

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

RAPPORT A L'ATTENTION
DU PARLEMENT
1 janvier 2016 – 31 décembre 2017



Février 2020

TABLE DES MATIERES

Avant-propos des présidents	7
Introduction	9
Document d'enregistrement	11
Rapport annuel de l'établissement	13
Notice annexée au rapport annuel de l'établissement	14
Rapport annuel du service d'information	15

1. RAPPORT STATISTIQUE **16**

Remarques préliminaires	16
-------------------------	----

1. Description **17**

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES **17**

1. Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	17
2. Interruptions de grossesse selon l'état civil	19
3. Interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) mis au monde	20
4. Interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	21
4.1 Données générales	21
4.2 Femmes domiciliées à l'étranger	22
5. Etablissements où se pratiquent les interruptions de grossesse	23

B. DONNEES PSYCHOSOCIALES **24**

6. Situations de détresse invoquées	24
-------------------------------------	----

C. DONNEES MEDICALES **25**

7. Méthode de contraception la plus utilisée pendant le dernier mois	25
8. Causes de l'échec de la contraception	26

D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT **26**

9. Méthode utilisée pour l'interruption de grossesse	27
10. Anesthésie	28
11. Durée de l'hospitalisation	29
12. Complications	30

2. Tabulations croisées **31**

1. SITUATIONS DE DETRESSE **31**

1.1. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse matérielle (cat. C)	31
1.2. Domicile de la femme invoquant une situation de détresse personnelle (Cat. B)	31
1.3. Situation de détresse et âge	32
1.4. Situation de détresse et état civil	33
1.5. Situation de détresse et nombre d'enfant(s)	34

2. METHODES DE CONTRACEPTION	35
2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge	35
2.2. Méthode de contraception et état civil	37
2.3. Méthode de contraception et nombre d'enfant(s)	38
3. METHODES D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE	40
3.1. Méthodes d'interruption de grossesse et complications	40
3.2. Méthodes d'interruption de grossesse et anesthésie	41
3.3. Méthodes d'interruption de grossesse et tranches d'âge	42
3.4. Méthodes d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	43
4. DUREE D'HOSPITALISATION	44
4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie	44
4.2. Durée d'hospitalisation et complications	44
5. HOPITAL OU CENTRE	45
5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme	45
5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge	46
5.3. Hôpital ou centre et complications	47
5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	47
5.5. Hôpital ou centre et méthode d'interruption de grossesse	48
5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie	48
5.7. Hôpital ou centre et interruption de grossesse après 12 semaines	49
ANNEXE 1	50
Sous-rubriques « Autres » du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse	
1. « Autres » situations de détresse	50
2. « Autres » méthodes de contraception	53
3. « Autres » méthodes d'interruptions de grossesse	53
4. « Autres » méthodes d'anesthésie	53
5. « Autres » complications	53
ANNEXE 2	55
Interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines	55
1. Péril grave pour la femme	55
2. Affections graves et incurables de l'enfant	55
2.1. Affections chromosomiques	55
2.2. Malformations	56
2.3. Affections tératogènes	57

2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS	58
Introduction	58
2.1 INSTITUTIONS FRANCOPHONES	59
Tableau des centres	59
Tableau des hôpitaux et cliniques	60
2.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES	60
Tableau des centres	60
Tableau des hôpitaux et cliniques	61
2.3. APERCU GENERAL	62
Tableau des centres	62
Tableau des hôpitaux et cliniques	62
3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION	63
3.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES	63
A. CENTRES	63
1. Nombre et qualification du personnel	63
2. Fonctionnement du service	63
3. Nombre de consultations du service	65
4. Méthode d'accueil et d'assistance appliquée	65
5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler	67
6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	69
B. HOPITAUX ET CLINIQUES	71
1. Nombre et qualification du personnel	72
2. Fonctionnement du service	72
3. Nombre de consultations du service	73
4. Méthode d'accueil et d'assistance appliquée	73
5. Cas d'accueil ou d'assistance spécifiques à signaler	74
6. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	75
3.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES	76
A. CENTRES	76
1. Composition et fonctionnement du service	76
2. Nombre de consultations du service	78
3. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées	78
4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	80
B. HOPITAUX ET CLINIQUES	84
1. Composition et fonctionnement du service	84
2. Nombre de consultations du service	85
3. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées	85
4. Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	86

4. CONCLUSIONS 87

5. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE 90

1. Composition de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse 90
2. Composition du cadre administratif de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse 91

6. TEXTES DE LOI 92

1. Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même code. 92
2. Loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même code. 95
3. Loi du 16 juin 2016 modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même code, en ce qui concerne la composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse. 98
4. Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même code et modifiant diverses dispositions législatives. 99

7. BIBLIOGRAPHIE 105

AVANT- PROPOS DES PRESIDENTS

Chers députées et députés,

La commission d'évaluation de la loi sur l'Interruption de grossesse a le plaisir de vous communiquer non pas un mais trois rapports bisannuels couvrant la période 2012-2017.

La raison pour laquelle la commission n'a pas été en mesure de présenter ces rapports plus tôt réside dans les difficultés rencontrées pour en renouveler les membres et donc mener à bien ses travaux (voir introduction)

Après sa reconstitution vers la fin de l'année 2018, les membres de la commission se sont réunis fréquemment et ont travaillé intensivement pour rattraper le retard et vous communiquer les résultats statistiques ainsi que les commentaires issus de nos réflexions.

Les chiffres sont des chiffres, mais cela ne signifie pas qu'ils ne peuvent pas être interprétés. L'expertise combinée des médecins, des prestataires de soins et des milieux d'accueil ainsi que celle des juristes a conduit à un traitement de fond des chiffres envoyés par les établissements de soins, sur base d'une connaissance précise de la réalité de terrain.

En termes de contenu, les chiffres ne sont pas surprenants. Les taux d'avortement en Belgique restent très bas, notamment en comparaison avec d'autres pays, et sont constants d'année en année.

La publication de ces trois rapports est une des trois missions légales de la commission. En plus de celles-ci, nous sommes également responsables de l'élaboration d'un formulaire d'enregistrement pour la collecte de données pertinentes. Compte tenu de la modification législative intervenue le 15 octobre 2018, la commission a également mis à jour ce formulaire après discussion et réflexion approfondie. Il a été envoyé aux établissements de soins pour être utilisé dès le 1er janvier 2020.

La troisième mission de la commission, facultative, réside dans la formulation de « recommandations en vue d'une initiative législative éventuelle et/ou d'autres mesures susceptibles de contribuer à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse ».

Les membres de la commission ont souhaité, vu la somme des données concernant ces six années, rédiger un document séparé synthétisant ces recommandations, chapitre par chapitre.

Tous les membres de la commission tiennent enfin à exprimer leur gratitude au Professeur Jules MESSINNE, président de la précédente commission, qui a accepté de siéger dans la commission renouvelée.

Sa grande expérience s'est révélée indispensable à une reprise efficace des travaux après des années d'arrêt. Au cours des réunions, il s'est avéré une voix précieuse dans les débats. Ses analyses calmes et précises, sa vaste expertise juridique et historique ont concouru à soutenir nos travaux, dans un sens raisonnable et logique, mais aussi avec une forme d'humour très subtile et respectueuse de toutes et tous.

Nous tenons donc tout particulièrement à lui rendre hommage pour ses contributions.

Nous remercions également le personnel qui travaille pour la commission, et sans lequel le volontarisme et l'efficacité des membres de la commission n'auraient pu aboutir aux résultats que nous avons l'honneur de vous présenter. Enfin, la commission s'engage à poursuivre ses travaux pour la période 2018-2019, dont les rapports seront envoyés dans les délais légaux.

Les présidents,

Madame Sylvie Lausberg

Monsieur Mario Van Essche

INTRODUCTION

Le Parlement voudra bien trouver ici le quinzième rapport bisannuel de la Commission nationale 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, Commission instituée par la loi du 13 août 1990. Ce rapport porte sur les enregistrements d'interruptions de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années 2016 et 2017.

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

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

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

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

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

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

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

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

Le présent rapport n'a pas pu être communiqué aux Chambres en septembre 2018 en raison d'un contacte particulier, dû aux éléments suivants :

1. les membres de la Commission, désignés pour quatre ans par l'arrêté royal du 14 octobre 2009, sont arrivés au terme de leur mandat le 30 novembre 2013 et n'ont pu valider les données statistiques portant sur les années 2016 et 2017.
2. Malgré les nombreux appels à candidatures, les nouveaux membres de la Commission n'ont pas pu être désignés, faute de candidatures suffisantes ou en raison de profils incompatibles avec les critères fixés par la loi.
3. Pour pallier cette incompatibilité, le Parlement a modifié la loi du 13 août 1990 instaurant la Commission d'évaluation par la loi du 16 juin 2016 (MB 30.06.16) qui

élargit les conditions de nomination des catégories « professeurs de médecine » et « professeurs de droit » aux chargés de cours et professeurs émérites.

4. Sur cette base et suite à un nouvel appel à candidatures, la Chambre des représentants a pu désigner les membres de la nouvelle Commission. Cette désignation est reprise dans l'arrêté royal du 15 octobre 2018 de nomination des membres de la Commission, paru au moniteur Belge le 5 novembre 2018.
5. La Commission nationale d'évaluation a repris ses travaux le 19 décembre 2018.

Le dernier rapport de la Commission ayant été publié en 2012, la Commission nationale d'évaluation a analysé globalement l'évolution et les données statistiques portant sur les six dernières années. C'est pourquoi trois rapports bisannuels ont été publiés simultanément, en février 2020 :

- Le rapport portant sur les années 2012 – 2013 qui reprend les données statistiques.
- Le rapport portant sur les années 2014 – 2015 qui reprend les données statistiques.
- Ce rapport qui reprend les données statistiques portant sur les années 2016 – 2017 ainsi que, pour les années 2012 à 2017 (six années), l'analyse des rapports annuels des établissements de soins et des services d'information ainsi qu'une bibliographie non exhaustive.

Les conclusions et recommandations proposées au législateur par la Commission nationale d'évaluation, sur base de ces six années, sont reprises dans le mémorandum publié en février 2020.

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

Ce rapport reprend donc trois parties :

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

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

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

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

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

Nom du médecin : rue CP localité	Nom + adresse de l'établissement	Cachet du médecin, date et signature
--	----------------------------------	--------------------------------------

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date de réception : N° de code du médecin :
 Date d'encodage : N° de code de l'établissement:
 N° de référence :

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date d'encodage : N° du code du médecin :
 Date de réception : N° de code de l'établissement :
 N° de référence :

<p>1 Date</p> <p>a) demande d'interruption de grossesse : <input style="width:100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;" type="text"/></p> <p>b) 1^{er} entretien avec le service d'information: <input style="width:100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;" type="text"/></p> <p>c) interruption de grossesse : <input style="width:100px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em; margin-left: 10px;" type="text"/></p> <p>2 Femme <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>a) âge: <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>b) état civil :</p> <p style="margin-left: 20px;">1. non mariée</p> <p style="margin-left: 20px;">2. mariée</p> <p style="margin-left: 20px;">3. divorcée</p> <p style="margin-left: 20px;">4. veuve</p> <p>c) nombre d'enfants mis au monde :</p> <p>d) domicile : <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">0. pays si domicile à l'étranger (*)</p> <p style="margin-left: 40px;">7. Limbourg <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 40px;">8. Luxembourg <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">1. Anvers</p> <p style="margin-left: 20px;">9. Namur</p> <p style="margin-left: 20px;">3. Flandre occidentale 11 Brabant flamand</p> <p style="margin-left: 20px;">4. Flandre orientale 12. Brabant wallon</p> <p style="margin-left: 20px;">5. Hainaut 13. Région de Bruxelles-Capitale</p> <p style="margin-left: 20px;">6. Liège</p> <p>PAYS : (*) _____</p> <p>3 a) Etat de détresse invoqué par la femme (voir verso svp) <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>1, 2 ou 3 numéros à remplir :</p> <p>3 b) si l'interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délai <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>de 12 semaines :</p> <p>1) indication du péril grave que pose la poursuite de la grossesse <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>pour la santé de la femme : (*)</p> <p>(*) _____</p> <p>2) affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>moment du diagnostic, dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance : (*)</p> <p>_____</p>	<p>4 Déclaration faite par la femme concernant</p> <p>a) les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées au <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>cours du cycle de la contraception :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">01. aucune</td> <td style="width:50%;">10. stérilisation homme</td> </tr> <tr> <td>02. coït interrompu</td> <td>11. stérilisation femme</td> </tr> <tr> <td>03. abstinence périodique</td> <td>12. stérilisation des deux</td> </tr> <tr> <td>04. spermicides</td> <td>13. pilule du lendemain</td> </tr> <tr> <td>05. diaphragme</td> <td>14. implant</td> </tr> <tr> <td>06. préservatif</td> <td>15. patch</td> </tr> <tr> <td>07. pilule</td> <td>16. anneau vaginal</td> </tr> <tr> <td>08. Injection contraceptive</td> <td>17. méthode NFP</td> </tr> <tr> <td>09. DIU (dispositif intra-utérin)</td> <td>18. autres méthodes:</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">-----</p> <p>b) cause de l'inefficacité :</p> <p style="margin-left: 20px;">1. n'a pas utilisé de méthode contraceptive <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">2. utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode</p> <p style="margin-left: 20px;">3. méthode contraceptive a été inefficace malgré une bonne utilisation</p> <p style="margin-left: 20px;">4. ne sait pas</p> <p>5 Méthode appliquée pour interrompre la grossesse : <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p>a) méthode d'interruption de grossesse :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">1. aspiration</td> <td style="width:50%;">4. mifépristone</td> </tr> <tr> <td>2. curetage & dilatation</td> <td>5. mifépristone + curetage</td> </tr> <tr> <td>3. prostaglandine</td> <td>6. autre méthode</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">-----</p> <p>b) anesthésie: <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">1. aucune</p> <p style="margin-left: 20px;">2. loco-régionale</p> <p style="margin-left: 20px;">3. narcose</p> <p style="margin-left: 20px;">4. autres : _____</p> <p>c) durée d'hospitalisation :</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width:50%;">1. aucune (ambulatoire)</td> <td style="width:50%;"><input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>2. hospitalisation : 24 heures ou moins</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. hospitalisation : plus de 24 heures</td> <td></td> </tr> </table> <p>6 complications:</p> <p style="margin-left: 20px;">1. aucune</p> <p style="margin-left: 20px;">2. perte de sang estimée à plus de 500 ml <input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/></p> <p style="margin-left: 20px;">3. perforation</p> <p style="margin-left: 20px;">4. déchirure du col utérin</p> <p style="margin-left: 20px;">5. autres : _____</p>	01. aucune	10. stérilisation homme	02. coït interrompu	11. stérilisation femme	03. abstinence périodique	12. stérilisation des deux	04. spermicides	13. pilule du lendemain	05. diaphragme	14. implant	06. préservatif	15. patch	07. pilule	16. anneau vaginal	08. Injection contraceptive	17. méthode NFP	09. DIU (dispositif intra-utérin)	18. autres méthodes:	1. aspiration	4. mifépristone	2. curetage & dilatation	5. mifépristone + curetage	3. prostaglandine	6. autre méthode	1. aucune (ambulatoire)	<input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/>	2. hospitalisation : 24 heures ou moins		3. hospitalisation : plus de 24 heures	
01. aucune	10. stérilisation homme																														
02. coït interrompu	11. stérilisation femme																														
03. abstinence périodique	12. stérilisation des deux																														
04. spermicides	13. pilule du lendemain																														
05. diaphragme	14. implant																														
06. préservatif	15. patch																														
07. pilule	16. anneau vaginal																														
08. Injection contraceptive	17. méthode NFP																														
09. DIU (dispositif intra-utérin)	18. autres méthodes:																														
1. aspiration	4. mifépristone																														
2. curetage & dilatation	5. mifépristone + curetage																														
3. prostaglandine	6. autre méthode																														
1. aucune (ambulatoire)	<input style="width:40px; border: none; border-bottom: 1px solid black; text-align: center; font-family: monospace; font-size: 1.2em;" type="text"/>																														
2. hospitalisation : 24 heures ou moins																															
3. hospitalisation : plus de 24 heures																															

**DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE
VERSO**

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

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

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

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

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

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

- 40. Viol
- 41. Inceste

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

RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT

RAPPORT ANNUEL DE L'ETABLISSEMENT

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

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

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

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

Cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Evaluation

N° de référence :

N° de code de l'établissement :

Réservé à la Commission d'Evaluation

Date réception :

N° de référence :

Date encodage :

N° de code de l'établissement :

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

--	--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--	--

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

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

--	--	--	--	--	--

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

* (1) (2) (3) cf. notice ci-annexée.

Notice annexée au rapport de l'établissement

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

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

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

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

1. RAPPORT STATISTIQUE

Remarques préliminaires

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

1. DESCRIPTION

A. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

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

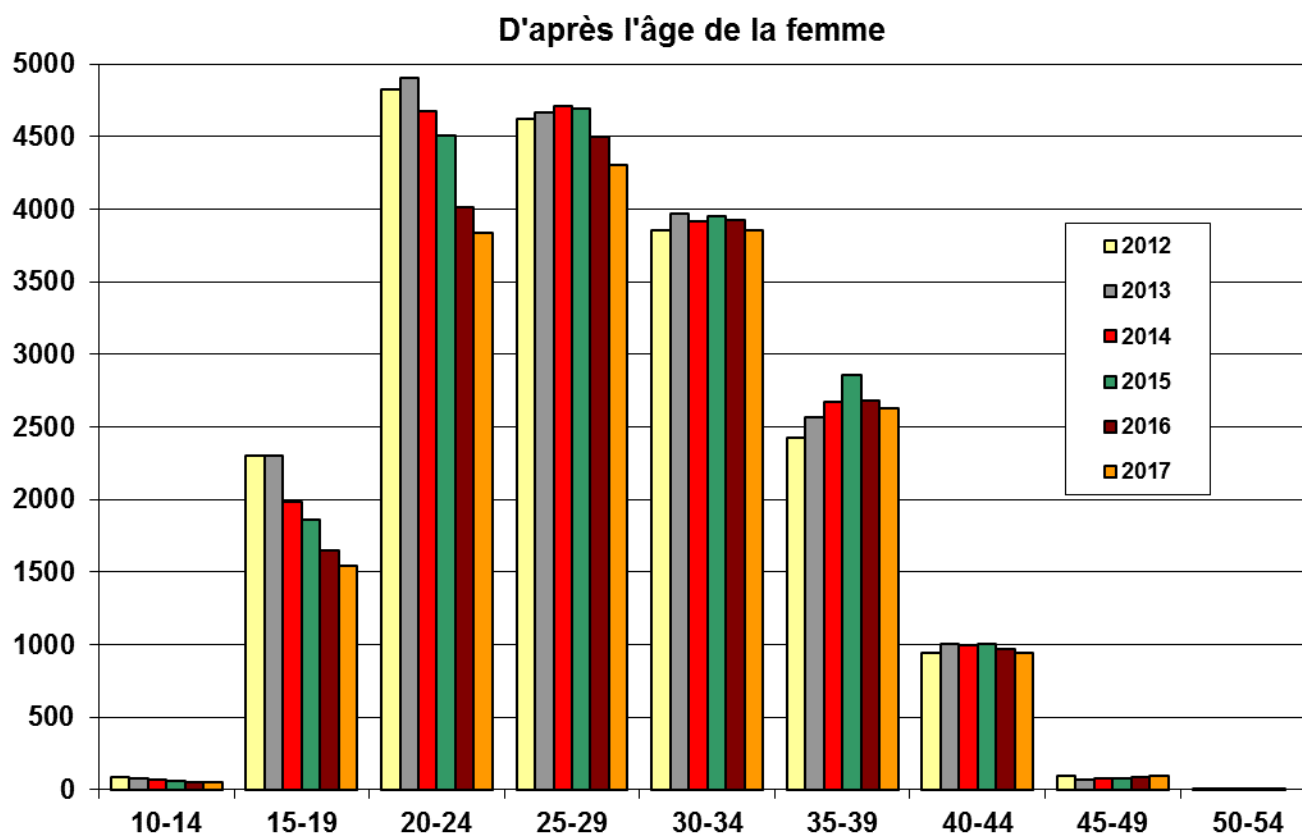
âge	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
10	0	0	0,00	0,00
11	0	0	0,00	0,00
12	1	0	0,01	0,00
13	3	7	0,02	0,04
14	49	45	0,27	0,26
15	124	118	0,69	0,68
16	175	199	0,98	1,15
17	297	299	1,66	1,73
18	472	381	2,64	2,21
19	583	547	3,26	3,17
20	673	703	3,76	4,07
21	802	706	4,49	4,09
22	825	742	4,61	4,30
23	841	810	4,70	4,69
24	870	875	4,87	5,07
25	934	856	5,22	4,96
26	920	924	5,15	5,35
27	901	874	5,04	5,06
28	911	830	5,10	4,81
29	832	817	4,65	4,73
30	903	849	5,05	4,92
31	802	787	4,49	4,56
32	779	786	4,36	4,55
33	762	720	4,26	4,17
34	679	710	3,80	4,11
35	680	640	3,80	3,71
36	600	600	3,36	3,48
37	539	530	3,02	3,07
38	460	451	2,57	2,61
39	401	409	2,24	2,37
40	352	332	1,97	1,92
41	223	246	1,25	1,43
42	197	184	1,10	1,07
43	133	115	0,74	0,67
44	64	68	0,36	0,39
45	50	54	0,28	0,31
46	21	23	0,12	0,13
47	13	14	0,07	0,08
48	5	3	0,03	0,02
49	0	3	0,00	0,02
50	0	0	0,00	0,00
51	0	0	0,00	0,00
52	0	0	0,00	0,00
53	1	0	0,01	0,00
54	0	0	0,00	0,00
55	0	0	0,00	0,00
total	17877	17257	100,00	100,00
Plus âgée que 55 ans	1	0	1 femme de 56 ans	
total Général	17878	17257		

âge moyen en 2016 : **28,40**

âge moyen en 2017: **28,50**

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

âge catégorie	nombre						%					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2012	2013	2014	2015	2016	2017
10-14	88	74	68	62	53	52	0,46	0,38	0,36	0,33	0,30	0,30
15-19	2302	2298	1986	1860	1651	1544	12,02	11,75	10,39	9,78	9,24	8,95
20-24	4823	4905	4675	4502	4011	3836	25,18	25,09	24,47	23,68	22,44	22,23
25-29	4621	4666	4713	4693	4498	4301	24,12	23,87	24,67	24,68	25,16	24,92
30-34	3852	3966	3917	3954	3925	3852	20,11	20,29	20,50	20,80	21,96	22,32
35-39	2425	2563	2672	2857	2680	2630	12,66	13,11	13,98	15,03	14,99	15,24
40-44	945	1008	996	1007	969	945	4,93	5,16	5,21	5,30	5,42	5,48
45-49	96	69	77	75	89	97	0,50	0,35	0,40	0,39	0,50	0,56
50-54	3	2	3	2	1	0	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,00
total	19155	19551	19107	19012	17877	17257	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
plus de 54	0	0	0	1	1	0						
total gén.	19155	19551	19107	19013	17878	17257						



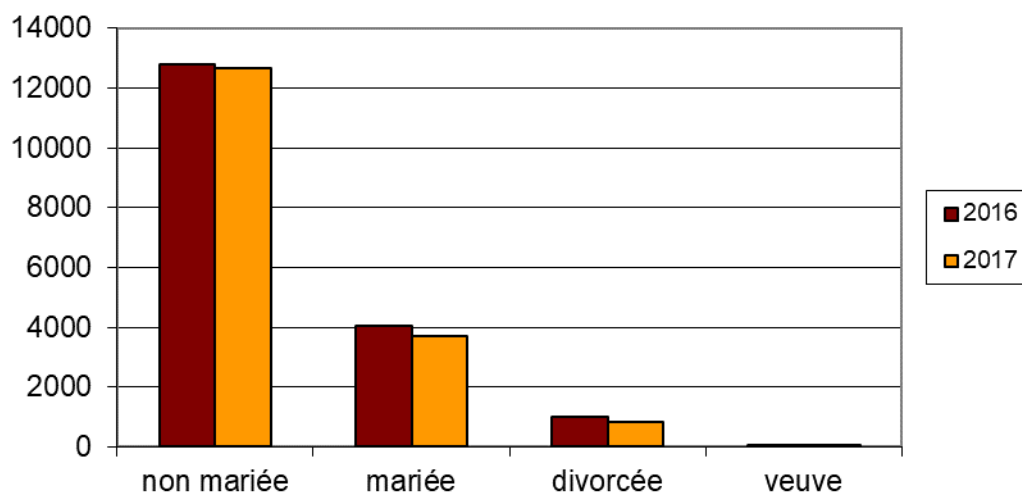
Selon les données de l'Inspection des Soins de santé, les cliniques spécialisées frontalières des Pays-Bas ont pratiqué sur des femmes provenant de Belgique :

527 interruptions de grossesse en 2016 et 472 interruptions de grossesse en 2017.

2. Les interruptions de grossesse selon l'état civil

état civil	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
non mariée	12774	12655	71,45	73,33
mariée	4037	3715	22,58	21,53
divorcée	1009	832	5,64	4,82
veuve	58	55	0,32	0,32
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

Etat civil

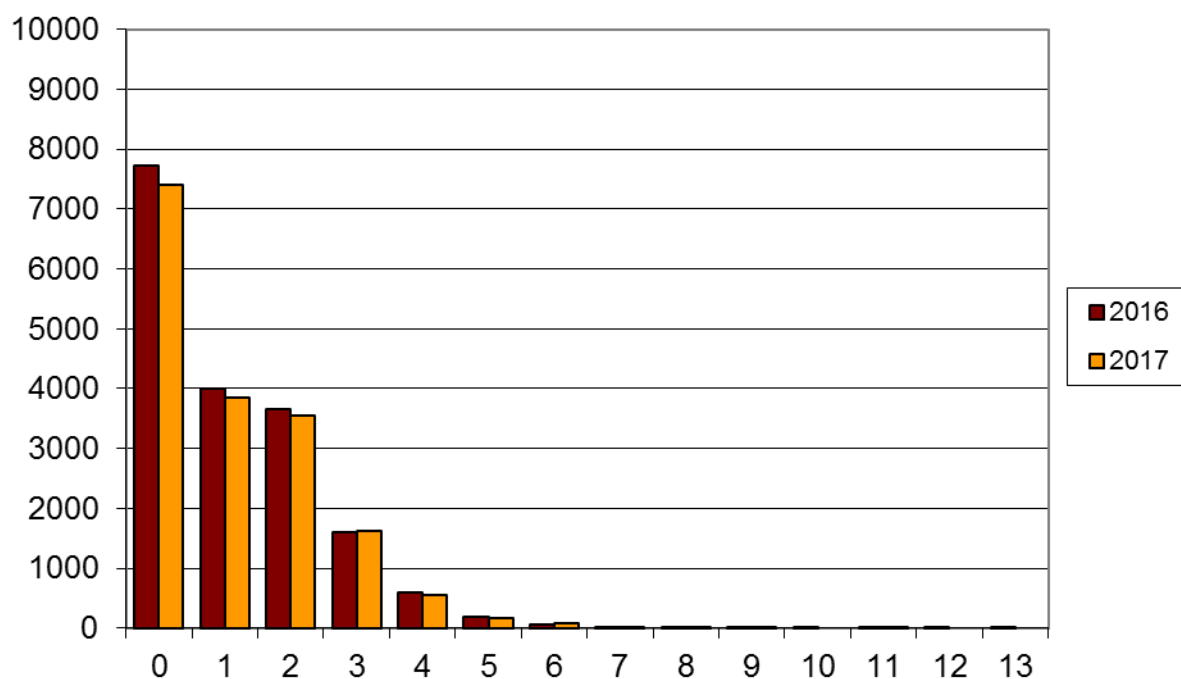


Les données officielles de l'état civil ne permettent pas de se faire une idée exacte de la situation réelle des patientes. En effet, une femme dont l'état civil est "mariée" peut vivre en couple avec son époux ou avec un autre partenaire, ou peut encore vivre seule; de même, une femme dont l'état civil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

3. Les interruptions de grossesse selon le nombre d'enfants mis au monde

enfants	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
0	7719	7401	43,18	42,89
1	4004	3856	22,40	22,34
2	3657	3549	20,46	20,57
3	1595	1628	8,92	9,43
4	599	547	3,35	3,17
5	196	172	1,10	1,00
6	66	72	0,37	0,42
7	20	17	0,11	0,10
8	10	11	0,06	0,06
9	6	3	0,03	0,02
10	1	0	0,01	0,00
11	2	1	0,01	0,01
12	1	0	0,01	0,00
13	1	0	0,01	0,00
14	1	0	0,01	0,00
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

Nombre d'enfants

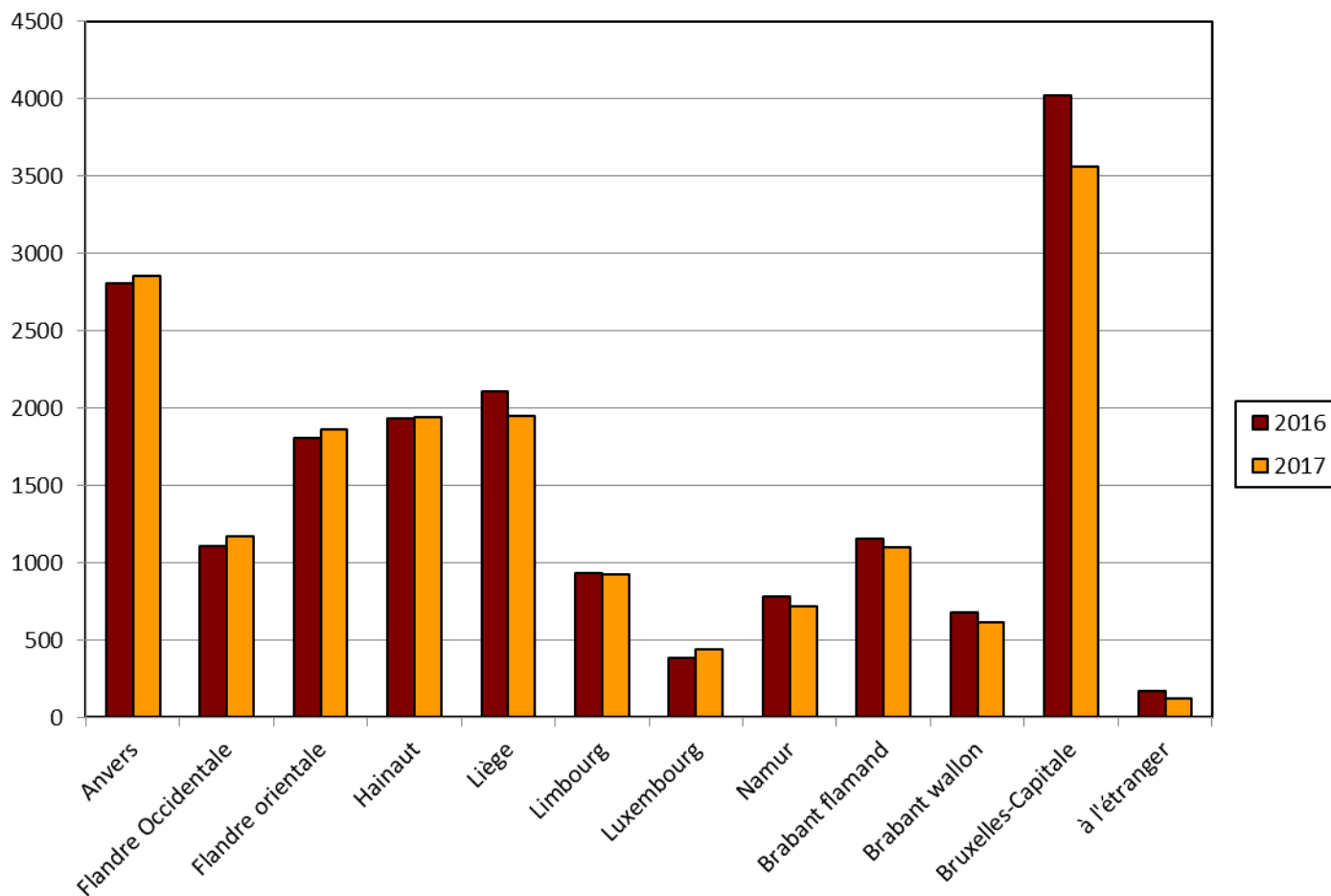


4. Les interruptions de grossesse selon le domicile de la femme

4.1. Données générales

domicile	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
Anvers	2809	2852	15,71	16,53
Flandre occidentale	1106	1173	6,19	6,80
Flandre orientale	1806	1862	10,10	10,79
Hainaut	1935	1943	10,82	11,26
Liège	2104	1948	11,77	11,29
Limbourg	931	921	5,21	5,34
Luxembourg	387	439	2,16	2,54
Namur	781	721	4,37	4,18
Brabant flamand	1151	1099	6,44	6,37
Brabant wallon	676	615	3,78	3,56
Bruxelles-Capitale	4024	3560	22,51	20,63
A l'étranger	168	124	0,94	0,72
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

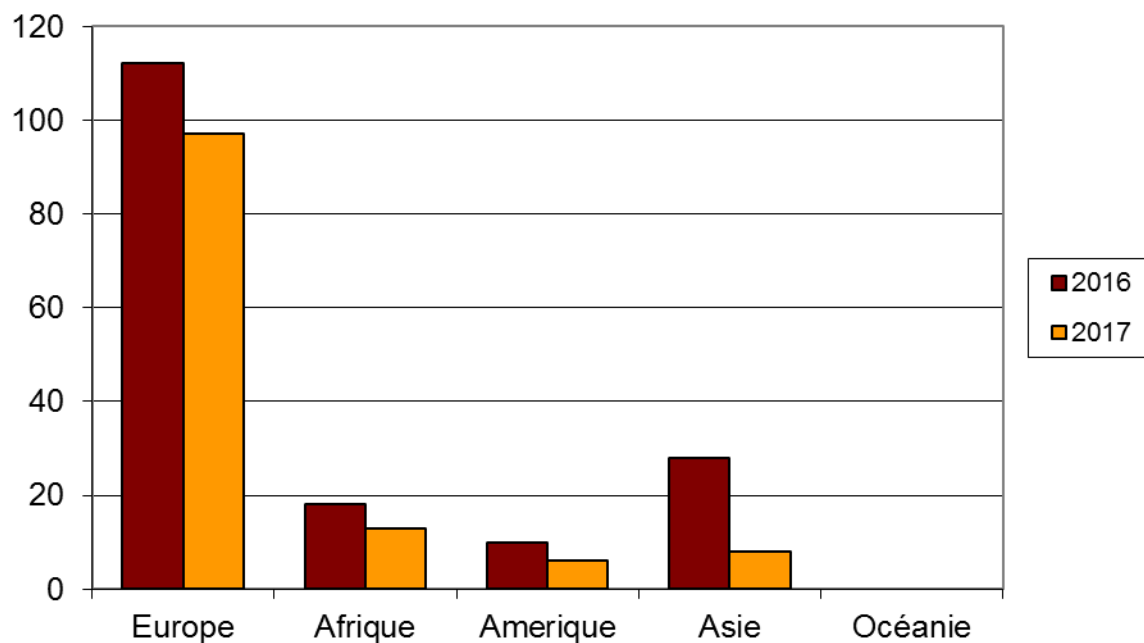
Interruption de grossesse selon le domicile



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

origine	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
Europe	112	97	66,67	78,23
Afrique	18	13	10,71	10,48
Amérique	10	6	5,95	4,84
Asie	28	8	16,67	6,45
Océanie	0	0	0,00	0,00
total	168	124	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	168	124		

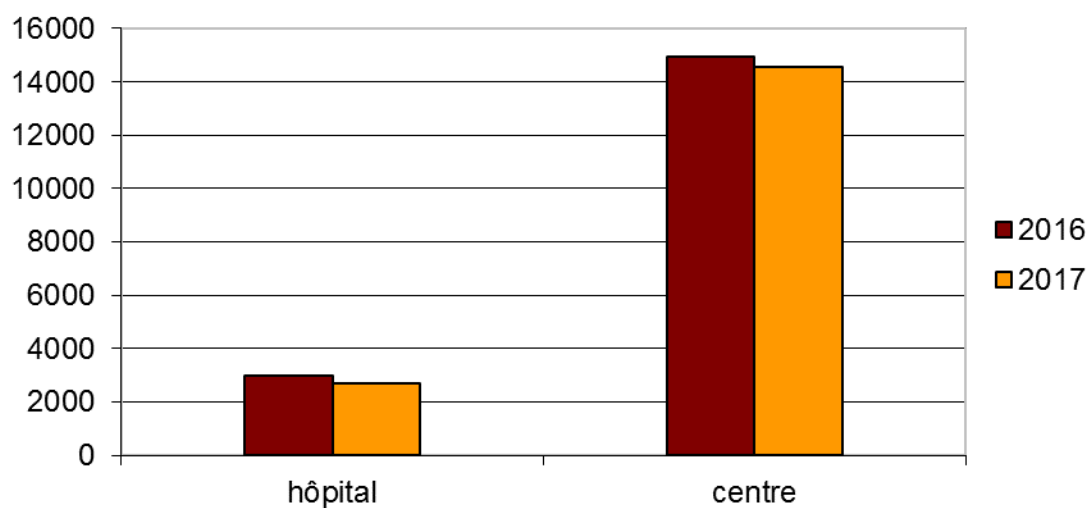
Femmes domiciliées à l'étranger



5. Etablissements où se pratique l'interruption de grossesse

institution	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
hôpital	2960	2712	16,56	15,72
centre	14918	14545	83,44	84,28
total général	17878	17257	100,00	100,00

Proportion Centre / hôpital



B. DONNEES PSYCHOSOCIALES

6. Situations de détresse invoquées

Situations de détresse

A.00 Problèmes de santé de la femme enceinte

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

A.02 Problèmes de santé mentale

B.13 La femme se sent trop jeune

B.14 La femme se sent trop vieille

B.15 Etudiante

B.16 Femme isolée

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

B.18 Famille complète

C.20 Problèmes financiers

C.21 Situation professionnelle

C.22 Problèmes de logement

D.30 Relation récemment rompue

D.31 Le partenaire n'accepte pas la grossesse

D.32 Relation occasionnelle

D.33 Relation trop récente

D.34 Relation hors mariage

D.35 Problèmes de couple

D.36 Problèmes relationnels avec l'entourage

D.37 Problèmes juridiques liés au divorce

E.40 Viol

E.41 Inceste

F.50 Réfugiée politique

G.99 Autres

Catégories des situations de détresse

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

B. Raisons personnelles

C. Raisons financières ou matérielles

D. Problèmes de couple ou familiaux

E. Grossesse suite à un viol ou un inceste

F. Réfugiée politique

G. Autres raisons

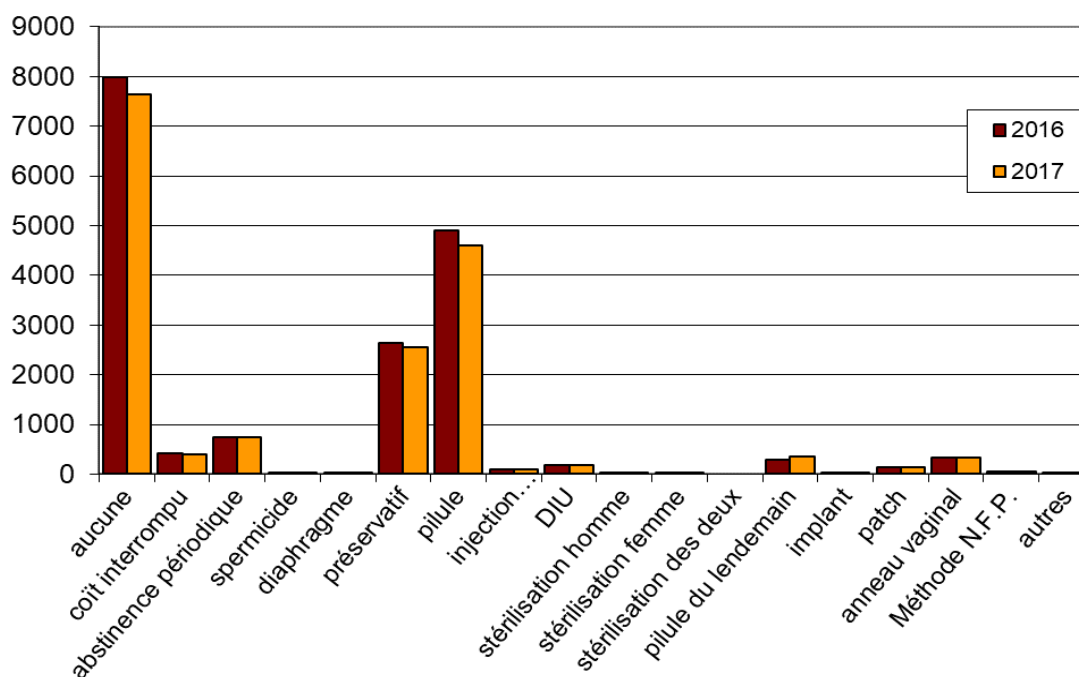
liste	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
A.00	562	538	2,20	2,26
A.01	299	311	1,17	1,31
A.02	173	213	0,68	0,90
B.13	2521	2150	9,88	9,05
B.14	487	452	1,91	1,90
B.15	1832	1444	7,18	6,08
B.16	572	572	2,24	2,41
B.17	5523	6519	21,65	27,44
B.18	3423	3195	13,42	13,45
C.20	1590	1248	6,23	5,25
C.21	1419	1042	5,56	4,39
C.22	536	430	2,10	1,81
D.30	1277	1114	5,00	4,69
D.31	594	435	2,33	1,83
D.32	690	605	2,70	2,55
D.33	1205	1107	4,72	4,66
D.34	463	347	1,81	1,46
D.35	1203	939	4,71	3,95
D.36	206	154	0,81	0,65
D.37	64	53	0,25	0,22
E.40	64	54	0,25	0,23
E.41	1	0	0,00	0,00
F.50	363	260	1,42	1,09
G.99	449	575	1,76	2,42
Total	25516	23757	100,00	100,00

C. DONNEES MEDICALES

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

méthode	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
aucune	7982	7634	44,65	44,24
coït interrompu	415	403	2,32	2,34
abstinence périodique	736	748	4,12	4,33
spermicides	9	9	0,05	0,05
diaphragme	18	29	0,10	0,17
préservatif	2650	2560	14,82	14,83
pilule	4908	4607	27,45	26,70
injection contraceptive	93	106	0,52	0,61
DIU	180	182	1,01	1,05
stérilisation homme	37	34	0,21	0,20
stérilisation femme	12	10	0,07	0,06
stérilisation des deux	0	0	0,00	0,00
pilule du lendemain	283	362	1,58	2,10
implant	11	18	0,06	0,10
patch	145	149	0,81	0,86
anneau vaginal	333	339	1,86	1,96
méthode N.F.P.	50	48	0,28	0,28
autres	16	19	0,09	0,11
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

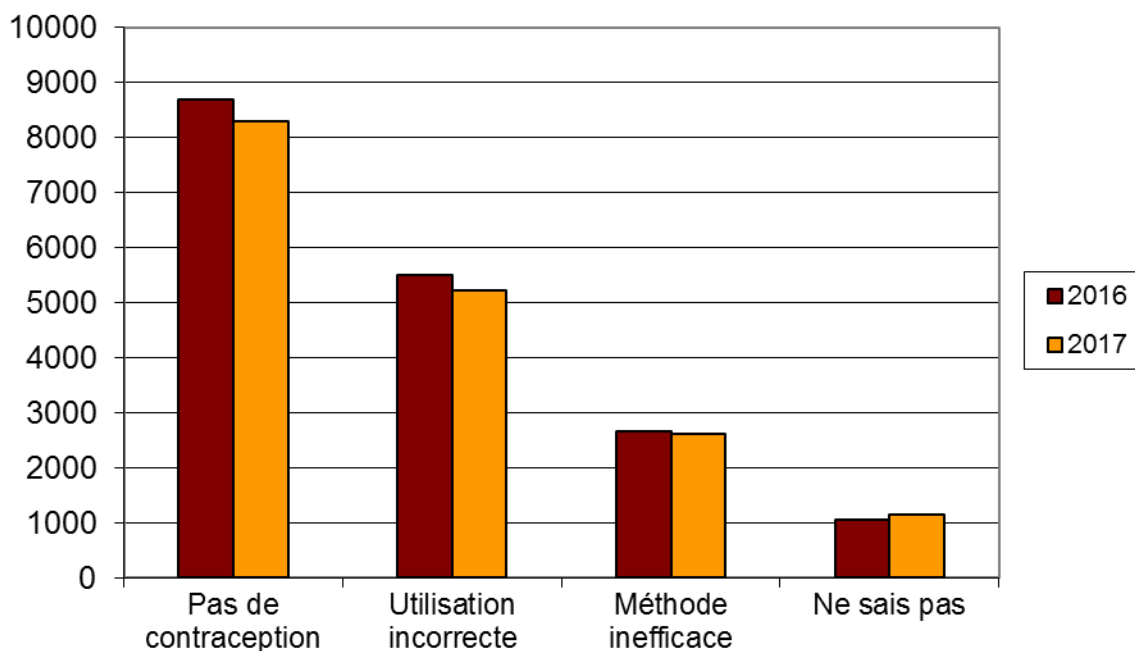
Méthodes de contraception



8. Causes de l'échec de la contraception

cause	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
pas de contraception	8690	8287	48,61	48,02
utilisation incorrecte	5486	5227	30,69	30,29
inefficacité de la méthode	2648	2607	14,81	15,11
ne sait pas	1054	1136	5,90	6,58
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

Causes de l'échec



Remarques portant sur les tableaux 7 et 8 :

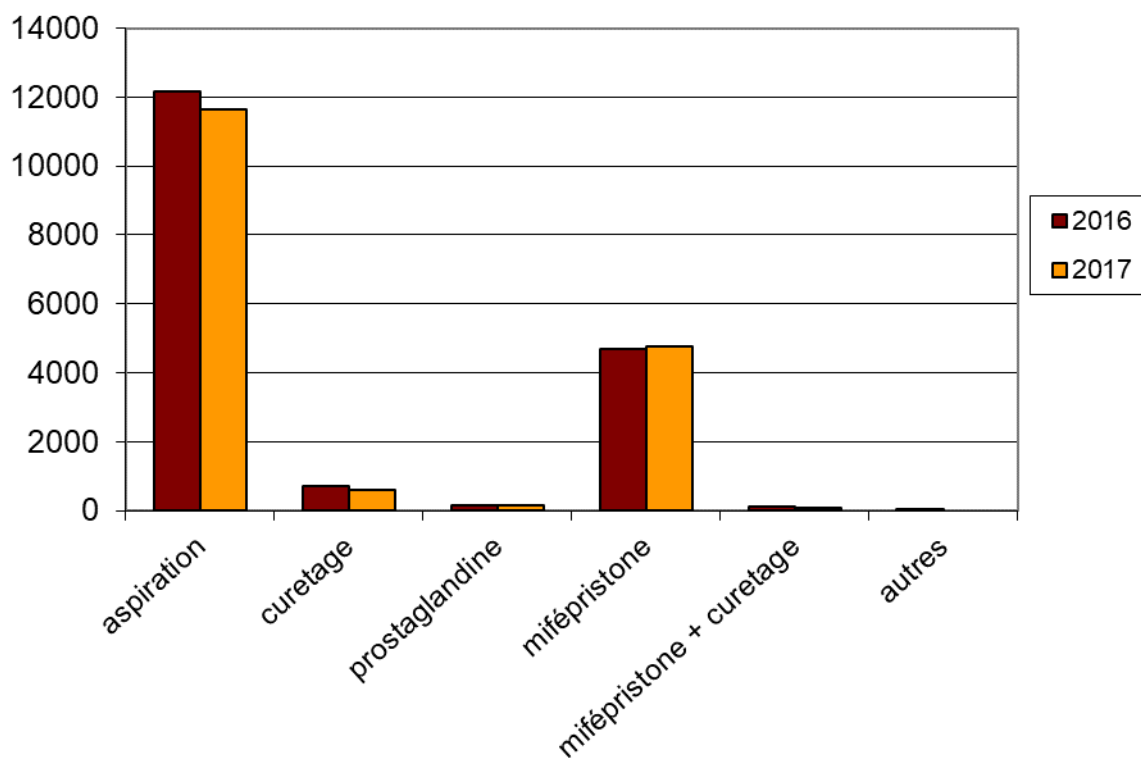
- ✓ Ces chiffres ont été établis à partir des déclarations faites par les femmes aux médecins et ne peuvent être recoupées scientifiquement.
- ✓ La Commission ne possède pas d'informations quant à la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.
- ✓ La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

D. ASPECTS MEDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

9. Méthode utilisée pour interrompre la grossesse

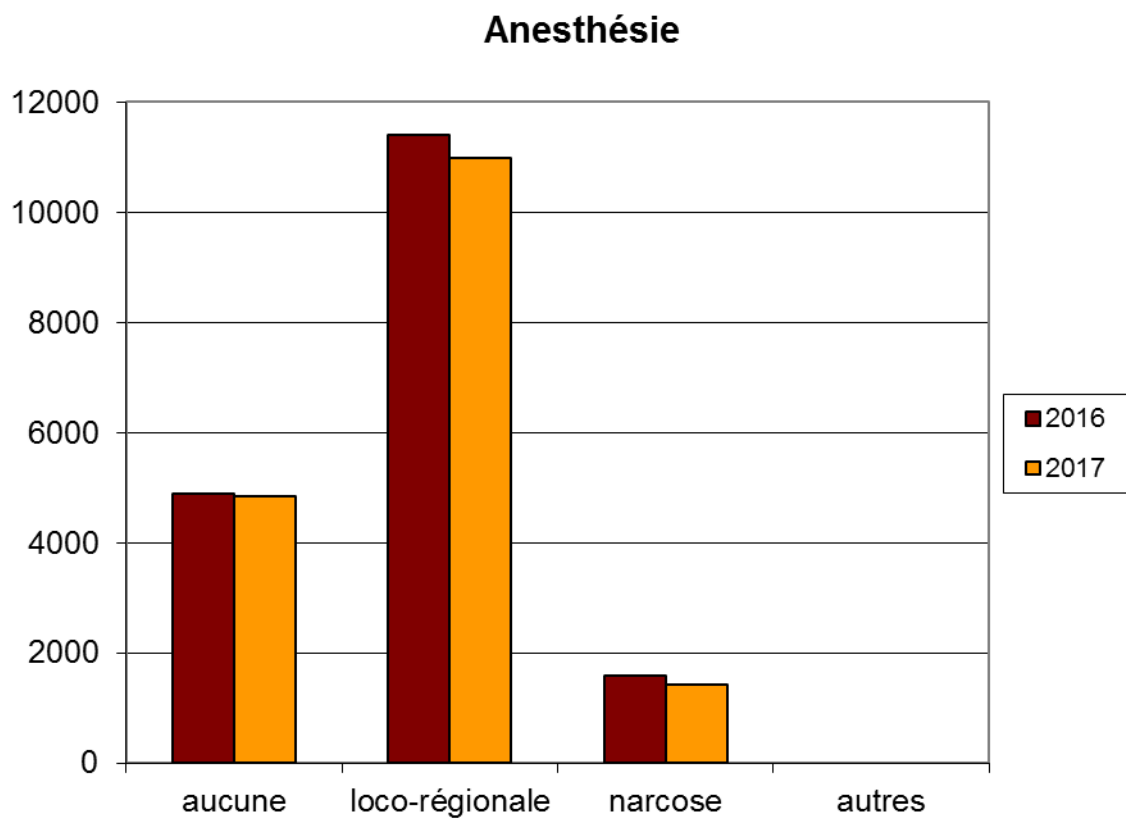
méthode	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
aspiration	12165	11656	68,04	67,54
curetage	729	617	4,08	3,58
prostaglandine	170	146	0,95	0,85
mifépristone	4700	4754	26,29	27,55
mifépristone + curetage	109	84	0,61	0,49
autres	5	0	0,03	0,00
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

Méthodes d'interruption de grossesse



10. Anesthésie

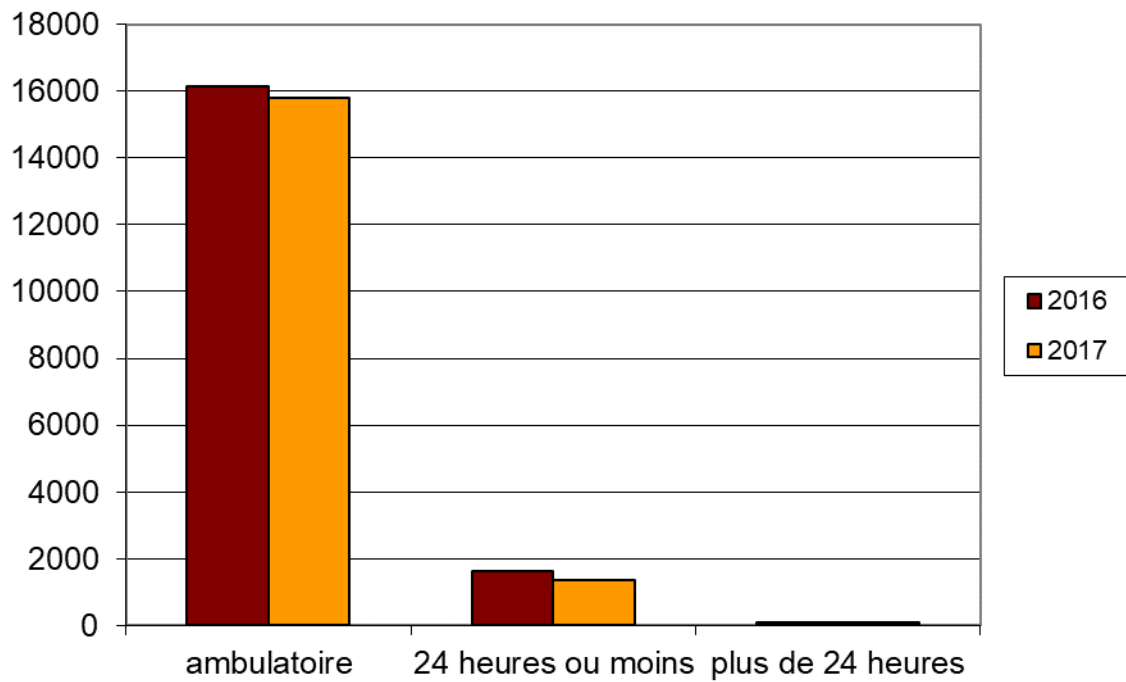
méthode	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
aucune	4878	4841	27,28	28,05
loco-régionale	11415	10997	63,85	63,72
narcose	1585	1419	8,87	8,22
autres	0	0	0,00	0,00
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		



11. Durée d'hospitalisation

type	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
ambulatoire	16156	15813	90,37	91,63
24 heures ou moins	1631	1355	9,12	7,85
plus de 24 heures	91	89	0,51	0,52
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

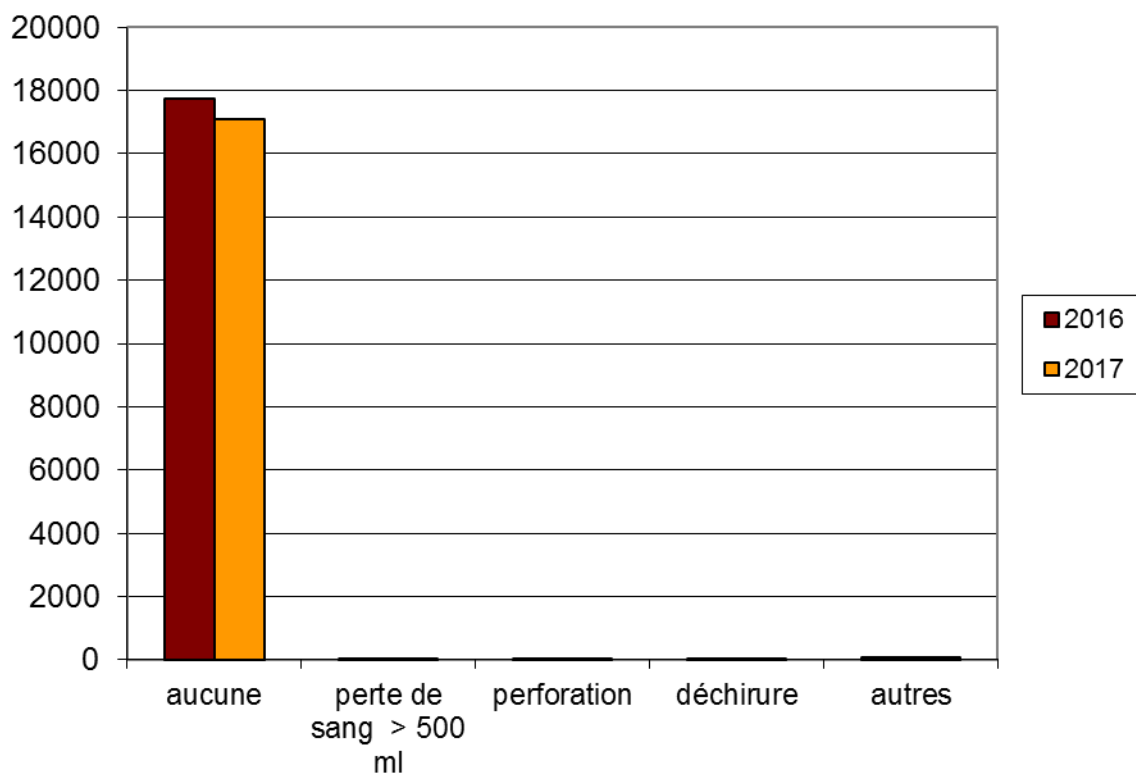
Durée de l'hospitalisation



12. Complications

type	nombre		%	
	2016	2017	2016	2017
aucune	17752	17109	99,30	99,14
perte de sang > 500 ml	31	41	0,17	0,24
perforation	4	10	0,02	0,06
déchirure	11	8	0,06	0,05
autres	80	89	0,45	0,52
total	17878	17257	100,00	100,00
pas de réponse	0	0		
total général	17878	17257		

Complications



2. TABULATIONS CROISEES

1. SITUATIONS DE DETRESSE

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

domicile	nombre d'IVG		avec C		% avec C	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Anvers	2809	2852	393	338	11,09	12,43
Flandre occidentale	1106	1173	151	131	4,26	4,82
Flandre orientale	1806	1862	141	98	3,98	3,60
Hainaut	1935	1943	509	537	14,36	19,74
Liège	2104	1948	566	426	15,97	15,66
Limbourg	931	921	52	28	1,47	1,03
Luxembourg	387	439	73	79	2,06	2,90
Namur	781	721	237	186	6,69	6,84
Brabant flamand	1151	1099	167	119	4,71	4,38
Brabant wallon	676	615	172	147	4,85	5,40
Bruxelles-Capitale	4024	3560	1051	620	29,65	22,79
A l'étranger	168	124	33	11	0,93	0,40
total	17878	17257	3545	2720	100,00	100,00

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

domicile	nombre d'IVG		avec B		% avec B	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Anvers	2809	2852	2263	2431	15,76	16,96
Flandre occidentale	1106	1173	894	1045	6,23	7,29
Flandre orientale	1806	1862	1530	1613	10,66	11,25
Hainaut	1935	1943	1422	1516	9,90	10,58
Liège	2104	1948	1710	1540	11,91	10,75
Limbourg	931	921	815	814	5,68	5,68
Luxembourg	387	439	236	321	1,64	2,24
Namur	781	721	616	553	4,29	3,86
Brabant flamand	1151	1099	1009	983	7,03	6,86
Brabant wallon	676	615	550	476	3,83	3,32
Bruxelles-Capitale	4024	3560	3196	2939	22,26	20,51
A l'étranger	168	124	117	101	0,81	0,70
total	17878	17257	14358	14332	100,00	100,00

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

1.3. Situations de détresse et âge

1.3.1. Nombre

situation de détresse	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	0	0	27	19	132	130	254	251
sit. détresse personnelle	64	71	2068	1865	3541	3400	2988	3025
sit. détresse matérielle	0	0	203	173	955	742	1127	835
problèmes relationnels	3	3	310	255	1264	1055	1705	1411
viol - inceste	2	1	9	7	9	14	17	14
réfugiée politique	0	0	19	16	92	60	112	61
autres	0	0	24	38	101	150	128	169
total	69	75	2660	2373	6094	5551	6331	5766

situation de détresse	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	273	294	257	264	83	95	8	9	0	0
sit. détresse personnelle	2580	2805	2044	2119	965	933	105	114	2	0
sit. détresse matérielle	753	608	402	281	102	77	3	4	0	0
problèmes relationnels	1418	1135	782	690	211	189	8	16	0	0
viol - inceste	17	14	10	3	1	1	0	0	0	0
réfugiée politique	87	78	38	35	15	10	0	0	0	0
autres	96	120	75	75	21	22	4	1	0	0
total	5224	5054	3608	3467	1398	1327	128	144	2	0

1.3.2. Pourcentage

situation de détresse	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	0,00	0,00	1,02	0,80	2,17	2,34	4,01	4,35
sit. détresse personnelle	92,75	94,67	77,74	78,59	58,11	61,25	47,20	52,46
sit. détresse matérielle	0,00	0,00	7,63	7,29	15,67	13,37	17,80	14,48
problèmes relationnels	4,35	4,00	11,65	10,75	20,74	19,01	26,93	24,47
viol - inceste	2,90	1,33	0,34	0,29	0,15	0,25	0,27	0,24
réfugiée politique	0,00	0,00	0,71	0,67	1,51	1,08	1,77	1,06
autres	0,00	0,00	0,90	1,60	1,66	2,70	2,02	2,93
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	5,23	5,82	7,12	7,61	5,94	7,16	6,25	6,25	0,00	0,00
sit. détresse personnelle	49,39	55,50	56,65	61,12	69,03	70,31	82,03	79,17	100,00	0,00
sit. détresse matérielle	14,41	12,03	11,14	8,10	7,30	5,80	2,34	2,78	0,00	0,00
problèmes relationnels	27,14	22,46	21,67	19,90	15,09	14,24	6,25	11,11	0,00	0,00
viol - inceste	0,33	0,28	0,28	0,09	0,07	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00
réfugiée politique	1,67	1,54	1,05	1,01	1,07	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	1,84	2,37	2,08	2,16	1,50	1,66	3,13	0,69	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

PS. La femme de 56 ans qui n'apparaît pas dans ce tableau (2016) a déclaré deux situations de détresse personnelle : une situation de détresse personnelle (code B.14) et une situation de détresse relationnelle (code D.32).

1.4. Situation de détresse et état civil

1.4.1. Nombre	situation de détresse	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	santé	594	607	386	405	51	46	3	4
sit. détresse personnelle	10382	10533	3323	3165	619	598	34	36	
sit. détresse matérielle	2695	2157	650	450	192	109	8	4	
problèmes relationnels	4363	3788	742	556	567	385	30	25	
viol - inceste	43	40	11	11	11	1	0	2	
réfugiée politique	241	171	92	70	25	13	5	6	
autres	320	435	92	100	32	39	5	1	
total	18638	17731	5296	4757	1497	1191	85	78	

1.4.2. Pourcentage	situation de détresse	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	santé	3,19	3,42	7,29	8,51	3,41	3,86	3,53	5,13
sit. détresse personnelle	55,70	59,40	62,75	66,53	41,35	50,21	40,00	46,15	
sit. détresse matérielle	14,46	12,17	12,27	9,46	12,83	9,15	9,41	5,13	
problèmes relationnels	23,41	21,36	14,01	11,69	37,88	32,33	35,29	32,05	
viol - inceste	0,23	0,23	0,21	0,23	0,73	0,08	0,00	2,56	
réfugiée politique	1,29	0,96	1,74	1,47	1,67	1,09	5,88	7,69	
autres	1,72	2,45	1,74	2,10	2,14	3,27	5,88	1,28	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

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

1.5.1. Nombre

situation de détresse	0		1		2		3	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	295	297	297	293	253	268	125	138
sit. détresse personnelle	6448	6359	2596	2705	3001	3007	1458	1487
sit. détresse matérielle	1558	1169	959	724	695	495	208	226
problèmes relationnels	2820	2279	1546	1282	875	798	322	285
viol - inceste	28	32	14	9	15	6	4	4
réfugiée politique	164	103	87	66	69	49	22	21
autres	209	266	116	142	78	95	28	47
total	11522	10505	5615	5221	4986	4718	2167	2208

situation de détresse	4		5		>5	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	47	48	11	11	6	7
sit. détresse personnelle	565	499	184	176	106	99
sit. détresse matérielle	92	80	24	18	9	8
problèmes relationnels	94	74	33	24	12	12
viol - inceste	1	2	3	1	0	0
réfugiée politique	13	11	4	6	4	4
autres	10	13	5	8	3	4
total	822	727	264	244	140	134

1.5.2. Pourcentage

situation de détresse	0		1		2		3	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	2,56	2,83	5,29	5,61	5,07	5,68	5,77	6,25
sit. détresse personnelle	55,96	60,53	46,23	51,81	60,19	63,73	67,28	67,35
sit. détresse matérielle	13,52	11,13	17,08	13,87	13,94	10,49	9,60	10,24
problèmes relationnels	24,47	21,69	27,53	24,55	17,55	16,91	14,86	12,91
viol - inceste	0,24	0,30	0,25	0,17	0,30	0,13	0,18	0,18
réfugiée politique	1,42	0,98	1,55	1,26	1,38	1,04	1,02	0,95
autres	1,81	2,53	2,07	2,72	1,56	2,01	1,29	2,13
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

situation de détresse	4		5		>5	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
santé	5,72	6,60	4,17	4,51	4,29	5,22
sit. détresse personnelle	68,73	68,64	69,70	72,13	75,71	73,88
sit. détresse matérielle	11,19	11,00	9,09	7,38	6,43	5,97
problèmes relationnels	11,44	10,18	12,50	9,84	8,57	8,96
viol - inceste	0,12	0,28	1,14	0,41	0,00	0,00
réfugiée politique	1,58	1,51	1,52	2,46	2,86	2,99
autres	1,22	1,79	1,89	3,28	2,14	2,99
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2. METHODE DE CONTRACEPTION

2.1. Méthode de contraception et tranches d'âge

2.1.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	27	26	775	692	1696	1653	1929	1824
coït interrompu	2	0	28	29	90	70	96	95
abstinence périodique	1	0	27	23	95	86	145	148
spermicides	0	0	2	0	1	3	2	6
diaphragme	0	0	3	3	1	6	4	8
préservatif	14	19	296	289	559	519	658	623
pilule	9	5	457	430	1313	1207	1332	1273
injection contraceptive	0	0	6	17	19	26	28	26
DIU	0	0	11	5	48	30	43	43
stérilisation homme	0	0	0	0	0	0	5	3
stérilisation femme	0	0	0	0	2	0	1	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	0	1	22	30	72	98	79	90
implant	0	0	1	1	2	6	3	6
patch	0	1	6	6	41	30	45	42
anneau vaginal	0	0	13	19	63	88	109	97
méthode N.F.P.	0	0	3	0	5	8	15	10
autres	0	0	1	0	4	6	4	7
total	53	52	1651	1544	4011	3836	4498	4301

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	1770	1725	1230	1186	506	478	47	50	1	0
coït interrompu	104	107	61	78	28	24	6	0	0	0
abstinence périodique	191	200	178	201	87	82	12	8	0	0
spermicides	1	0	1	0	2	0	0	0	0	0
diaphragme	8	5	1	6	1	1	0	0	0	0
préservatif	574	548	418	402	122	145	9	15	0	0
pilule	996	946	620	570	172	157	9	19	0	0
injection contraceptive	20	25	16	8	3	4	1	0	0	0
DIU	29	55	37	35	11	13	1	1	0	0
stérilisation homme	12	7	14	18	6	5	0	1	0	0
stérilisation femme	3	3	5	4	1	2	0	1	0	0
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	67	86	33	44	10	12	0	1	0	0
implant	2	3	3	2	0	0	0	0	0	0
patch	32	48	18	20	1	2	2	0	0	0
anneau vaginal	97	77	38	43	12	15	1	0	0	0
méthode N.F.P.	15	12	6	12	5	5	1	1	0	0
autres	4	5	1	1	2	0	0	0	0	0
total	3925	3852	2680	2630	969	945	89	97	1	0

PS. La femme de 56 ans qui n'apparaît pas dans le tableau (2016) n'a pas utilisé de moyen de contraception.

2.1.2. Pourcentage

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	50,94	50,00	46,94	44,82	42,28	43,09	42,89	42,41
coït interrompu	3,77	0,00	1,70	1,88	2,24	1,82	2,13	2,21
abstinence périodique	1,89	0,00	1,64	1,49	2,37	2,24	3,22	3,44
spermicides	0,00	0,00	0,12	0,00	0,02	0,08	0,04	0,14
diaphragme	0,00	0,00	0,18	0,19	0,02	0,16	0,09	0,19
préservatif	26,42	36,54	17,93	18,72	13,94	13,53	14,63	14,49
pilule	16,98	9,62	27,68	27,85	32,73	31,47	29,61	29,60
injection contraceptive	0,00	0,00	0,36	1,10	0,47	0,68	0,62	0,60
DIU	0,00	0,00	0,67	0,32	1,20	0,78	0,96	1,00
stérilisation homme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,07
stérilisation femme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,02	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,00	1,92	1,33	1,94	1,80	2,55	1,76	2,09
implant	0,00	0,00	0,06	0,06	0,05	0,16	0,07	0,14
patch	0,00	1,92	0,36	0,39	1,02	0,78	1,00	0,98
anneau vaginal	0,00	0,00	0,79	1,23	1,57	2,29	2,42	2,26
méthode N.F.P.	0,00	0,00	0,18	0,00	0,12	0,21	0,33	0,23
autres	0,00	0,00	0,06	0,00	0,10	0,16	0,09	0,16
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	45,10	44,78	45,90	45,10	52,22	50,58	52,81	51,55	100,00	0,00
coït interrompu	2,65	2,78	2,28	2,97	2,89	2,54	6,74	0,00	0,00	0,00
abstinence périodique	4,87	5,19	6,64	7,64	8,98	8,68	13,48	8,25	0,00	0,00
spermicides	0,03	0,00	0,04	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
diaphragme	0,20	0,13	0,04	0,23	0,10	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	14,62	14,23	15,60	15,29	12,59	15,34	10,11	15,46	0,00	0,00
pilule	25,38	24,56	23,13	21,67	17,75	16,61	10,11	19,59	0,00	0,00
injection contraceptive	0,51	0,65	0,60	0,30	0,31	0,42	1,12	0,00	0,00	0,00
DIU	0,74	1,43	1,38	1,33	1,14	1,38	1,12	1,03	0,00	0,00
stérilisation homme	0,31	0,18	0,52	0,68	0,62	0,53	0,00	1,03	0,00	0,00
stérilisation femme	0,08	0,08	0,19	0,15	0,10	0,21	0,00	1,03	0,00	0,00
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	1,71	2,23	1,23	1,67	1,03	1,27	0,00	1,03	0,00	0,00
implant	0,05	0,08	0,11	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	0,82	1,25	0,67	0,76	0,10	0,21	2,25	0,00	0,00	0,00
anneau vaginal	2,47	2,00	1,42	1,63	1,24	1,59	1,12	0,00	0,00	0,00
méthode N.F.P.	0,38	0,31	0,22	0,46	0,52	0,53	1,12	1,03	0,00	0,00
autres	0,10	0,13	0,04	0,04	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.2. Méthode de contraception et état civil

2.2.1. Nombre	méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	aucune	5534	5500	1895	1710	519	389	34	35
coït interrompu	259	259	131	113	23	30	2	1	
abstinence périodique	420	469	261	238	52	41	3	0	
spermicides	7	8	1	0	1	1	0	0	
diaphragme	14	23	3	5	1	1	0	0	
préservatif	1971	1911	557	524	118	118	4	7	
pilule	3737	3543	929	856	233	201	9	7	
injection contraceptive	71	82	16	20	4	4	2	0	
DIU	128	122	45	50	6	9	1	1	
stérilisation homme	7	15	25	18	5	1	0	0	
stérilisation femme	7	4	5	5	0	1	0	0	
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0	
pilule du lendemain	208	283	52	52	23	25	0	2	
implant	8	12	2	6	1	0	0	0	
patch	97	113	39	29	8	5	1	2	
anneau vaginal	267	269	51	65	13	5	2	0	
méthode N.F.P.	31	33	18	14	1	1	0	0	
autres	8	9	7	10	1		0	0	
total	12774	12655	4037	3715	1009	832	58	55	

2.2.2. Pourcentage	méthode	célibataire		mariée		divorcée		veuve	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	aucune	43,32	43,46	46,94	46,03	51,44	46,75	58,62	63,64
coït interrompu	2,03	2,05	3,24	3,04	2,28	3,61	3,45	1,82	
abstinence périodique	3,29	3,71	6,47	6,41	5,15	4,93	5,17	0,00	
spermicides	0,05	0,06	0,02	0,00	0,10	0,12	0,00	0,00	
diaphragme	0,11	0,18	0,07	0,13	0,10	0,12	0,00	0,00	
préservatif	15,43	15,10	13,80	14,10	11,69	14,18	6,90	12,73	
pilule	29,25	28,00	23,01	23,04	23,09	24,16	15,52	12,73	
injection contraceptive	0,56	0,65	0,40	0,54	0,40	0,48	3,45	0,00	
DIU	1,00	0,96	1,11	1,35	0,59	1,08	1,72	1,82	
stérilisation homme	0,05	0,12	0,62	0,48	0,50	0,12	0,00	0,00	
stérilisation femme	0,05	0,03	0,12	0,13	0,00	0,12	0,00	0,00	
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
pilule du lendemain	1,63	2,24	1,29	1,40	2,28	3,00	0,00	3,64	
implant	0,06	0,09	0,05	0,16	0,10	0,00	0,00	0,00	
patch	0,76	0,89	0,97	0,78	0,79	0,60	1,72	3,64	
anneau vaginal	2,09	2,13	1,26	1,75	1,29	0,60	3,45	0,00	
méthode N.F.P.	0,24	0,26	0,45	0,38	0,10	0,12	0,00	0,00	
autres	0,06	0,07	0,17	0,27	0,10	0,00	0,00	0,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

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

2.3.1. Nombre

méthode	0		1		2		3	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	3299	3170	1865	1798	1637	1557	739	713
coït interrompu	155	157	85	85	106	80	39	57
abstinence périodique	255	260	151	161	184	200	89	86
spermicides	6	7	1	0	2	1	0	0
diaphragme	6	13	6	6	3	7	2	1
préservatif	1346	1303	507	464	530	510	204	207
pilule	2149	1956	1148	1078	927	904	433	440
injection contraceptive	27	36	24	22	21	18	10	20
DIU	66	54	38	26	47	72	15	21
stérilisation homme	0	2	4	5	20	18	9	7
stérilisation femme	1	1	3	0	3	2	1	4
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	162	183	53	78	49	63	13	26
implant	0	8	1	5	6	4	2	0
patch	62	44	27	39	31	35	15	22
anneau vaginal	159	189	80	67	68	61	19	17
méthode N.F.P.	21	17	8	16	18	9	3	4
autres	5	1	3	6	5	8	2	3
total	7719	7401	4004	3856	3657	3549	1595	1628

méthode	4		5		>5	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	268	254	108	89	66	53
coït interrompu	26	16	4	7	0	1
abstinence périodique	45	30	8	5	4	6
spermicides	0	0	0	1	0	0
diaphragme	1	2	0	0	0	0
préservatif	45	56	10	14	8	6
pilule	175	155	54	46	22	28
injection contraceptive	5	8	3	0	3	2
DIU	9	5	2	4	3	0
stérilisation homme	4	1	0	0	0	1
stérilisation femme	3	1	1	1	0	1
stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0
pilule du lendemain	4	9	2	1	0	2
implant	2	1	0	0	0	0
patch	7	4	2	2	1	3
anneau vaginal	4	3	2	1	1	1
méthode N.F.P.	0	2	0	0	0	0
autres	1	0	0	1	0	0
total	599	547	196	172	108	104

2.3.2. Pourcentage

méthode	0		1		2		3	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	42,74	42,83	46,58	46,63	44,76	43,87	46,33	43,80
coït interrompu	2,01	2,12	2,12	2,20	2,90	2,25	2,45	3,50
abstinence périodique	3,30	3,51	3,77	4,18	5,03	5,64	5,58	5,28
spermicides	0,08	0,09	0,02	0,00	0,05	0,03	0,00	0,00
diaphragme	0,08	0,18	0,15	0,16	0,08	0,20	0,13	0,06
préservatif	17,44	17,61	12,66	12,03	14,49	14,37	12,79	12,71
pilule	27,84	26,43	28,67	27,96	25,35	25,47	27,15	27,03
injection contraceptive	0,35	0,49	0,60	0,57	0,57	0,51	0,63	1,23
DIU	0,86	0,73	0,95	0,67	1,29	2,03	0,94	1,29
stérilisation homme	0,00	0,03	0,10	0,13	0,55	0,51	0,56	0,43
stérilisation femme	0,01	0,01	0,07	0,00	0,08	0,06	0,06	0,25
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	2,10	2,47	1,32	2,02	1,34	1,78	0,82	1,60
implant	0,00	0,11	0,02	0,13	0,16	0,11	0,13	0,00
patch	0,80	0,59	0,67	1,01	0,85	0,99	0,94	1,35
anneau vaginal	2,06	2,55	2,00	1,74	1,86	1,72	1,19	1,04
méthode N.F.P.	0,27	0,23	0,20	0,41	0,49	0,25	0,19	0,25
autres	0,06	0,01	0,07	0,16	0,14	0,23	0,13	0,18
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	4		5		>5	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	44,74	46,44	55,10	51,74	61,11	50,96
coït interrompu	4,34	2,93	2,04	4,07	0,00	0,96
abstinence périodique	7,51	5,48	4,08	2,91	3,70	5,77
spermicides	0,00	0,00	0,00	0,58	0,00	0,00
diaphragme	0,17	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00
préservatif	7,51	10,24	5,10	8,14	7,41	5,77
pilule	29,22	28,34	27,55	26,74	20,37	26,92
injection contraceptive	0,83	1,46	1,53	0,00	2,78	1,92
DIU	1,50	0,91	1,02	2,33	2,78	0,00
stérilisation homme	0,67	0,18	0,00	0,00	0,00	0,96
stérilisation femme	0,50	0,18	0,51	0,58	0,00	0,96
stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pilule du lendemain	0,67	1,65	1,02	0,58	0,00	1,92
implant	0,33	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	1,17	0,73	1,02	1,16	0,93	2,88
anneau vaginal	0,67	0,55	1,02	0,58	0,93	0,96
méthode N.F.P.	0,00	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00
autres	0,17	0,00	0,00	0,58	0,00	0,00
Total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. METHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

3.1. Méthode d'interruption de grossesse et complications

3.1.1. Nombre	complication		aspiration		curetage		prostaglandine	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	aucune		12122	11617	711	594	166	137
	hémorragie		9	10	8	9	0	6
	perforation		1	6	0	3	0	0
	déchirure		2	3	9	5	0	0
	autres		31	20	1	6	4	3
	total		12165	11656	729	617	170	146
	complication		mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	aucune		4645	4680	103	81	5	0
	hémorragie		12	15	2	1	0	0
	perforation		2	0	1	1	0	0
déchirure		0	0	0	0	0	0	
autres		41	59	3	1	0	0	
total		4700	4754	109	84	5	0	
3.1.2. Pourcentage	complication		aspiration		curetage		prostaglandine	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	aucune		99,65	99,67	97,53	96,27	97,65	93,84
	hémorragie		0,07	0,09	1,10	1,46	0,00	4,11
	perforation		0,01	0,05	0,00	0,49	0,00	0,00
	déchirure		0,02	0,03	1,23	0,81	0,00	0,00
	autres		0,25	0,17	0,14	0,97	2,35	2,05
	total		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	complication		mifépristone		mifépr.+curetage		autres	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	aucune		98,83	98,44	94,50	96,43	100,00	0,00
	hémorragie		0,26	0,32	1,83	1,19	0,00	0,00
	perforation		0,04	0,00	0,92	1,19	0,00	0,00
déchirure		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
autres		0,87	1,24	2,75	1,19	0,00	0,00	
total		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

3.2. Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie

3.2.1. Nombre

anesthésie	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	162	140	31	35	123	108
loco-régionale	11057	10634	166	121	24	23
narcose	946	882	532	461	23	15
autres	0	0	0	0	0	0
total	12165	11656	729	617	170	146

anesthésie	mifépristone		mifépr.+ curetage		autres	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	4554	4546	5	12	3	0
loco-régionale	131	194	35	25	2	0
narcose	15	14	69	47	0	0
autres	0	0	0	0	0	0
total	4700	4754	109	84	5	0

3.2.2. Pourcentage

anesthésie	aspiration		curetage		prostaglandine	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	1,33	1,20	4,25	5,67	72,35	73,97
loco-régionale	90,89	91,23	22,77	19,61	14,12	15,75
narcose	7,78	7,57	72,98	74,72	13,53	10,27
autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

anesthésie	mifépristone		mifépr.+ curetage		autres	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aucune	96,89	95,62	4,59	14,29	60,00	0,00
loco-régionale	2,79	4,08	32,11	29,76	40,00	0,00
narcose	0,32	0,29	63,30	55,95	0,00	0,00
autres	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

3.3.1. Nombre

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aspiration	39	34	1218	1130	2764	2659	3028	2821
curetage	3	3	67	60	170	141	161	143
prostaglandine	1	1	12	6	33	26	41	33
mifépristone	10	14	348	341	1020	993	1237	1276
mifépristone + curetage	0	0	5	7	23	17	31	28
autres	0	0	1	0	1	0	0	0
total	53	52	1651	1544	4011	3836	4498	4301

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aspiration	2604	2535	1824	1772	634	649	52	56	1	0
curetage	177	144	109	86	36	38	6	2	0	0
prostaglandine	36	35	37	33	10	10	0	2	0	0
mifépristone	1081	1118	691	733	282	243	31	36	0	0
mifépristone + curetage	25	20	19	6	6	5	0	1	0	0
autres	2	0	0	0	1	0	0	0	0	0
total	3925	3852	2680	2630	969	945	89	97	1	0

PS. Une aspiration a été utilisée chez la femme de 56 ans non reprise dans le tableau (2016).

3.3.2. Pourcentage

méthode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aspiration	73,58	65,38	73,77	73,19	68,91	69,32	67,32	65,59
curetage	5,66	5,77	4,06	3,89	4,24	3,68	3,58	3,32
prostaglandine	1,89	1,92	0,73	0,39	0,82	0,68	0,91	0,77
mifépristone	18,87	26,92	21,08	22,09	25,43	25,89	27,50	29,67
mifépristone + curetage	0,00	0,00	0,30	0,45	0,57	0,44	0,69	0,65
autres	0,00	0,00	0,06	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

méthode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
aspiration	66,34	65,81	68,06	67,38	65,43	68,68	58,43	57,73	100,00	0,00
curetage	4,51	3,74	4,07	3,27	3,72	4,02	6,74	2,06	0,00	0,00
prostaglandine	0,92	0,91	1,38	1,25	1,03	1,06	0,00	2,06	0,00	0,00
mifépristone	27,54	29,02	25,78	27,87	29,10	25,71	34,83	37,11	0,00	0,00
mifépristone + curetage	0,64	0,52	0,71	0,23	0,62	0,53	0,00	1,03	0,00	0,00
autres	0,05	0,00	0,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

3.4.1. Nombre	hospitalisation		aspiration		curetage		prostaglandine		
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	11392	10951	215	193	48	76		
	24 heures ou moins	769	695	503	420	96	46		
	plus de 24 heures	4	10	11	4	26	24		
	total	13	11656	729	617	170	146		
	hospitalisation		mifépristone		mifépr. + curetage		autres		
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	4455	4558	42	35	4	0		
	24 heures ou moins	201	151	62	43	0	0		
plus de 24 heures	44	45	5	6	1	0			
total	4700	4754	109	84	5	0			

3.4.2. Pourcentage	Hospitalisation		aspiration		curetage		prostaglandine		
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	87630,77	93,95	29,49	31,28	28,24	52,05		
	24 heures ou moins	5915,38	5,96	69,00	68,07	56,47	31,51		
	plus de 24 heures	30,77	0,09	1,51	0,65	15,29	16,44		
	total	93576,92	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	hospitalisation		mifépristone		mifépr. + curetage		autres		
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	94,79	95,88	38,53	41,67	80,00	0,00		
	24 heures ou moins	4,28	3,18	56,88	51,19	0,00	0,00		
plus de 24 heures	0,94	0,95	4,59	7,14	20,00	0,00			
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

4. DUREE D'HOSPITALISATION

4.1. Durée d'hospitalisation et anesthésie

4.1.1. Nombre	hospitalisation	aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	4593	4642	11295	10892	268	279	0	0
24 heures ou moins	265	176	63	51	1303	1128	0	0	
plus de 24 heures	20	23	57	54	14	12	0	0	
total	4878	4841	11415	10997	1585	1419	0	0	

4.1.2. %	hospitalisation	aucune		loco-régionale		narcose		autres	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	94,16	95,89	98,95	99,05	16,91	19,66	0,00	0,00
24 heures ou moins	5,43	3,64	0,55	0,46	82,21	79,49	0,00	0,00	
plus de 24 heures	0,41	0,48	0,50	0,49	0,88	0,85	0,00	0,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

4.2. Durée d'hospitalisation et complications

4.2.1. Nombre	hospitalisation	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	16092	15729	10	18	1	6	2	1	51	59
24 heures ou moins	1579	1308	18	16	3	3	8	7	23	21	
plus de 24 heures	81	72	3	7	0	1	1	0	6	9	
total	17752	17109	31	41	4	10	11	8	80	89	

4.2.2. %	hospitalisation	aucune		hémorragie		perforation		déchirure		autres	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	90,65	91,93	32,26	43,90	25,00	60,00	18,18	12,50	63,75	66,29
24 heures ou moins	8,89	7,65	58,06	39,02	75,00	30,00	72,73	87,50	28,75	23,60	
plus de 24 heures	0,46	0,42	9,68	17,07	0,00	10,00	9,09	0,00	7,50	10,11	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

5. HOPITAL OU CENTRE

5.1. Hôpital ou centre suivant le domicile de la femme

5.1.1. Nombre	domicile	hôpital		centre		nombre d'IVG	
		2016	2017	2016	2017	2016	2017
	Anvers	28	35	2781	2817	2809	2852
Flandre occidentale	31	21	1075	1152	1106	1173	
Flandre orientale	128	165	1678	1697	1806	1862	
Hainaut	688	702	1247	1241	1935	1943	
Liège	678	679	1426	1269	2104	1948	
Limbourg	10	9	921	912	931	921	
Luxembourg	25	23	362	416	387	439	
Namur	176	146	605	575	781	721	
Brabant flamand	119	112	1032	987	1151	1099	
Brabant wallon	163	118	513	497	676	615	
Bruxelles-Capitale	901	692	3123	2868	4024	3560	
A l'étranger	13	10	155	114	168	124	
total	2960	2712	14918	14545	17878	17257	

5.1.2. Pourcentage (*)	domicile	hôpital	centre	total	hôpital	centre	total
		2016	2017		2016	2017	
	Anvers	1,00	99,00	100,00	1,23	98,77	100,00
Flandre occidentale	2,80	97,20	100,00	1,79	98,21	100,00	
Flandre orientale	7,09	92,91	100,00	8,86	91,14	100,00	
Hainaut	35,56	64,44	100,00	36,13	63,87	100,00	
Liège	32,22	67,78	100,00	34,86	65,14	100,00	
Limbourg	1,07	98,93	100,00	0,98	99,02	100,00	
Luxembourg	6,46	93,54	100,00	5,24	94,76	100,00	
Namur	22,54	77,46	100,00	20,25	79,75	100,00	
Brabant flamand	10,34	89,66	100,00	10,19	89,81	100,00	
Brabant wallon	24,11	75,89	100,00	19,19	80,81	100,00	
Bruxelles-Capitale	22,39	77,61	100,00	19,44	80,56	100,00	
A l'étranger	7,74	92,26	100,00	8,06	91,94	100,00	

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

5.2. Hôpital ou centre suivant les tranches d'âge

5.2.1. Nombre	institution		10-14		15-19		20-24	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	hôpital		7	9	233	199	570	526
	centre		46	43	1418	1345	3441	3310
	total		53	52	1651	1544	4011	3836
	institution		25-29		30-34		35-39	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	hôpital		772	672	683	687	469	420
	centre		3726	3629	3242	3165	2211	2210
	total		4498	4301	3925	3852	2680	2630
institution		40-44		45-49		50-54		
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	
hôpital		203	178	23	21	0	0	
centre		766	767	66	76	1	0	
total		969	945	89	97	1	0	

PS. L'interruption de grossesse de la femme de 56 ans non reprise dans le tableau (2016) a été réalisée dans un centre.

5.2.2. Pourcentage	institution		10-14		15-19		20-24	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	hôpital		13,21	17,31	14,11	12,89	14,21	13,71
	centre		86,79	82,69	85,89	87,11	85,79	86,29
	total		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	institution		25-29		30-34		35-39	
			2016	2017	2016	2017	2016	2017
	hôpital		17,16	15,62	17,40	17,83	17,50	15,97
	centre		82,84	84,38	82,60	82,17	82,50	84,03
	total		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
institution		40-44		45-49		50-54		
		2016	2017	2016	2017	2016	2017	
hôpital		20,95	18,84	25,84	21,65	0,00	0,00	
centre		79,05	81,16	74,16	78,35	100,00	0,00	
total		100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.3. Hôpital ou centre et complications

5.3.1. Nombre	complication	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	aucune	2912	2649	14840	14460
hémorragie	17	28	14	13	
perforation	3	2	1	8	
déchirure	1	4	10	4	
autres	27	29	53	60	
total	2960	2712	14918	14545	

5.3.2. %	complication	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	aucune	98,38	97,68	99,48	99,42
hémorragie	0,57	1,03	0,09	0,09	
perforation	0,10	0,07	0,01	0,06	
déchirure	0,03	0,15	0,07	0,03	
autres	0,91	1,07	0,36	0,41	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.4. Hôpital ou centre et durée d'hospitalisation

5.4.1. Nombre	durée d'hospitalisation	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	1553	1564	14603	14249
24 heures ou moins	1316	1060	315	295	
plus de 24 heures	91	88	0	1	
total	2960	2712	14918	14545	

5.4.2. %	durée d'hospitalisation	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	ambulatoire	52,47	57,67	97,89	97,96
24 heures ou moins	44,46	39,09	2,11	2,03	
plus de 24 heures	3,07	3,24	0,00	0,01	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

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

5.5.1. Nombre	méthode	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	aspiration	1150	1062	11015	10594
curetage	302	221	427	396	
prostaglandine	147	113	23	33	
mifépristone	1284	1255	3416	3499	
mifépristone + curetage	75	61	34	23	
autres	2	0	3	0	
total	2960	2712	14918	14545	

5.5.2. Pourcentage	méthode	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	aspiration	38,85	39,16	73,84	72,84
curetage	10,20	8,15	2,86	2,72	
prostaglandine	4,97	4,17	0,15	0,23	
mifépristone	43,38	46,28	22,90	24,06	
mifépristone + curetage	2,53	2,25	0,23	0,16	
autres	0,07	0,00	0,02	0,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.6. Hôpital ou centre et méthode d'anesthésie

5.6.1. Nombre	anesthésie	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	aucune	1357	1317	3521	3524
loco-régionale	298	247	11117	10750	
narcose	1305	1148	280	271	
autres	0	0	0	0	
total	2960	2712	14918	14545	

5.6.2. %	anesthésie	hôpital		centre	
		2016	2017	2016	2017
	aucune	45,84	48,56	23,60	24,23
loco-régionale	10,07	9,11	74,52	73,91	
narcose	44,09	42,33	1,88	1,86	
autres	0,00	0,00	0,00	0,00	
total	100,00	100,00	100,00	100,00	

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

5.7. Nombre

après 12 semaines	hôpital		centre	
	2016	2017	2016	2017
danger pour la mère	2	14	0	0
danger pour l'enfant	92	107	1	0
danger pour la mère + l'enfant	0	1	0	0
total	94	121	1	0

après 12 semaines	danger pour la mère		danger pour l'enfant		danger pour la mère + l'enfant	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
hôpital	2	14	92	107	0	1
centre	0	0	1	0	0	0
total	2	14	93	107	0	1

ANNEXE 1

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

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

1. « Autres » situations de détresse¹

En 2016, sur les 449 « autres situations de détresse » enregistrées, les raisons les plus fréquemment invoquées portaient sur le non désir d’enfant (132 soit 29.39 %) et la situation du père (84, soit 18.70 %).

En 2017, sur les 575 « autres situations de détresse » enregistrées, les raisons les plus fréquemment invoquées portaient sur le non désir d’enfant (333 soit 57,91 %) et les situations liées à la grossesse ou la maternité (82 soit 14,26 %).

Certains médecins ont seulement indiqué le code G.99 sur le document d’enregistrement sans préciser à quoi correspondait cette situation de détresse. Ces cas sont repris dans la rubrique « blanc » : 17 cas en 2016 (0 en 2017).

RAISONS INVOQUEES EN 2016 :

RAISONS INVOQUEES	2016
Pas de souhait de maternité / autres aspirations	132
Pas de souhait d’enfant	115
Pas prête / Pas le bon moment	17
Situation du père	84
Père violent	23
Père en prison	12
Père résidant à l’étranger	9
Père atteint d’une maladie (grave)	9
Père déjà marié ou ayant une autre relation	5
Doute sur l’identité du père	5
Père différent du partenaire (adultère)	4
Père trop âgé	4
Père décédé	3
Père en situation précaire (en tant que réfugié)	3
Père étudiant	2
Père disparu	2
Père trop jeune	1
Père condamné pour mauvais traitement sur enfant	1
Situation professionnelle du père	1

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

RAISONS INVOQUEES (suite)	2016
Grossesse / maternité	56
Accouchement(s) trop récent(s)	49
Peur de l'accouchement et/ou maternité	4
Grossesse multiple	3
Religion et culture	31
Tabou culturel et religieux	31
Situation spécifique de l'enfant/des enfants	30
Enfant(s) avec un handicap et/ou des problèmes de santé	15
Enfant(s) trop jeune(s)/jumeaux	7
Enfant(s) placé(s)	5
Enfant(s) décédé(s)	3
Situation particulière de la femme	30
Instabilité financière/professionnelle	12
Reprise d'études/formation professionnelle/nouvel emploi	5
Départ à l'étranger programmé/retour au pays	4
Arrivée récente en Belgique (d'abord intégration)	4
Sans domicile fixe ou logement problématique	3
Projet d'adoption	1
Emprisonnement	1
Santé de la femme	21
Maladie grave ou génétique	13
Problèmes psychologiques/dépression / burn out	3
Traitement au Roaccutane/prise de médicaments	3
Angoisse	2
Complications dues à des accouchements précédents	1
Problèmes relationnels/difficultés familiales	21
Problèmes familiaux	11
Relations difficiles avec la famille	5
Relation lesbienne	3
Deuil	2
Blanc	17
Pas d'explication – uniquement code G.99 complété	
Santé de l'enfant à naître	12
Effets secondaires Roaccutane, pilule d'allaitement, vaccin, ...	8
Citomégalovirus	2
Toxoplasmose	1
Grossesse non évolutive	1
Prostitution ou viol	7
Prostitution	6
Viol	1
Addictions (drogues)	7
Drogues	5
Alcool	2
Total	449

RAISONS INVOQUEES EN 2017 :

RAISONS INVOQUEES	2017
Pas de souhait de maternité/autres aspirations	333
Pas de souhait d'enfant	323
Pas prête/pas le bon moment	10
Grossesse / maternité	82
Accouchement trop récent	66
Accouchement(s) précédent(s) compliqué(s)/enfant(s) mort(s) à la naissance	8
Grossesse multiple	4
Peur de l'accouchement et/ou de la maternité	4
Situation du père	54
Père violent	18
Père vivant (souvent) à l'étranger	12
Père en prison	4
Problème de santé du père	4
Père inconnu	4
Père n'étant pas le partenaire (adultère)	2
Père déjà marié ou ayant une autre relation	2
Père étant un ancien partenaire	2
Père étudiant ou voulant reprendre des études	2
Père en situation précaire (réfugié)	2
Père refuse la paternité	1
Père n'habitant pas la Belgique	1
Situation professionnelle difficile du père	1
Situation spécifique de la femme	26
Instabilité professionnelle et financière	5
Relation instable/manque de confiance dans la relation	5
Départ prévu pour l'étranger/retour vers le pays d'origine	4
Vit seule et ne veut pas élever seule un enfant	4
Reprise d'études/formation professionnelle/nouvel emploi	4
Arrivée récente en Belgique (d'abord intégration)	3
Sans domicile fixe ou logement problématique	1
Religion et culture	25
Tabou religieux et culturel	25
Situation spécifique de l'enfant/des enfants	16
Enfant(s) avec un handicap et/ou des problèmes de santé	12
Enfant(s) trop jeune(s)/naissance(s) multiple(s)	1
Enfant(s) placé(s)	1
Enfant(s) décédé(s)	1
Enfant(s) se trouvant à l'étranger	1
Problèmes relationnels / difficultés familiales	13
Problèmes familiaux (divorce, séparation, problème juridique avec un enfant)	10
Deuil	2
Inceste	1

RAISONS INVOQUEES (suite)		2017
Santé de la femme		11
Opération chirurgicale prévue / prise de médicaments		5
Maladie grave ou génétique		3
Problèmes psychologiques / dépression / burn out		2
Exposition à des radiations		1
Santé de l'enfant à naître		9
Effets secondaires Roaccutane, pilule d'allaitement, vaccin, ...		5
Citomegalovirus		4
Addictions		4
Drogue		4
Prostitution		2
Total		575

2. « Autres » méthodes de contraception

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

Allaitement – pilule d'allaitement	Calcul (calendrier)
Ellaone : méthode utilisée en cas d'échec du contraceptif habituel	Méthode Ogino
Mini pilule (oestrogènes réduits)	Pas de pénétration
Sensiplan : méthode pour connaître les périodes de stérilité et de fertilité	Spirale

3. « Autres » méthodes d'interruption de grossesse

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

Aspiration + prostaglandine	Aspiration + curetage et dilatation
Cathéter de Foley	Cytotec (misoprostol)
Expulsion voie basse	Fausse couche spontanée
Mifépristone (Mifegyne) + misoprostol	Mifépristone + prostaglandine
Prépidil (dérivé de prostaglandine)	Prostaglandine + curetage et dilatation

4. « Autres » méthodes d'anesthésie

Rachianesthésie	
-----------------	--

5. « Autres » complications

Accès impossible au sac embryonnaire (fibrome)	Anémie
Caillots	Collapsus vasculaire
Crise d'épilepsie	Curetage de restes placentaires
Douleurs importantes (avec transfert à l'hôpital)	Echec de la méthode
Endomètre irrégulier	Expulsion spontanée avant le Cytotec
Endométrite	

	Expulsion à la maison Expulsion impossible
Expulsion partielle du DIU	Fièvres
Hématose avec le col	Hospitalisation dans la semaine
Hypertension	Infection
Fœtus non atteint par la sonde (Anterovorse)	Malaise vagal
Manifestations psychologiques Stress important et orientation vers un autre service	Problème hépato-rénal
Rétention (transfert à l'hôpital) Rétention cervicale Rétention placentaire	Retrait manuel du placenta
Saignements abondants Saignements persistants	Sténose du col
Tristesse importante	Vomissements incoercibles avec perturbation hépatique

ANNEXE 2

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

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

En 2016, 95 interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines ont été enregistrées; en 2017, ce nombre s'élevait à 121.

Ces interruptions de grossesse se répartissent comme suit :

après 12 semaines	hôpital		centre	
	2016	2017	2016	2017
danger pour la mère	2	14	0	0
danger pour l'enfant	92	107	1	0
danger pour la mère + l'enfant	0	1	0	0
total	94	121	1	0

après 12 semaines	danger pour la mère		Danger pour l'enfant		Danger pour la mère et l'enfant	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Hôpital	2	14	92	107	0	1
Centre	0	0	1	0	0	0
total	2	14	93	107	0	1

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

1. Péril grave pour la femme

- Césariennes répétitives
- Chorioamniotite
- Hypertension artérielle pulmonaire
- Lymphome de Hodgkin
- Menace de récurrence d'accident vasculaire cérébral (AVC)
- (Pré-) éclampsie
- Sepsis
- Syndrome HELLP
- Syndrome néphrotique

2. Affections graves et incurables de l'enfant

Ces affections peuvent être isolées ou combinées entre elles.

2.1. Affections chromosomiques

- Hygroma colli

- Maladie chromosomique / anomalie du caryotype
- Syndrome de Klinefelter
- Syndrome de Smith-Magenis
- Syndrome de Turner
- Translocation chromosomique 4/18
- Triploïdie
- Trisomie 13 (syndrome de Patau)
- Trisomie 14 (syndrome mosaïque)
- Trisomie 18 (syndrome d'Edwards)
- Trisomie 21 (syndrome de Down)

2.2. Malformations

2.2.1. Cœur et poumon

- Atrésie aortique
- Canal atrio ventriculaire complet
- Hypoplasie du poumon
- Hypoplasie du cœur gauche
- Malformation/anomalie cardiaque léthale

2.2.2. Squelette

- Dysplasie thanaphore / squelettique
- Nanisme sévère / léthal
- Malformation thoracique
- Ostéogénèse imparfaite

2.2.3. Reins et foie

- Agénésie rénale

2.2.4. Système nerveux central

- Anencéphalie
- Anomalie du pôle céphalique
- Encéphalitis
- Spina-bifida
- Syndrome de Dandy Walker

2.2.5. Crâne et cerveau

- Acranie
- Agénésie du corps calleux
- Encéphalocèle
- Encéphalomyéломéningocèle
- Exencéphalie (ventriculo bilatérale)
- Hétérotopie cérébrale
- Holoprosencéphalie
- Hydrocéphalie
- Kystes cérébraux
- Malformation cérébrale majeure
- Myeloencéphalite
- Ventriculomégalie

2.2.6. Malformations ou pathologies diverses

- Affection de la paroi abdominale
- Anamnios par rupture des membranes
- Anémie falciforme
- Anomalie de la paroi abdominale
- Anhydramnios
- Beta thalassémie majeure
- Déficience CPSI (déficience Carbamoyl Phosphate Synthetase I)
- Dysplasie bilatérale
- Enfants siamois
- Fausse couche spontanée / mort in utero
- Hernia diafragmatica
- Hydrops
- Hypoplasie des bras
- Infection du liquide amniotique par contamination pré-natale
- Maladie métabolique
- Maladie de Steinert
- Malformation de la paroi abdominale
- Megacystis prenant tout l'abdomen
- Megavessie congénitale
- Omphalocèle
- PPROM (Preterm Premature Rupture of Membranes)
- Retard de croissance intra utérin
- Sclérose tuberculeuse de Bourneville
- Sepsis
- Syndrome de Cornélia de Lange
- Syndrome de Meckel – Gruber
- Syndrome de Goldenhar
- Syndrome polymalformatif
- Virus du système immunitaire

2.3. Affections tératogènes

- Cytomégalovirus
- Toxoplasmose

2. RAPPORTS ANNUELS DES ETABLISSEMENTS DE SOINS

INTRODUCTION

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

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

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

1. Les interruptions de grossesse refusées par une institution doivent être mentionnées car il est possible que l'interruption ait été pratiquée dans une autre structure que celle où la demande a été initialement introduite : ce n'est pas un refus au sens strict.

2. Les conditions suivantes (liste non exhaustive) ont été classées comme « refus » :

- La femme ne vient pas au rendez-vous.
- La suite réservée à la demande est inconnue : cela ne signifie pas que l'interruption de grossesse n'a pas eu lieu; elle a pu être effectuée dans une autre structure.
- La femme n'est pas enceinte au moment de la demande.
- Une fausse couche est survenue pendant la période d'attente.
- La grossesse dépasse le délai de 12 semaines et la femme est orientée vers l'étranger.
- La grossesse est trop avancée lors de la première consultation et le délai de l'aménorrhée a dépassé 14 semaines après la période d'attente de 6 jours.
- La femme est orientée vers un hôpital belge pour des raisons médicales ou pour des considérations liées à l'anesthésie.
- La femme est orientée vers un autre centre belge.
- La femme décide de poursuivre sa grossesse.
- La femme est orientée vers un service d'adoption.

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

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

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

2.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES : EVOLUTION ENTRE 2012 ET 2017

2.1.1. Centres

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012 Après 12 semaines	2013 Après 12 semaines	2012	2013	2012	2013
28 (*)	28	10.284	11.080	8.574	8.868	0	2	1.715	2.149	16.67	19.39

(*) En 2012, un centre ne disposant pas d'un nombre suffisant de médecins pratiquant des interruptions de grossesse, a, en accord avec l'INAMI, transféré ses activités IVG dans une autre structure et a fermé définitivement.

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014 Après 12 semaines	2015 Après 12 semaines	2014	2015	2014	2015
29	29 (**)	11.437	10.521	9.527	8.811	0	3	1.906	1.702	16.30	16.18

(**) Un centre ayant conclu un accord de collaboration avec un hôpital, et ne réalisant qu'un accompagnement pré- et post-interruption de grossesse s'est vu refuser par l'INAMI toute subvention de ses activités jugées illégales (les interruptions de grossesse étant pratiquées par l'hôpital). Depuis le 1^{er} octobre 2015, ce centre oriente les femmes vers d'autres institutions.

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016 Après 12 semaines	2017 Après 12 semaines	2016	2017	2016	2017
27	29	9.181	9.208	7.634	7.748	0	56	1.559	1.423	16.98	15.45

2.1.2. Hôpitaux et cliniques

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012 Après 12 semaines	2013 Après 12 semaines	2012	2013	2012	2013
27	26	4.151	4.242	3.592	3.542	90	86	556	423	13,39	9,97

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014 Après 12 semaines	2015 Après 12 semaines	2014	2015	2014	2015
25	25	3.722	3.547	3.356	3.097	107	106	361	416	9.48	11.73

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016 Après 12 semaines	2017 Après 12 semaines	2016	2017	2016	2017
26	28	3.720	3.741	3.296	3.381	182	174	376	340	10.11	9.09

2.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES : EVOLUTION ENTRE 2012 ET 2017

2.2.1. Centres

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012 Après 12 semaines	2013 Après 12 semaines	2012	2013	2012	2013
6	7	8.633	9.173	7.414	7.691	0	0	1.219	1.047	14.12	11.41

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées"/ nombre de requêtes	
2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014 Après 12 semaines	2015 Après 12 semaines	2014	2015	2014	2015
7	7	8.558	9.128	7.161	7.639	0	0	831	1.489	9.71	16.31

nombre de centres		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont le nombre d'IVG pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016 Après 12 semaines	2017 Après 12 semaines	2016	2017	2016	2017
7	7	8.989	9.100	7.420	7.509	0	0	1.565	1.587	17.41	17.44

2.2.2. Hôpitaux et cliniques

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont nombre d'interruptions pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012 Après 12 semaines	2013 Après 12 semaines	2012	2013	2012	2013
8	9	318	301	284	233	25	21	34	25	10,69	8,30

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont nombre d'interruptions pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014 Après 12 semaines	2015 Après 12 semaines	2014	2015	2014	2015
9	8 (*)	291	263	264	226	76	29	21	20	7.27	7,60

(*) 4 hôpitaux n'ont pas transmis de rapports annuels, bien qu'une interruption de grossesse ait été effectuée.

nombre d'hôpitaux		nombre de requêtes		nombre d'IVG pratiquées dont nombre d'interruptions pratiquées après le délai de 12 semaines				nombre de requêtes "rejetées"		% de requêtes "rejetées" / nombre de requêtes	
2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016 Après 12 semaines	2017 Après 12 semaines	2016	2017	2016	2017
10 (*)	8 (**)	279	208	249	227	58	37	30	10	10.75	4.81

(*) 1 et (**) 4 hôpitaux n'ont pas transmis de rapports annuels, bien qu'une interruption de grossesse, au moins, ait été effectuée.

2.2. APERÇU GENERAL DES INSTITUTIONS BELGES : EVOLUTION ENTRE 2012 ET 2017

2.3.1. Centres

nombre de centres		nombre d'IVG pratiquées	
2012	2013	2012	2013
34	35	15.988	16.559

nombre de centres		nombre d'IVG pratiquées	
2014	2015	2014	2015
36	36	16.688	16.450

nombre de centres		nombre d'IVG pratiquées	
2016	2017	2016	2017
34	36	15.054	15.257

2.3.2. Hôpitaux et cliniques

nombre d'hôpitaux		nombre d'IVG pratiquées		dont après délai de 12 semaines	
2012	2013	2012	2013	2012	2013
35	35	3.876	3.775	115	107

nombre d'hôpitaux		nombre d'IVG pratiquées		dont après délai de 12 semaines	
2014	2015	2014	2015	2014	2015
34	33	3.620	3.323	183	135

nombre d'hôpitaux		nombre d'IVG pratiquées		dont après délai de 12 semaines	
2016	2017	2016	2017	2016	2017
36	36	3.545	3.608	240	211

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

Les données transmises par les institutions néerlandophones sont présentées page 74.

3.1. INSTITUTIONS FRANCOPHONES : EVOLUTION ENTRE 2012 ET 2017

A. Centres

Ces données sont extraites des rapports transmis par 28 centres sur 30 en 2012 ; 28 sur 29 en 2013 ; 29 sur 29 en 2014 ; 29 sur 30 en 2015 ; 27 sur 30 en 2016 et 29 sur 30 en 2017.

A.1. Nombre et qualification du personnel du service

Le service compte entre 5 et 35 personnes et se compose en nombre variable de :

juriste,
psychologue,
assistant(e) social(e),
conseiller/ère conjugal(e),
médecin et gynécologue,
personnel administratif et de coordination, parfois chargé des animations.

Certains services comptent également le personnel suivant, en nombre variable :

psychiatre,
infirmier/ière breveté(e) ou gradué(e), en santé communautaire,
sage-femme,
médiatrice/médiateur ou thérapeute familial(e),
licencié(e) en science de la famille et sexualité ou sexologue,
licencié(e) en communication,
éducatrice/éducateur,
animatrice/animateur (EVRAS),
personnel comptable et financier.

A.2. Fonctionnement du service

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

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

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

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

Un rapport médical est envoyé par le centre au médecin conseil de la mutuelle et, si la femme le souhaite, une fiche de liaison est également transmise à son médecin traitant.

En complément de ces pratiques, des animations promouvant la triple prévention : « préservatif + contraceptif + maladies sexuellement transmissibles pour éviter la stérilité » et axées sur la vie relationnelle, affective et sexuelle, le respect, l'intimité, les assuétudes, la violence, les relations avec les parents,... sont effectuées par des animatrices/animateurs, des éducatrices/éducateurs, des assistantes sociales/assistants sociaux ou des coordinatrices/coordonateurs.

Ces animations ciblent :

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

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

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

Des réunions pluridisciplinaires sont régulièrement organisées pour :

- améliorer l'accueil, la prise en charge et le suivi,
- aborder les cas traités et les nouveaux médicaments,
- échanger les bonnes pratiques,
- aborder les questions d'éthique et de confidentialité,
- améliorer la prise en charge des mineur(e)s et gérer les animations.

Difficultés spécifiques liées au fonctionnement du service :

Quelques centres déplorent la difficulté de trouver des médecins formés à l'interruption de grossesse et la nécessité de supprimer des plages horaires dédiées à l'interruption de grossesse en cas d'absence de médecins, faute de remplaçants.

Quelques centres rencontrent des problèmes dans leurs relations avec les mutuelles :

- manque de lisibilité : des factures sont regroupées sans informations sur les montants acceptés ou refusés.

- non-paiement de factures : pendant la période de transition, lorsqu'une femme à charge d'un tiers devient titulaire; en cas de changement de mutuelle, si l'attestation d'assurabilité a été fournie par la mutuelle précédente ou en cas de déménagement, avant que les informations parviennent à la nouvelle agence.
- problème de délai pour obtenir l'accord du médecin-conseil pour la prise en charge de l'interruption de grossesse : délai d'un mois à dater de la demande d'interruption de grossesse (demande envoyée mais pas réceptionnée); un centre propose que la procédure soit effectuée dans les deux ans de l'interruption de grossesse comme c'est le cas pour les attestations médicales et que des modalités contraignantes soient appliquées aux mutualités.
- refus d'intervention pour non-respect du délai légal de réflexion (6 jours) alors qu'un délai plus court est acceptable en cas d'extrême nécessité (jurisprudence).

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

En raison de la différence d'interprétation des critères d'enregistrement, ce nombre varie entre 51 et 6.276.

Ce dernier chiffre, élevé, intègre les rendez-vous multiples en cas d'ambivalence ou de difficultés. De plus, plusieurs centres n'ont pas communiqué de chiffre car ils sont inconnus, et ce, parce que :

- des informations sont transmises pendant la permanence alors que la femme est encore anonyme,
- des demandes d'informations n'aboutissent pas à une interruption de grossesse,
- les rendez-vous multiples ne sont pas tous comptabilisés ou sont intégrés dans le forfait INAMI et ne sont donc pas repérables dans l'encodage du centre,
- le suivi de la femme est assuré par le médecin traitant.

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

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

1. Méthodes appliquées avant l'interruption

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

Présentation des alternatives : poursuite de la grossesse, don de l'enfant pour adoption ou placement en famille d'accueil. Visualisation des conséquences de l'interruption ou de la poursuite de la grossesse sur la vie de la femme, ses relations conjugales et familiales.

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

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

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

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

Interruptions de grossesse à réaliser après le délai légal de 12 semaines : les échographies sont réalisées et, si le rhésus est négatif, le rhogam, gratuit en Belgique, est prescrit. Les coordonnées des structures relais, les démarches à faire et les documents à fournir sont communiqués; le centre peut entreprendre ces démarches dans le cadre d'une éventuelle collaboration avec le réseau CASA (centre pour la contraception, la sexualité et l'avortement) établi aux Pays-Bas. Si la grossesse est néanmoins trop avancée, des contacts peuvent être pris avec des organismes qui accompagnent la poursuite de la grossesse et l'accouchement et assurent un suivi psychosocial.

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

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

2. Méthodes appliquées pendant l'interruption

Réalisation de l'interruption de grossesse par le médecin, en présence de l'accueillant(e) qui donne des conseils, rassure la femme et lui permet d'exprimer son vécu. Un second médecin est présent dans le centre et, en cas d'urgence, les femmes sont transférées vers un hôpital notamment dans le cadre de convention de collaboration conclue entre un centre et un hôpital.

Contraception : mise au point.

3. Méthodes appliquées après l'interruption

Visite de contrôle : après deux semaines, réalisation d'un contrôle médical et vérification de la contraception par le médecin. L'accueillant(e) rencontre la femme pour lui permettre

d'exprimer son vécu post-interruption. Celle-ci peut être entendue par le/la psychologue et, le cas échéant, être dirigée vers un service psychologique ou social spécialisé.

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

Charge de travail accrue pour le personnel :

En Région bruxelloise certaines équipes de prise en charge rencontrent une population majoritairement étrangère (Afrique sub-Saharienne, Maghreb, Turquie, pays de l'est et Amérique du sud) n'ayant parfois qu'une connaissance fragmentaire ou aucune connaissance d'une des langues nationales. Si certains membres du personnel pratiquent l'une ou l'autre langue étrangère, il est souvent indispensable de recourir aux services d'interprètes et de traduire les documents (consignes, brochures informatives,...). Le personnel doit alors intégrer dans son écoute et son accompagnement des contextes multiples et complexes en terme de pression familiale, clanique, philosophique, religieuse et/ou culturelle, ce qui complique sa mission.

Les structures familiales se diversifient (divorce, famille recomposée ou monoparentale, isolement relationnel, instabilité, ...) et les fragilités (économiques, sociales, familiales, cognitives, relationnelles) ...s'y superposent : le travail pluridisciplinaire devient lourd et crucial pour démêler des situations parfois complexes.

La prise en charge des demandeuses d'asile implique une charge de travail conséquente en raison de leur isolement, leur méconnaissance des langues, des structures et des possibilités de transport, de leur absence de couverture sociale et d'adresse et des multiples démarches et contacts avec les instances publiques.

De plus en plus de femmes refusent la contraception par peur de complications, de risque d'infertilité ou d'effets secondaires (crainte nourrie en 2012 par le discours alarmant de certains médias sur le risque de thrombose et de cancer engendré par les pilules de 3^e génération). Le travail de mise au point et d'information, nécessaire, est très lourd pour le personnel qui demande que les informations véhiculées par les médias soient contrôlées.

De plus en plus de femmes souffrant de troubles et de difficultés psychiques sont prises en charge ; ce qui implique une approche plus spécifique et de nombreux contacts avec le réseau mobilisable (famille, amis, psychiatre,..). Ainsi, un centre rapporte un risque de suicide après une interruption de grossesse, risque dû à une fragilité psychologique, des difficultés avec le conjoint et des tentatives de suicide après de précédentes interruptions de grossesse ; de même, il arrive que des entretiens soient déplacés en raison de la détresse psychologique intense ressentie par un couple pendant une interruption de grossesse (prise en charge séparée de la femme et de l'homme) et que du personnel soit mobilisé pour eux.

Situation particulière des femmes reçues :

Certains centres ont noté une augmentation de la violence conjugale et du nombre de femmes exprimant leur déception par rapport au manque de soutien de leur conjoint et/ou de leurs proches

Un centre signale que 30% des femmes reçues ne disposent pas d'une couverture sociale et ne peuvent prétendre au remboursement des coûts via la convention INAMI. Une faible proportion de ces femmes recourent à l'aide médicale d'urgence. La précarité financière se

traduit aussi par des contacts limités avec les professionnels en raison du coût des transports.

Quelques institutions ont relevé un nombre accru de femmes souffrant de troubles psychiques tels que altération de l'équilibre psychique et émotionnel, élaboration mentale laborieuse, incapacité de prendre des décisions et d'en visualiser (correctement) les conséquences, nécessité de recourir à un langage simple et répétitif. Ces femmes découvrent généralement tard leur grossesse et dépassent le délai légal. Ces centres plaident pour un allongement du délai légal.

Le personnel est parfois confronté à des situations particulières telles que processus de deuil éprouvant (demande qu'une peluche soit jointe à l'embryon avant l'envoi à la crémation) ou stress nécessitant un accompagnement renforcé (femme indiquant n'avoir jamais eu de rapports sexuels avec pénétration).

Un centre pointe la situation des demandeuses d'asile, hébergées par Fedasil : ce public a beaucoup de difficultés à avoir accès aux interruptions de grossesse au-delà du délai de douze semaines : l'interruption de grossesse, réalisée aux Pays-Bas, n'est pas prise en charge par Fedasil ou le centre public d'action sociale et quitter le territoire engendre des conséquences négatives sur la demande d'asile.

Certains centres observent une augmentation des demandes d'interruptions de grossesse liées à la menace d'un licenciement ou d'une non-reconduction de contrat en cas de grossesse.

Quelques centres signalent des cas d'interruptions de grossesse à répétition (un centre rapporte un cas ou de multiples interruptions de grossesse (21) auraient été réalisées dans plusieurs centres).

Deux demandes d'interruptions de grossesse en lien avec le sexe de l'embryon ont été rapportées et refusées.

Problèmes liés au nombre de semaines de grossesse lors de la demande d'interruption de grossesse

Des centres reçoivent plus de femmes ayant décelé la grossesse très tôt et pour lesquelles il est impossible de visualiser si la grossesse est intra ou extra utérine. Un contrôle échographique et une ou plusieurs prises de sang doivent être réalisés pour exclure une grossesse extra utérine.

L'augmentation du nombre de femmes ayant décelé la grossesse avant 6 semaines se traduit par une augmentation du nombre de demande d'interruptions médicamenteuses. Un centre estime que ces interruptions médicamenteuses seraient responsables de l'augmentation (7%) du nombre de rétentions placentaires constatées.

Des centres soulignent le nombre accru de demandes d'interruptions de grossesse à 12 semaines et au-delà. Pour l'expliquer, ces centres mettent en évidence le nombre important de grossesse découvertes tardivement par des femmes souffrant de troubles psychiques; soulignent une ambivalence accrue qui multiplie les entretiens psychologiques pré-interruptions et pointent les délais trop longs entre l'obtention et le rendez-vous avec le médecin (il n'est pas rare de devoir attendre 10 jours) et entre l'entretien médical et l'interruption de grossesse (délai légal de 6 jours).

Fonctionnement du centre :

Certains centres indiquent une réduction des demandes d'interruptions de grossesse en 2016 ou 2017 en raison :

- d'une modification de la loi qui autorise et rembourse les interruptions de grossesse au Luxembourg (les luxembourgeoises ne viennent plus en Belgique),
- de l'engagement par certains hôpitaux de gynécologues supplémentaires pour pratiquer des interruptions de grossesse,
- de la réalisation d'interruptions de grossesse à domicile par un centre hospitalier universitaire et des gynécologues privés,
- de la possibilité de trouver des médicaments abortifs sur internet; l'importance de la filière internet n'est pas chiffrée mais cela génère des risques en terme de qualité, d'accompagnement et de contrôle,
- de l'impact des campagnes de prévention,
- de l'augmentation du tabou et de la stigmatisation des interruptions de grossesse.

En raison du flou lié aux modalités de distribution des pilules dites du lendemain, certains centres n'ont pas renouvelé leurs approvisionnement en 2014. Des lors, des femmes ont dû s'adresser à des pharmacies (avec un coût pour les plus de 21 ans). Cette situation menace le rôle de « structure ressource accessible » des centres car les femmes, en s'adressant directement aux pharmacies, risquent de ne recevoir qu'une information sommaire.

Actuellement, les pilules dites du lendemain sont octroyées par les médecins des centres mais ceux-ci ne reçoivent que pendant des plages horaires bien précises et limitées; il est donc demandé que les pilules dites du lendemain puissent être distribuées par les assistant(e)s sociales/aux et les psychologues.

Certains centres notent une demande accrue d'animation, sur la vie relationnelle, affective et sexuelle, dans le secteur du handicap.

Des centres nourrissent des craintes suite à la fermeture des centres CASA aux Pays-Bas en 2017 ; des contacts ont été pris avec la Clinique Bloemenhove. Il faudra vérifier si la collaboration a été effective en 2018. Cette vérification se fera sur base du rapport sur les interruptions de grossesse qui sera publié par les Pays-Bas en 2019.

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

Les centres proposent les éléments suivants :

Distribution et financement

Assurer à tout âge la gratuité des contraceptifs pour tous, y compris les hommes ou, à défaut, prévoir un meilleur remboursement de la pilule, de l'anneau vaginal et du patch et surtout des contraceptifs de longue durée (implant, stérilet au cuivre et hormonal (DIU)) afin que la contraception soit moins chère que l'interruption de grossesse.

Prendre en charge les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse et à la contraception des femmes ne disposant pas de couverture sociale.

Maintenir la distribution gratuite de la pilule du lendemain ainsi que des dépannages gratuits de plaquettes de pilules et de préservatifs.

Information sur la contraception.

Améliorer l'information des femmes sur la contraception notamment au sujet de son utilisation concrète, de son coût, des effets secondaires possibles et des risques en cas d'arrêt (par exemple, après une rupture); corriger les idées véhiculées par certains médias ainsi que les idées reçues (tradition, habitude de famille,..) et mettre l'accent sur les plus efficaces (stérilet et implant).

Sensibiliser les femmes de 30 ans et plus à la pilule du lendemain car il semble que les femmes de cette catégorie d'âge hésitent à utiliser ce moyen d'urgence.

Sensibiliser les hommes aux grossesses non désirées, à la contraception masculine et à la contraception de leurs partenaires via des campagnes de prévention régulières.

Formation des professionnels

Promouvoir auprès des universités et écoles francophones, l'introduction dans les formations médicales, paramédicales et psychosociales d'un module de formation sur le travail en planning familial, l'interruption de grossesse, les grossesses non désirées et les modes de contraception.

Améliorer l'information des professionnels de la santé, conseillers conjugaux, éducateurs, animateurs de groupes de paroles,... sur la contraception.

Lancer des initiatives pour mener des études scientifiques sur les contraceptifs.

Pratique des professionnels

Amener les médecins à respecter les préférences des femmes et à prendre en compte leur historique gynécologique afin de ne pas prescrire systématiquement de contraceptifs oraux et privilégier d'autres traitements.

Reconnaître la spécificité des médecins généralistes pratiquant des interruptions de grossesse dans les centres .

Sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance de l'information, notamment par rapport aux mauvais usages des contraceptifs (arrêt de la pilule suite à une rupture et donc absence de protection lors d'une nouvelle rencontre) et par rapport à l'image peu nuancée diffusée par les médias sur l'effet pathogène des pilules contraceptives (risque de thrombose avec certaines catégories de pilules).

Information aux non professionnels de la santé

Développer les animations sur la vie relationnelle, affective et sexuelle; promouvoir la double prévention (préservatif + contraceptif) en ciblant les milieux festifs, étudiantins et scolaires (programme EVRAS à développer et évaluer), 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 pour femmes, groupes de parole,...) tout en multipliant les activités de sensibilisation lors de manifestations publiques. Ce qui implique plus de moyens.

Diffuser (radio, télévision, cinéma) des spots informatifs sur la contraception, la parentalité responsable et les grossesses désirées ou non ainsi que des témoignages de mères

mineures,... ; promouvoir des sites internet de référence en matière de vie sexuelle, relationnelle et affective et amener les jeunes à avoir un sens critique sur les séries qui banalisent les grossesses d'adolescentes.

Sensibiliser les parents qui refusent que leurs (jeunes) filles utilisent un contraceptif alors que cette attitude n'empêche pas les relations sexuelles et les risques y afférents (grossesse, transmission de maladies).

Rôle des centres

Disposer de moyens et de personnel suffisants pour faire connaître, assurer et valoriser le rôle des centres en tant que « structure ressource » pour la vie affective, relationnelle et sexuelle.

Ce rôle consiste, d'une part, en l'accompagnement des femmes souhaitant poursuivre leur grossesse afin de favoriser la naissance et l'éducation optimale des enfants (informations sur les avantages et aides possibles, soutien pour les formalités et démarches) et, d'autre part, en l'accompagnement des femmes désirant une interruption de grossesse. L'information est à renforcer tant auprès du public qu'auprès des réseaux psychosociaux et des professionnels de la santé.

Valoriser l'engagement dans la pratique sociale du secteur des centres de planning.

Aspect officiel

Renforcer la visibilité du droit à l'interruption de grossesse dans les communications officielles des autorités fédérales et fédérées, via la diffusion d'informations neutres et objectives.

Réformer la Commission nationale d'évaluation de l'application de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse en une commission scientifique indépendante pour que des données scientifiquement fondées soient disponibles.

Certains centres manifestent le souhait de faire sortir totalement l'interruption de grossesse du cadre pénal, demandent la suppression du délai de réflexion et souhaitent l'allongement du délai légal pour pratiquer une interruption de grossesse en Belgique.

Divers

- Permettre aux femmes d'exprimer un désir de grossesse différencié d'un désir d'enfant.

B. Hôpitaux et cliniques

Les données présentées sont extraites des rapports transmis par 27 hôpitaux sur 29 en 2012 ; 26 sur 29 en 2013 ; 25 sur 30 en 2014 et 2015 ; 26 sur 31 en 2016 et 28 sur 31 en 2017.

B.1. Nombre et qualification du personnel du service

Dans certains hôpitaux, le service d'information est inexistant ou restreint : certains hôpitaux ont conclu des accords de coopération avec un ou plusieurs centres situés dans la même zone géographique.

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

Le service compte entre 2 et 34 personnes et se compose en nombre variable de :

juriste,

psychologue,

assistant(e) social(e),

conseiller/conseillère conjugal(e)

médecin.

Auxquels peut s'ajouter, en nombre variable, le personnel suivant :

infirmier/ère social(e), infirmier/infirmière en santé communautaire,

sexologue,

pédiatre,

secrétaire,

éducateur/éducatrice,

animateur/animatrice,

médiateur/médiatrice,

médiateur/médiatrice interculturel(le) (dont la présence est surtout nécessaire dans les hôpitaux bruxellois (origines multiples de la patientèle)).

Certains hôpitaux ne pratiquent que les interruptions de grossesse motivées par des raisons médicales et avalisées par le Comité éthique de l'hôpital, avec l'avis favorable d'un second médecin.

Le service d'information est alors remplacé par une cellule pluridisciplinaire comprenant gynécologue, psychologue, assistant(e) social(e), sage-femme et pédiatre. Les demandes liées à des motivations personnelles sont guidées vers d'autres hôpitaux ou des centres de planning.

B.2. Fonctionnement du service

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

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

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

cadre d'un accord de collaboration conclu avec CASA (centre pour la contraception, la sexualité et l'avortement) et, depuis 2017, avec d'autres centres en raison de la fermeture de CASA.

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

En raison de la différence d'interprétation des critères d'enregistrement, ce nombre varie entre 4 et 2.441.

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

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

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

1. Méthodes appliquées avant l'interruption

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

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

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

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

Présentation de l'interruption de grossesse : loi, méthodes, consignes et coût.

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

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

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

Remise de brochures : des brochures d'information provenant des firmes pharmaceutiques ainsi que des brochures portant sur la poursuite de la grossesse, la vie affective et sexuelle, la contraception, la contraception d'urgence sont remises.

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

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

2. Méthodes appliquées pendant l'interruption

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

Méthode : dans le cadre de l'interruption de grossesse médicamenteuse, les hôpitaux, n'ayant pas droit au forfait « one day », administrent le médicament en journée dans le service de gynécologie sociale pour éviter une hospitalisation (qui ne donnerait lieu à aucun remboursement). Dans le cadre d'une interruption chirurgicale, l'anesthésie est locale ou générale (une anesthésie générale reste possible au quartier opératoire, dans le cadre de l'hospitalisation de jour). Certains hôpitaux pratiquent toutes les interruptions chirurgicales sous anesthésie générale, d'autres laissent le choix de l'anesthésie à la femme.

3. Méthodes appliquées après l'interruption

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

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

Demandes des femmes

Certains hôpitaux estiment que les demandes d'interruptions de grossesse doivent pouvoir être traitées plus rapidement afin de pouvoir répondre aux attentes des femmes qui, jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée peuvent encore bénéficier d'une interruption médicamenteuse; de nombreuses femmes ressentent en effet l'interruption plus tardive par aspiration comme une pression plus lourde et une phase plus pénible. Il faut donc repenser les délais de procédure et augmenter le personnel disponible.

Quelques hôpitaux rapportent que certaines femmes demandent une interruption de grossesse après en avoir déjà effectué plusieurs (jusqu'à six) : il faut lutter contre ces grossesses non désirées à répétition.

Un hôpital souligne que certaines demandes d'interruption de grossesse ont été motivées par le choix du sexe du fœtus : ces demandes ont été refusées et réorientées.

Situation des praticiens

En raison du nombre croissant de demandes, certains gynécologues hospitaliers éprouvent un sentiment de saturation par rapport aux nombreuses interruptions de grossesses à pratiquer. Bien que reconnaissant le droit à l'interruption de grossesse, la pratique récurrente de l'acte est parfois lourde à gérer sur le plan émotionnel pour certains d'entre eux.

De plus en plus de géniteurs accompagnent la femme. Des difficultés peuvent survenir lorsque les avis divergent ou lorsque les hommes ne trouvent pas leur place par rapport à la grossesse et la décision de la femme. Cela implique un travail avec les partenaires et cet accompagnement est parfois lourd à gérer car si la décision finale revient à la femme, celle-ci ressent parfois une pression importante (refus de la paternité du conjoint, menace de rupture, menace de recourir à la vasectomie,..).

Situations des institutions

Certains hôpitaux (surtout situés en Région de Bruxelles-Capitale ou en Communauté germanophone) sont confrontés à la méconnaissance des langues nationales; des brochures ont donc été éditées en plusieurs langues (arabe, turc, espagnol, anglais, portugais, polonais et russe) pour demander aux femmes de se faire accompagner aux consultations par quelqu'un qui peut les aider à (se faire) comprendre.

La prise d'un comprimé de Mifégyne avant une aspiration facilite une dilatation cervicale qui simplifie l'intervention et réduit les douleurs et saignements. Cette prise n'est utilisée que pour les grossesses comprises entre 10 et 12 semaines. Il faudrait généraliser la prise de ce comprimé.

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

Les hôpitaux privilégient les éléments suivants :

Informer sur la contraception

Informer sur le coût, l'utilisation, les conséquences en cas de non utilisation et les effets secondaires éventuels de l'usage et/ou d'un mauvais usage.

Il est nécessaire de sortir des idées fausses véhiculées sur les contraceptifs (« si je prends la pilule depuis des années, je peux l'oublier parfois », jusqu'ici, j'ai eu de la chance,...); de responsabiliser et conscientiser les personnes par rapport au risque de grossesse (oubli par négligence, ne pas prendre le temps d'aller chercher une prescription médicale, les décisions prises et les actes posés ne sont pas anodins) et d'éviter la « banalisation » de l'interruption de grossesse.

Expliquer la reproduction, lors des entretiens psychologiques et insister sur la prévention par la contraception dans toutes les situations (sexualité non active, pas d'éjaculation en intravaginal,...)

Améliorer la formation du personnel soignant

Améliorer la formation de tous les intervenants et les encourager à expliquer clairement l'usage des contraceptifs et des préservatifs.

Amener les médecins à ne pas systématiquement privilégier la contraception orale en insistant notamment sur les risques d'interactions de la contraception orale avec certains traitements et à dispenser une meilleure information sur les effets des diarrhées et vomissements sur l'efficacité de la prise de la pilule.

Favoriser les contraceptifs de longue durée auprès des professionnels.

Utiliser tous les canaux de diffusion disponibles :

Diffuser sur tous les médias (radio, TV, cinéma) des spots informatifs sur la prévention,
Promouvoir des sites internet de référence en matière de vie sexuelle, relationnelle et affective,
Distribuer des brochures non publicitaires sur les contraceptifs,
Organiser des conférences,...

Identifier correctement le public à cibler

- les moins de 18 ans (une séance informative doit être dispensée chaque année scolaire par un service spécialisé (par petits groupes d'enfants),
- les publics non, ou plus, scolarisés,
- les femmes entre 30 et 45 ans,
- les femmes proches de la ménopause,
- les populations étrangères,
- les femmes en situation de fragilité,
- les femmes séjournant en centre d'accueil et centres fermés,...
- les hommes au sujet de la contraception masculine et de celle de leur partenaire.

Assurer la gratuité et la distribution des contraceptifs

Assurer à tout âge la gratuité ou un remboursement accru des contraceptifs (pilule, implant, stérilet) afin que l'interruption de grossesse soit plus chère que le contraceptif.

Mettre à disposition des échantillons de pilules et de préservatifs et y garantir un accès anonyme et gratuit (gratuité des distributeurs à rétablir).

Autoriser la distribution des pilules du lendemain par le personnel des centres de planning.

3.2. INSTITUTIONS NEERLANDOPHONES POUR LA PERIODE 2012-2017

A. Centres

A.1. Composition et fonctionnement du service

La Flandre compte actuellement sept centres pratiquant des interruptions de grossesse, répartis sur cinq provinces. Deux provinces comptent deux centres, à savoir la province d'Anvers (le centre Dr. Willy Peers dans la ville d'Anvers et le centre Labyrinth à Borgerhout) et la province de Flandre orientale (le centre Kollektief Anticonceptie à Gand et le centre Durmebaan à Lokeren).

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

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

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

Tous les centres offrent un accompagnement médical et psychosocial lors d'une grossesse non désirée. Le centre Labyrinth offre également une assistance lors de la poursuite de la grossesse.

Les rapports annuels des services d'information révèlent que le service compte en moyenne 12 membres du personnel (minimum 5 et maximum 19) avec un nombre variable de qualifications telles que médecins, gynécologues, psychologues, et/ou sexologues, infirmiers (sociaux), assistants sociaux et responsables administratifs.

Les centres sont joignables (par téléphone) les jours ouvrables pendant les heures de bureau (par demi-jour ou journée entière) et parfois une soirée en semaine pour la prise en charge urgente. Les entretiens et consultations se font sur rendez-vous. Pendant l'entretien initial, une grande attention est accordée à une approche psychosociale de qualité.

Un grand soin est apporté à l'information de la femme pour lui permettre de faire un choix mûrement réfléchi; tous les problèmes sous-jacents sont également abordés.

La femme est aussi informée des dispositions légales relatives au délai de réflexion, à la période dans les limites desquelles l'interruption de grossesse est légalement possible, etc.

En outre, la femme peut être dirigée vers un collaborateur psychosocial et/ou un assistant social pour une aide supplémentaire à la prise de décision.

A tout moment, la femme peut demander une consultation médicale supplémentaire.

De préférence, le même médecin et la même accueillante accompagnent la femme pendant tout le processus (préexamen, intervention et contrôle).

Si la femme est déterminée à procéder à l'interruption de grossesse, les perceptions et conséquences sont analysées en profondeur. La femme reçoit des explications sur la méthode d'interruption de grossesse choisie et est sensibilisée à sa contraception future.

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

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

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

A.2. Nombre de consultations du service d'information en relation avec une interruption de grossesse

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

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

Les centres ont enregistré ensemble : 10.519 consultations en 2012; 13.191 en 2013; 8.508 en 2014 ; 9.128 en 2015 ; 8.989 en 2016 et 9.100 en 2017.

A.3. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

Les méthodes appliquées sont similaires pour tous les centres.

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

- L'entretien préliminaire et l'examen médical

Après une prise de rendez-vous par téléphone ou sur place, la femme se présente à une première consultation. Le partenaire et/ou les parents y sont associés en concertation avec la patiente.

Le collaborateur psychosocial examine et/ou précise avec la patiente le processus décisionnel. L'entretien initial consiste en un entretien psychosocial et une consultation médicale. Lors de l'entretien psychosocial, le processus de décision de la femme confrontée à une grossesse non désirée est central; il est d'ailleurs très important que d'une part, soit compris ce que la femme veut et ce dont elle a besoin et, d'autre part, que soient abordés tant le soutien (psychosocial) que toutes les informations concrètes et pratiques.

L'échec de la contraception éventuellement utilisée, la contraception future et toutes les questions posées par les personnes concernées sont sujet de discussion.

L'entretien préliminaire est un moment préventif important afin d'éviter d'autres grossesses non désirées.

Dans les centres Luna, lors de l'entretien psychosocial, sont également abordées les 2 méthodes d'interruption de grossesse. La femme qui est enceinte de moins de 8 semaines lors de l'entretien préliminaire peut opter pour la méthode médicamenteuse (combinaison de Mifépristone et de prostaglandine), en l'absence de contre-indications ou pour une aspiration pour interrompre la grossesse.

Après l'entretien, la femme a encore une consultation avec le médecin.

Après avoir procédé à l'anamnèse, le médecin détermine par échographie le stade précis de la grossesse et la méthode d'interruption de grossesse est choisie.

- L'intervention

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

En cas d'interruption de grossesse par aspiration, la patiente est assistée pendant et après l'intervention par un(e) infirmière/infirmier. L'interruption dure environ 15 minutes et est suivie par un moment de repos. Le médecin réalise alors un dernier contrôle.

Le collaborateur psychosocial s'occupe des documents nécessaires, de la planification d'un examen de contrôle et de la finalisation individuelle du séjour.

En cas d'interruption de grossesse médicamenteuse, la femme est autorisée à quitter le centre après l'entretien psychosocial, la confirmation écrite de son souhait d'interrompre la grossesse et l'ingestion du comprimé de Mifépristone.

Quarante-huit heures plus tard au maximum, la patiente se voit administrer des prostaglandines pour provoquer l'expulsion du sac embryonnaire. A cet effet, la femme reste environ quatre heures au centre et est assistée pendant ce temps par un(e) infirmière/infirmier. Le médecin vérifie que l'expulsion a eu lieu et que la grossesse est donc interrompue. La contraception est à nouveau abordée.

- La consultation de contrôle

Environ deux semaines après l'intervention, un contrôle médical et, si nécessaire, un entretien psychosocial de suivi sont organisés. Lors de ce contrôle médical, une échographie est toujours réalisée. Selon les centres Luna et le centre Labyrinthh, la contraception doit à nouveau être abordée lors de ce contrôle. Le changement de comportement contraceptif ne peut s'obtenir qu'en répétant le message encore et encore dans le temps.

Un entretien supplémentaire avec l'infirmière sociale est toujours possible.

Dans le centre Labyrinthh, la femme est informée des possibilités d'accompagnement post-interruption, dont notamment, le renvoi vers un centre de soins de santé mentale ou vers l'ASBL FARA.

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

A) Suite à la non publication, en 2014 et 2016 des derniers rapports bisannuels, Labyrinth formule à nouveau les mêmes trois propositions :

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

B) Les centres LUNA et le centre Sjerp-Dilemma formulent, comme les années précédentes, une réponse commune.

Ils considèrent que la prévention des grossesses non planifiées, non souhaitées et non voulues commencent au méta-niveau; à savoir les possibilités que possède un individu pour contrôler sa fertilité.

L'impact des décisions politiques peut s'avérer important. Un bon exemple est le fait que, suite aux élections de 2016 aux USA, le nouveau président républicain a été le garant de la réintroduction de la Mexico City Policy (aussi appelée Global Gag Rule). Les conséquences de la signature de la Mexico City Policy touchent les plus fragiles car les organisations non gouvernementales ne peuvent plus recevoir d'argent américain pour l'aide au développement si celles-ci travaillent, avec l'aide d'autres donateurs, sur la thématique de l'interruption de grossesse. La conséquence pour les pays du sud en est un accès réduit aux soins de santé en terme de sexualité, contraception et reproduction; ce qui amène à des grossesses non voulues et donc à des interruptions de grossesse non sûres.

Dans « Abortion incidence between 1990 and 2014 : global, regional and sub regional level and trends² », nous pouvons lire que « Ensuring access to sexual and reproductive health care could help millions of women avoid unintended pregnancies and ensure access to safe abortion ».

La garantie du droit à l'interruption de grossesse est un élément fondamental des droits liés à la sexualité et à la reproduction : un contexte légal réunissant de bonnes conditions pour l'interruption de grossesse, dans un contexte où la sexualité n'est pas un tabou et où la contraception est généralement acceptée, est la meilleure manière possible pour prévenir les grossesses non désirées. Et, la réalité est la réalité, la fertilité n'est actuellement pas contrôlable à 100 %. Même si tout le monde a un accès excellent à la contraception, les grossesses non désirées ne pourront être totalement supprimées.

Les centres Luna soulignent que les propositions transmises précédemment à la Commission dans le cadre de leurs rapports annuels 2012, 2013, 2014, et 2015 sont toujours d'application puisqu'elles n'ont pas pu être prises en compte pendant la période de fin de mandat de la Commission.

² Gilda Sedhg et al, 2016. Abortion incidence between 1990 and 2014 : global, régional and subregional levels and trends. The Lancet, volume 388, N° 10041, p. 258 – 267, 16 July 2016

Une proposition très importante était leur réponse en trois parties concernant l'arrêté royal du 16 septembre 2013 relatif à l'intervention dans le coût des contraceptifs, les résultats de l'étude SXPART et l'utilisation de misoprostol en dehors de l'aide réglementée à l'interruption de grossesse.

1. Première remarque de Luna : l'arrêté royal du 16 septembre 2013

Depuis octobre 2013, il existe une intervention dans le coût des contraceptifs pour les femmes âgées de moins de 21 ans (AR du 16 septembre 2013). Il s'agit de la pérennisation structurelle d'une mesure expérimentale en vigueur depuis 2004. Le fait que l'intervention de 3 euros par mois peut désormais être utilisée également pour les contraceptifs de longue durée comme le stérilet et les implants, constitue un aspect important de la mesure.

Dans le rapport de la Commission d'évaluation 2010-2011, les centres LUNA soulignaient l'importance de moyens contraceptifs de longue durée pour éviter les grossesses non désirées. À l'époque, nous avons épinglé le fait que des moyens financiers limités sont parfois la raison pour laquelle les femmes renoncent à ces moyens contraceptifs. La nouvelle mesure rendue structurelle par l'arrêté royal du 16 septembre 2013 représente à cet égard une solution pour les jeunes femmes qui souhaitent utiliser un moyen contraceptif de longue durée. Idéalement, il faudrait que l'INAMI rembourse la contraception à long terme pour toutes les femmes, quel que soit leur âge.

2. Deuxième remarque de Luna : Les résultats de l'étude SXPART relative aux grossesses (non) planifiées et (non) désirées

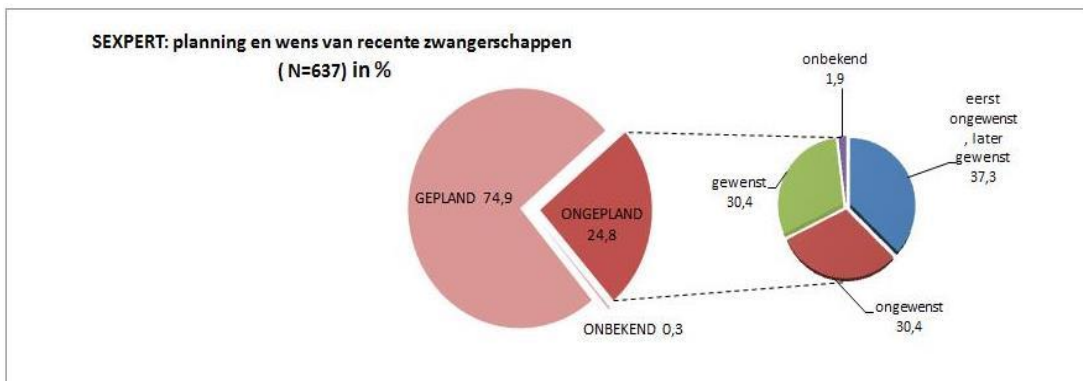
L'étude SXPART a analysé les grossesses enregistrées auprès d'un échantillon représentatif de la population flamande au cours des 10 dernières années (période 2000 - 2011, N=637). « Une grossesse récente sur quatre est considérée comme non planifiée, tandis que près d'une sur cinq est perçue comme non désirée au début de la grossesse. Une grossesse sur 20 est interrompue délibérément. » (Buysse et al. page 161).

Comment se faire une idée du caractère planifié, non planifié, désiré ou non désiré d'une grossesse et comment mener une enquête sur les interruptions de grossesse ? Le thème de la fécondité, de la grossesse et de l'interruption de grossesse est à connotation émotionnelle et les réponses socialement souhaitables y sont toujours présentes de façon dissimulée. L'étude SXPART a interrogé aussi bien des femmes que des hommes sur les grossesses auxquelles ils étaient confrontés dans leur vie, et leur a ensuite demandé si cette grossesse était planifiée ou non, désirée ou non.

L'issue de la grossesse (naissance, avortement, fausse couche ou interruption sur indication médicale) a également été sondée.

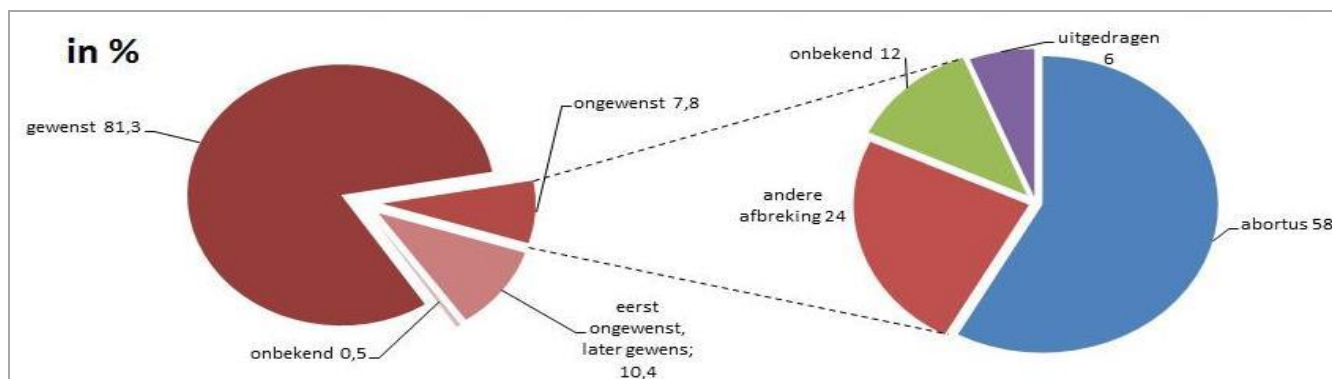
Que nous enseignent les statistiques relatives aux grossesses non planifiées (enregistrées au cours des dix dernières années) ? Comme indiqué dans le premier paragraphe, une grossesse sur quatre n'est pas planifiée. Trois grossesses non planifiées sur dix (30,4%) sont des grossesses immédiatement désirées; presque quatre sur dix (37,3%) sont d'abord non désirées, mais le deviennent ensuite; trois grossesses non planifiées sur dix (30,4%) sont dès le départ non désirées et le restent. Les données de l'étude reflètent bien le processus d'évolution du vécu d'une grossesse non planifiée. Elles brisent les idées reçues

simplistes et tranchées sur la grossesse qui vont de "Une grossesse est toujours un heureux événement" jusqu'à "Une grossesse non planifiée est par définition non désirée."



Quand on examine les grossesses non désirées, on constate que 58% de ces grossesses se terminent par une interruption et que seul un petit 6% est mené à terme. Un trait marquant est que les personnes interrogées déclarent que 24% de ces grossesses non désirées se terminent par une fausse couche ou une interruption sur indication médicale. Ce chiffre est plus élevé que prévu. On sait qu'environ 10 à 15% de l'ensemble des grossesses se terminent par une fausse couche, l'âge de la femme enceinte étant à cet égard un facteur déterminant.

On sait aussi que le nombre d'interruption sur indication médicale est très faible. Ceci laisse à croire qu'une partie des "autres interruptions" sont en réalité des "interruptions volontaires de grossesse".



Les résultats de l'étude SEXPert et le déroulement du processus décisionnel dans le cas des grossesses non planifiées donnent une bonne indication de l'importance pour les personnes de gérer leur parentalité de façon responsable.

Ces données confirment également le vécu des centres pratiquant des interruptions de grossesse. Elles montrent à quel point il importe de "normaliser" le processus décisionnel en cas de grossesse non planifiée et de souligner qu'il est parfaitement normal que l'on ait besoin de temps et de recul pour prendre une décision mûrement réfléchie. Combien de fois faudra-t-il répéter que des interruptions de grossesse sont pratiquées parce que les personnes veulent gérer leur parentalité de façon responsable !

L'étude SEXPERT a également examiné s'il existe un lien entre l'expérience d'une interruption de grossesse et le bien-être mental actuel. Le groupe de femmes qui a interrompu une grossesse non désirée se sent aussi bien que celui des femmes qui ont été enceintes, mais qui n'ont pas eu de grossesse non désirée. Le groupe de femmes qui a mené à terme une grossesse vécue initialement comme non désirée se sent mentalement un peu moins bien que celui qui n'a jamais connu de grossesse non désirée. Un trait marquant est que le groupe de femmes qui a vécu les deux situations – à savoir l'interruption d'une grossesse non désirée et l'achèvement d'une grossesse non désirée – se porte moins bien mentalement.

L'étude SEXPERT a mené une analyse à plusieurs niveaux des données d'enquête relatives à la réalisation d'une interruption de grossesse et a posé les questions suivantes : chez qui la probabilité d'interrompre une grossesse est-elle la plus élevée ? A quel âge est-elle la plus élevée ?

Aucune caractéristique individuelle ne s'avère présenter de valeur prédictive : ni les revenus, ni le niveau de formation, ni l'origine, ni les caractéristiques de la "vie sexuelle" comme l'âge des premières relations sexuelles, le nombre de partenaires sexuels ou un vécu de violence sexuelle. Les données d'étude confirment le message que les centres LUNA s'efforcent de diffuser sans cesse : la femme typique réalisant une interruption de grossesse n'existe pas.

Il existe toutefois des déterminants situationnels. En d'autres termes, la probabilité d'une femme d'interrompre sa grossesse est déterminée avant tout par les circonstances, à savoir l'âge de la femme et le nombre d'enfants qu'elle a déjà. La probabilité qu'une femme interrompe sa grossesse est la plus grande dans le groupe d'âge le plus jeune et le plus élevé. Il s'agit des périodes de la vie où les grossesses sont de toute façon moins fréquentes et lorsqu'elles se produisent, le risque qu'elles soient non planifiées est accru. La probabilité que ces grossesses soient alors interrompues est dès lors plus grande. Ceci est une confirmation scientifique de la sagesse populaire qui affirme qu'il existe assurément des périodes de la vie où il semble plus approprié d'avoir des enfants que dans d'autres périodes. Quand on est trop jeune, la maternité ne fait pas encore partie des activités d'évolution de cette tranche de vie, de même que la période pendant laquelle on veut des enfants est souvent déjà terminée à un âge plus avancé. Le fait que les grossesses non désirées dans des situations de ce genre débouchent plus souvent sur une interruption de grossesse ne surprendra probablement personne.

Ces données sont également intéressantes parce qu'elles montrent l'écart entre les chiffres issus de la pratique (les données de la Commission d'évaluation) et les chiffres d'une étude de population (SEXPERT) où il est tenu compte des différences entre groupes de personnes et où l'on examine des probabilités au lieu de chiffres absolus. Les chiffres de la Commission d'évaluation révèlent en effet qu'environ 80% de toutes les IVG sont pratiquées sur des femmes âgées de 20 à 40 ans.

L'étude SEXPERT révèle que la probabilité d'une interruption de grossesse est la plus forte dans la catégorie d'âge la plus jeune et la plus élevée. Un deuxième déterminant situationnel pour l'interruption d'une grossesse est le nombre d'enfants qu'une femme a déjà. Cet élément, lui aussi, n'étonnera personne : plus on a d'enfants, plus la probabilité est grande que l'on ait une famille complète, avec en corollaire une probabilité accrue qu'une grossesse non désirée en pareilles circonstances soit interrompue.

L'étude SEXPERT a interrogé un groupe de participants flamands d'origine turque (N=164). Dans ce groupe-là aussi, le risque d'une grossesse non planifiée est de un sur quatre. Les résultats d'étude démontrent qu'il est dangereux et incorrect de comparer entre eux les chiffres de groupes différents parce que les profils sociodémographiques des groupes peuvent diverger. À supposer qu'une fraction substantielle des femmes qui font pratiquer une interruption de grossesse appartienne à un groupe démographique bien précis, cela ne signifie pas nécessairement qu'elles prennent plus fréquemment la décision d'une interruption de grossesse. Il se pourrait en effet qu'en moyenne, elles deviennent mères à un âge plus précoce, qu'elles ont davantage d'enfants, un autre niveau de formation et une autre "vie sexuelle".

On trouvera les résultats complets de l'étude dans : Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., Van Houtte, M. et Vermeersch, H. (2013). *SEXPERT, seksuele gezondheid in Vlaanderen (SEXPERT, la santé sexuelle en Flandre)*. Academia Press, Gand.

3. Troisième remarque de Luna : L'utilisation de misoprostol en dehors de l'aide réglementée à l'IVG

Les centres LUNA tiennent à attirer l'attention de la Commission d'évaluation sur le fait qu'ils sont de temps à autre confrontés à des patientes à qui leur médecin a prescrit du misoprostol pour interrompre une grossesse, en outre souvent dans un dosage incorrect. En cas d'échec, ces femmes sont alors réorientées vers un centre pratiquant des interruptions de grossesse. Il importe de préciser qu'il s'agit de cas exceptionnels, mais étant donné qu'il y a quelques années, cette pratique était inexistante, il nous paraît essentiel de la signaler.

L'utilisation de misoprostol pour interrompre une grossesse est une pratique courante dans des pays où les femmes n'ont pas la possibilité de faire appel à une aide réglementée à l'IVG. Il faut également indiquer qu'en pareilles circonstances, le recours au misoprostol, sous réserve d'un dosage correct, est l'une des méthodes les plus sûres pour interrompre une grossesse. Le taux de réussite d'un traitement uniquement avec du misoprostol est toutefois nettement inférieur à celui d'une aspiration ou d'un traitement médicamenteux (combinaison de mifépristone et de misoprostol). Nous pensons dès lors que dans un pays où une aide réglementée à l'interruption de grossesse est disponible, il est préférable de ne pas utiliser un traitement au misoprostol seul et que les femmes ont droit à la meilleure technique disponible.

B. Hôpitaux et cliniques

B.1. Composition et fonctionnement du service

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

Cela ne signifie pas que ces personnes sont exclusivement employées au service d'information et à la problématique relative à la grossesse.

L'activité s'inscrit dans le cadre du service de Gynécologie ou Gynécologie – Obstétrique.

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

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

L'hôpital Jan Palfijn à Gent indique en 2015 que beaucoup de femmes ont encore trop peu de connaissance de la contraception et souhaite une meilleure diffusion d'informations. Se pose toujours la question de la contraception gratuite, comme le stérilet hormonal.

AZ Sint-Lucas Gand dispose de ses propres graphiques et compare les interruptions de grossesse réalisées avec les demandes et les interruptions de grossesse non réalisées sur une période de 16 ans.

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

Les 8 hôpitaux ayant transmis leurs rapports annuels pour 2012 totalisent ensemble 353 consultations. Pour 2013, 367 (9 hôpitaux); pour 2014, 457 (9 hôpitaux); pour 2015, 252 (8 hôpitaux); pour 2016, 283 (10 hôpitaux) et pour 2017, 245 consultations (8 hôpitaux).

B.3. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées

La plupart du temps, l'intervention du service d'information est requise par le gynécologue ou le médecin. La disponibilité du service correspond aux heures d'ouverture de l'établissement (heures de bureau).

La plupart des hôpitaux disposent de leurs propres flyers et brochures informatives expliquant le service d'information et donnant les coordonnées des collaborateurs ou médecins auprès desquels il est possible de prendre un rendez-vous.

Dans certains hôpitaux, le patient ne doit pas s'inscrire à l'accueil central afin de garantir la discrétion. Dans ces établissements, des mesures sont prises pour gérer le dossier via un processus de confidentialité ; le médecin peut ainsi disposer rapidement du dossier qui reste présent, en mode protégé, dans le dossier gynécologique global.

Pendant les entretiens, l'accent est mis sur le soutien émotionnel, le cadre législatif, l'interruption de grossesse, son déroulement et la contraception. Les raisons sous-jacentes, les situations de vie et familiales et l'état psychologique de la femme sont abordés. Les différentes alternatives sont expliquées : adoption, soutien social et pédagogique, famille d'accueil...

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

Les aspects émotionnels de sa décision et les suites éventuelles sont discutés. Il est aussi communiqué à la femme que, dans le cadre du processus de prise en charge, un ou plusieurs entretien(s) de suivi sont possibles.

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

Dans son rapport annuel pour 2016, l'hôpital Jan Palfijn à Gand souligne que de nombreuses femmes ont encore très peur de demander et d'utiliser un contraceptif. Il plaide également pour un contraceptif accessible et ce, y compris pour les personnes sans documents de séjour.

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

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

4. CONCLUSIONS

1.

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

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

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
(1)	13.762	14.775	14.791	15.595	16.024	16.696	17.640	18.033	18.595
(2)	-340	- 353	- 414	- 349	- 392	-- 295	- 296	- 314	- 291
(3)	+ 1.473	+ 1.334	+ 1.224	+ 1.091	+ 984	+ 913	+ 857	+ 851	+ 830
(4)	+ 28	+ 422	+ 115	+ 370	+316	+ 553	+ 0	+ 135	+ 172
	14.923	16.178	15.716	16.707	16.932	17.867	18.201	18.705	19.306

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
(1)	18.870	19.095	19.578	19.155	19.551	19.107	19.013	17.878	17.257
(2)	- 252	- 182	- 123	- 119	- 128	- 153	-141	- 168	- 124
(3)	+ 803	+ 681(*)	+ 698	+ 611	+ 598	+ 574	+ 530	+ 527	+ 472
(4)	+ 0	+ 93	+ 146	+ 139	+ 54	+ 110	+110	+ 407	+ 365
	19.421	19.687	20.299	19.786	20.075	19.638	19.512	18.644	17.970

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

Un second tableau avec graphique (voir page suivante) montre le nombre d'avortement par 1000 femmes fertiles dans la population belge. Il est difficile d'interpréter correctement les chiffres absolus, c'est pourquoi le taux d'avortement par 1000 femmes fertiles de 15 à 44 ans est calculé internationalement. Cela donne la possibilité de comparer les pays et d'avoir une idée de l'évolution au fil du temps du nombre d'avortement dans un pays spécifique.

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

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

Le taux d'avortement = le nombre d'IVG par 1000 femmes de 15 à 44 ans

Le taux d'avortement relie le nombre d'IVG au nombre de femmes en âge de procréer

POPULATION (*)	Nombre total des femmes de 15-44 ans	Nombre total des femmes de 15-44 ans / 1000	l'Année de registration des IVG	Nombre des IVG enregistrés des femmes domiciliées en Belgique (chiffre corrigée)	Le taux d'avortement en Belgique (***)	le taux d'avortement aux Pays-Bas (**)
le 01 janvier 2003	2.096.541	2096,541	2002	15.716	7,5	8,7
le 01 janvier 2004	2.092.589	2092,589	2003	16.707	8,0	8,5
le 01 janvier 2005	2.087.883	2087,883	2004	16.932	8,1	8,7
le 01 janvier 2006	2.090.534	2090,534	2005	17.867	8,5	8,6
le 01 janvier 2007	2.092.576	2092,576	2006	18.201	8,7	8,6
le 01 janvier 2008	2.097.682	2097,682	2007	18.705	8,9	8,6
le 01 janvier 2009	2.100.772	2100,772	2008	19.306	9,2	8,7
le 01 janvier 2010	2.099.576	2099,576	2009	19.421	9,2	8,8
le 01 janvier 2011	2.107.163	2107,163	2010	19.687	9,3	8,7
le 01 janvier 2012	2.110.759	2110,759	2011	20.299	9,6	8,7
le 01 janvier 2013	2.112.587	2112,587	2012	19.786	9,4	8,5
le 01 janvier 2014	2.110.416	2.110,416	2013	20.075	9,5	8,5
le 01 janvier 2015	2.109.166	2.109,166	2014	19.638	9,3	8,5
le 01 janvier 2016	2109777	2.109,777	2015	19.512	9,2	8,6
le 01 janvier 2017	2.106.606	2.106,606	2016	18.644	8,9	8,5
le 01 janvier 2018	2.105.997	2.105,997	2017	17.970	8,5	8,6

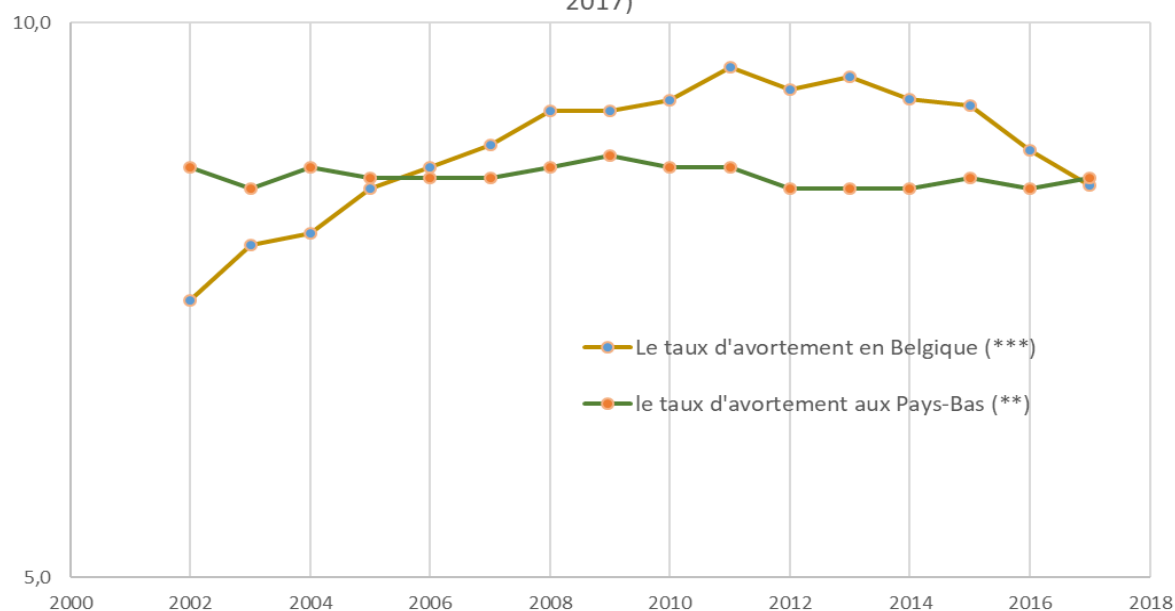
<https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=5fee32f5-29b0-40df-9fb9-af43d1ac9032>

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

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

(***) Les taux d'avortement en Belgique calculés par Madame Carine Vrancken - Présidente des centres LUNA (janvier 2020)

Le taux d'avortement pour la Belgique en comparaison avec les Pays-Bas (periode 2002-2017)



2.

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

En effet:

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

3.

Depuis 1992, la Commission établit tous les deux ans un rapport qui est communiqué au Parlement fédéral, conformément à la loi qui l'institue, ainsi qu'au Premier ministre et au ministre en charge de la Santé publique et des Affaires sociales. La compétence de prendre des mesures préventives "en vue de diminuer le nombre des interruptions de grossesse" ayant été en grande partie attribuée aux Communautés, la Commission prend donc la liberté, comme elle l'a fait pour les rapports précédents, de communiquer aussi celui-ci aux Parlements communautaires, à savoir : les Parlements de la Communauté germanophone, de la Communauté flamande et de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les rapports seront également transmis aux assemblées de la Commission communautaire commune, de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire flamande de la région de Bruxelles-Capitale ainsi qu'au Parlement de la Région wallonne, en raison de transfert de compétences en matière de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

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

1. COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE (A.R. du 15 octobre 2018 – MB du 05.11.2018)

Membres effectifs

1° En tant que docteurs en médecine :

Prof. Dr M. Jean-Noël Missa (F)
Dr Anne Firquet (F)
Dr Dominique Roynet (F)

Prof. Dr Jan Deprest (N)
Prof. Dr Kristien Roelens (N)
Prof. Dr Hendrik Cammu (N)
Dr Anne Verougstraete (N)
Dr Jacques Germeaux (N)

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

Me. Nathan Radelet (F)
Prof. Anne Lagerwall (F)

Me Myriam Van Varenbergh (N)
Me Mario Van Essche (N)

Coprésident

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

Mme Violaine De Clerk (F)
M. Frédéric Brichau (F)

Mme Carine Vrancken (N)

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

Membres suppléants

1° En tant que docteurs en médecine :

Prof. Dr Christine Verellen - Dumoulin (F)
Dr Yannick Manigart (F)
Dr Isabelle Dumont (F)
Dr Karine Wellfens (F)

Prof. Dr Gunnar Naulaers (N)
Prof. Dr Roland Devlieger (N)
Prof. Dr Wilfried Gyselaers (N)
Dr Chantal Kortmann (N)

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

Prof. Jules Messinne (F)
Prof. Jean-Marc Hausman (F)
Me Elise Boutriau (F)

Prof. Ingrid Boone (N)

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

M. Michel Pasteel (F)

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

**2. COMPOSITION DU CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION
NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 3 AVRIL 1990
RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE (AR 15.10.2018 –
MB 05.11.2018)**

SECRETAIRE

Mme Valérie De Nef (F)

SECRETARIAT

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

M. Kristiaan Coppens (N)

6. TEXTES DE LOI

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

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

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

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

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

Article 1er.

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

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

Article 2.

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

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

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

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

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

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

a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse ;

b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, b), du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés ;

c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

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

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

Cette déclaration sera versée au dossier médical.

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

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

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

Article 3.

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

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

Article 4.

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

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

Article 5.

L'article 353 du même Code est abrogé.

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

Donné à Bruxelles, le 3 avril 1990.

Le Premier Ministre,
W. MARTENS

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

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

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

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

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

Le Ministre des Affaires étrangères,
M. EYSKENS

Le Ministre des Finances,
Ph. Maystadt

Pour le Ministre du Commerce extérieur, absent :

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

Le Ministre des Affaires sociales,
Ph. BUSQUIN

Le Ministre de la Défense nationale,
G. COËME

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

Pour le Ministre de la Coopération au développement, absent :

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

Le Ministre des Pensions,
A. VAN DER BIEST

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

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

Le Ministre de la Fonction publique,
R. LANGENDRIES

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

Texte de l'article 349 du Code pénal

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

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

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

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

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

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit

Article 1er

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

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

membres sont issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse.

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

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

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

La Commission établit son règlement d'ordre intérieur.

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

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

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

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

Article 2

La Commission établit un document d'enregistrement à compléter par le médecin qui a pratiqué une interruption de grossesse. Ce document comportera :

- 1) l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1^o, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin ;
- 2) l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse;
- 3) l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme;
- 4) l'indication de la date à laquelle l'interruption de grossesse a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée;
- 5) une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350,

deuxième alinéa, 4°, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance ;

6) l'indication de la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information ;

7) l'indication des déclarations faites par la femme concernant les méthodes contraceptives qu'elle a utilisées et les raisons de leur inefficacité ;

8) l'indication de la méthode qui a été appliquée pour interrompre la grossesse et, le cas échéant, des complications qui en ont résulté.

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

Article 3

La Commission établit un document qui devra être complété à titre de rapport annuel par l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal et lui être transmis au plus tard le 30 avril de l'année suivant celle sur laquelle porte l'information.

Ce rapport mentionne :

- le nombre de demandes d'interruption de grossesse introduites auprès de l'établissement ou des médecins attachés à l'établissement ;
- le nombre d'interruptions de grossesse pratiquées par les médecins attachés à l'établissement sur la base de l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal ;
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse ayant été refusées par les médecins attachés à l'établissement.

A ce rapport est joint un rapport du service d'information de l'établissement sur :

- la composition et le fonctionnement du service ;
- les méthodes d'accueil et d'assistance utilisées;
- le nombre de consultations;
- éventuellement, les résultats de l'accueil et de l'assistance.

Article 4

La Commission d'évaluation dispose, pour rédiger le rapport d'évaluation, d'un cadre administratif restreint, afin de pouvoir accomplir correctement ses missions légales.

Le cadre et le cadre linguistique du personnel administratif sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres sur proposition du Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. La commission d'évaluation désigne les membres de ce personnel, qui sont détachés des services publics selon les conditions fixées par le Roi.

Article 5

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

Article 6

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

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

Article 7

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

Article 8

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

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

Donné à Bruxelles, le 13 août 1990.

Baudouin

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
Philippe BUSQUIN

La Secrétaire d'état à la Santé publique,
Roger DELIZEE

Scellé du sceau de l'Etat :

Pour le Ministre de la justice, absent :

Le vice-premier Ministre
Et Ministre des Réformes institutionnelles,
Philippe MOUREAUX

3. Loi du 16 juin 2016 modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation

16 juin 2016 – Loi modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une Commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, en ce qui concerne la composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse. (MB 30.06.2016)

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

La Chambre des Représentants a adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

Article 1^{er}

La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

Article 2

Dans l'article 1^{er}, §2, alinéa 1^{er}, de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « dont quatre au moins sont professeurs » sont remplacés par les mots « dont quatre au moins sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites » ;

2° les mots « Quatre membres sont professeurs de droit dans une université belge » sont remplacés par les mots « Quatre membres sont chargés de cours, professeurs ou professeurs émérites de droit dans une université belge ».

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

Donné à Bruxelles, le 16 juin 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre de la justice,
Koen GEENS

Scellé du sceau de l'Etat :
Le Ministre de la justice,
Koen GEENS

4. Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse

15 octobre 2018 – Loi relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives. (MB 29.10.2018)

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

La Chambre des représentants a adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE 1er. — *Disposition introductive*

Article 1er. La présente loi règle une matière visée à l'article 74 de la Constitution.

CHAPITRE 2. — *Conditions et procédure*

Art. 2. La femme enceinte peut demander à un médecin d'interrompre sa grossesse dans les conditions suivantes:

1° L'interruption de grossesse doit:

a) sans préjudice des 3° et 5°, intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception;

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

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

a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse;

b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service d'information visé au 1°, b), pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés;

c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse. L'appréciation de la détermination de la femme enceinte qui conduit le médecin à accepter d'intervenir, est souveraine lorsque les conditions prévues au présent article sont respectées.

3° Le médecin ne peut au plus tôt, pratiquer l'interruption de grossesse que six jours après la première consultation prévue, sauf s'il existe une raison médicale urgente pour la femme d'avancer l'interruption de grossesse. Si la première consultation a lieu moins de six jours avant l'échéance du délai visé au 1°,), ce délai est prolongé au prorata du nombre de jours non écoulés du délai de six jours. Toutefois lorsque le dernier jour de cette prolongation est un samedi, un dimanche ou un jour férié légal, l'interruption de grossesse peut être pratiquée le jour ouvrable suivant.

4° L'intervention ne peut avoir lieu qu'après que l'intéressée a exprimé par écrit, le jour de l'intervention, sa détermination à y faire procéder. Cette déclaration est versée au dossier médical.

5° Au-delà du délai de douze semaines, prolongé le cas échéant conformément au 3°, la grossesse peut, sous les conditions prévues aux 1°, b), et 2° à 4°, être interrompue

volontairement seulement si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Dans ce cas, le médecin sollicité s'assure le concours d'un deuxième médecin, dont l'avis est joint au dossier.

6° Le médecin ou toute autre personne qualifiée de l'établissement de soins où l'intervention a été pratiquée, doit assurer l'information de la femme en matière de contraception.

7° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite,

de son refus d'intervention. Il indique dans ce cas les coordonnées d'un autre médecin, d'un centre d'interruption de grossesse ou d'un service hospitalier qu'elle peut solliciter pour une nouvelle demande d'interruption de grossesse. Le médecin qui refuse l'interruption volontaire transmet le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme.

CHAPITRE 3. — *Disposition pénale*

Art. 3. Celui qui aura fait avorter une femme qui y a consenti en dehors des conditions prévues à l'article 2 sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent euros à cinq cents euros. Celui qui tente d'empêcher une femme d'accéder librement à un établissement de soins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse sera condamné à un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent euros à cinq cents euros. La femme qui, volontairement, aura fait pratiquer un avortement en dehors des conditions prévues à l'article 2 sera punie d'un emprisonnement d'un mois à un an et d'une amende de cinquante euros à deux cents euros. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion de cinq ans à dix ans, si la femme a consenti à l'avortement, mais que l'intervention a été pratiquée en dehors des conditions prévues à l'article 2. Les dispositions du livre 1er, y compris celles du chapitre VII et l'article 85 du Code pénal sont d'application aux infractions visées par la présente loi.

CHAPITRE 4. — *Modification du Code civil*

Art. 4. Dans l'article 497/2, 19°, du Code civil, inséré par la loi du 17 mars 2013, les mots "article 350 du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

CHAPITRE 5. — *Modifications du Code pénal*

Art. 5. Les articles 350 et 351 du Code pénal, remplacés par la loi du 3 avril 1990 et modifiés par la loi du 26 juin 2000, sont abrogés.

Art. 6. L'article 352 du même Code, remplacé par la loi du 23 janvier 2003, est remplacé par ce qui suit: "Art. 352. Lorsque les moyens employés dans le but de faire avorter la femme qui n'y a pas consenti auront causé la mort, celui qui les aura administrés ou indiqués dans ce but sera condamné à la réclusion de dix ans à quinze ans."

Art. 7. Dans l'article 383 du même Code, modifié en dernier lieu par la loi du 26 juin 2000, les phrases "Quiconque aura, soit par l'exposition, la vente ou la distribution d'écrits imprimés ou non, soit par tout autre moyen de publicité, préconisé l'emploi de moyens quelconques de faire avorter une femme, aura fourni des indications sur la manière de se les procurer ou de s'en servir ou aura fait connaître, dans le but de les recommander, les personnes qui les appliquent." et "Quiconque aura exposé, vendu, distribué, fabriqué ou fait fabriquer, fait importer, fait transporter, remis à un agent de transport ou de distribution, annoncé par un moyen quelconque de publicité les drogues ou engins spécialement destinés à faire avorter une femme ou annoncés comme tels;" sont abrogées.

CHAPITRE 6. — Modifications de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code

Art. 8. Dans l'article 2 de la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, les modifications suivantes sont apportées: a) à l'alinéa 1er, 1), les mots "article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2, 1°, de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."; b) à l'alinéa 1er, 5), la première phrase est supprimée et dans la deuxième phrase, les mots "article 350, deuxième alinéa, 4° du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2, 4° de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

Art. 9. Dans l'article 3 de la même loi, les modifications suivantes sont apportées: a) dans l'alinéa 1er, les mots "article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2, 1°, de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives"; b) dans l'alinéa 2, deuxième tiret, les mots "article 350, deuxième alinéa, du Code pénal, ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives ainsi que, le cas échéant, les cas visés à l'article 2, 4° de la même loi."

CHAPITRE 7. — Modification de la loi du 19 décembre 2003 relative au mandat d'arrêt européen

Art. 10. Dans l'article 5, § 4, de la loi du 19 décembre 2003 relative au mandat d'arrêt européen, les mots "article 350, alinéa 2, du Code pénal" sont remplacés par les mots "article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives."

CHAPITRE 8.—*Modification de la loi 5 août 2006 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle des décisions judiciaires en matière pénale entre les États membres de l’Union européenne*

Art. 11. Dans l’article 6, § 4, de la loi du 5 août 2006 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle des décisions judiciaires en matière pénale entre les États membres de l’Union européenne, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l’interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 9. — *Modification de la loi du 15 mai 2012 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle aux peines ou mesures privatives de liberté prononcées dans un État membre de l’Union européenne*

Art. 12. Dans l’article 11, § 4, de la loi du 15 mai 2012 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle aux peines ou mesures privatives de liberté prononcées dans un État membre de l’Union européenne, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l’interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 10. — *Modification de la loi du 21 mai 2013 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle aux jugements et décisions de probation aux fins de la surveillance des mesures de probation et des peines de substitution prononcées dans un État membre de l’Union européenne*

Art. 13. Dans l’article 11, § 4 de la loi du 21 mai 2013 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle aux jugements et décisions de probation aux fins de la surveillance des mesures de probation et des peines de substitution prononcées dans un État membre de l’Union européenne, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l’interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 11. — *Modification de la loi du 23 mars 2017 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle aux décisions relatives à des mesures de contrôles prononcées à titre d’alternative à la détention préventive*

Art. 14. Dans l’article 11, § 4, de la loi du 23 mars 2017 relative à l’application du principe de reconnaissance mutuelle aux décisions relatives à des mesures de contrôles prononcées à titre d’alternative à la détention préventive, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l’interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

CHAPITRE 12. — *Modification de la loi du 22 mai 2017 relative à la décision d’enquête européenne en matière pénale*

Art. 15. Dans l’article 11, § 5, de la loi du 22 mai 2017 relative à la décision d’enquête européenne en matière pénale, les mots “article 350, alinéa 2, du Code pénal” sont remplacés par les mots “article 2 de la loi du 15 octobre 2018 relative à l’interruption volontaire de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal, modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives.”.

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

Donné à Bruxelles, le 15 octobre 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le ministre de la Justice,
K. GEENS

La ministre de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Scellé du sceau de l'Etat :
Le ministre de la justice,
K. GEENS

7. BIBLIOGRAPHIE

7.1. LÉGISLATION – DÉCLARATION POLITIQUE

- Arrêté royal du 16 septembre 2013 - fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans – modifié par la loi du 22 avril 2019.
- Arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente octroyée par les centres publics d'aide sociale aux étrangers qui séjournent illégalement dans le Royaume.
- Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale (Région Wallonne).
- Fédération Wallonie-Bruxelles, « **Déclaration de politique communautaire** », 2019-2024, p.21.

7.2. ANALYSES

7.2.1 TEXTES EN FRANÇAIS / NÉERLANDAIS

- Agentschap zorg en gezondheid, « **Eindrapport symposium seksuele gezondheid** », février 2019, 173 p., <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>
- Centre d'action laïque, « **Etat des lieux de l'avortement en Europe** », juin 2019, 16 p., <https://www.laicite.be/app/uploads/2019/07/avortement-en-europe-2019.pdf>.
- Centre d'action laïque, « **Sondage d'opinion sur l'interruption volontaire de grossesse en Belgique** », avril 2018, 24 p., <https://www.laicite.be/app/uploads/2018/04/sondage-IVG-FR-avril-2018.pdf>
- Centre d'action laïque, « **Même poids, deux mesures** », septembre 2018, <https://www.laicite.be/magazine-article/meme-poids-deux-mesures/>
- Dr Catherine Blanpain – Santé mentale en contexte social, « **Ces médecins funambules – réflexions sur le vécu, les émotions et les besoins des médecins généralistes pratiquant des avortements dans les centres de planning familial à Bruxelles et en Wallonie.** », 2012, 47 p.
- Europe 1, « **Violences conjugales : “au moment de la grossesse, cela s'accroît”** », <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccroît-3908112>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Femmes et contraception, quel véritable choix** », 2013, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>

- Femmes prévoyantes socialistes, « **Analyse FPS 2015 « 25 ans de la loi IVG en Belgique : Enjeux actuels et perspectives d'avenir »** », 2015, 11 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-25-ans-loi-IVG.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **La stigmatisation de l'avortement** », 2015, 10 p. <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-La-stigmatisation-de-l'avortement.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Attribuer un statut au fœtus, une menace pour le droit à l'IVG** », 2015, 12 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-statut-foetus.pdf>.
- Fonds des Nations-Unies pour la population, « **Femmes et jeunes en situation de handicap – Guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs** », novembre 2018, 204 p.,
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes – H. Van Hove, « **Grossesse au travail. Expériences de candidates, d'employées et de travailleuses indépendantes en Belgique** », 2017, 150 p. https://igym-iefh.belgium.be/sites/default/files/107_-_grossesse_au_travail_0.pdf
- Institut Solidaris, « **Grande enquête contraception** », https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
- Journal des tribunaux – chronique judiciaire 2019 - Diane Bernard, Sahra Datoussard, Eugénie d'Ursel, Valérie Eloy - « **L'autonomie reproductive et les droits des femmes à l'aune de trois nouvelles lois « symboliques » : du glissement au recul ?** » volume 2019, numéro 17, p. 344-347,
- Journal Le soir, « Grand format – **Pourquoi le contraceptif pour homme pourrait (enfin) envahir la planète** », <https://plus.lesoir.be/272901/article/2020-01-14/grand-format-pourquoi-le-contraceptif-pour-homme-pourrait-enfin-envahir-la>
- La presse médicale, G. Robin, F. Marcelli et al., « **Contraception masculine** », vol. 43, n°2, 2014, pp.205-211, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498213008737>
- Medimmigrant, « **L'aide médicale du CPAS (en général)** », <https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-du-cpas-en-general?lang=fr>
- Partenamut, « L'importance de la contraception chez les adolescentes », 12 février 2019, <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>

- Planning familial, « **C'est quoi au juste la charge sexuelle ?** », février 2019, <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>
- Populations 2018 - Agnès Guillaume, Clémentine Rossier - « **L'avortement dans le monde, état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences** », volume 73, pp. 255 à 322, <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm?ref=doi>
- Plateforme Abortion Right, « **Mémoire Abortion Right : Un droit à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes** », 2019, <https://www.planningsfps.be/memorandum-abortion-right-un-droit-a-l-interruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/>
- Plateforme EVRAS, « **Recommandations de la plateforme EVRAS pour une généralisation de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire** », janvier 2019, [https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations PE 21 janvier 2019 avec cosignataires.pdf](https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf)
- Revue francophone des laboratoires, R. Mieusset, J.-C. Soufir et al., « **La contraception masculine** », vol. 43, n° 451, avril 2013, p.17

7.2.2. TEXTES EN ANGLAIS

- American College of Obstetricians and Gynecologists, « **Reproductive and Sexual Coercion** », 2013 Feb;121(2 Pt 1):411-5. doi: <http://10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b>. https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2013/02000/Committee_Opinion_No_554_Reproductive_and_Sexual.43.aspx
- American Journal of Obstetrics & Gynecology - Rose SB, Lawton BA – « **Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion** », 2012, 206 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21944222>
- Bjog.orgEpidemiology – E. Garne, B. Khoshnood, M. Loane, P. Boyd, H. Dolk; EUROCAT Working Group, « **Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study** », mai 2010 117(6):660-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02531.x.
- Center for Reproductive Rights « **Bulletin : reproductive rights developments in Europe – round – up of abortion law reform in 2018 and a preview of prospective developments in 2019** », février 2019, <https://reproductiverights.org/story/reproductive-rights-developments-europe>
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Committee on the Rights of Persons with Disabilities (joint statement), « **Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities** », 29 août 2018,

<https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>

- European disability forum, - « **It is time to ensure the sexual and reproductive health and rights of women with disabilities** », mars 2019, <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>
- Jama – American medical association - Sarah C. M. Roberts, Ushma D. Upadhyay, Guodong Liu, Jennifer L. Kerns, Djibril Ba, Nancy Beam, Douglas L. Leslie - « **Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2497 à 2505, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2685987>
- Jama – American medical association - Carolyn L. Westhoff, Anne R. Davis - « **Abortion-related adverse events by facility type reassurance from a national analysis** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2481 à 2483, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2685966>
- Jama – Network Open – T.A. Wilkinson et al. « **Cost minimization analysis of same-day long-acting reversible contraception for adolescents** », 2019;2(9):e19111063 - doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11063.
- Journal of pediatric & adolescent gynecology – L.F. Damle, A.C. Gohari, A.K. McEvoy, S.Y. Desale, V. Gomez-Lobo – « **Early initiation of postpartum contraception : does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents ?** », feb; 2015, 28 (1):57-62. doi: 10.1016/j.jpag.2014.04.005. Epub 2014 May 5.
- Journal of women's health - Natalia E. Birgisson, Qihong Zao, Gina M. Secura, Tessa Madden, Jeffrey F. Peipert - « **Préventing unintended pregnancy : the contraceptive choice project in review** », 2015, volume 24, numéro 5, pp. 349-353, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441000>
- Plos one - Morris JK, Springett AL, Greenlees R, Loane M, Addor MC, Arriola L, Barisic I, Bergman JEH, Csaky-Szunyogh M, Dias C, Draper ES, Garne E, Gatt M, Khoshnood B, Klungsoyr K, Lynch C, McDonnell R, Nelen V, Neville AJ, O'Mahony M, Pierini A, Queisser-Luft A, Randrianaivo H, Rankin J, Rissmann A, Kurinczuk J, Tucker D, Verellen-Dumoulin C, Wellesley D, Dolk H, « **Trends in congenital anomalies in Europe from 1980 to 2012** », avril 2018; 13(4): e0194986. doi: 10.1371/journal.pone.0194986 PMID: PMC5886482, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886482/>
- Prenatal diagnosis – Garne E, Loane M, de Vigan C, Scarano G, de Walle H, Gillerot Y, Stoll C, Addor MC, Stone D, Gener B, Feijoo M, Mosquera-Tenreiro C, Gatt M, Queisser-Luft A, Baena N, Dolk H, « **Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations in 14 regions of Europe** », novembre 2004, pp. 908-912, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.1044>

- The new England journal of medicine – Paula H. Bednarek, Mitchell D Creinin, Matthew F. Reeves, Carrie Cwiak, Eve Espey, Jeffrey T. Jensen – « **Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration** », 2011, numéro 364, pp 2208- 2217.
<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011600>
- The new England journal of medicine – B. Winner, J.F. Peipert, et al., « **Effectiveness of long-acting reversible contraception**», (366/21), 24 mai 2012, pp. 1998-2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621627>
- Women enabled international – Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities, « **Forms and manifestations of SRHR violations against women and girls with disabilities** »
<https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research - United Nations Population Fund (UNFPA), « **Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities – WHO-UNFPA guidance note** », 2009, 84 p., ISBN: 978 92 4 159868 2,
<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>

7.3. BROCHURES

- Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes, « **L'avortement : mon corps, mon choix, ma liberté** », 26 p.
<https://www.planningsfps.be/product/brochure-lavortement-mon-corps-mon-choix-ma-liberte/>
- Femmes Plurielles (magazine des FPS), « **Interruption volontaire de grossesse : l'hypocrisie de la loi** », mars 2019, p.12,
http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/Femmes-plurielle_Mars2019.pdf
- Family Violence Prevention Fund - L. Chamberlain, R. Levenson, « **Reproductive health and partner violence guidelines: an integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion** », 2010,
https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf

7.4. SITES INTERNET

- www.jeveuxavorter.be www.planningsfps.be : Fédération des centres de planning familial des FPS (femmes prévoyantes socialistes)
- www.gacehpa.be : Groupe d'action des Centres Extra-Hospitaliers pratiquant l'Avortement ; les centres du GACEHPA sont membres de la Fédération laïque des Centres de Planning Familial FLCPF.

- www.planningfamilial.net : Fédération laïque de centres de planning familial.
- www.abortus.be : Nederlandstalige abortuscentra: Luna en VUB – Dilemma.
- www.catholicsforchoice.org
- www.ippf.org : International planned parenthood federation
- www.contraceptioninfo.eu
- www.zanzu.be
- www.cpiib.be - [centre belge d'information pharmacothérapeutique](http://www.cpiib.be)
- www.medimmigrant.be
- <https://ivg.gouv.fr/> : [site du gouvernement français dédié aux IVG](https://ivg.gouv.fr/)
- <http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement>
- www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/02/07/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2017 : Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) 2017 voor Nederland (jaarlijks brengt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verslag uit over de zwangerschapsafbrekingen (tot 24 weken), die in het voorafgaande jaar werden verricht).

7.5. POSITION SECTORIELLE

- Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) – Fédération pluraliste des centres de planning familial (FCPPF) – Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes (FCPF – FPS) – Fédération des centres de planning et de consultation (FCPC) – Groupe d'action des centres extra-hospitalier pratiquant l'avortement (GACEHPA), « **Interruption volontaire de grossesse : pour un réel droit des femmes à disposer de leur corps** » , mars 2019, 2 p, <https://fcpc.be/wp-content/uploads/2019/03/Revendications-dossier-interruption-volontaire-de-grossesse-Note-sectorielle-Centres-de-Planning-familial-2.pdf>

7.6. STATISTIQUES

- Contraceptioninfo.eu, « **Contraception Atlas** », février 2019. https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/map_cci-english_english_v9-web.pdf
- Rapport de la Commission nationale d'Evaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2010 et 2011, août 2012, 89 p. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/2012-ivg-rapport-bisannuel>
- Perspective monde (Ecole de politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada), « **Pyramides des âges en Belgique – 2015** », 2015 <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMPagePyramide?codePays=BEL>
- Carine Vrancken, « **Taux d'avortement en Belgique** », janvier 2020.

7.7. MÉMOIRES

- Marion Barbier - Delfosse, « **La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse : un compromis parmi d'autres ? – Extension des délais, jusqu'où peut-on aller ?** », Bruxelles (Université Libre de Bruxelles), 2017, 52 p.
- Charlotte Lenz, « **La sortie de l'interruption volontaire de grossesse du code pénal, une réelle avancée pour les droits des femmes ?** », Louvain – La – Neuve (Université Catholique de Louvain), 2019, 87 p.

**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>