisse produire un rapport scientifiquement fondé. L'échange de données avec l'INAMI, par exemple, devrait également être beaucoup plus fluide. L'INAMI devrait également être encouragé à présenter son propre rapport sur les chiffres de l'avortement dont il a connaissance.

VII Mieux développer les alternatives

1. Garantir la liberté de choix

A. Dans les centres

Il convient d'accorder une plus grande attention au choix éclairé qu'une femme peut faire quant à la décision d'avorter ou de ne pas avorter. Dans les centres, les femmes reçoivent des informations sur le déroulement de l'avortement et sur une meilleure utilisation de la contraception. Sur la base de l'expertise du/de la téléphoniste, les femmes qui seraient

certaines de leur choix ne reçoivent pas d'informations supplémentaires sur les alternatives, afin de ne pas les accabler inutilement. On part du principe que toute situation d'urgence constitue une bonne raison de se faire avorter. C'est pourquoi, dans de trop nombreux cas, on ne prend pas le temps d'examiner les problèmes sous-jacents de la femme et de voir si une autre solution n'est pas envisageable. En fait, c'est l'enfant qui est considéré comme le problème. Il existe pourtant toujours une obligation légale d'expliquer en détail toutes les alternatives à chaque femme, et lors d'un entretien avec le médecin, celui-ci doit arriver à la conclusion que la femme est déterminée. En pratique, selon le site Web de Luna, la femme fait une échographie, ses antécédents médicaux sont discutés et les questions relatives à la contraception sont abordées. Il est dit qu'en cas de doute, un entretien supplémentaire peut être ajouté. Mais souvent, les femmes sont paniquées et ne voient pas d'autre issue, ce qui les fait ignorer tout doute, même si elles ne veulent pas vraiment avorter.

Le fait de ne pas parler des alternatives renforce encore le fait de ne pas laisser de place au doute. Les centres eux-mêmes indiquent que certaines femmes subissent des pressions pour avorter, par exemple de la part de leur partenaire ou de leurs parents. Dans ces situations, les centres devraient mener une politique active d'orientation vers des organisations qui ont une vision plutôt pro-life. Ces centres aussi respectent la liberté de choix de la femme, mais peuvent donner un caractère plus concret aux alternatives pour que les femmes aient une idée plus concrète aussi des options qui s'offrent à elles. Concrètement, dans ce cas, on peut s'inspirer des Pays-Bas où les centres d'avortement travaillent en étroite collaboration, par exemple, avec Siriz, une organisation pro-life. En Flandre, JIL est une organisation sœur de Siriz. En Flandre, on travaille aussi parfois avec Fara, mais cette organisation n'adopte pas de véritable position pro-life.

B. À l'hôpital, en cas d'avortement pour raisons médicales

Les femmes qui attendent un enfant et dont la grossesse semble révéler (un risque d')une anomalie devraient être mieux informées sur la vie avec cette anomalie. Aujourd'hui, beaucoup de femmes subissent des pressions de la part du médecin pour avorter. En raison des éventuelles conséquences médico-légales si le médecin venait à manquer une anomalie, on s'alarme facilement et les informations relatives à une éventuelle anomalie sont présentées de manière très négative. Plusieurs médecins ont déjà été condamnés à participer aux frais d'entretien d'une personne handicapée. Il est extrêmement difficile d'estimer la véritable ampleur d'une anomalie sur la base des résultats d'une échographie ou d'autres résultats d'examens. Garantir l'enfant parfait est une illusion. L'exclusion d'office de toute forme de traitement est discriminatoire à l'égard des personnes handicapées. Les enfants déclarés non viables font également l'objet de pressions importantes en faveur de l'avortement, tandis que dans le processus de deuil on peut aussi développer l'envie de vouloir garder l'enfant avec soi et de le laisser vivre le plus longtemps possible. Il faudrait être plus attentif à ces envies et ne pas considérer l'avortement comme la solution normale. Dans les cours des médecins en formation, l'avortement est proposé comme thérapie en cas d'anomalies. Mais les conséquences pour la mère sont parfois très graves : parce qu'elle a décidé elle-même de laisser son enfant mourir, parce qu'elle développe parfois des sentiments de culpabilité qui entravent le processus normal du deuil et qui peuvent être à l'origine de problèmes psychiatriques de degrés divers.

1. Non-judgment counseling

Les médecins ne doivent pas être partiaux. Même lorsqu'ils estiment eux-mêmes que l'avortement est la meilleure solution, ils doivent se concentrer davantage sur les alternatives afin de garantir leur liberté de choix. Les relations hostiles entre les centres d'avortement et les personnes qui ont une vision pro-life devraient disparaître. Au contraire, les femmes devraient pouvoir entendre les arguments des deux options afin de pouvoir faire un choix vraiment éclairé. Aujourd'hui, il règne une vision paternaliste, comme si les femmes devaient être protégées de ces organisations, alors qu'on n'hésite pas à considérer sa propre vérité en faveur de la vie comme la seule vérité possible. Les femmes qui sont confrontées à un choix important tel que l'avortement ont besoin d'être informées de manière complète, ce que le législateur reconnaît aussi jusqu'à ce jour.

Trop de femmes souffrent de graves conséquences psychologiques ou psychiatriques après un avortement parce qu'elles n'ont pas été suffisamment informées. Une échographie est réalisée systématiquement, mais les femmes ne peuvent pas la voir. Si par la suite, elles voient des images d'enfants du même âge qu'avait le leur au moment où elles ont avorté, cela peut s'avérer traumatisant par le fait qu'elles peuvent alors prendre conscience qu'elles ont avorté, non pas d'un amas de cellules fœtales, mais bien d'un enfant pleinement formé. Le fait que le médecin estime que certaines informations doivent être cachées aux femmes constitue une tromperie. Et, cela peut avoir de graves conséquences pour les femmes par la suite.

2. Davantage de recherches sont nécessaires sur les conséquences de l'avortement

Au niveau international, il est admis qu'environ 10 % des femmes ayant subi un avortement en gardent des séquelles psychologiques ou psychiatriques. Le fait de considérer l'avortement comme une thérapie est lié à un risque très élevé d'effets secondaires indésirables. Il faudrait faire davantage de recherches sur les facteurs prédictifs, sur les circonstances dans lesquelles le risque est accru, afin de savoir dans quels cas un avortement est effectivement contre-indiqué.

3. Continuer à développer l'accueil des mères

Il convient d'accroître la publicité relative aux CIG, qui peuvent apporter un soutien adéquat aux femmes lorsqu'il leur est très difficile de garder un bébé. Souvent, cette situation est aussi liée à des problèmes sous-jacents qui peuvent être résolus dans ce type de centre. Les CIG doivent également pouvoir continuer à inclure une fonction de première ligne, pour mettre en place une aide à bas seuil. Dans notre pays, les services d'adoption sont centralisés, mais ils doivent être mieux connus. Lorsque l'adoption est présentée comme plus positive, certaines femmes sont désireuses de donner cet avenir à leur enfant et ainsi donner aux couples sans enfant une meilleure chance de pouvoir adopter un enfant par le biais de l'adoption nationale.

De nombreuses initiatives locales ou communales soutiennent les familles en difficulté. Les parents doivent pouvoir s'y adresser plus facilement. Les familles ont besoin d'un meilleur soutien financier afin de ne pas se retrouver dans une situation où le fait d'avoir un enfant est synonyme de difficultés financières. Il est nécessaire d'améliorer les partenariats entre les centres d'avortement et les services d'adoption, les CIG et les organisations pro-life. Les femmes devraient avoir un véritable choix.

4. Soutenir les organisations qui s'occupent des femmes qui ont des doutes sur leur choix en matière d'avortement.

En ce moment règne un climat dans lequel la voix des pro-life est écartée.

Dans une société démocratique, on ne peut pas se limiter à mettre en avant une seule vérité. Pour certaines femmes, une telle organisation peut représenter une valeur ajoutée. Le choix de l'avortement est très bien organisé et garanti. Cependant, les organisations qui s'occupent de l'accueil des femmes en situation de doute sont souvent des organisations bénévoles, qui se voient refuser les ressources nécessaires. Une politique active devrait être menée pour mieux soutenir financièrement les organisations pro-life, sans qu'elles aient à renoncer à leur vision pro-life ou à se retrouver sur une liste noire.

VIII Autre financement des centres de planning familial

Aujourd'hui, les centres de planning familial sont financés par un paiement par prestation dans le cadre d'un accord avec l'INAMI. En vertu de cet accord, 189,94 euros sont versés pour le premier entretien et 281,96 euros supplémentaires sont versés lorsque l'avortement est effectivement pratiqué. Cet argent est versé aux centres qui doivent en utiliser 85 % pour rémunérer leur personnel. Les 15% restants couvrent les frais de fonctionnement. Les centres se plaignent du fait que certaines femmes ne veulent pas que leur caisse d'assurance maladie sache qu'elles se font avorter ou n'ont pas de caisse d'assurance maladie et se retrouvent, par exemple, à la rue, pendant un certain temps, ce qui signifie qu'elles n'ont même pas droit à une aide du CPAS. Il arrive que des femmes n'aient pas l'argent nécessaire pour payer l'avortement. Un montant de 200 euros leur est demandé. Certains hôpitaux facturent parfois 850 euros. L'INAMI rembourse 470 euros. Il convient d'envisager un financement par enveloppe, avec un taux horaire fixe pour les médecins et les autres membres de personnel et un montant fixe pour les infrastructures. Cela permettrait de résoudre le problème du sous-paiement par les femmes non assurées et les centres seraient beaucoup plus libres d'orienter les femmes vers des organisations pro-life, cela, dans l'intérêt d'un certain nombre de femmes. Ce type de financement permettrait également un meilleur contrôle par les autorités.

Conclusions

L'avortement n'est pas un droit contraignant. La liberté de conscience des médecins, du personnel médical et paramédical doit être mieux protégée. Dans le cadre de la formation en gynécologie/soins infirmiers, on ne devrait pas être obligé de pratiquer des avortements. La méthode Sensiplan® devrait être mieux connue en tant que forme de contraception qui donne aux hommes et aux femmes une responsabilité commune en matière de fertilité. Une série de consultations données par des conseillers Sensiplan accrédités pour tout apprendre sur Sensiplan® doit être ajoutée à la liste des contraceptifs remboursés jusqu'à l'âge de 25 ans. Tout cela suppose que les frais de formation des consultants et de contrôle permanent de la qualité soient également remboursés. La vision pro-life doit être davantage entendue et non pas réprimée au titre d'opinion de moindre valeur. D'autres mesures sont nécessaires pour encourager les familles à vivre l'expérience d'avoir des enfants de manière positive. De meilleures conditions de travail et de rémunération devraient être encouragées afin que les familles qui veulent des enfants ne soient pénalisées financièrement.

Les centres et les hôpitaux doivent être mieux contrôlés afin de respecter la loi sur l'avortement, notamment en proposant des alternatives et en respectant les délais d'attente. Actuellement, les contacts, p. ex. avec le centre d'adoption, sont très rares, alors que la loi prévoit que l'adoption doit être proposée comme une alternative. Comme c'est notamment le cas aux Pays-Bas, il doit y avoir de meilleurs contacts entre les groupes pro-life et les centres d'avortement. Actuellement, il règne un climat d'hostilité qui n'est pas

propice à la prise en charge des femmes enceintes dans le besoin. Il faudrait davantage veiller à détecter à l'avance les 10 % au moins de femmes qui regrettent aujourd'hui d'avoir avorté, afin qu'elles ne se fassent pas avorter. La coopération étroite avec les groupes pro-life est très enrichissante dans ce domaine. L'accueil des mères dans le besoin devrait être amélioré afin que les femmes qui envisagent un avortement pour des raisons financières ou sociales n'aient plus à faire ce choix. Les centres de planning familial devraient faciliter ce processus. L'avortement pour des raisons médicales ne doit pas virer à l'eugénisme. Les tests prénataux doivent avant tout servir à détecter rapidement les anomalies afin de mettre en place des thérapies adaptées à l'enfant, et pas seulement à donner naissance à des enfants parfaits. La peur de la vie en situation de handicap doit être réduite et la valeur de l'être humain handicapé doit être réhabilitée ».

REMARQUES :

1 <https://jme.bmj.com/content/46/1/3>, reconsidering fetal pain, Stuart WG Derbyshire, et al.

2 https://www.echr.coe.int/Documents/Convention_NLD.pdf

3 <https://www.gripvzw.be/nl/artikel/65/tekst-vn-verdrag-inzake-de-rechten-van-personen-met-3-eehandicap>

4 https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/dut.pdf

5 http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1966121931&table_name=wet, artikel 6.1

6 https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_nl.pdf, artikel 2

7 https://www.kinderrechtencommissariaat.be/sites/default/files/bestanden/7kinderrechtenverdrag_officiële_nederlandse_vertaling.pdf, article 6: l'article 7 accorde explicitement des droits à compter de la naissance et les droits énoncés à l'article 6 s'appliquent donc aussi avant la naissance.

8 OMS, Planification familiale : un manuel à l'intention des prestataires de services du monde entier (2018) p. 292)

9 https://www.abortus.be/_nl/overabortus/hoer_eersteconsult.php

**Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990
relative à l'interruption de grossesse.**

Secrétariat de la Commission :

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Eurostation II.

Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse
Bureau 7C034

Place Victor Horta 40, boîte 10

1060 Bruxelles.

02/524.92.56 (Fr) – 02/524.92.60 (NI)

<http://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/debut-et-fin-de-vie/interruption-volontaire-de-grossesse>