

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

**RAPPORT À L'ATTENTION DU PARLEMENT
1er JANVIER 2020 – 31 DECEMBRE 2021
1er JANVIER 2020 – 31 DECEMBRE 2021**



**Février 2023
FÉVRIER 2023**

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	9
2	DOCUMENTS À TRANSMETTRE À LA COMMISSION	11
2.1	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE – VERSION 2019 – RECTO	11
2.2	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE – VERSION 2019 – VERSO	12
2.3	RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT	13
2.4	NOTICE ANNEXÉE AU RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT	14
2.5	RAPPORT ANNUEL DU SERVICE D'INFORMATION DE L'ÉTABLISSEMENT	15
3	RAPPORT STATISTIQUE	17
3.1	DESCRIPTION	19
3.1.1	DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	19
3.1.1.1	Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme	19
A.	Interruptions de grossesse selon l'âge de la femme par catégorie d'âge (2016-2021)	20
B.	Interruptions de grossesse selon l'âge et par catégorie d'âge des femmes en âge de procréer (2006-2021)	21
C.	Taux d'avortement par catégorie d'âge (1994-2021)	22
3.1.1.2	Interruptions de grossesse selon l'état civil	24
3.1.1.3	Interruptions de grossesse selon la situation de vie ou de fait	25
3.1.1.4	Interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) mis au monde	26
3.1.1.5	Interruptions de grossesse selon le nombre d'enfant(s) du ménage	27
3.1.1.6	Interruptions de grossesse selon le domicile de la femme	28
A.	Données générales	28
B.	Femmes domiciliées à l'étranger : division par pays de naissance en Europe et par continent	30
C.	Nombre de femmes belges par rapport au nombre de femmes domiciliées à l'étranger (2000-2021)	31
D.	Évolution des interruptions de grossesse des femmes domiciliées à l'étranger, résidant dans les pays frontaliers	32
E.	Nationalités les plus rencontrées parmi les femmes étrangères domiciliées en Belgique	34
F.	Pays de naissance de la femme : division par continent	36
G.	Interruptions de grossesse selon le domicile en Belgique	37
3.1.1.7	Établissement où se pratique l'interruption de grossesse	39
A.	Centre où hôpital selon le nombre de semaines de grossesse depuis la conception	39
B.	Centre où hôpital après 12 semaines maximum de grossesse depuis la conception selon le domicile de la femme	41
3.1.2	DONNÉES PSYCHOSOCIALES : RAISONS ÉVOQUÉES OU OBSERVÉES DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE	43
3.1.3	DONNÉES MÉDICALES	44
3.1.3.1	Interruptions de grossesse selon le nombre de semaines de grossesse depuis la conception	44
3.1.3.2	Contraception(s) utilisée(s)	46
A.	Raisons évoquées par les femmes n'ayant pas utilisé de contraception	47
B.	Méthodes contraceptives utilisées par les femmes	48
3.1.3.3	Causes de la grossesse	50
3.1.4	ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT	51

3.1.4.1	Méthodes utilisées pour interrompre la grossesse	51
A.	Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	52
B.	Méthodes d'interruption de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	54
C.	Méthodes d'interruption de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (NOMBRE).	56
D.	Méthodes d'interruption de grossesse selon la province où se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (%).	57
E.	Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à maximum 8 semaines de grossesse depuis la conception, selon la province ou se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (%)	59
F.	Méthodes d'interruption de grossesse de 9 à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception, selon la province ou se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (%)	61
G.	Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse depuis la conception, selon la province ou se situe le centre ou l'hôpital et non selon le domicile de la femme (%)	63
3.1.4.2	Méthodes d'anesthésie	65
A.	Anesthésie lors des interruptions de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	66
B.	Anesthésie lors des interruptions de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	67
C.	Méthode d'anesthésie appliquée par centre ou hôpital selon la méthode d'interruption chirurgicale jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception	68
3.1.4.3	Durée d'hospitalisation des interruptions de grossesse	70
A.	Durée d'hospitalisation des interruptions de grossesse jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	71
B.	Durée d'hospitalisation des interruptions de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	72
3.1.4.4	Complications médicales immédiates	73
A.	Complications médicales immédiates des interruptions de grossesse jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	74
B.	complications médicales immédiates des interruptions de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital	75
3.1.4.5	Accord pour l'envoi du rapport médical au médecin traitant	76
3.2	TABULATIONS CROISEES	77
3.2.1	RAISONS ÉVOQUÉES OU OBSERVÉES	77
3.2.1.1	Domicile de la femme évoquant une raison relationnelle ou familiale	77
3.2.1.2	Domicile de la femme évoquant une raison financière ou matérielle	77
3.2.1.3	Raisons évoquées et catégorie d'âge	78
3.2.1.4	Raisons évoquées et situation de vie ou de fait	79
3.2.2	MÉTHODE DE CONTRACEPTION	80
3.2.2.1	Pas de contraception et tranche d'âge	80
3.2.2.2	Contraception(s) utilisée(s) et tranche d'âge	81
3.2.3	MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE	83
3.2.3.1	Méthodes d'interruption de grossesse et nombre de semaines depuis la conception	83
3.2.3.2	Méthodes d'interruption de grossesse et complications Médicales immédiates	85
3.2.3.3	Méthodes d'interruption de grossesse et catégorie d'âge	86
3.2.4	HÔPITAL OU CENTRE	87
3.2.4.1	Hôpital ou Centre selon le domicile de la femme	87
3.2.4.2	Hôpital ou Centre par catégorie d'âge	88

3.2.4.3 Hôpital ou Centre et interruption de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception 89

3.3 ANNEXES AU RAPPORT STATISTIQUE	90
3.3.1 ANNEXE 1 : SOUS-RUBRIQUE « AUTRE » DU DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE	90
3.3.1.1 « Autre » Raison évoquée	90
3.3.1.2 « Autre » situation de vie ou de fait	97
3.3.1.3 « Autre » domicile, sans domicile fixe, sans autorisation de séjour	98
3.3.1.4 « Autre » raison de non utilisation de la contraception	98
3.3.1.5 « Autre » méthode de contraception	100
3.3.1.6 « Autre » méthode d'interruption de grossesse	101
3.3.1.7 « Autre » méthode d'anesthésie	101
3.3.1.8 « Autre » complication médicale immédiate	102
3.3.2 ANNEXE 2 - INTERRUPTIONS DE GROSSESSE AU-DELÀ DE DOUZE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION	104
3.3.2.1 Péril grave pour la femme en 2020	105
3.3.2.2 Affections graves et incurables de l'enfant en 2020	105
3.3.2.3 Péril grave pour la femme en 2021	108
3.3.2.4 Affections graves et incurables de l'enfant en 2021	108

4 RAPPORTS ANNUELS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS **111**

4.1 INTRODUCTION	111
4.2 INSTITUTIONS FRANCOPHONES	112
4.2.1 CENTRES	112
4.2.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES	112
4.3 INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES	113
4.3.1 CENTRES	113
4.3.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES	114
4.4 APERÇU GÉNÉRAL DES INSTITUTIONS BELGES	114
4.4.1 CENTRES	114
4.4.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES	114

5 ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS **115**

5.1 INSTITUTIONS FRANCOPHONES	115
5.1.1 CENTRES	115
5.1.1.1 Nombre et qualification du personnel	115
5.1.1.2 Fonctionnement du service	116
5.1.1.3 Nombre de consultations du service en lien avec une interruption de grossesse	117
5.1.1.4 Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après l'interruption de grossesse	118
5.1.1.5 Cas d'accueil et d'assistance spécifiques à signaler	121
Situation particulière liée à la pandémie de Covid 19	121
Cas rapportés par les centres en 2020 et 2021	123
5.1.1.6 Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées en 2020 et 2021	125
5.1.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES	127
5.1.2.1 Nombre et qualification du personnel du service	128
5.1.2.2 Fonctionnement du service	128
5.1.2.3 Nombre de consultations du service en lien avec une interruption de grossesse	129

5.1.2.4	Méthodes d'accueil et d'assistance spécifiques avant, pendant et après l'interruption de grossesse	129
5.1.2.5	Cas d'accueil et d'assistance spécifiques à signaler	132
	Situation particulière liée à la pandémie de Covid 19	132
	Cas rapportés par les hôpitaux en 2020 et 2021	132
5.1.2.6	Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées en 2020 et 2021	133
5.2	INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES	134
5.2.1	CENTRES	134
5.2.1.1	Composition et fonctionnement du service	135
	Nombre de consultations du service en lien avec une interruption de grossesse	136
5.2.1.2	Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées avant, pendant et après l'interruption de grossesse	136
5.2.1.3	Cas d'accueil et d'assistance spécifiques à signaler	139
5.2.1.4	Suggestions pour améliorer la prévention des grossesses non désirées	139
5.2.2	HÔPITAUX	141
5.2.2.1	Composition et fonctionnement du service	141
5.2.2.2	Nombre de consultations du service en lien avec une interruption de grossesse	142
5.2.2.3	Méthodes d'accueil et d'assistance spécifiques avant, pendant et après l'interruption de grossesse	142
5.2.2.4	Cas d'accueil et d'assistance spécifiques à signaler	143
5.2.2.5	Suggestions pour améliorer La prévention des grossesses non désirées	143
6	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	145
6.1	CONCLUSIONS	145
6.2	RECOMMANDATIONS	147
6.2.1	INTRODUCTION GÉNÉRALE	147
6.2.2	23 RECOMMANDATIONS « PHARES »	148
6.2.3	MOT DE LA FIN	151
7	POSITION MINORITAIRE : POSITION, NON SOUTENUE PAR LA COMMISSION, DU DR CHANTAL KORTMANN	152
8	ANNEXES SUPPLÉMENTAIRES AUX TABULATIONS CROISÉES	153
8.1.1	RAISONS ÉVOQUÉES	153
8.1.1.1	Raisons évoquées et état civil	153
8.1.1.2	RAISONS ÉVOQUÉES et nombre d'enfant(s) mis au monde	154
8.1.1.3	Raisons évoquées et nombre d'enfant(s) du ménage	155
8.1.2	CONTRACEPTION	156
8.1.2.1	Pas de contraception et état civil	156
8.1.2.2	contraception(s) utilisée(s) et état civil	157
8.1.2.3	Pas de contraception et nombre d'enfant(s) mis au monde	158
8.1.2.4	Contraception(s) utilisée(s) et nombre d'enfant(s) mis au monde	159
8.1.2.5	Pas de contraception et nombre d'enfant(s) du ménage	161
8.1.2.6	Contraception(s) utilisée(s) et nombre d'enfant(s) du ménage	162
8.1.3	MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE	164
8.1.3.1	Méthode d'interruption de grossesse et anesthésie	164
8.1.3.2	Méthode d'interruption de grossesse et durée d'hospitalisation	165

8.1.4	DURÉE D'HOSPITALISATION	166
8.1.4.1	Durée d'hospitalisation et anesthésie	166
8.1.4.2	Durée d'hospitalisation et complications médicales immédiates	167
8.1.5	HÔPITAL OU CENTRE	168
8.1.5.1	Hôpital ou centre et complications médicales immédiates	168
8.1.5.2	hôpital ou centre et durée d'hospitalisation	169
8.1.5.3	Hôpital ou Centre et méthodes d'interruption de grossesse	170
8.1.5.4	Hôpital ou Centre et anesthésie	171
9	COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 15 OCTOBRE 2018 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	173
9.1	COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION (AR 15.10.2018)	173
9.2	CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION	174
10	TEXTES DE LOI	175
10.1	LOI DU 3 AVRIL 1990 RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	175
10.2	TEXTE DE L'ARTICLE 349 DU CODE PÉNAL	178
10.3	LOI DU 13 AOÛT 1990 VISANT À CRÉER UNE COMMISSION D'ÉVALUATION	178
10.4	LOI DU 16 JUIN 2016 MODIFIANT LA LOI DU 13 AOÛT 1990 VISANT À CRÉER UNE COMMISSION D'ÉVALUATION	181
10.5	LOI DU 15 OCTOBRE 2018 RELATIVE À L'INTERRUPTION DE GROSSESSE	182
11	REMERCIEMENTS	187
12	BIBLIOGRAPHIE	189
12.1	LÉGISLATION – DÉCLARATION POLITIQUE	189
12.2	ANALYSES	189
12.2.1	TEXTES EN FRANÇAIS	189
12.2.2	TEXTES EN NÉERLANDAIS	191
12.2.3	TEXTES EN ANGLAIS	192
12.3	VIDÉO	194
12.4	BROCHURES	194
12.5	SITES INTERNET	194
12.6	POSITION SECTORIELLE	195
12.7	STATISTIQUES	195
12.8	MÉMOIRES	196

1 INTRODUCTION

Le Parlement voudra bien trouver ici le dix-septième rapport bisannuel de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives, Commission instituée par la loi du 13 août 1990.

Ce rapport porte sur les enregistrements d'interruptions de grossesse qui lui ont été communiqués pour les années 2020 et 2021.

En 2019, la Commission a rédigé une nouvelle version du document d'enregistrement d'une interruption de grossesse. Ce document d'enregistrement est à utiliser par les médecins depuis le 1^{er} janvier 2020.

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 1^{er} octobre - 1^{er} décembre 1992;
- Août 1994, sur les enregistrements couvrant la période 1^{er} janvier - 31 décembre 1993;
- Août 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 et 2006, sur les enregistrements couvrant respectivement les années 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 et 2004-2005;
- Décembre 2008, sur les enregistrements couvrant les années 2006-2007.

La tardivité de cette communication a fait l'objet d'une explication dans l'avant-propos du rapport relatif à cette période;

- Septembre 2010, sur les enregistrements couvrant les années 2008 et 2009;
- Décembre 2012, sur les enregistrements couvrant les années 2010 et 2011;
- Février 2020, 3 rapports et un mémorandum reprenant les conclusions et recommandations, portant sur les enregistrements couvrant les années 2012-2013, 2014-2015 et 2016-2017.

La tardivité de cette communication a fait l'objet d'une explication dans l'avant-propos des rapports relatifs à ces périodes;

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

Ce rapport aurait normalement dû être publié en septembre 2020 mais cela n'a pas pu être le cas en raison de la pandémie de Covid-19.

L'absentéisme dû à cette maladie et les mesures de confinement imposées par les autorités ont entraîné du retard dans la transmission des documents d'enregistrement au secrétariat de la Commission. C'est pourquoi, ce rapport n'a pu être transmis au Parlement qu'en février 2021.

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

Ce rapport reprend donc trois parties :

- la première partie 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.

2 DOCUMENTS À TRANSMETTRE À LA COMMISSION

2.1 DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE – VERSION 2019 – RECTO

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

(version 2019)

Formulaire (original) à envoyer à la Commission nationale d'Évaluation relative à l'Interruption de Grossesse **dans les quatre mois** suivant l'interruption de grossesse (voir verso svp.)

Le présent talon est renvoyé comme accusé de réception du formulaire, à l'adresse indiquée ci-dessous par le médecin :

Nom du médecin :

Nom + adresse de l'établissement :

Cachet du médecin, date + signature :

Rue :

Réservé à la Commission d'Évaluation

Date d'encodage :

N° de référence :

Date de réception :

N° de code du médecin :

N° de code de l'établissement :

Réservé à la Commission d'Évaluation

Date d'encodage :

N° de référence :

Date de réception :

N° de code du médecin :

N° de code de l'établissement :

1) Date

- a) demande d'interruption de grossesse :
- b) 1er entretien avec le service d'information :
- c) interruption de grossesse :
- d) nombre de semaines d'aménorrhée corrigé par échographie au moment de l'interruption de grossesse :

2) Femme

- a) âge :
- b) état civil :
- | | | |
|----------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. célibataire | 4. veuve | <input type="checkbox"/> |
| 2. mariée | 5. cohabitante légale | <input type="checkbox"/> |
| 3. divorcée | | |
- c) situation de vie / de fait :
1. femme vivant seule
2. femme vivant en couple
3. autre : _____
- d) 1. nombre d'enfant(s) :
2. nombre d'enfant(s) dont la femme prend soin :
- e) domicile :
1. en Belgique, remplir le code postal :
2. à l'étranger, remplir le code 00 :
- + pays : _____
3. sans domicile fixe
4. sans autorisation de séjour
5. autre : _____
- f) pays de naissance de la femme : _____
- g) nationalité : _____

- 3) a) Raisons évoquées et / ou observées pour l'interruption de grossesse (vous pouvez indiquer 3 codes max.) (voir verso svp) :
- si code 99, à préciser : _____

- b) Si l'interruption de grossesse a été exécutée au-delà du délai de 14 semaines d'aménorrhée :
- 1) indication du péril grave que pose la poursuite de la grossesse pour la santé de la femme : _____
- 2) affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic, dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance : _____
- 3) quelle méthode a-t-elle été utilisée pour interrompre cette grossesse : _____

4) Déclaration faite par la femme concernant

a) la contraception : avez-vous utilisé une méthode contraceptive ?

Non :

01. aucune sans désir de grossesse
02. aucune avec désir de grossesse
03. aucune pour stérilité supposée
04. aucune en raison du refus du partenaire
05. aucune, autre : _____

Oui, laquelle : (vous pouvez indiquer 3 codes max.)

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 06. coit interrompu | 16. stérilisation femme |
| 07. absence périodique (calendrier) | 17. stérilisation homme et femme |
| 08. spermicides | 18. pilule d'urgence |
| 09. diaphragme | 19. implant |
| 10. préservatif | 20. patch |
| 11. pilule | 21. anneau vaginal |
| 12. injection contraceptive | 22. méthode de planification familiale naturelle : symptothermique |
| 13. stérilet au cuivre | 23. application électronique ou digitale |
| 14. stérilet hormonal | 24. autre : _____ |
| 15. stérilisation homme | |

b) cause de la grossesse :

1. n'a pas utilisé de contraception (cas 01 à 05)
2. utilisation irrégulière ou incorrecte de la contraception
3. contraception inefficace malgré une bonne utilisation
4. ne sait pas

5) Méthode appliquée pour interrompre la grossesse :

- a) méthode d'interruption de grossesse :
1. méthode médicamenteuse
2. méthode chirurgicale
3. autre : _____
- b) anesthésie :
1. aucune
2. anesthésie locale
3. anesthésie loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)
4. anesthésie générale
5. autre : _____

c) Durée d'hospitalisation :

1. aucune (ambulatoire)
2. hospitalisation : 24 heures ou moins
3. hospitalisation : plus de 24 heures

6) Complications médicales immédiates :

1. aucune
2. perte de sang estimée à plus de 500 ml
3. perforation
4. déchirure du col utérin
5. autre : _____

7) La femme donne-t-elle son accord pour l'envoi d'un rapport médical au médecin traitant ?

1. oui 2. non

2.2 DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE – VERSION 2019 – VERSO

ADRESSE : Commission nationale d'Evaluation des interruptions de grossesse – SPF Santé publique - Eurostation - Place Victor Horta, 40/10 - 1080 Bruxelles - Bureau 7C.034

A la rubrique 3 a), remplir 1, 2 ou 3 numéros de code
Donner les raisons de l'interruption de grossesse n'est plus une condition exigée par la loi

Raisons personnelles

- 00 La femme se sent trop jeune
- 01 La femme se sent trop âgée
- 02 La femme est isolée
- 03 La femme n'a pas de souhait d'enfant
- 04 La grossesse n'est pas souhaitée
- 05 La femme souhaite ne jamais avoir d'enfant
- 06 La famille est complète
- 07 Le sexe du fœtus

Raisons familiales ou relationnelles

- 10 Relation récemment rompue
- 11 Le partenaire ne souhaite pas la grossesse
- 12 Relation occasionnelle
- 13 Relation trop récente
- 14 Relation hors couple
- 15 Problèmes de couple
- 16 Problèmes de relation avec l'entourage
- 17 Problèmes juridiques liés au divorce
- 18 Interdit culturel

Raisons financières ou matérielles

- 20. Problèmes financiers
- 21. Situation professionnelle : crainte de perdre son emploi
- 22. Situation professionnelle : plan de carrière
- 23. Problèmes de logement
- 24. Etudiante

Raisons liées aux contraintes ou à la violence

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

Raisons liées à des convictions idéologiques ou philosophiques

- 40. Ecologie
- 41. Démographie mondiale (surpopulation)
- 42. Raisons religieuses
- 43. Autre, à préciser

Raisons de santé

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

Autres raisons

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

2.3 RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT

RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT

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

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

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

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

Cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Évaluation

N° de référence :

N° de code de l'établissement :

Réservé à la Commission d'Évaluation

Date réception :

N° de référence :

Date encodage :

N° de code de l'établissement :

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

--	--	--	--	--

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

--	--	--	--	--

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

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

--	--	--	--	--

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

* (1) (2) (3) cf. notice ci-jointe.

2.4 NOTICE ANNEXEE AU RAPPORT ANNUEL DE L'ÉTABLISSEMENT

NOTICE ANNEXEE AU RAPPORT DE L'ETABLISSEMENT

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

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

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

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

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

RAPPORT ANNUEL DU SERVICE D'INFORMATION

(Original à envoyer en annexe au rapport de l'établissement à la Commission d'Évaluation relative à l'Interruption de Grossesse pour le 30 avril de l'année suivant celle à laquelle les informations ont trait)
Le présent talon est renvoyé par la Commission d'Évaluation comme accusé de réception du formulaire

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

Date, nom et signature du directeur responsable : _____ cachet de l'établissement

Réservé à la Commission d'Évaluation

N° de référence : -----

N° de code de l'établissement :-----

Réservé à la Commission d'Évaluation

Date de réception :

N° de référence :

Date d'encodage :

N° de code de l'établissement :

Année à laquelle les informations se rapportent (1° janvier – 31 décembre)

1. Composition du service concerné par l'application de la loi relative à l'interruption de grossesse

a) nombre de personnes travaillant dans le service d'information :

b) qualification des différents membres du personnel : _____ nombre :

juristes :

psychologues :

assistan(e)s sociaux (sociales) :

conseillers conjugaux :

médecins :

autres : -----

c) fonctionnement du service, disponibilité, accessibilité, heures d'ouverture, aménagement des locaux, méthodes d'enregistrement, documents utilisés, information procurée (notes ou documents éventuels à joindre)

2) Nombre total de consultations du service d'information en relation avec des problèmes d'interruption de grossesse :

3) Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées (notes ou documents éventuels à joindre)

a) avant l'IVG :

b) pendant l'IVG :

c) après l'IVG :

4) Existe-t-il des cas d'accueil et d'assistance prodigués que vous souhaiteriez signaler ?

Compte tenu de votre expérience, auriez-vous des suggestions pour améliorer la prévention des Grossesses non désirées ?

3 RAPPORT STATISTIQUE

REMARQUES PRÉLIMINAIRES

- Pour un item, la rubrique « pas de réponse » signifie que le médecin n'a pas complété cet item dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.
- La rubrique « autre », reprise dans les tableaux « Situation de vie /de fait – Domicile – Raisons évoquées ou observées (code 99) – Raison pour laquelle la contraception n'a pas été utilisée – Méthode de contraception utilisée – Méthode utilisée pour interrompre la grossesse – Anesthésie et Complications », est explicitée à l'annexe 1 (page 90).
- Les données portant sur les interruptions de grossesse pratiquées au-delà de la période légale de 12 semaines de grossesse depuis la conception sont détaillées à l'annexe 2 (page 104).
- Les données statistiques reprises dans ce rapport bisannuel ne reprennent pas les données issues des documents d'enregistrement transmis hors délai au secrétariat de la Commission. Ces données sont enregistrées dans des bases de données distinctes nommées « 2020 bis » et « 2021 bis ».

Le retard dans l'envoi de ces documents d'enregistrement varie entre quelques mois et un an et peut aller jusqu'à deux ans.

- Le nombre de documents d'enregistrement enregistrés hors délai est présenté au point 6.1 « Conclusions » (page 145).

REMARQUES IMPORTANTES

- Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).
- Dans ce rapport, la notion de « taux d'avortement » est abordée à plusieurs reprises car cette notion donne une image plus parlante dans le cadre des comparaisons relatives aux interruptions de grossesse et est également utilisée par de nombreux pays européens.

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

- En 2020, de nouvelles données démographiques ont été introduites dans le document d'enregistrement; il s'agit de la nationalité, du pays d'origine et du domicile de la femme. Ainsi, en ce qui concerne le domicile de la femme, il est possible de spécifier soit un code postal en Belgique ou un pays étranger soit d'indiquer une situation spécifique à savoir sans autorisation de séjour, sans domicile fixe ou autre, (à préciser).

GLOSSAIRE

- Abortuscentrum : en Flandre, centre où sont réalisées des interruptions de grossesse
- AViQ : Agence wallonne pour une vie de qualité
- CCV : cerebral cavernous venous
- CDD : contrat de travail à durée déterminée
- Covid-19 (coronavirus 2019) : SARS-CoV-2
- CPAS (OCMW) : centre public d'action sociale
- CPF : centre de planning familial
- DIU : dispositif intra-utérin (stérilet au cuivre)
- EVRAS : Éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle
- FARA : En Flandre, ASBL qui accompagne et informe les femmes lors de choix difficiles pendant une grossesse
- FEDASIL : Agence fédérale pour l'accueil des demandeurs d'asile
- FPS : femmes prévoyantes socialistes
- GACEHPA : Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement
- GEU : grossesse extra-utérine
- INAMI (RIZIV) : Institut national d'assurance maladie invalidité
- IVG : interruption volontaire de grossesse
- LAT : Living Apart Together
- MEOPA (méthode d'anesthésie) : Mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote
- ONE : Office de la naissance et de l'enfance
- PCEA (Pompe à) : analgésie contrôlée par voie péridurale
- PPRM : Preterm Premature Rupture of membranes
- RCIU : retard de croissance intra-utérin
- RDS : Respirating Distress Syndrom
- SIU : système intra-utérin (stérilet hormonal)
- Wafz = wet afbrekingswangerschap = loi sur l'interruption de grossesse.

3.1 DESCRIPTION

3.1.1 DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

3.1.1.1 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÂGE DE LA FEMME

ÂGE	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
10	0	0	0,00	0,00
11	0	0	0,00	0,00
12	0	0	0,00	0,00
13	6	6	0,04	0,04
14	33	36	0,20	0,22
15	90	76	0,54	0,46
16	164	135	0,99	0,81
17	229	219	1,38	1,31
18	353	342	2,13	2,05
19	447	470	2,70	2,81
20	655	584	3,95	3,50
21	622	620	3,75	3,71
22	702	675	4,23	4,04
23	710	685	4,28	4,10
24	751	704	4,53	4,22
25	763	746	4,60	4,47
26	789	818	4,76	4,90
27	822	843	4,96	5,05
28	790	887	4,76	5,31
29	849	789	5,12	4,72
30	875	857	5,28	5,13
31	752	865	4,53	5,18
32	817	836	4,93	5,01
33	807	741	4,87	4,44
34	714	744	4,31	4,45
35	665	718	4,01	4,30
36	618	613	3,73	3,67
37	555	546	3,35	3,27
38	490	517	2,95	3,10
39	425	485	2,56	2,90
40	370	358	2,23	2,14
41	259	273	1,56	1,63
42	189	195	1,14	1,17
43	130	152	0,78	0,91
44	78	76	0,47	0,46
45	28	46	0,17	0,28
46	24	22	0,14	0,13
47	9	11	0,05	0,07
48	1	6	0,01	0,04
49	3	2	0,02	0,01
50	0	2	0,00	0,01
51	1	1	0,01	0,01
52	0	0	0,00	0,00
53	0	0	0,00	0,00
54	0	0	0,00	0,00
55	0	0	0,00	0,00
TOTAL	16.585	16.701	100,00	100,00
Plus âgée que 55		1 (*)		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

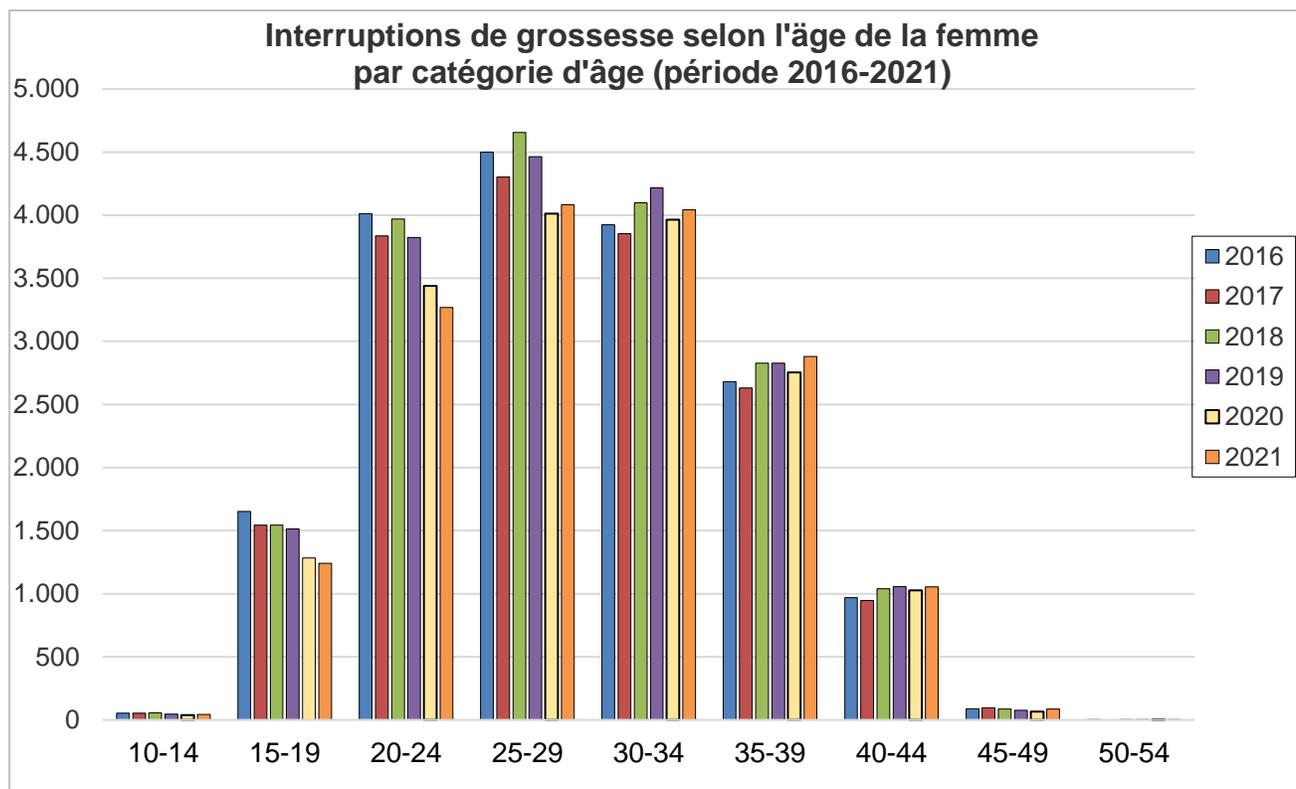
Age moyen en 2020 : 29,00

Age moyen en 2021 : 29,22

(*) : La femme ayant plus de 55 ans est âgée de 56 ans.

A. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÂGE DE LA FEMME PAR CATÉGORIE D'ÂGE (2016-2021)

AGE	NOMBRE						%					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2016	2017	2018	2019	2020	2021
10-14	53	52	55	45	39	42	0,30	0,29	0,31	0,25	0,22	0,23
15-19	1.651	1.544	1.544	1.514	1.283	1.242	9,24	8,64	8,64	8,47	7,18	6,95
20-24	4.011	3.836	3.968	3.824	3.440	3.268	22,44	21,46	22,20	21,39	19,24	18,28
25-29	4.498	4.301	4.655	4.464	4.013	4.083	25,16	24,06	26,04	24,97	22,45	22,84
30-34	3.925	3.852	4.097	4.216	3.965	4.043	21,96	21,55	22,92	23,58	22,18	22,62
35-39	2.680	2.630	2.826	2.827	2.753	2.879	14,99	14,71	15,81	15,81	15,40	16,10
40-44	969	945	1.039	1.057	1.026	1.054	5,42	5,29	5,81	5,91	5,74	5,90
45-49	89	97	87	76	65	87	0,50	0,54	0,49	0,43	0,36	0,49
50-54	1	0	1	4	1	3	0,01	0,00	0,01	0,02	0,01	0,02
TOTAL	17.877	17.257	18.272	18.027	16.585	16.701	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Plus de 54	1	0	1	0	0	1						
TOTAL GÉNÉRAL	17.878	17.257	18.273	18.027	16.585	16.702						



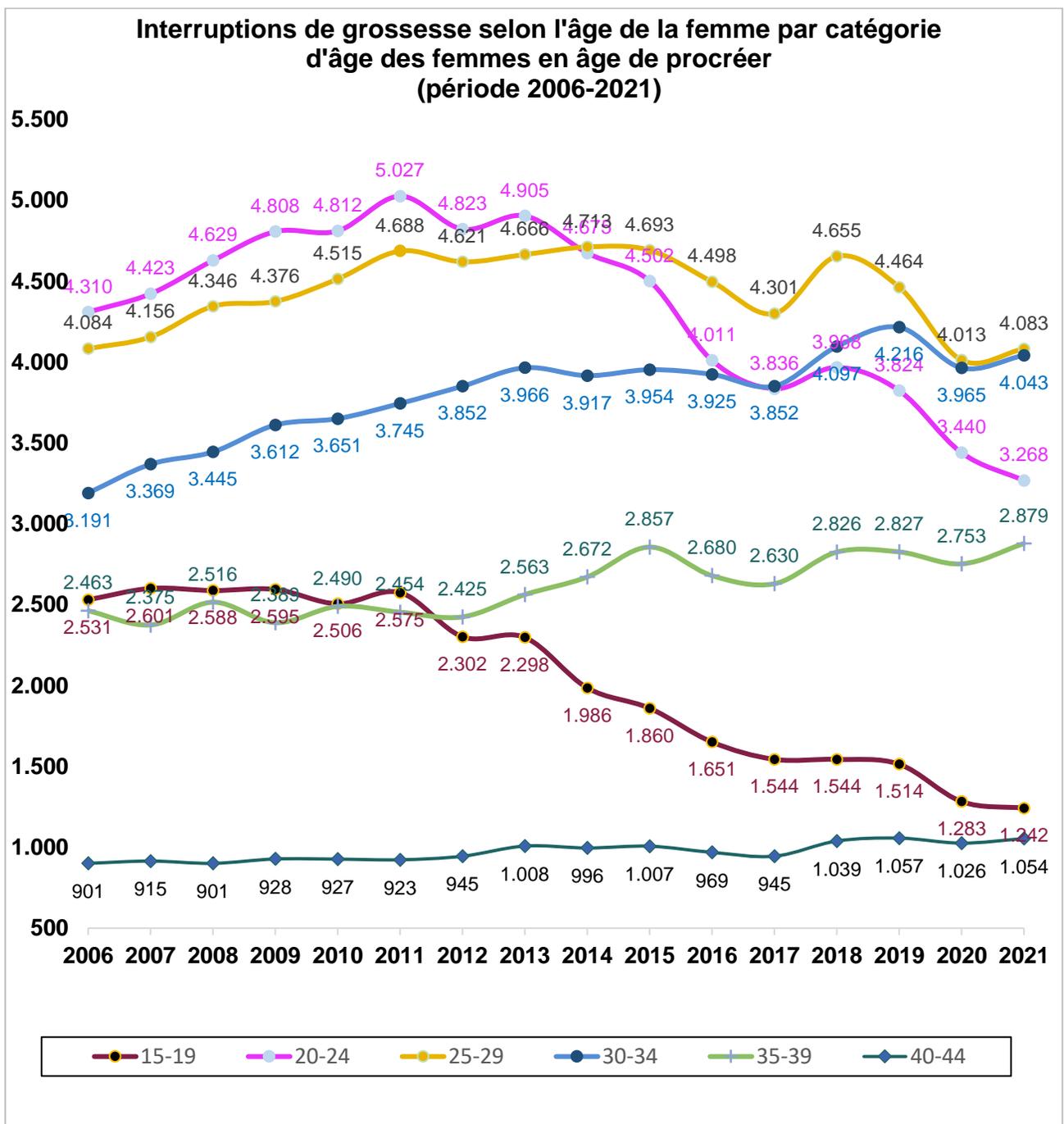
► Selon les données de l'Inspection des Soins de santé, les **cliniques frontalières spécialisées des Pays-Bas** ont pratiqué sur des femmes habitant en Belgique :

330 interruptions de grossesse en **2020** et **371** interruptions de grossesse en **2021**.

► Les femmes domiciliées au Grand-Duché de Luxembourg ne sont pas comptabilisées dans ces chiffres.

B. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÂGE ET PAR CATÉGORIE D'ÂGE DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (2006-2021)

Catégories d'âge	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
15-19	2.531	2.601	2.588	2.595	2.506	2.575	2.302	2.298	1.986	1.860	1.651	1.544	1.544	1.514	1.283	1.242
20-24	4.310	4.423	4.629	4.808	4.812	5.027	4.823	4.905	4.675	4.502	4.011	3.836	3.968	3.824	3.440	3.268
25-29	4.084	4.156	4.346	4.376	4.515	4.688	4.621	4.666	4.713	4.693	4.498	4.301	4.655	4.464	4.013	4.083
30-34	3.191	3.369	3.445	3.612	3.651	3.745	3.852	3.966	3.917	3.954	3.925	3.852	4.097	4.216	3.965	4.043
35-39	2.463	2.375	2.516	2.389	2.490	2.454	2.425	2.563	2.672	2.857	2.680	2.630	2.826	2.827	2.753	2.879
40-44	901	915	901	928	927	923	945	1.008	996	1.007	969	945	1.039	1.057	1.026	1.054
Total	17480	17839	18425	18708	18901	19412	18968	19406	18959	18873	17734	17108	18129	17902	16480	16.569



C. TAUX D'AVORTEMENT PAR CATÉGORIE D'ÂGE (1994-2021)

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

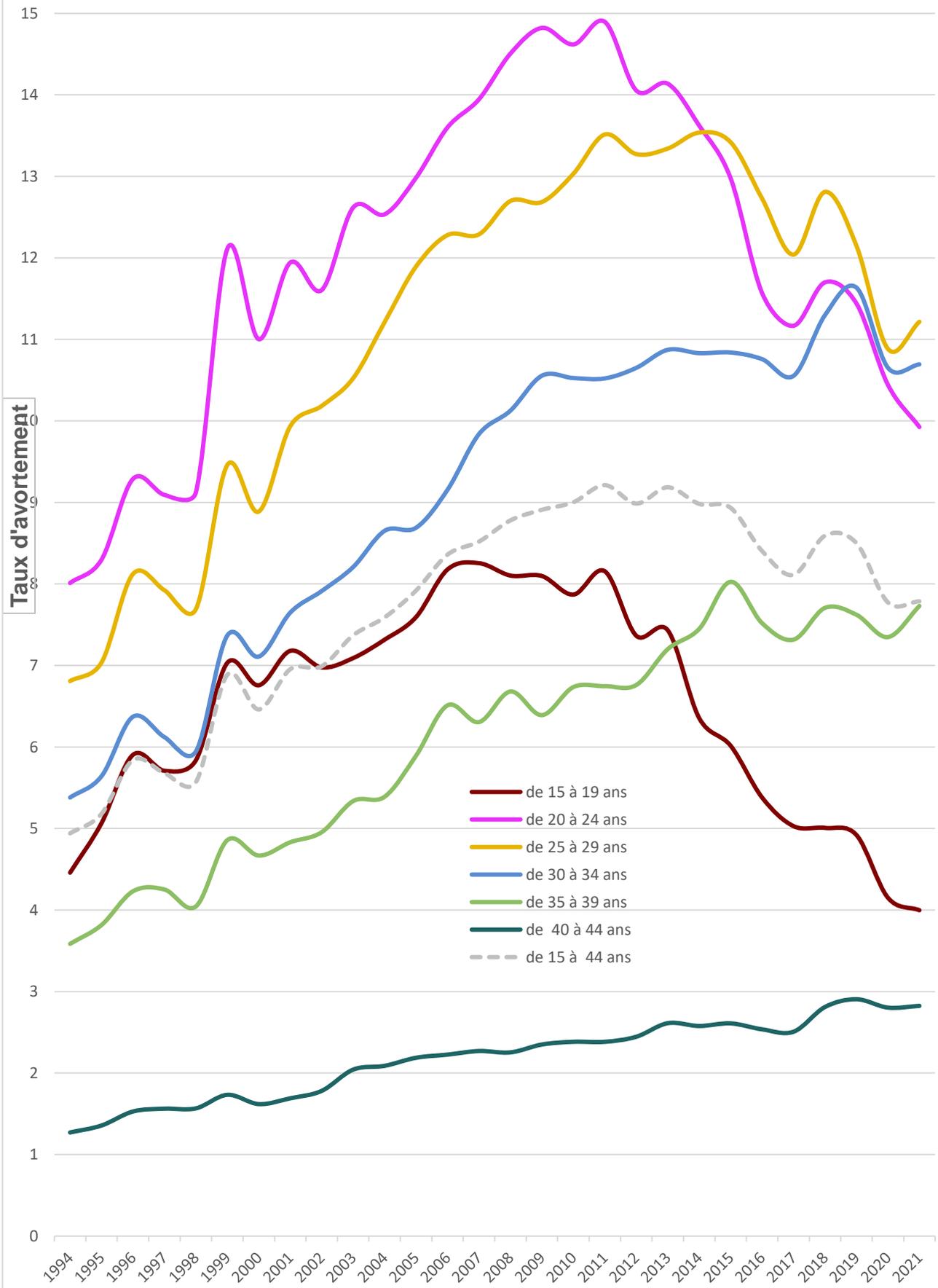
Catégories d'âge	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
15-19	4,46	5,07	5,90	5,71	5,84	7,03	6,76
20-24	8,01	8,30	9,29	9,09	9,12	12,11	11,00
25-29	6,81	7,04	8,12	7,92	7,69	9,46	8,89
30-34	5,38	5,64	6,37	6,12	5,95	7,37	7,11
35-39	3,58	3,82	4,23	4,25	4,04	4,86	4,67
40-44	1,27	1,36	1,53	1,56	1,57	1,73	1,62
15-44	4,94	5,18	5,84	5,68	5,57	6,89	6,46

Catégories d'âge	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
15-19	7,18	6,98	7,09	7,32	7,59	8,18	8,25
20-24	11,94	11,61	12,62	12,53	12,98	13,60	13,95
25-29	9,93	10,18	10,52	11,21	11,90	12,28	12,29
30-34	7,65	7,91	8,21	8,65	8,69	9,16	9,84
35-39	4,83	4,95	5,34	5,39	5,89	6,51	6,31
40-44	1,69	1,78	2,04	2,09	2,19	2,23	2,27
15-44	6,95	6,99	7,37	7,59	7,92	8,36	8,52

Catégories d'âge	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
15-19	8,10	8,10	7,87	8,16	7,36	7,43	6,35
20-24	14,51	14,82	14,62	14,90	14,05	14,14	13,62
25-29	12,70	12,69	13,03	13,51	13,27	13,34	13,54
30-34	10,13	10,56	10,53	10,52	10,65	10,87	10,83
35-39	6,68	6,39	6,73	6,75	6,76	7,20	7,45
40-44	2,25	2,35	2,38	2,38	2,45	2,61	2,58
15-44	8,78	8,91	9,00	9,21	8,99	9,19	8,98

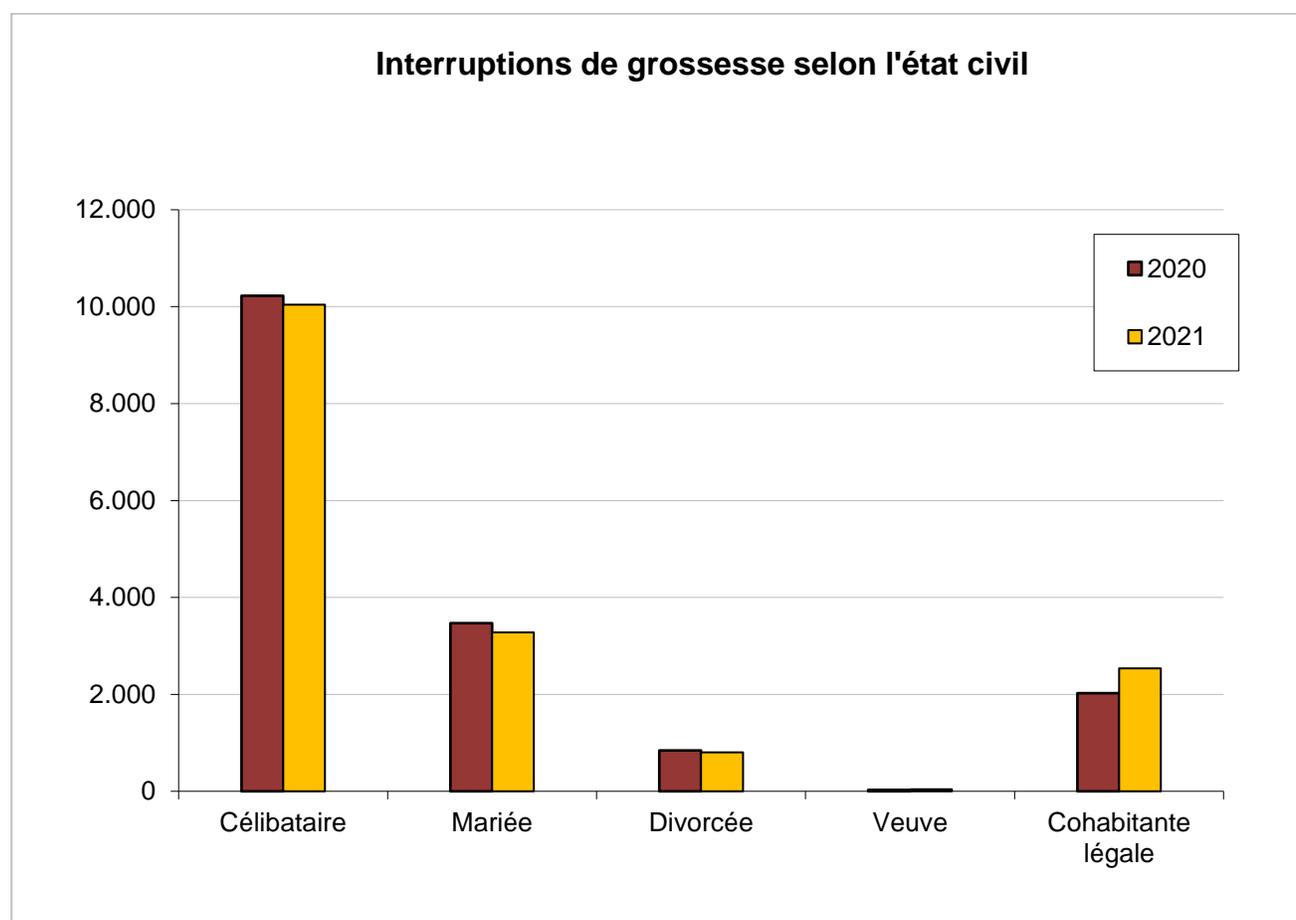
Catégories d'âge	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
15-19	6,02	5,38	5,03	5,01	4,92	4,15	4,00
20-24	12,98	11,57	11,17	11,70	11,44	10,44	9,92
25-29	13,42	12,73	12,04	12,81	12,15	10,88	11,22
30-34	10,84	10,76	10,55	11,30	11,63	10,65	10,69
35-39	8,03	7,52	7,32	7,71	7,62	7,35	7,73
40-44	2,61	2,54	2,51	2,81	2,91	2,80	2,82
15-44	8,93	8,40	8,11	8,59	8,50	7,77	7,79

Évolution des taux d'avortements par catégorie d'âge de 1994 à 2021



3.1.1.2 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON L'ÉTAT CIVIL

ÉTAT CIVIL	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Célibataire	10.228	10.040	61,67	60,54
Mariée	3.466	3.278	20,90	19,76
Divorcée	840	806	5,06	4,86
Veuve	27	40	0,16	0,24
Cohabitante légale	2.024	2.538	12,20	15,30
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		



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

3.1.1.3 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LA SITUATION DE VIE OU DE FAIT

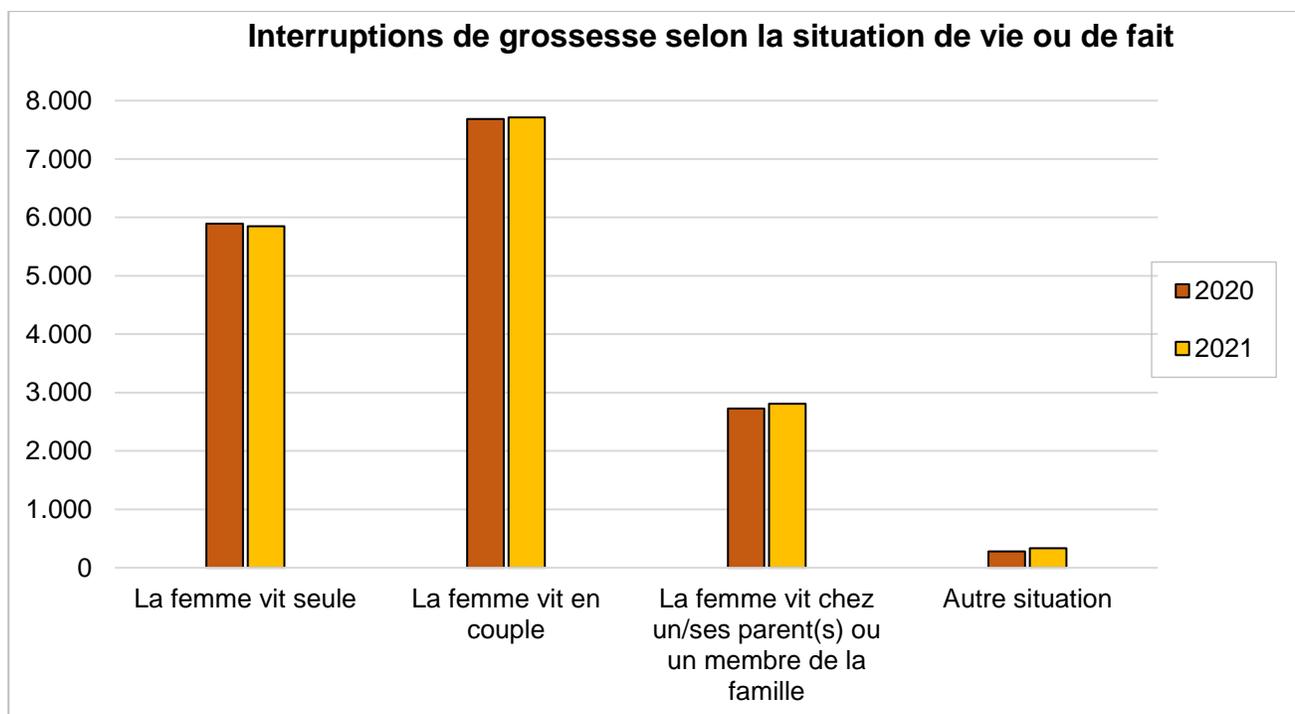
ÉTAT CIVIL	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
La femme vit seule	5.893	5.847	35,53	35,01
La femme vit en couple	7.684	7.715	46,33	46,19
La femme vit chez un / ses parent(s) ou un membre de la famille	2.726	2.806	16,44	16,80
Autre (*)	282	334	1,70	2,00
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

(*) En 2020, les informations enregistrées pour les 282 « autre » situation de vie ou de fait sont :

1. Vit chez un(e) ami(e), une connaissance, un tuteur, un ex-partenaire ou en colocation : 124
2. Est sans lieu de résidence ou sans abri, séjourne en centre d'accueil, chez Fedasil, à la Croix-rouge : 81
3. Est étudiante en kot ou vit avec un(e) autre étudiant(e) : 53
4. Est placée en institution, en prison, en institution psychiatrique : 14
5. Relation LAT (Living apart together) : 5
6. Pas de communication, blanc ou pas connu : 5

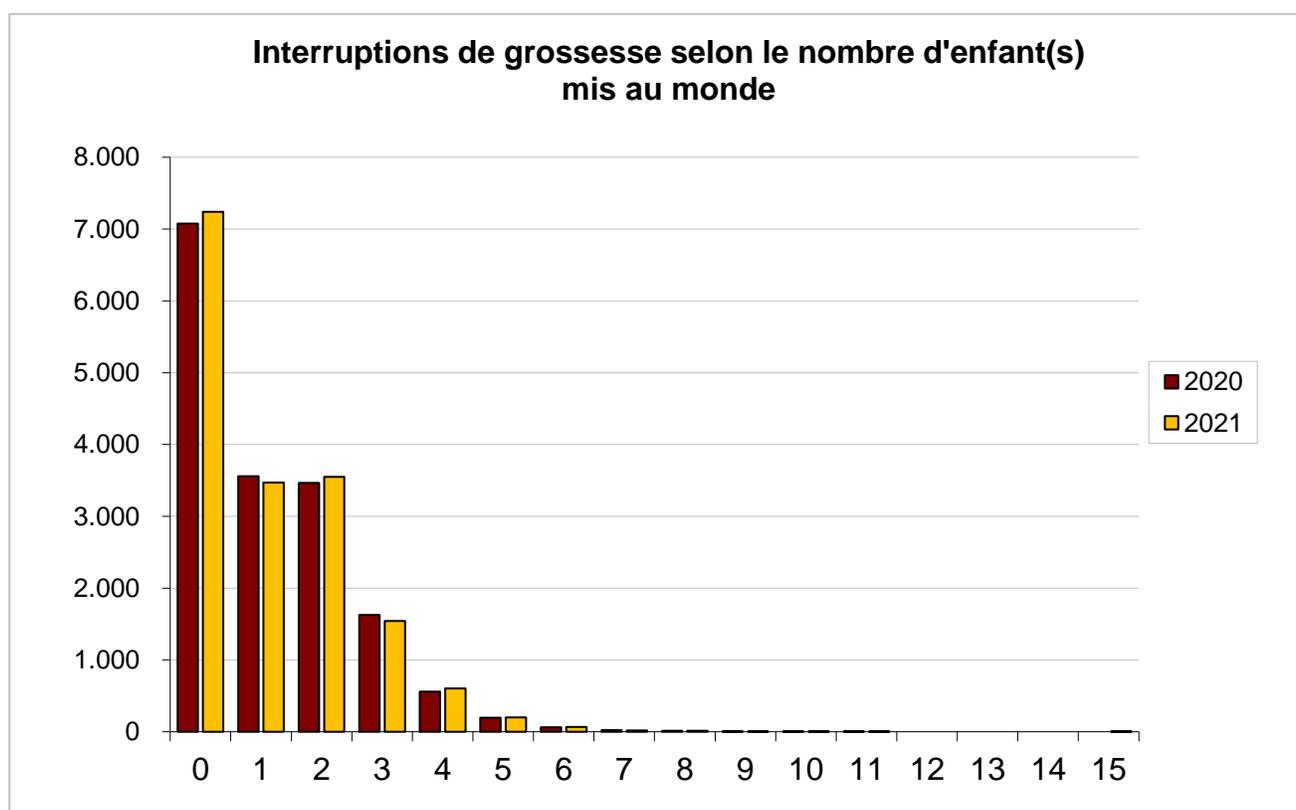
En 2021, les informations enregistrées pour les 334 « autre » situation de vie ou de fait sont :

1. Vit chez un(e) ami(e), une connaissance, un tuteur, un ex-partenaire ou en colocation : 194
2. Est sans lieu de résidence ou sans abri, séjourne en centre d'accueil, chez Fedasil, à la Croix-rouge : 64
3. Est étudiante en kot ou vit avec un(e) autre étudiant(e) : 19
4. Est placée en institution, en prison, en institution psychiatrique : 23
5. Relation LAT (Living apart together) : 12
6. Pas de communication, blanc ou pas connu : 15
7. Divorce récent et vit séparée : 7



3.1.1.4 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

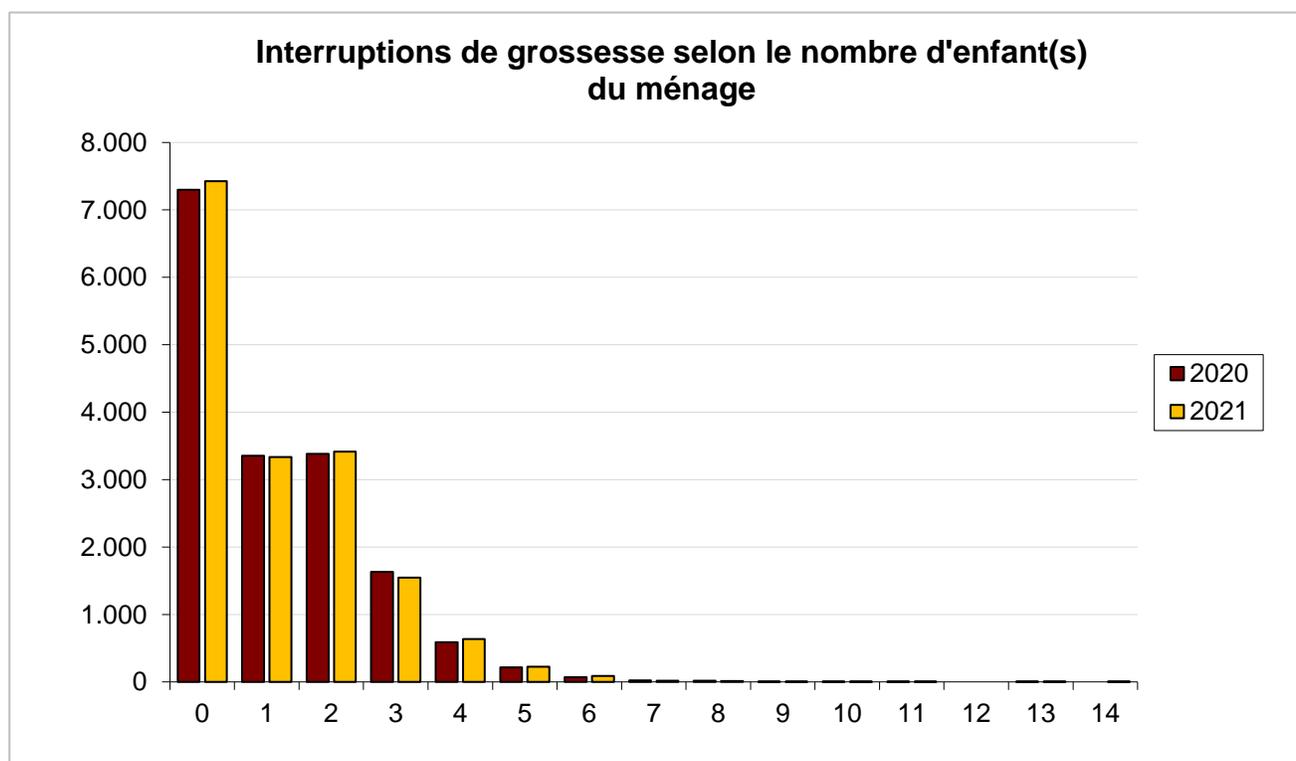
ENFANT(S)	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
0	7.076	7.241	42,67	43,35
1	3.557	3.469	21,45	20,77
2	3.463	3.551	20,88	21,26
3	1.628	1.543	9,82	9,24
4	557	602	3,36	3,60
5	195	198	1,18	1,19
6	63	65	0,38	0,39
7	22	16	0,13	0,10
8	14	13	0,08	0,08
9	6	1	0,04	0,01
10	3	1	0,02	0,01
11	1	1	0,01	0,01
12	0	0	0,00	0,00
13	0	0	0,00	0,00
14	0	0	0,00	0,00
15	0	1	0,00	0,01
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		



3.1.1.5 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

► « Nombre d'enfant(s) du ménage » correspond à « Nombre d'enfant(s) dont la femme prend soin ».

ENFANTS	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
0	7.299	7.424	44,01	44,76
1	3.353	3.334	20,22	20,10
2	3.381	3.414	20,39	20,58
3	1.630	1.548	9,83	9,33
4	590	636	3,56	3,83
5	216	224	1,30	1,35
6	67	86	0,40	0,52
7	22	18	0,13	0,11
8	18	11	0,11	0,07
9	4	1	0,02	0,01
10	3	3	0,02	0,02
11	1	1	0,01	0,01
12	0	0	0,00	0,00
13	1	1	0,01	0,01
14	0	1	0,00	0,01
TOTAL	16.585	16702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16702		



3.1.1.6 INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE DOMICILE DE LA FEMME

A. DONNÉES GÉNÉRALES

DOMICILE (*)	NOMBRE		TAUX D'AVORTEMENT	
	2020	2021	2020	2021
Anvers	2.638	2.649	7,76	7,76
Flandre occidentale	1.156	1.063	5,83	5,35
Flandre orientale	1.807	1.887	6,51	6,75
Limbourg	808	915	5,30	5,99
Brabant flamand	1.324	1.320	6,31	6,26
Hainaut	2.619	2.444	10,64	9,93
Liège	1.224	1.569	5,96	7,62
Luxembourg	410	358	7,62	6,62
Namur	951	856	10,36	9,29
Brabant wallon	679	624	9,17	8,42
Bruxelles-Capitale	2.788	2.850	10,29	10,47
Sans domicile fixe / sans autorisation de séjour (**)	26	32		
A l'étranger	154	135		
Pas de réponse - Blanc (à l'étranger)	1	0		
TOTAL	16.585	16.702		
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

(*) Ce sont les provinces d'Anvers et de Hainaut et la Région de Bruxelles-Capitale qui comptent le plus grand nombre d'interruptions de grossesse. Cela s'explique par la situation économique et sociale mais également par la densité de population et le nombre de femmes en âge de procréer.

En 2020, la province du Hainaut compte le plus d'avortements, soit 2.619 sur 246.176 femmes en âge de procréer (taux d'avortement 10.64); la Région de Bruxelles-Capitale compte 2.788 avortements sur 270.871 femmes en âge de procréer (taux d'avortement : 10.2) et la province d'Anvers compte 2.638 avortements sur 339.757 femmes en âge de procréer (taux d'avortements : 7.76).

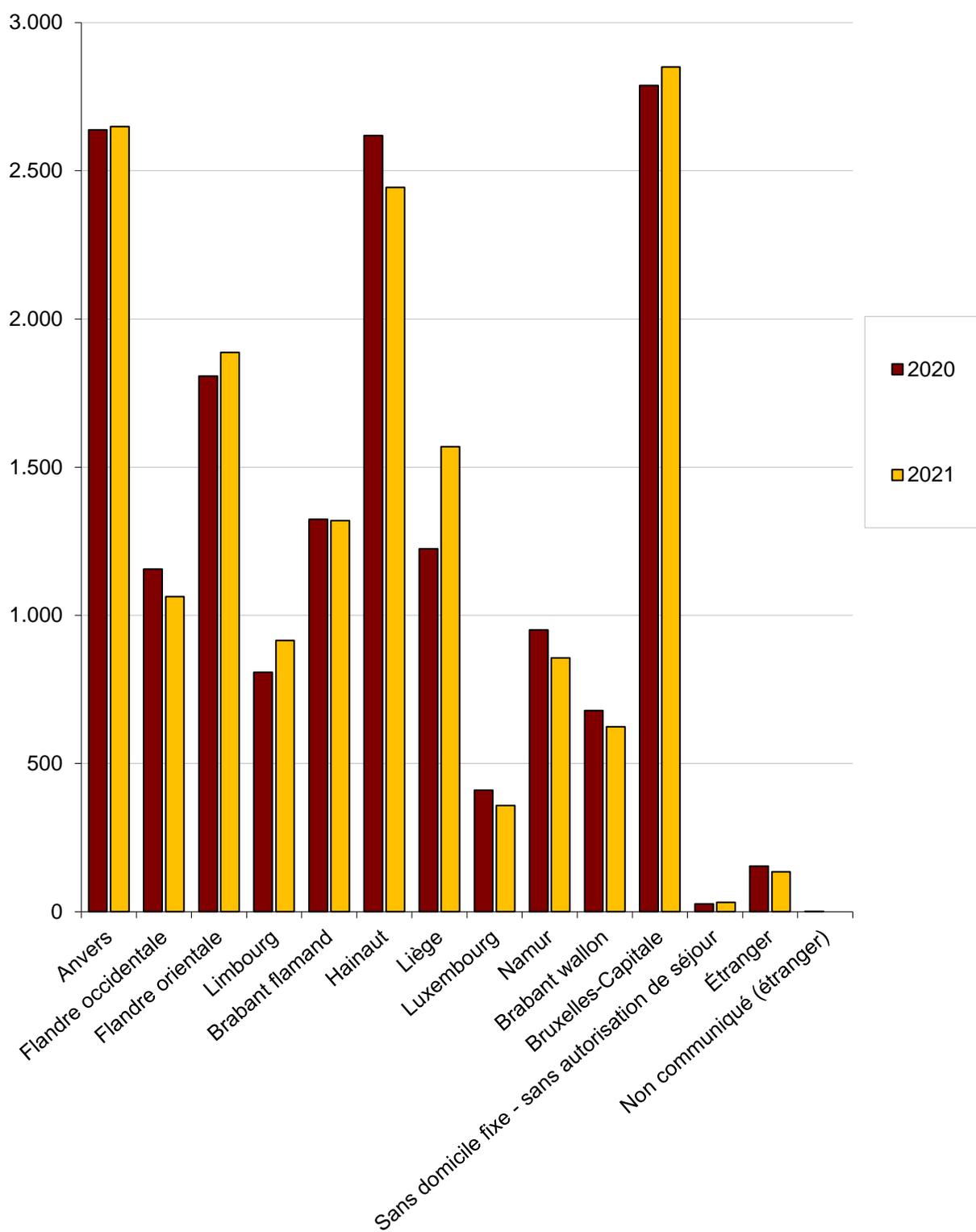
En 2021, la Région de Bruxelles-Capitale compte le plus d'avortements, à savoir 2.850 sur 272.191 femmes en âge de procréer (taux d'avortement : 10,47); la province de Hainaut compte 2.444 avortements sur 246.093 femmes en âge de procréer (taux d'avortement : 9,93) et la province d'Anvers compte 2.649 avortements sur 341.391 femmes en âge de procréer (taux d'avortement : 7,76).

(**): En 2020, 25 femmes ont été enregistrées comme sans domicile fixe et / ou sans autorisation de séjour et / ou en tant que réfugiée et une femme comme apatride (total 26).

En 2021, 29 femmes ont été enregistrées comme sans autorisation de séjour, 1 comme sans domicile fixe et dans 2 cas, le domicile n'a pas été précisé (total 32).

► Ces chiffres doivent être considérés avec prudence car la Commission estime qu'ils reflètent uniquement les données communiquées et enregistrées et ne correspondent pas à la réalité.

Interruptions de grossesse selon le domicile



Le graphique présentant les taux d'avortement par province en Belgique est à retrouver page 38.

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

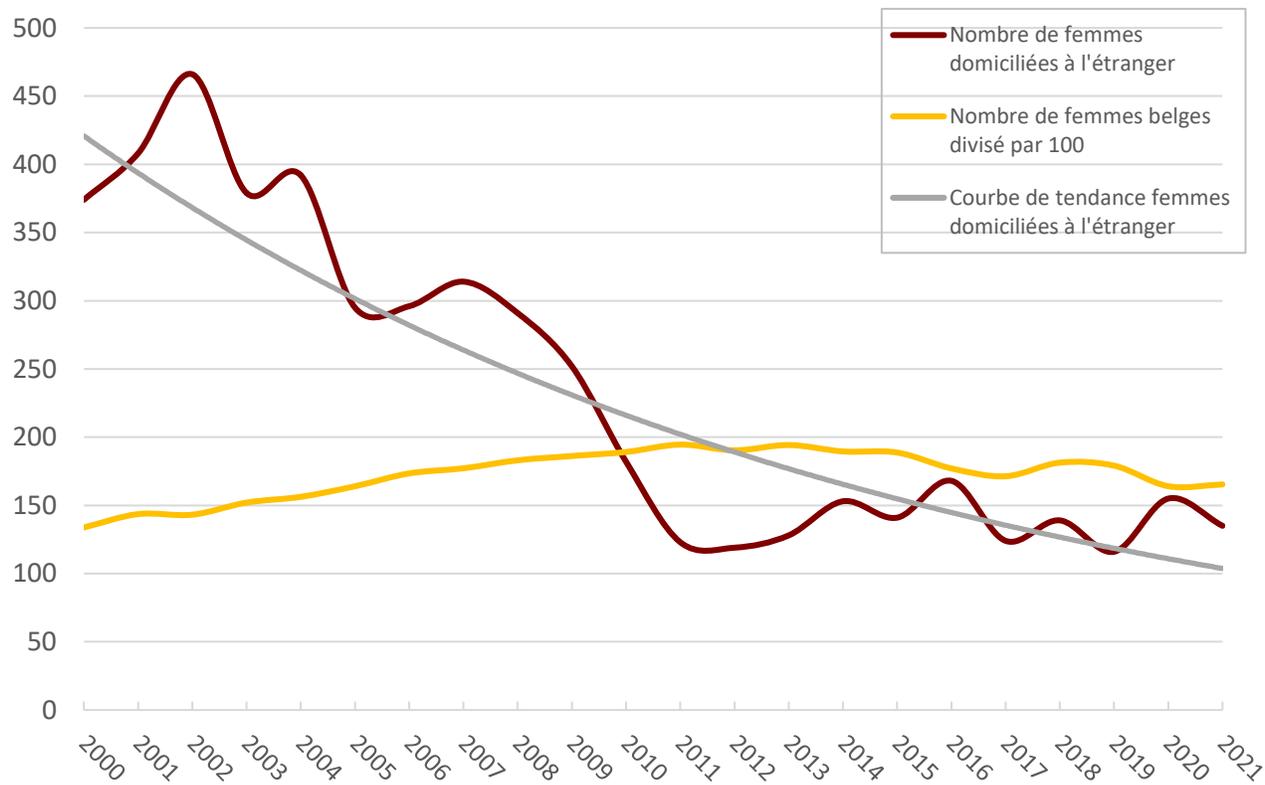
PAYS DE NAISSANCE	NOMBRE
NÉES EN EUROPE	2020
France	51
Belgique	26
Roumanie	8
Pays-Bas	4
Portugal	4
Italie	3
Pologne	3
Albanie	2
Bulgarie	2
Allemagne	2
Grand-Duché de Luxembourg	2
Hongrie	2
Ukraine	0
Slovaquie	2
Royaume-Uni	2
Macédoine	1
Espagne	1
Serbie	1
Suède	1
Croatie	0
Bosnie-Herzégovine	0
Lettonie	0
Kosovo	0
TOTAL	117
NÉES EN AFRIQUE	19
NÉES EN AMÉRIQUE	11
NÉES EN ASIE	6
NÉES EN OCÉANIE	1
Non communiqué (blanc)	1
TOTAL GÉNÉRAL	155

PAYS DE NAISSANCE	NOMBRE
NÉES EN EUROPE	2021
France	34
Belgique	26
Roumanie	6
Pays-Bas	7
Portugal	2
Italie	4
Pologne	6
Albanie	1
Bulgarie	2
Allemagne	2
Grand-Duché de Luxembourg	3
Hongrie	2
Ukraine	4
Slovaquie	0
Royaume-Uni	1
Macédoine	0
Espagne	0
Serbie	0
Suède	0
Croatie	1
Bosnie-Herzégovine	1
Lettonie	1
Kosovo	1
TOTAL	104
NÉES EN AFRIQUE	15
NÉES EN AMÉRIQUE	8
NÉES EN ASIE	6
NÉES EN OCÉANIE	0
Non communiqué (blanc)	2
TOTAL GÉNÉRAL	135

C. NOMBRE DE FEMMES BELGES PAR RAPPORT AU NOMBRE DE FEMMES DOMICILIÉES À L'ÉTRANGER (2000-2021)

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

Évolution des interruptions de grossesse des femmes domiciliées à l'étranger sur une courbe de tendance exponentielle (2000 - 2021)



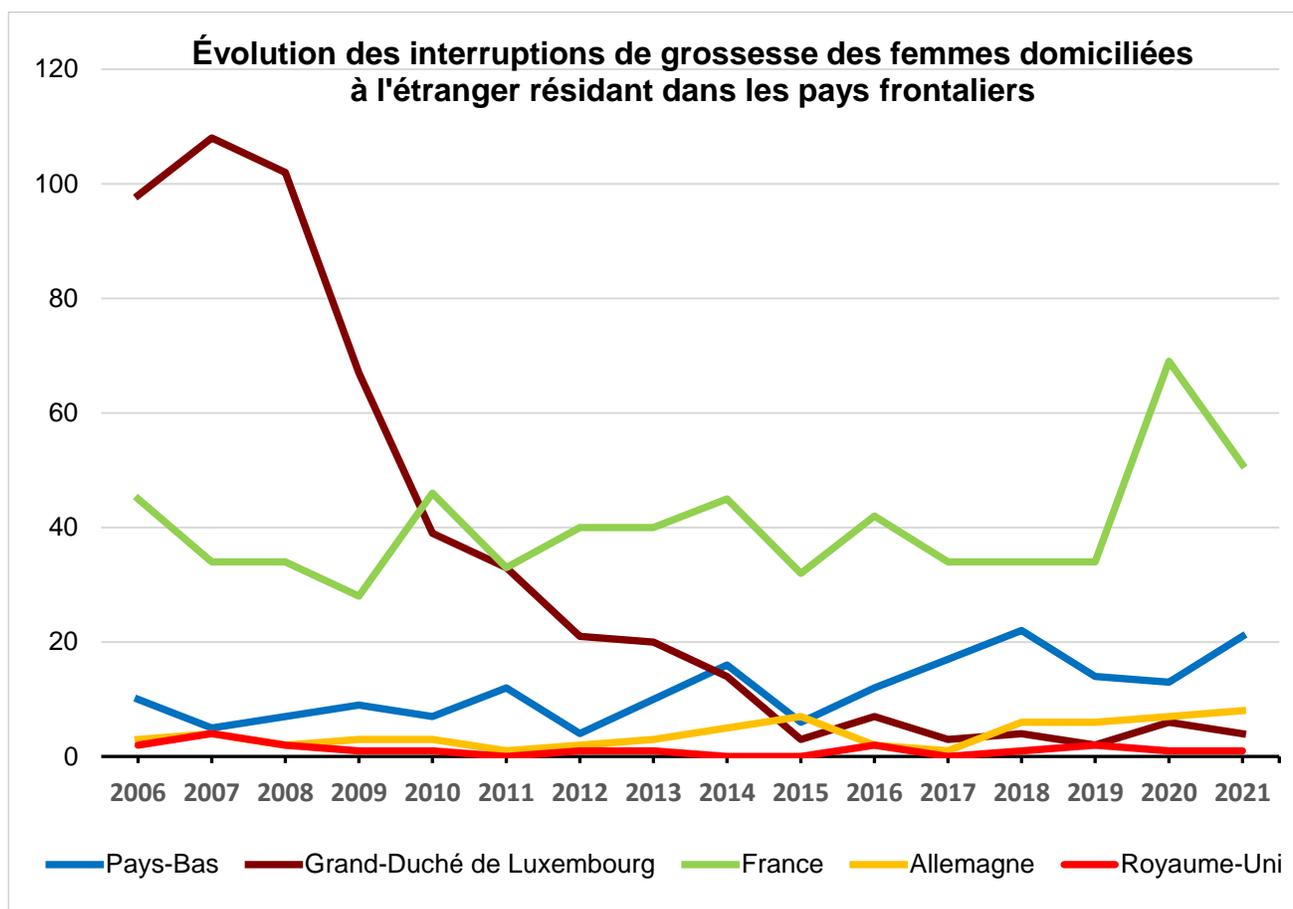
(*) (**): Ne sont pas incluses les 25 femmes en 2020 et 32 femmes en 2021 enregistrées comme sans domicile et/ou en situation précaire (sans autorisation de séjour et/ou réfugiées).

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

PAYS FRONTALIERS DE LA BELGIQUE	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE							
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Pays-Bas	10	5	7	9	7	12	4	10
Grand-Duché de Luxembourg	98	108	102	67	39	33	21	20
France	45	34	34	28	46	33	40	40
Allemagne	3	4	2	3	3	1	2	3
Royaume-Uni	2	4	2	1	1	0	1	1
TOTAL PAYS FRONTALIERS	158	155	147	108	96	79	68	74
RESTE DE L'EUROPE	66	77	68	68	51	30	29	34
TOTAL EUROPE	224	232	215	176	147	109	97	108
TOTAL MONDIAL	296	314	291	252	182	123	119	128

PAYS FRONTALIERS DE LA BELGIQUE	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (*)	2021
Pays-Bas	16	6	12	17	22	14	13	21
Grand-Duché de Luxembourg	14	3	7	3	4	2	6	4
France	45	32	42	34	34	34	69 (*)	51
Allemagne	5	7	2	1	6	6	7	8
Royaume-Uni	0	0	2	0	1	2	1	1
TOTAL PAYS FRONTALIERS	80	48	65	55	67	58	96	85
RESTE DE L'EUROPE	45	61	47	42	46	35	30	34
TOTAL EUROPE	125	109	112	97	113	93	126	119
TOTAL MONDIAL	153	141	168	124	139	116	155	135

(*) Dont 38 femmes dont l'âge consacré aux études est compris entre 16 et 26 ans et 24 femmes dont l'âge est compris entre 27 et 40 ans. Cette augmentation peut, selon la Commission, être imputée aux étudiantes françaises qui ne sont pas domiciliées en Belgique.



PAYS FRONTALIERS	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE DES FEMMES RÉSIDANT DANS LES PAYS FRONTALIERS	
	2020	
Pays-Bas	13	dont 3 femmes de nationalité belge
Grand-Duché de Luxembourg	6	dont 2 femmes de nationalité belge
France	69	dont 15 femmes de nationalité belge
Allemagne	7	dont 3 femmes de nationalité belge
Royaume - Uni	1	dont 0 femme de nationalité belge
TOTAL	96	dont 23 femmes de nationalité belge

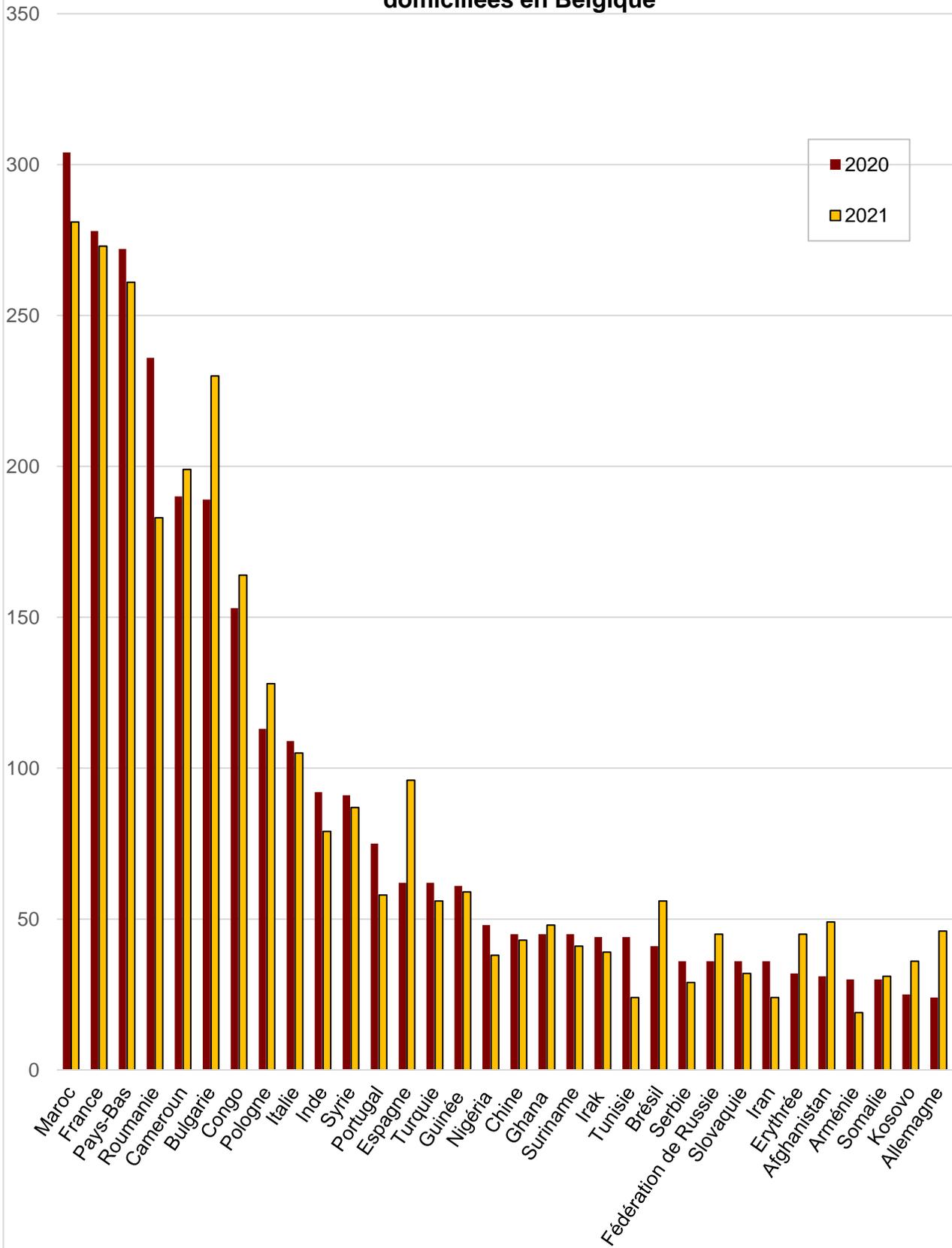
PAYS FRONTALIERS	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE DES FEMMES RÉSIDANT DANS LES PAYS FRONTALIERS	
	2021	
Pays-Bas	21	dont 8 femmes de nationalité belge
Grand-Duché de Luxembourg	4	dont 0 femmes de nationalité belge
France	51	dont 14 femmes de nationalité belge
Allemagne	8	dont 0 femmes de nationalité belge
Royaume - Uni	1	dont 0 femme de nationalité belge
TOTAL	85	Dont 22 femmes de nationalité belge

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

NATIONALITÉ	NOMBRE
	2020
Maroc	304
France	278
Pays-Bas	272
Roumanie	236
Cameroun	190
Bulgarie	189
Congo	153
Pologne	113
Italie	109
Inde	92
Syrie	91
Portugal	75
Espagne	62
Turquie	62
Guinée	61
Nigéria	48
Chine	45
Ghana	45
Suriname	45
Irak	44
Tunisie	44
Brésil	41
Serbie	36
Fédération de Russie	36
Slovaquie	36
Iran	36
Erythrée	32
Afghanistan	31
Arménie	30
Somalie	30
Kosovo	25
Allemagne	24
TOTAL	2.915

NOMBRE	NATIONALITÉ
2021	
281	Maroc
273	France
261	Pays-Bas
183	Roumanie
199	Cameroun
230	Bulgarie
164	Congo
128	Pologne
105	Italie
79	Inde
87	Syrie
58	Portugal
96	Espagne
56	Turquie
59	Guinée
38	Nigéria
43	Chine
48	Ghana
41	Suriname
39	Irak
24	Tunisie
56	Brésil
29	Serbie
45	Fédération de Russie
32	Slovaquie
24	Iran
45	Erythrée
49	Afghanistan
19	Arménie
31	Somalie
36	Kosovo
46	Allemagne
2.904	TOTAL

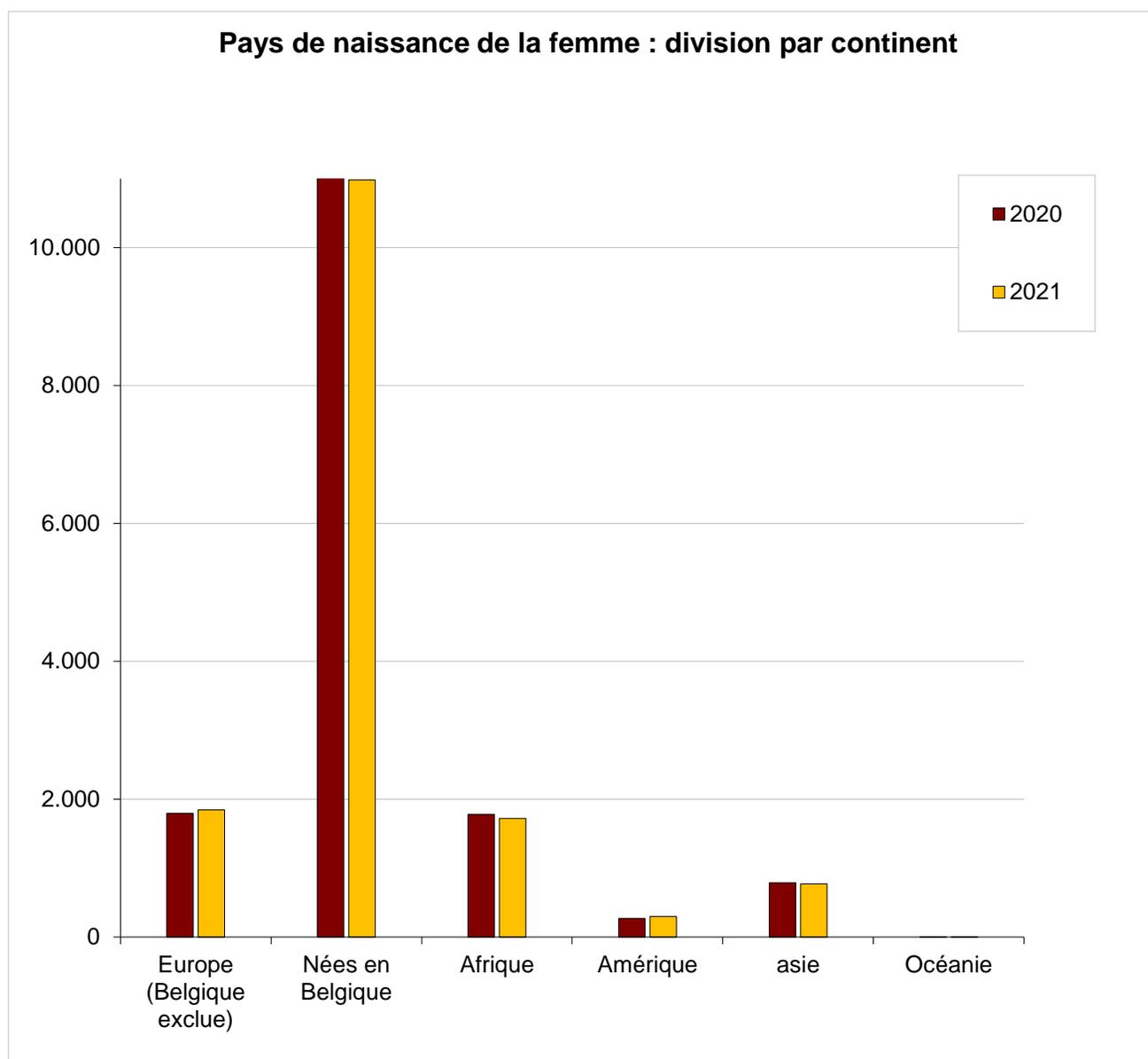
Nationalités les plus rencontrées parmi les femmes étrangères domiciliées en Belgique



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

PAYS	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Europe (Belgique exclue)	1.795	1.842	10,82	11,03
Nées en Belgique	11.212	10.979	67,60	65,73
Afrique	1.780	1.721	10,73	10,30
Amérique	268	300	1,62	1,80
Asie	790	774	4,76	4,63
Océanie	1	3	0,01	0,02
Non communiqué (blanc)	739	1.083	4,46	6,48
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702	100,00	100,00

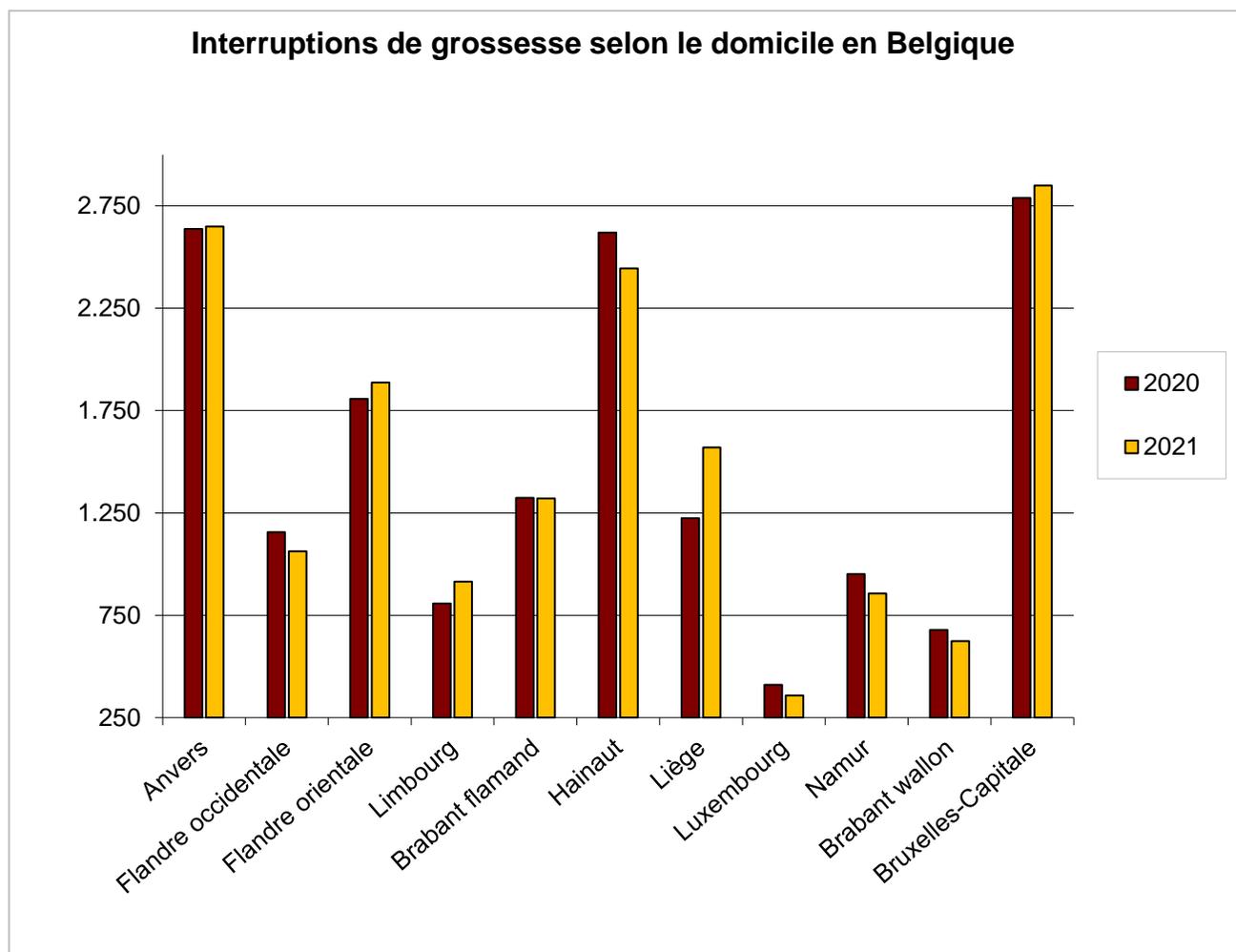
► En 2020, sur les 155 femmes vivant à l'étranger, 129 femmes sont nées à l'étranger et 26 en Belgique.
 En 2021, sur 135 femmes vivant à l'étranger, 109 femmes sont nées à l'étranger et 26 en Belgique. (voir pt. 3.1.1.6.B.(page 30))



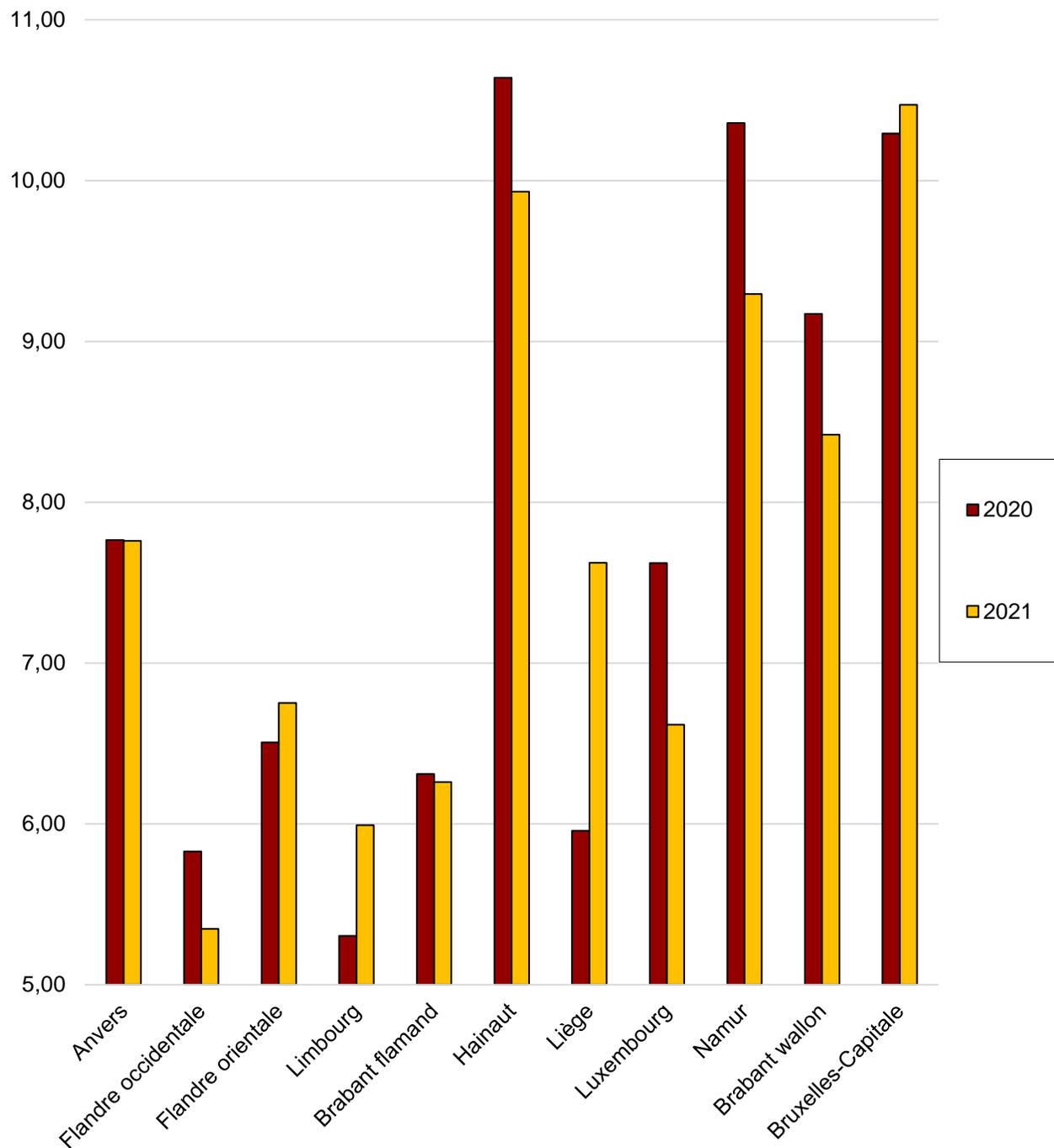
G. INTERRUPTIONS DE GROSSESSE SELON LE DOMICILE EN BELGIQUE

DOMICILE	NOMBRE		%		NOMBRE DE FEMMES DOMICILIÉES EN ÂGE DE PROCRÉER AU		NOMBRE D'IVG PAR 1000 FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER (*)	
	2020	2021	2020	2021	1/1/2020	1/1/2021	2020	2021
Anvers	2.638	2.649	16,08	16,02	339.757	341.391	7,76	7,76
Flandre occidentale	1.156	1.063	7,05	6,43	198.357	198.828	5,83	5,35
Flandre orientale	1.807	1.887	11,02	11,41	277.706	279.501	6,51	6,75
Limbourg	808	915	4,93	5,53	152.351	152.687	5,30	5,99
Brabant flamand	1.324	1.320	8,07	7,98	209.811	210.873	6,31	6,26
Hainaut	2.619	2.444	15,97	14,78	246.176	246.093	10,64	9,93
Liège	1.224	1.569	7,46	9,49	205.501	205.839	5,96	7,62
Luxembourg	410	358	2,50	2,17	53.791	54.110	7,62	6,62
Namur	951	856	5,80	5,18	91.813	92.101	10,36	9,29
Brabant wallon	679	624	4,14	3,77	74.033	74.115	9,17	8,42
Région de Bruxelles-Capitale	2.788	2.850	17,00	17,24	270.871	272.191	10,29	10,47
TOTAL	16.404	16.535	100,00	100,00	2.120.167	2.127.729	7,7	7,8
Pas de réponse	0	0						
TOTAL GÉNÉRAL	16.404	16.535						

(*) : = taux d'avortement



Taux d'avortement par province en Belgique



3.1.1.7 ÉTABLISSEMENT OÙ SE PRATIQUE L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

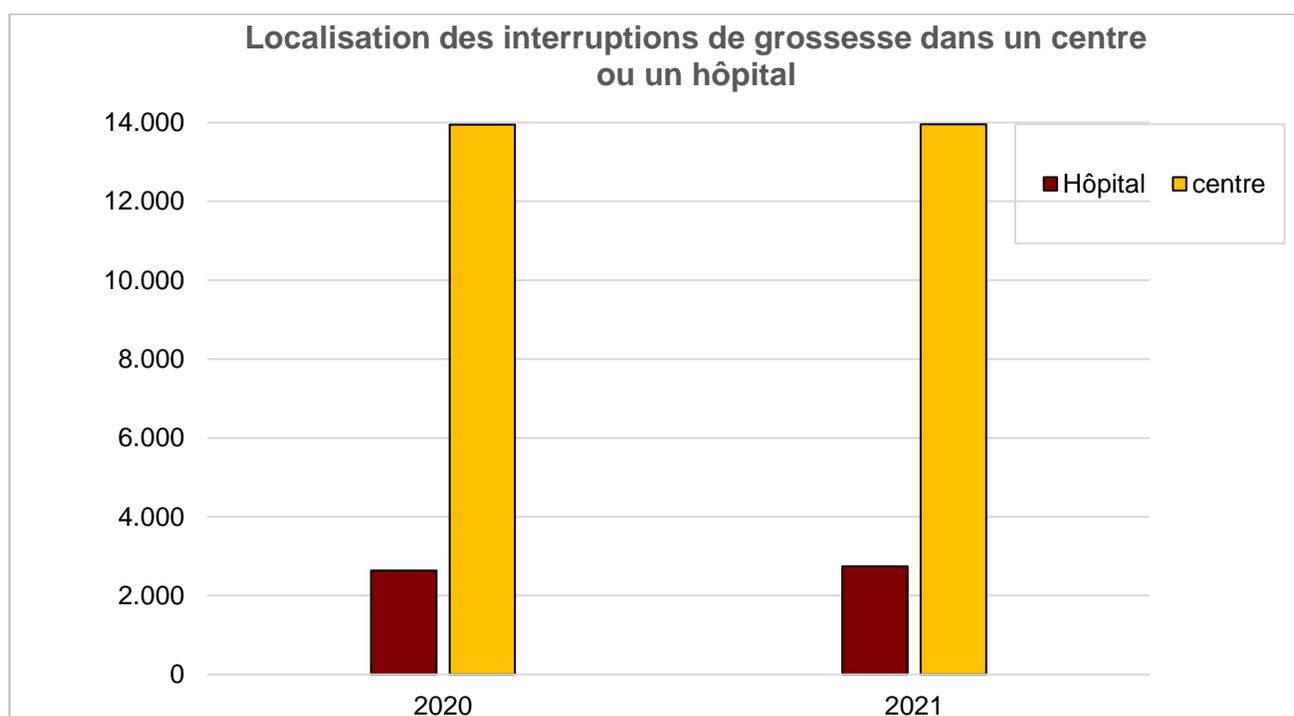
A. CENTRE OÙ HÔPITAL SELON LE NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

► Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme repris dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

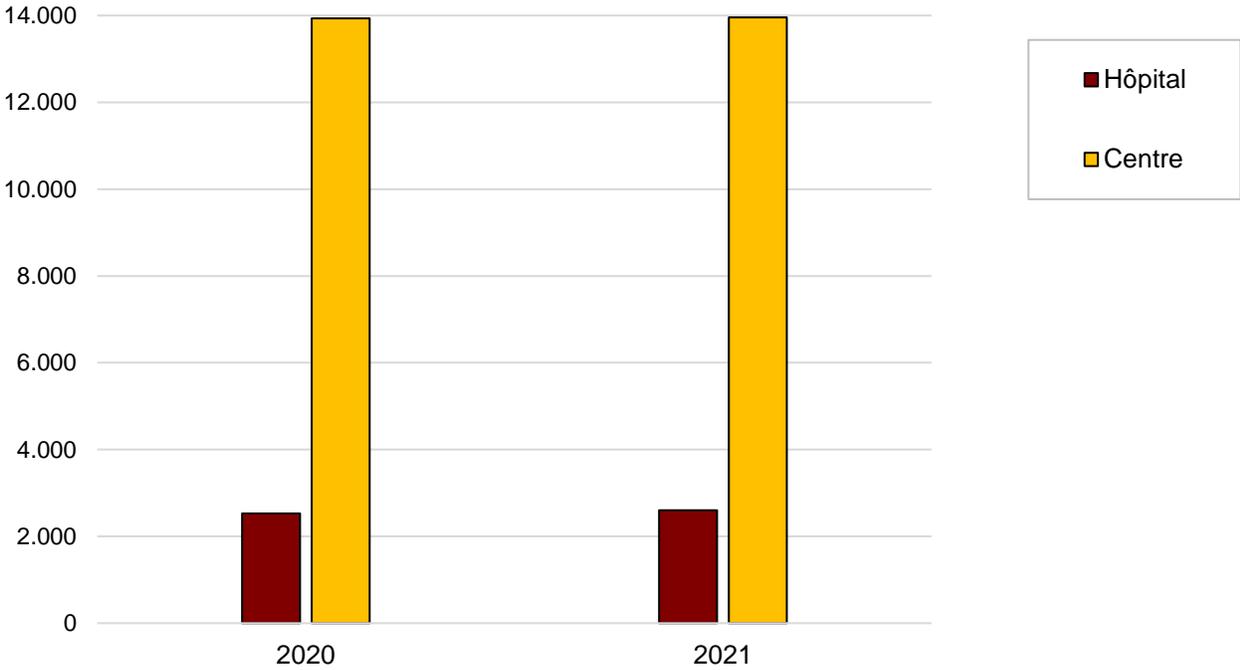
INSTITUTION	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Hôpital	2.637	2.744	15,90	16,43
Centre	13.948	13.958	84,10	83,57
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702	100,00	100,00

INSTITUTION	NOMBRE JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION		NOMBRE APRÈS 12 SEMAINES DEPUIS LA CONCEPTION	
	2020	2021	2020	2021
Hôpital	2.528	2.600	109	144
Centre	13.937	13.958	11	0
TOTAL GÉNÉRAL	16.467	16.558	120	144

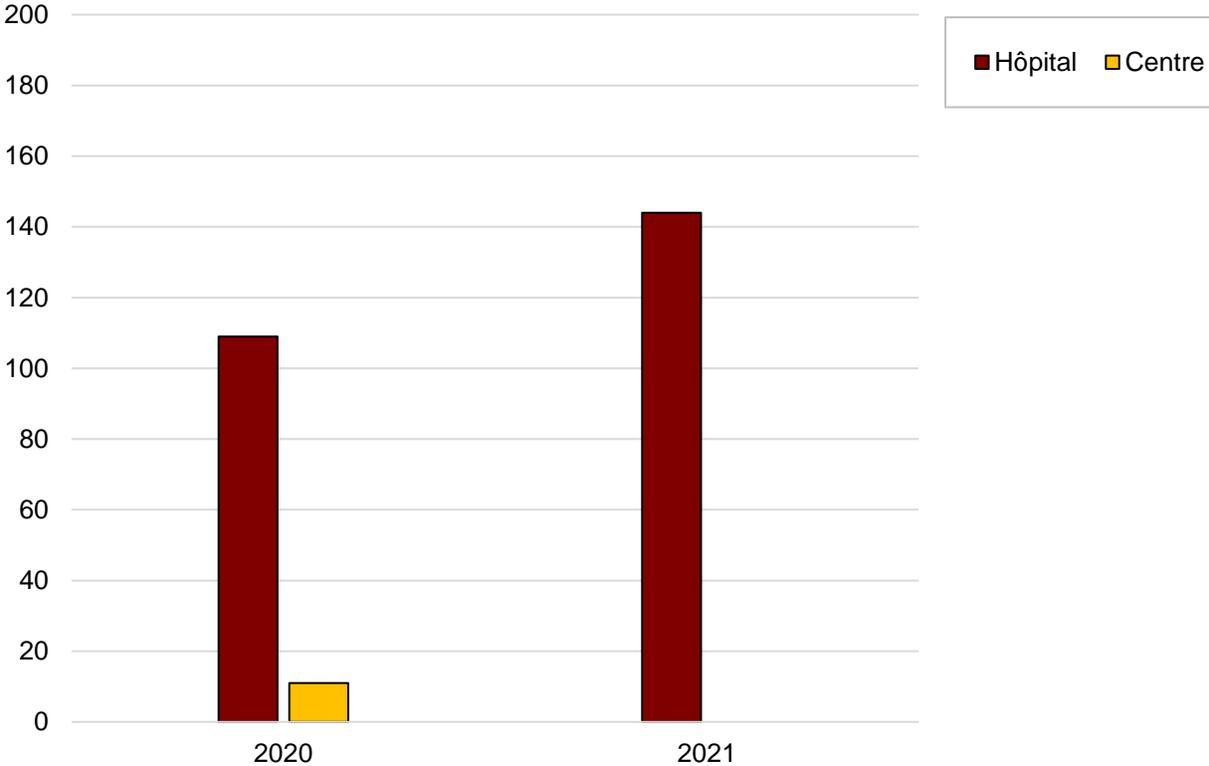
INSTITUTION	% JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION		% APRÈS 12 SEMAINES DEPUIS LA CONCEPTION	
	2020	2021	2020	2021
Hôpital	15,35	15,70	90,83	100,00
Centre	84,65	84,30	9,17	0,00
TOTAL GÉNÉRAL	99,99	100,00	100,00	100,00



Interruptions de grossesse réalisées jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital



Interruptions de grossesse réalisées après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital



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

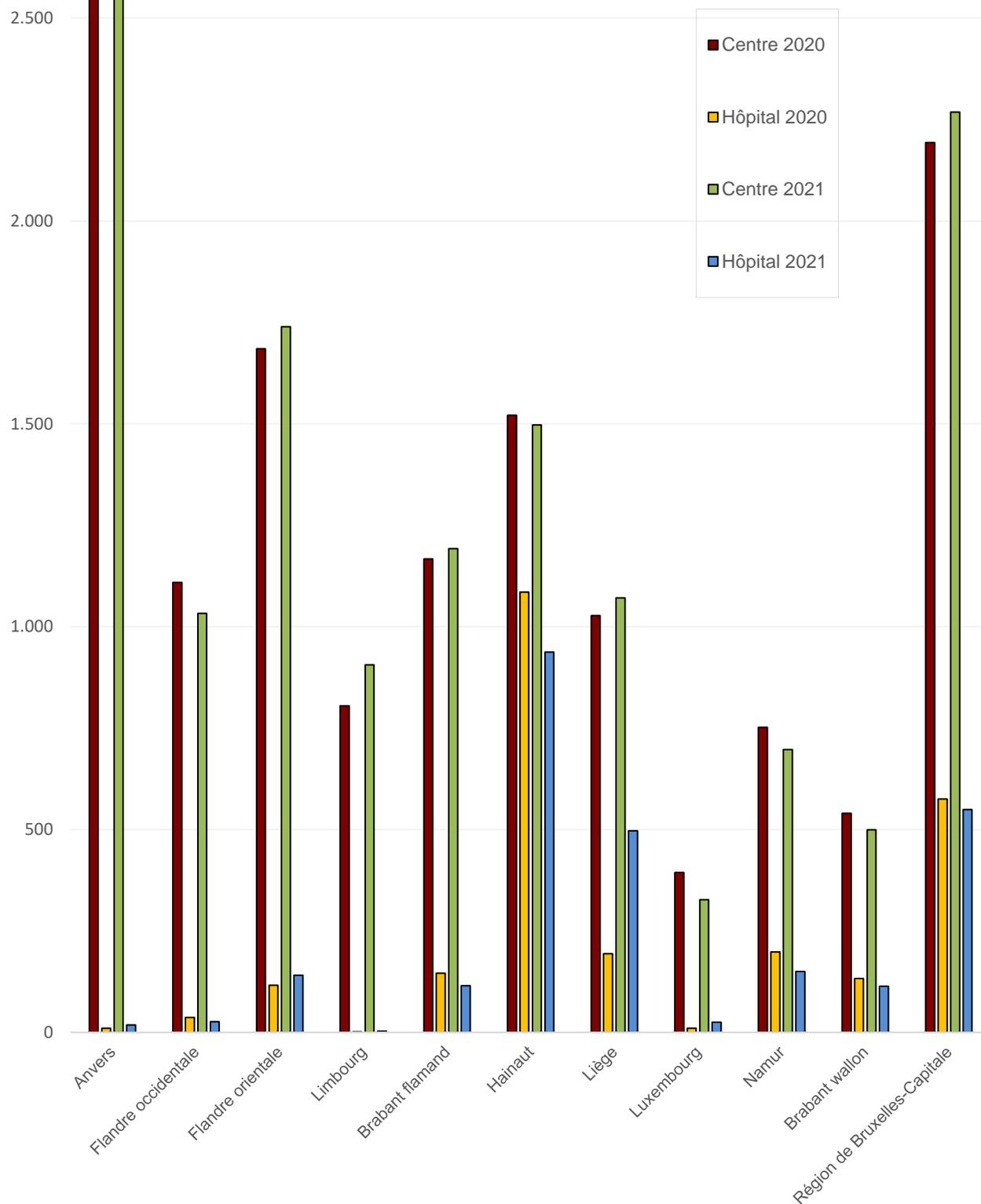
► Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme repris dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

DOMICILE	NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE JUSQU'À 12 SEMAINES MAXIMUM DEPUIS LA CONCEPTION					
	Centre	Hôpital	Total	Centre	Hôpital	Total
Province	2020	2020	2020	2021	2021	2021
Anvers	2.591	10	2.601	2.595	18	2.613
Flandre occidentale	1.109	37	1.146	1.033	26	1.059
Flandre orientale	1.685	116	1.801	1.739	141	1.880
Limbourg	805	1	806	906	3	909
Brabant flamand	1.167	146	1.313	1.192	115	1.307
Hainaut	1.521	1.085	2.606	1.497	937	2.434
Liège	1.027	194	1.221	1.071	497	1.568
Luxembourg	394	10	404	327	25	352
Namur	752	198	950	697	150	847
Brabant wallon	540	133	673	499	114	613
Région de Bruxelles-Capitale	2.193	575	2.768	2.268	549	2.817
Total	13.784	2.505		13.824	2.575	
Pas de code postal	153	23	176 (*)	134	25	159 (**)
Total général	13.937	2.528		13.958	2.600	
Après 12 semaines de grossesse depuis la conception			120			144
TOTAL GÉNÉRAL			16.585			16.702

(*) Ce chiffre correspond à la somme des femmes domiciliées à l'étranger, des femmes sans autorisation de séjour et d'une réponse non communiquée (5 femmes domiciliées à l'étranger ont réalisé un avortement après 12 semaines depuis la conception).

(**) Ce chiffre correspond à la somme des femmes domiciliées à l'étranger et des femmes sans autorisation de séjour (8 femmes domiciliées à l'étranger ont réalisé un avortement après 12 semaines depuis la conception)

Interruptions de grossesse réalisées après maximum 12 semaines de grossesse depuis la conception, par centre ou hôpital, selon le domicile de la femme



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

RAISONS (*)	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
A. RAISONS PERSONNELLES				
00 La femme se sent trop jeune	1.734	1.635	7,34	6,91
01 La femme se sent trop âgée	546	550	2,31	2,32
02 La femme est isolée	453	473	1,92	2,00
03 La femme n'a pas de souhait d'enfant	3.008	3.134	12,74	13,24
04. La grossesse n'est pas souhaitée	4.321	4.687	18,30	19,81
05 La femme souhaite ne jamais avoir d'enfant	194	219	0,82	0,93
06 La famille est complète	3.222	3.210	13,64	13,56
07 Le sexe du fœtus	6	3	0,03	0,01
B. RAISONS FAMILIALES OU RELATIONNELLES				
10 Relation récemment rompue	947	902	4,01	3,81
11 Le partenaire ne souhaite pas la grossesse	484	419	2,05	1,77
12 Relation occasionnelle	595	584	2,52	2,47
13 Relation trop récente	1.144	974	4,84	4,12
14 Relation hors couple	215	222	0,91	0,94
15 Problèmes de couple	770	690	3,26	2,92
16 Problèmes de relation avec l'entourage	111	62	0,47	0,26
17 Problèmes juridiques liés au divorce	80	72	0,34	0,30
18 Interdit culturel	188	142	0,80	0,60
C. RAISONS FINANCIÈRES OU MATÉRIELLES				
20 Problèmes financiers	911	784	3,86	3,31
21 Situation professionnelle : crainte de perdre son emploi	242	225	1,02	0,95
22 Situation professionnelle : plan de carrière	550	509	2,33	2,15
23 Problèmes de logement	468	398	1,98	1,68
24 Etudiante	1.114	1.012	4,72	4,28
D. RAISONS LIÉES AUX CONTRAINTES OU À LA VIOLENCE				
30 Viol	44	55	0,19	0,23
31 Inceste	2	2	0,01	0,01
32 Violence du partenaire	120	109	0,51	0,46
33 Pression de la famille	24	28	0,10	0,12
34 Coercition à la maternité	1	10	0,00	0,04
E. RAISONS LIÉES À DES CONVICTIIONS IDÉOLOGIQUES OU PHILOSOPHIQUES				
40 Ecologie	5	10	0,02	0,04
41 Démographie mondiale (surpopulation)	12	12	0,05	0,05
42 Raisons religieuses	63	65	0,27	0,27
F. RAISONS DE SANTÉ				
50 problèmes de santé physique de la femme	526	488	2,23	2,06
51 problèmes de santé du fœtus	108	119	0,46	0,50
52 Problèmes de santé futurs de l'enfant	127	147	0,54	0,62
53 Crainte pour la santé du fœtus	155	169	0,66	0,71
54 Problèmes de santé mentale de la femme	207	244	0,88	1,03
55 Graves problèmes de santé d'un membre de la famille	57	73	0,24	0,31
G. AUTRES RAISONS				
60 Situation administrative précaire	161	152	0,68	0,64
99 Autre, à préciser (**)	703	1.076	2,98	4,55
TOTAL	23.618	23.665	100.00	100,00

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

(**) Selon la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives (MB 29/10/2018), il n'est plus obligatoire de mentionner une situation de détresse.

► Par conséquent, une augmentation du nombre de code 99 a été observée à partir de fin octobre 2018.

3.1.3 DONNÉES MÉDICALES

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

► Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme repris dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION	NOMBRE		%		
	2020	2021	2020	2021	
0 (*)	10	11	0,06	0,07	JUSQU' À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION
1	27	41	0,16	0,25	
2	199	245	1,20	1,47	
3	1.669	1.490	10,06	8,92	
4	3.794	3.901	22,88	23,36	
5	3.843	3.967	23,17	23,75	
6	2.852	2.899	17,20	17,36	
7	1.626	1.647	9,80	9,86	
8	1.012	992	6,10	5,94	
9	629	534	3,79	3,20	
10	403	432	2,43	2,59	
11	258	287	1,56	1,72	
12	143	112	0,86	0,67	
13	13	8	0,08	0,05	
14	19	17	0,11	0,10	
15	16	20	0,10	0,12	
16	12	17	0,07	0,10	
17	7	8	0,04	0,05	
18	6	7	0,04	0,04	
19	11	4	0,07	0,02	
20	4	6	0,02	0,04	
21	4	8	0,02	0,05	
22	2	7	0,01	0,04	
23	3	10	0,02	0,06	
24	3	7	0,02	0,04	
25	2	1	0,01	0,01	
26	7	6	0,04	0,04	
27	2	5	0,01	0,03	
28	1	0	0,01	0,00	
29	3	1	0,02	0,01	
30	3	3	0,02	0,02	
31	1	3	0,01	0,02	
32	0	1	0,00	0,01	
33	0	3	0,00	0,02	
34	0	1	0,00	0,01	
35	1	1	0,01	0,01	
Total	16.585	16.702	100,00	100,00	

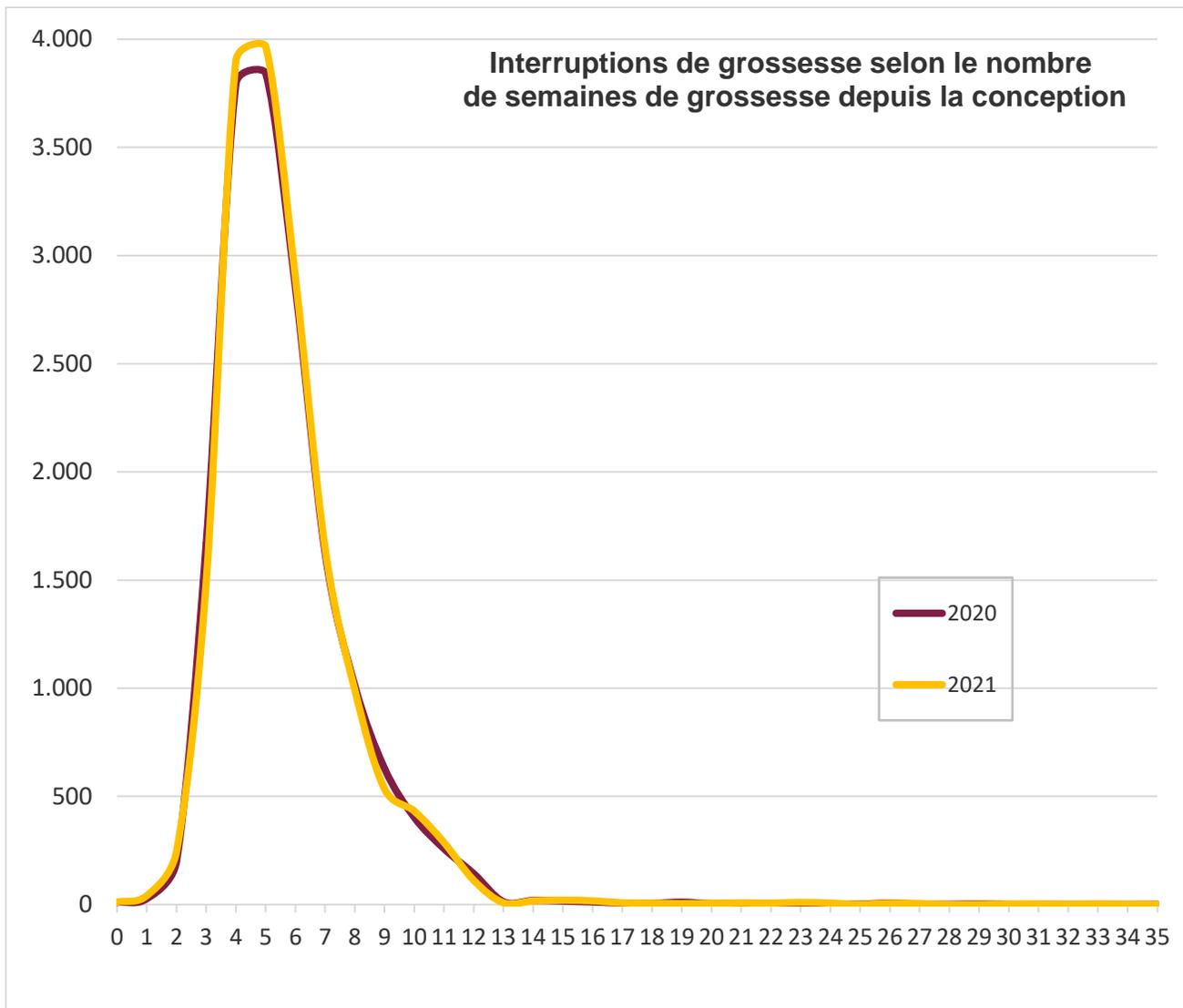
(*) Lorsqu'il a complété le document d'enregistrement, un médecin a mal interprété le nombre de semaines de grossesse car 0 semaines depuis la conception (2 semaines d'aménorrhée) correspond à l'ovulation. Une interruption de grossesse est par conséquent impossible à réaliser.

(**) En **2020**, 120 avortements après 12 semaines de grossesse depuis la conception ont été enregistrés alors que 127 avortements ont été réalisés en raison de la mise en péril de la santé de la femme ou du fait que l'enfant serait atteint d'une maladie extrêmement grave après la naissance.

En **2021**, 144 avortements après 12 semaines de grossesse depuis la conception ont été enregistrés alors que 152 avortements ont été réalisés en raison de la mise en péril de la santé de la femme ou du fait que l'enfant serait atteint d'une maladie extrêmement grave après la naissance.

MOYENNES DU NOMBRE DE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (***)

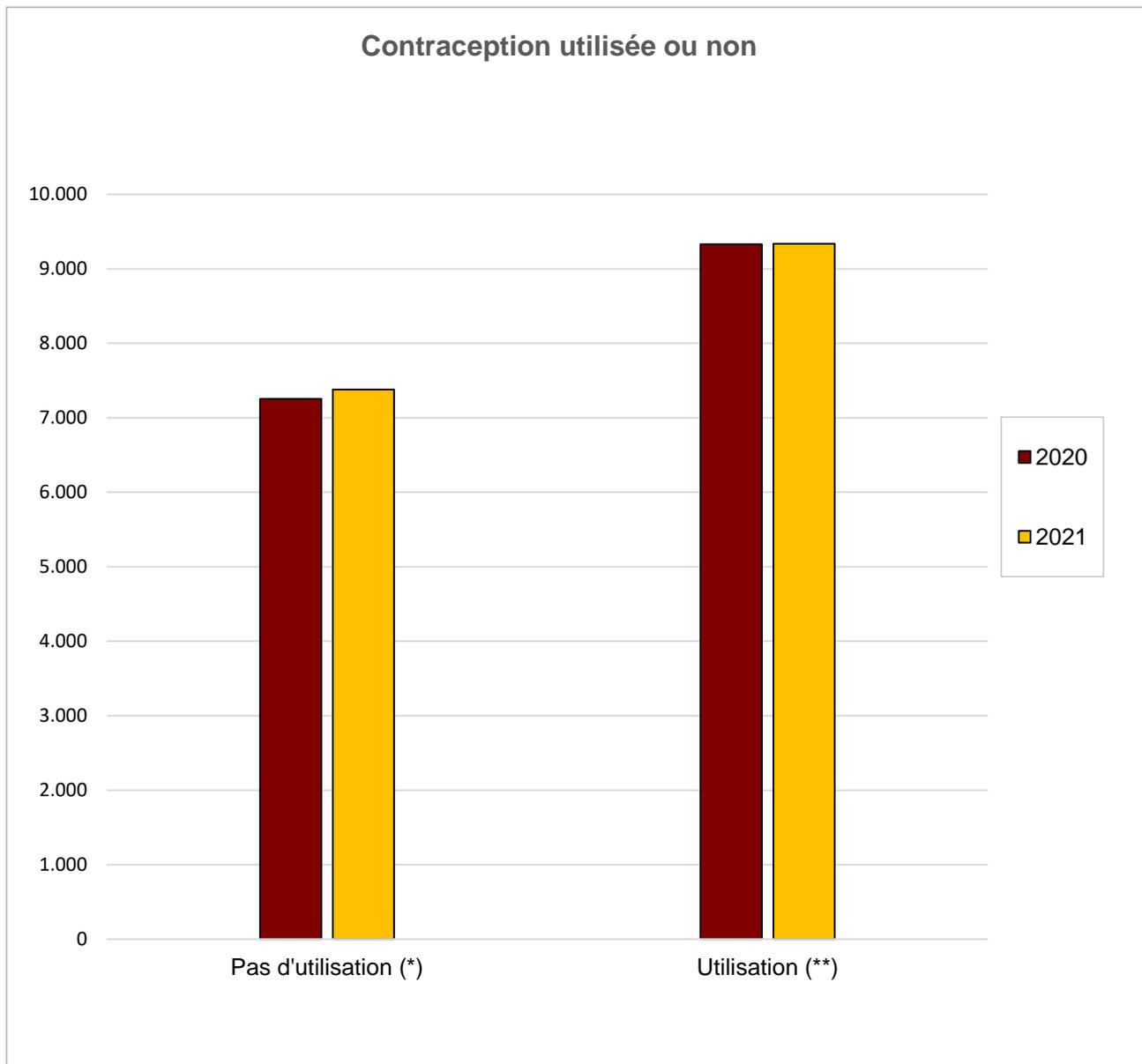
	2020	2021
Jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception	5,51	5,49
Après 12 semaines de grossesse depuis la conception	18,41	19,58



(***) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme repris dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

3.1.3.2 CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S)

CONTRACEPTION	NOMBRE DE FEMMES		%	
	2020	2021	2020	2021
Pas d'utilisation (*)	7.256	7.364	43,75	44,09
Utilisation (**)	9.329	9.338	56,25	55,91
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00

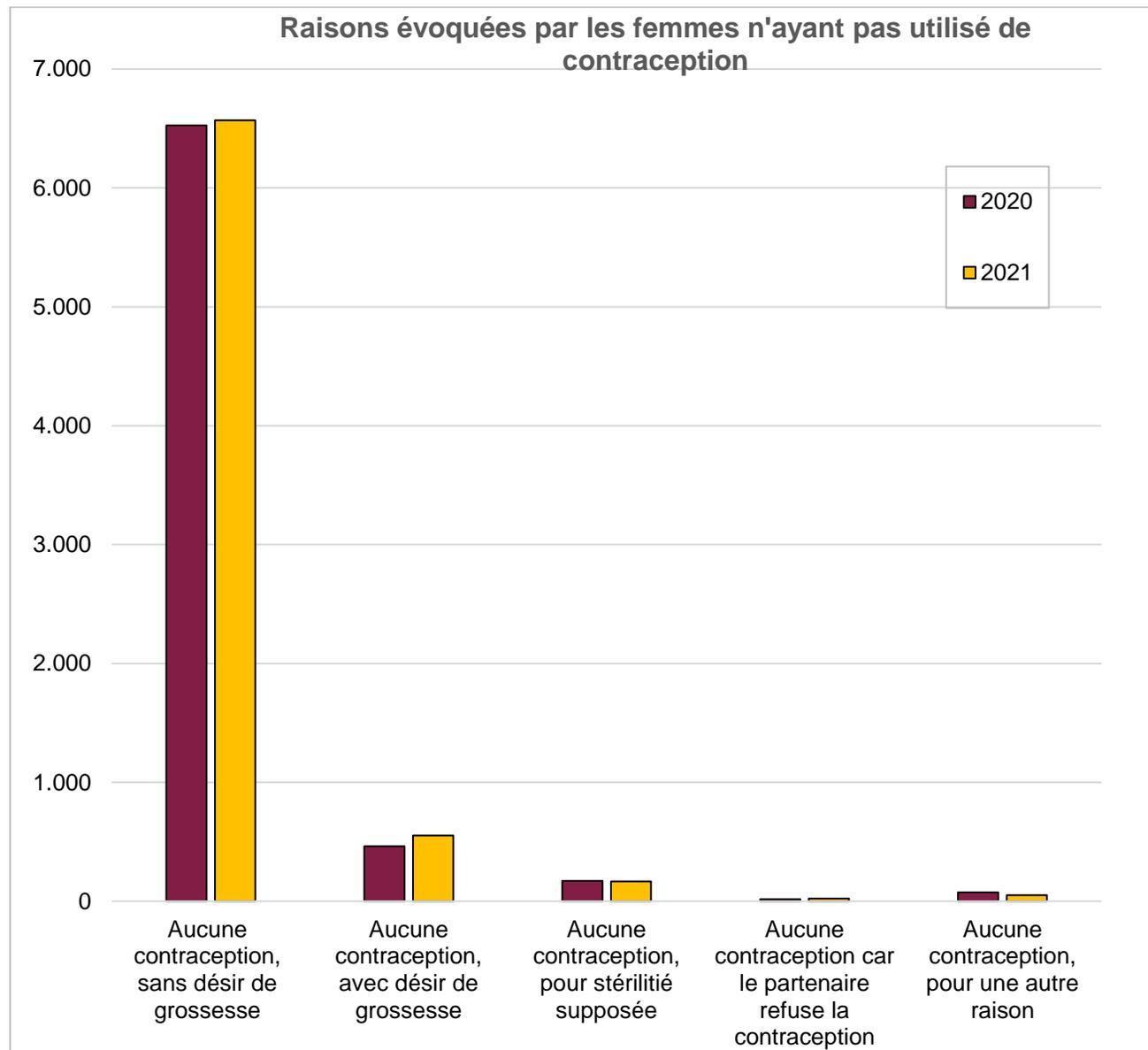


(*) Voir rubrique 4) a) NON sur le document d'enregistrement

(**) Voir rubrique 4) b) OUI sur le document d'enregistrement

A. RAISONS ÉVOQUÉES PAR LES FEMMES N'AYANT PAS UTILISÉ DE CONTRACEPTION

UTILISATION	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Aucune, sans désir de grossesse	6.527	6.568	89,95	89,19
Aucune, avec désir de grossesse	464	553	6,39	7,51
Aucune, pour stérilité supposée	173	168	2,38	2,28
Aucune, car le partenaire refuse la contraception	18	23	0,25	0,31
Aucune, pour une autre raison	74	52	1,02	0,71
TOTAL	7.256	7.364	100,00	100,00



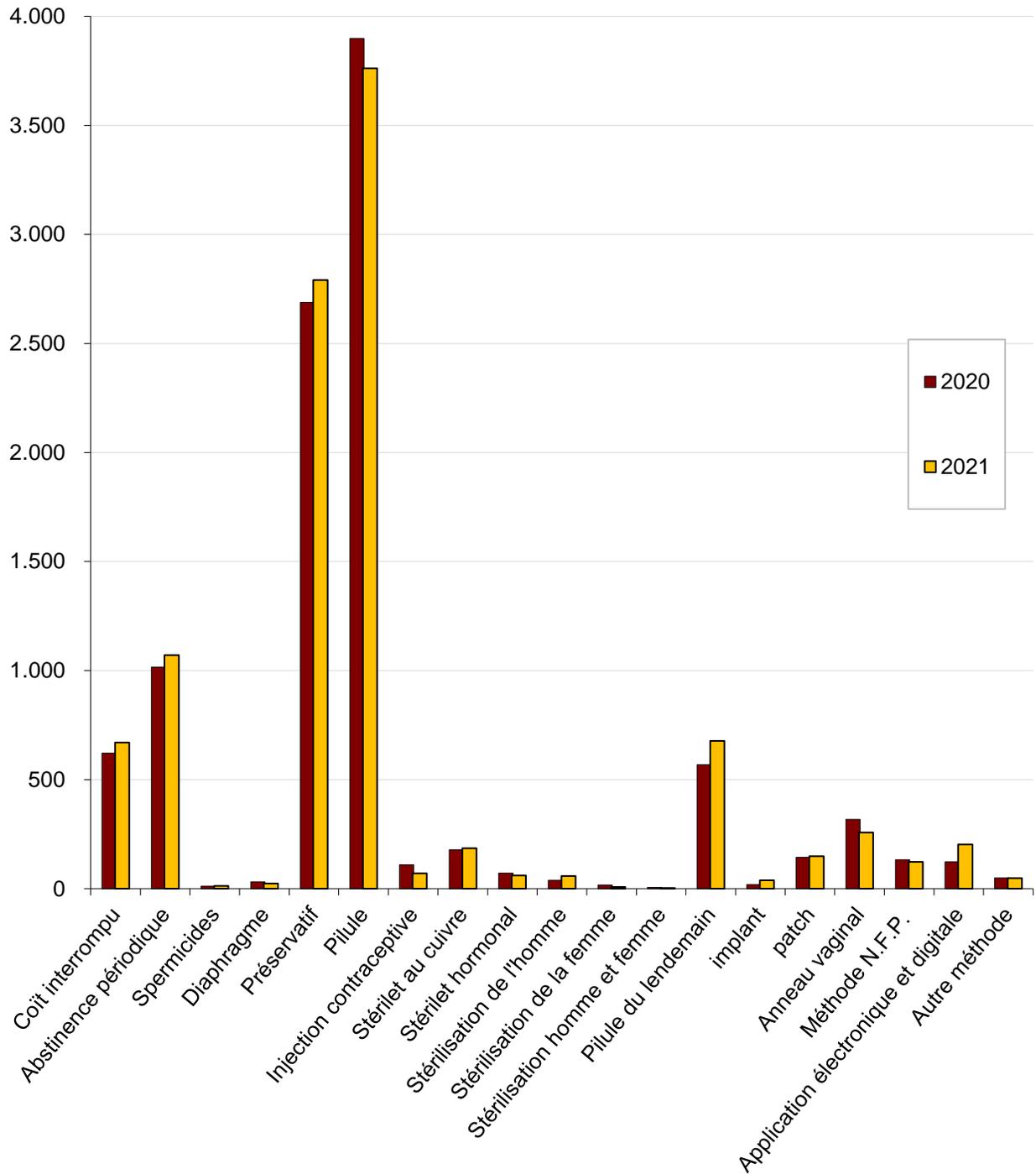
B. MÉTHODES CONTRACEPTIVES UTILISÉES PAR LES FEMMES

MÉTHODE (*)	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	621	670	6,19	6,56
Abstinence périodique	1.015	1.070	10,11	10,48
Spermicides	11	13	0,11	0,13
Diaphragme	31	24	0,31	0,24
Préservatif	2.688	2.791	26,78	27,33
Pilule	3.899	3.762	38,85	36,84
Injection contraceptive	109	70	1,09	0,69
Stérilet au cuivre	178	185	1,77	1,81
Stérilet hormonal	71	61	0,71	0,60
Stérilisation homme	38	58	0,38	0,57
Stérilisation femme	16	8	0,16	0,08
Stérilisation homme et femme	5	3	0,05	0,03
Pilule du lendemain	569	692	5,67	6,78
Implant	19	25	0,19	0,24
Patch	144	149	1,43	1,46
Anneau vaginal	318	257	3,17	2,52
Méthode N.F.P.	133	123	1,33	1,20
Application digitale ou électronique	123	202	1,23	1,98
Autre	49	48	0,49	0,47
TOTAL	10.037	10.211	100,00	6,56
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	10.037	10.211		

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

En **2020**, 9.329 femmes ont utilisé 10.037 contraceptifs. En **2021**, 9.338 femmes ont utilisé 10.211 contraceptifs.

Méthodes contraceptives utilisées

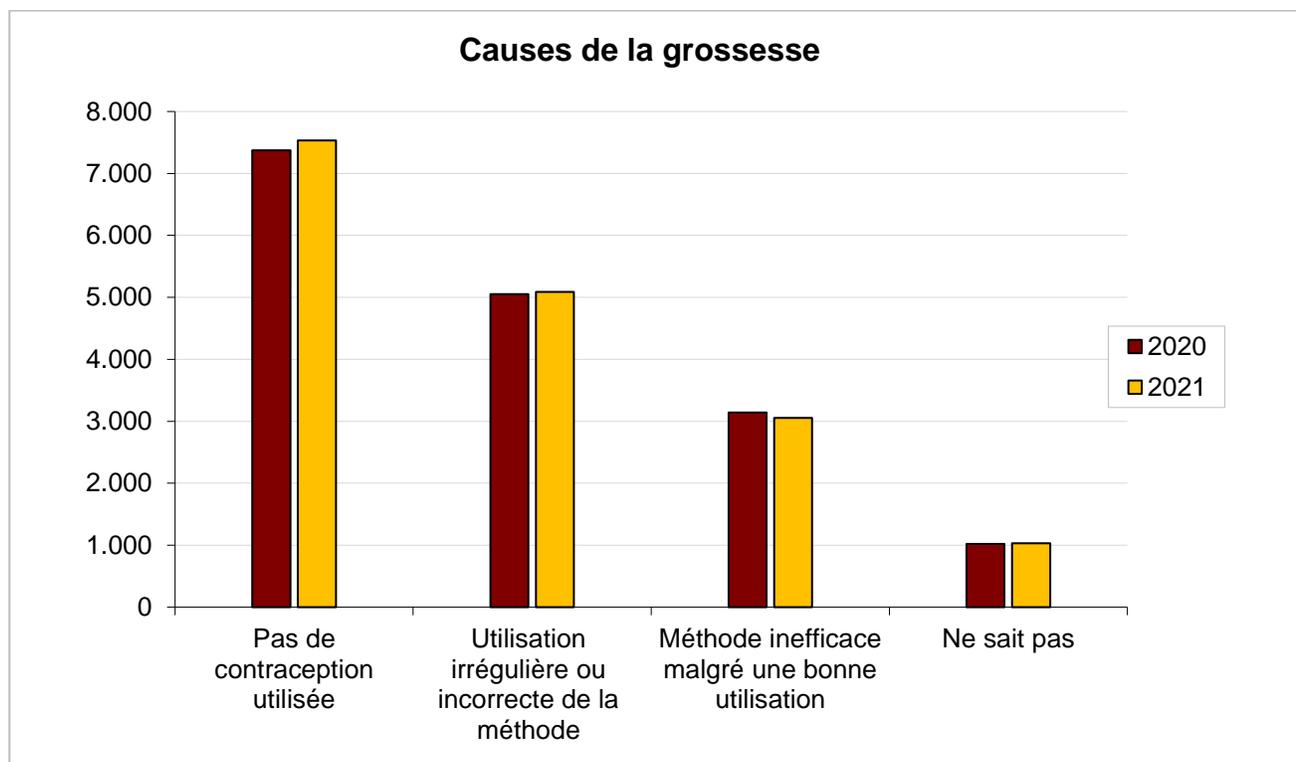


3.1.3.3 CAUSES DE LA GROSSESSE

CAUSES	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Pas d'utilisation de contraception (*)	7.375	7.481	44,47	44,79
Utilisation irrégulière ou incorrecte de la méthode	5.050	5.112	30,45	30,61
Méthode inefficace malgré un bon usage	3.141	3.077	18,94	18,42
Ne sait pas	1.019	1.032	6,14	6,18
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

(*) Ce chiffre comprend les 7.256 femmes n'ayant pas utilisé de contraception en 2020 et inclut 76 femmes ayant recouru au coït interrompu et 43 femmes ayant recouru à l'abstinence périodique pour lesquelles certains médecins ont indiqué « pas de contraception » comme cause de la grossesse.

Pour 2021, ce chiffre comprend les 7.364 femmes qui n'ont pas utilisé de contraception et inclut 74 femmes ayant recouru au coït interrompu et 43 femmes ayant recouru à l'abstinence périodique et pour lesquelles certains médecins ont indiqué « pas de contraception » comme cause de la grossesse.



► **REMARQUE IMPORTANTE** se rapportant aux points 3.1.3.2. à 3.1.3.3. (pages 46 à 50)

Ces chiffres sont établis à partir des déclarations faites aux médecins par les femmes et ne peuvent donc pas être recoupés scientifiquement.

La Commission ne possède pas d'informations quant à la fréquence d'utilisation des différentes méthodes de contraception au niveau de la population.

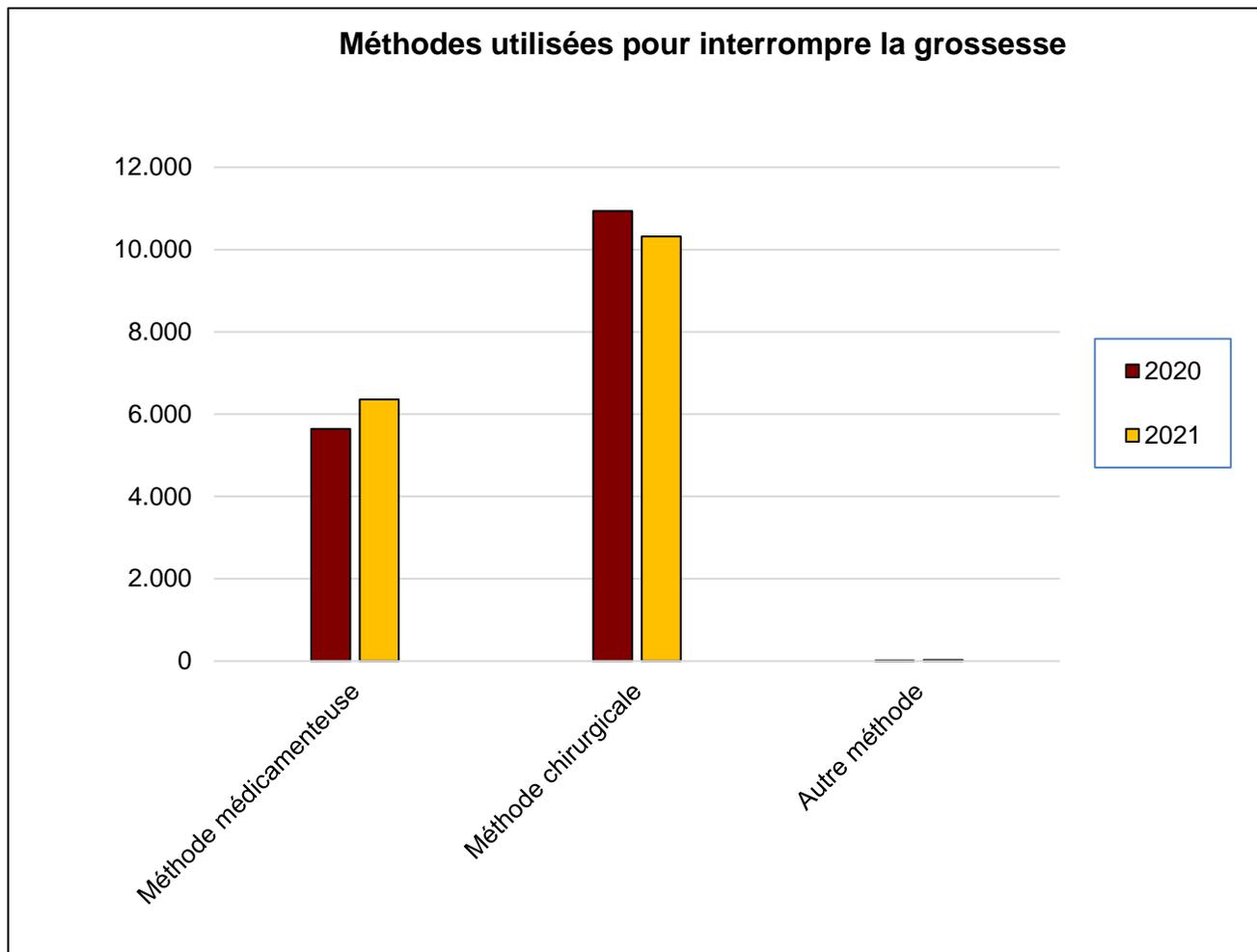
Ces données ne permettent pas à la Commission de se prononcer sur la fiabilité des moyens de contraception.

3.1.4 ASPECTS MÉDICO-TECHNIQUES DU TRAITEMENT

3.1.4.1 MÉTHODES UTILISÉES POUR INTERROMPRE LA GROSSESSE

MÉTHODE	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	5.643	6.359	34,02	38,07
Chirurgicale	10.937	10.320	65,95	61,79
Autre (*)	5	23	0,03	0,14
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

(*) Les « autre méthode » d'interruption de grossesse sont présentées à l'annexe 1, point 3.3.1.6 (page 101).



A. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

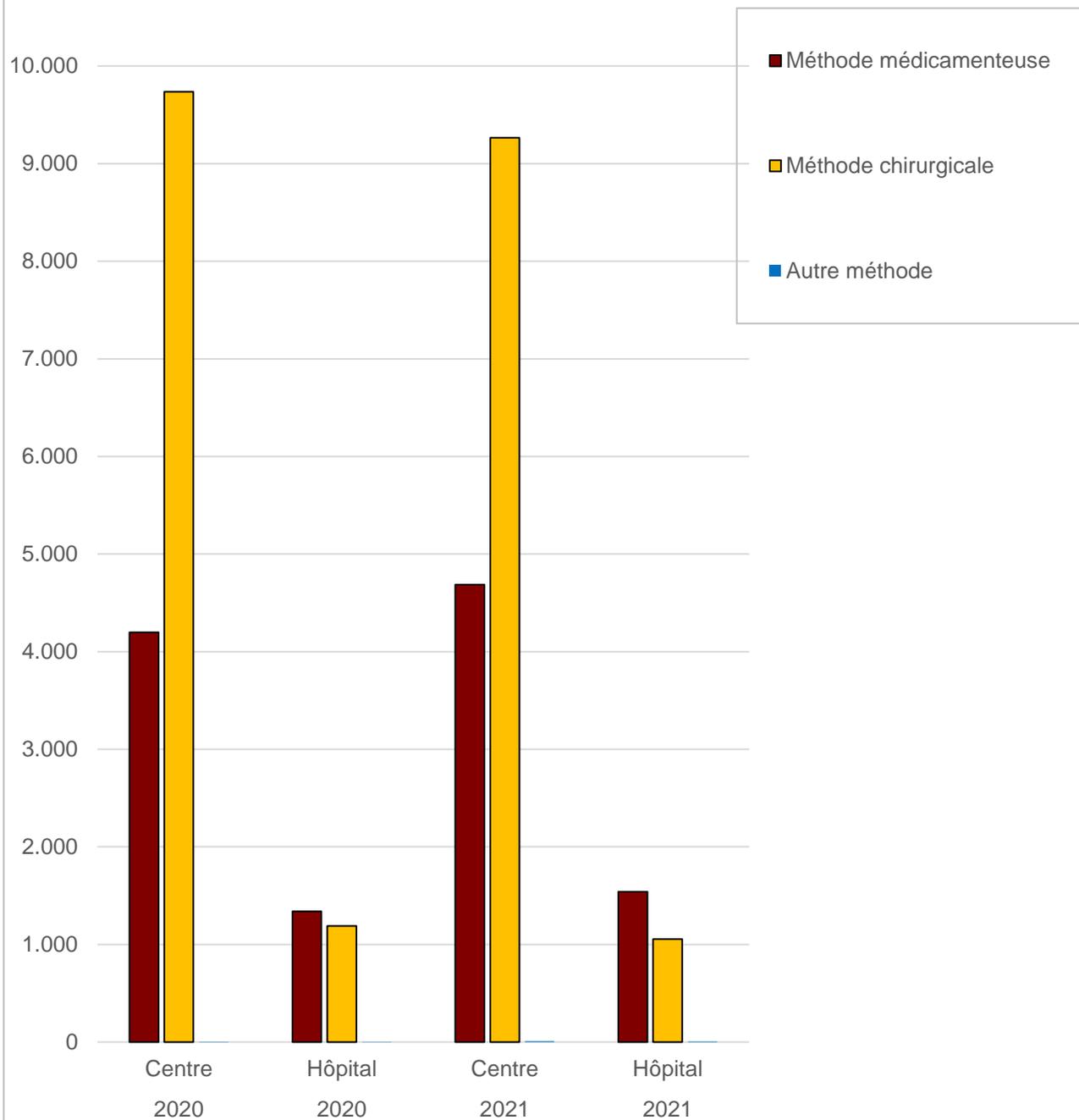
MÉTHODE	NOMBRE		NOMBRE	
	2020	2020	2021	2021
JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION (*)	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Médicamenteuse	4.197	1.338	4.685	1.539
Chirurgicale	9.737	1.189	9.264	1.054
Autre (**)	3	1	9	7
TOTAL	13.937	2.528	13.958	2.600
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	16.465		16.558	

MÉTHODE	%		%	
	2020	2020	2021	2021
JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DEPUIS LA CONCEPTION (*)	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Médicamenteuse	25,49	8,13	28,29	9,29
Chirurgicale	59,14	7,22	55,95	6,37
Autre (**)	0,02	0,01	0,05	0,04
TOTAL	84,65	15,35	84,30	15,70
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	100,00		100,00	

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme repris dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Les « autre méthode » d'interruption de grossesse sont présentées à l'annexe 1, point 3.3.1.6 (page 101).

Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital



B. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

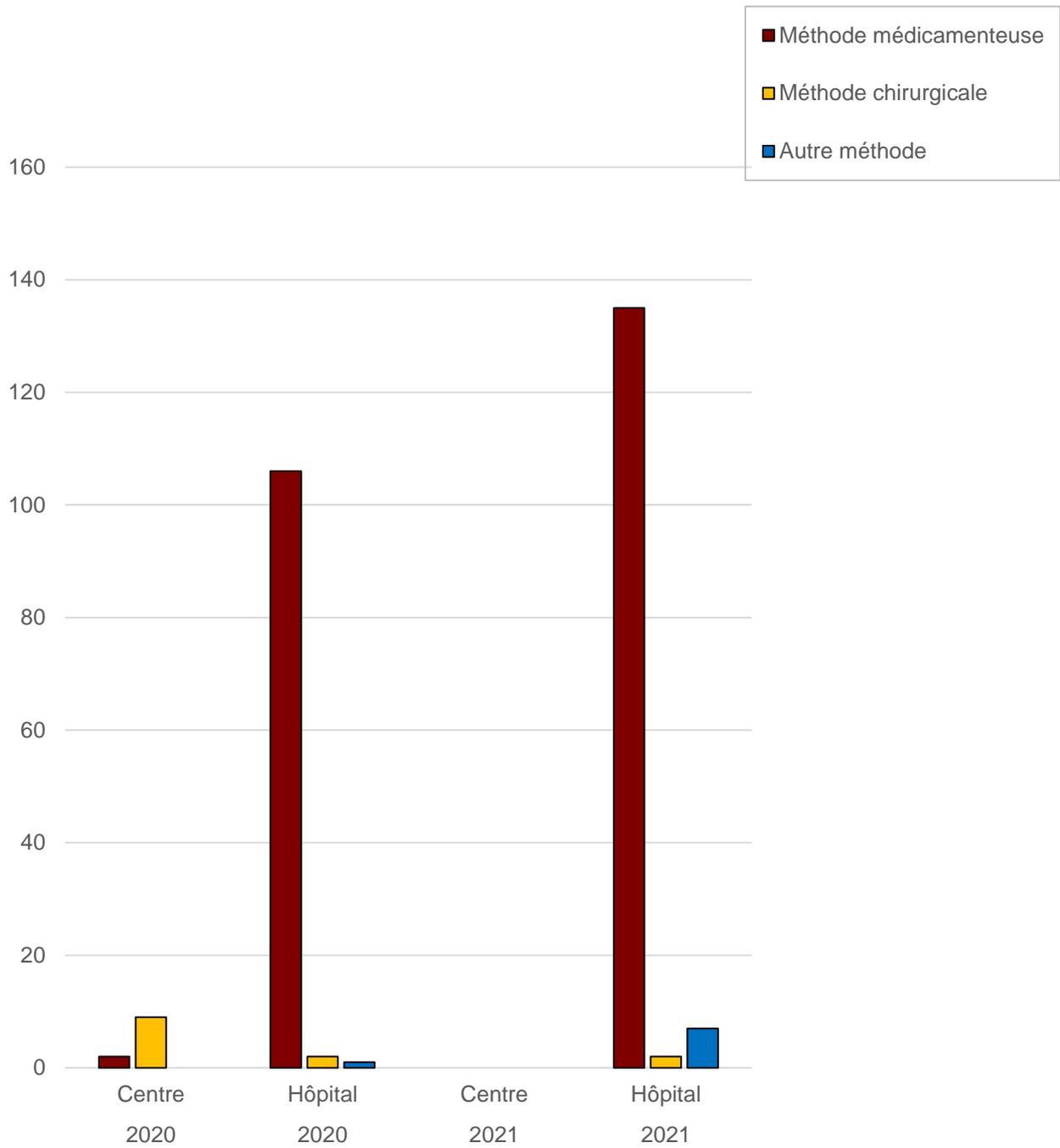
MÉTHODE	NOMBRE		NOMBRE	
	2020	2020	2021	2021
APRÈS 12 SEMAINES DEPUIS LA CONCEPTION (*)	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Médicamenteuse	2	106	0	135
Chirurgicale	9	2	0	2
Autre (**)	0	1	0	7
TOTAL	11	109	0	144
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	120		144	

MÉTHODE	%		%	
	2020	2020	2021	2021
APRÈS 12 SEMAINES DEPUIS LA CONCEPTION (*)	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Médicamenteuse	1,67	88,33	0,00	93,75
Chirurgicale	7,50	1,67	0,00	1,39
Autre (**)	0,00	0,83	0,00	4,86
TOTAL	9,17	90,83	0,00	100,00
Pas de réponse	0	0	0	0
	100,00		100,00	

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme repris dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Les « autre méthode » d'interruption de grossesse sont présentées à l'annexe 1, point 3.3.1.6 (page 101).

Méthodes d'interruption de grossesse après 12 semaines de grossesse depuis la conception dans un centre ou un hôpital



C. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE SELON LA PROVINCE OÙ SE SITUE LE CENTRE OU L'HÔPITAL ET NON SELON LE DOMICILE DE LA FEMME (NOMBRE).

NOMBRE DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES						
2020	CODE 1		CODE 2		CODE 3	
	NOMBRE					
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE	
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE
Anvers	45	583	2	2.081	1	0
Flandre occidentale	21	106	5	568	0	0
Flandre orientale	13	275	81	1.657	0	1
Limbourg	0	100	0	1.150	0	0
Brabant flamand (*)	0	0	0	0	0	0
Hainaut	557	705	593	813	1	0
Liège	119	376	76	609	0	1
Luxembourg	12	48	5	98	0	0
Namur	155	404	36	553	0	0
Brabant wallon	0	222	0	205	0	0
Région de Bruxelles-Capitale	522	1.380	393	2.012	0	1
TOTAL	1.444	4.199	1.191	9.746	2	3
TOTAL PAR MÉTHODE	5.643		10.937		5	
TOTAL GÉNÉRAL	16.585					

NOMBRE DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES						
2021	CODE 1		CODE 2		CODE 3	
	NOMBRE					
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE	
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE
Anvers	57	627	4	2.031	3	1
Flandre occidentale	5	170	8	517	0	0
Flandre orientale	26	349	95	1.488	0	0
Limbourg	3	253	0	1.126	0	0
Brabant flamand (*)	0	0	0	0	0	0
Hainaut	565	773	493	736	4	0
Liège	396	438	100	561	0	2
Luxembourg	13	38	12	84	0	0
Namur	115	360	32	545	0	2
Brabant wallon	0	199	0	152	0	0
Région de Bruxelles-Capitale	494	1.478	312	2.024	7	4
TOTAL	1.674	4.685	1.056	9.264	14	9
TOTAL PAR MÉTHODE	6359		10.320		23	
TOTAL GÉNÉRAL	16.702					

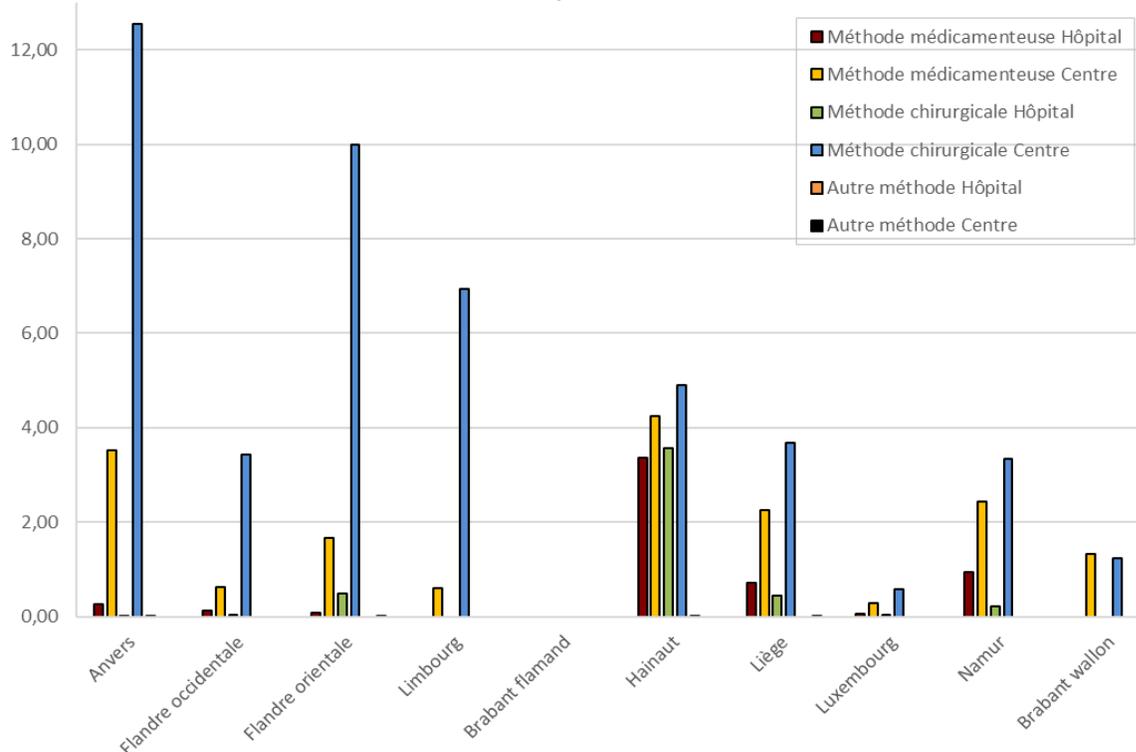
(*) Aucune interruption de grossesse n'a été enregistrée dans un hôpital du Brabant flamand. Cette province ne compte pas de centre dédié aux interruptions de grossesse = abortuscentra.

D. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE SELON LA PROVINCE OÙ SE SITUE LE CENTRE OU L'HÔPITAL ET NON SELON LE DOMICILE DE LA FEMME (%).

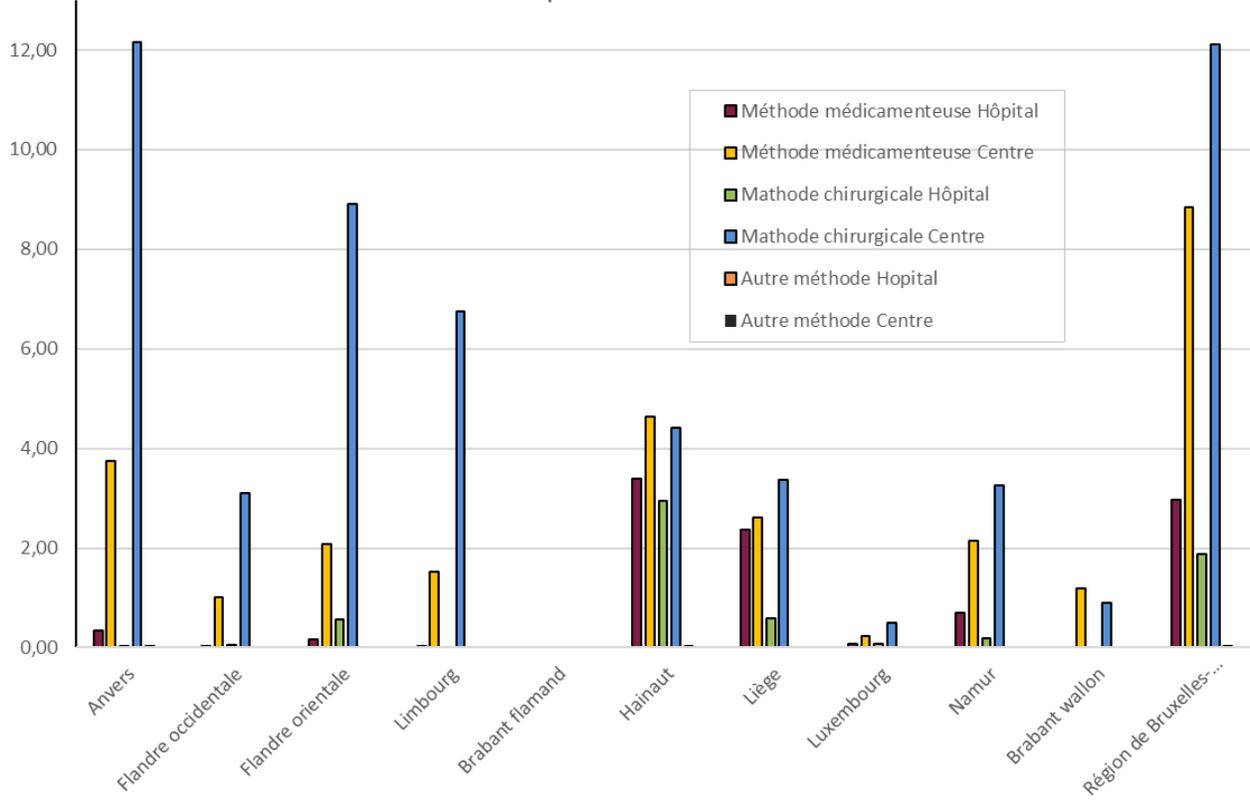
% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE							
OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES							
2020	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	0,27	3,52	0,01	12,55	0,01	0,00	16,35
Flandre occidentale	0,13	0,64	0,03	3,42	0,00	0,00	4,22
Flandre orientale	0,08	1,66	0,49	9,99	0,00	0,01	12,22
Limbourg	0,00	0,60	0,00	6,93	0,00	0,00	7,54
Brabant flamand	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	3,36	4,25	3,58	4,90	0,01	0,00	16,09
Liège	0,72	2,27	0,46	3,67	0,00	0,01	7,12
Luxembourg	0,07	0,29	0,03	0,59	0,00	0,00	0,98
Namur	0,93	2,44	0,22	3,33	0,00	0,00	6,92
Brabant wallon	0,00	1,34	0,00	1,24	0,00	0,00	2,57
Région de Bruxelles-Capitale	3,15	8,32	2,37	12,13	0,00	0,01	25,98
TOTAL	8,71	25,32	7,18	58,76	0,01	0,02	100,00

% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE							
OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES							
2021	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	0,34	3,75	0,02	12,16	0,02	0,01	16,31
Flandre occidentale	0,03	1,02	0,05	3,10	0,00	0,00	4,19
Flandre orientale	0,16	2,09	0,57	8,91	0,00	0,00	11,72
Limbourg	0,02	1,51	0,00	6,74	0,00	0,00	8,27
Brabant flamand (*)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	3,38	4,63	2,95	4,41	0,02	0,00	15,39
Liège	2,37	2,62	0,60	3,36	0,00	0,01	8,96
Luxembourg	0,08	0,23	0,07	0,50	0,00	0,00	0,88
Namur	0,69	2,16	0,19	3,26	0,00	0,01	6,31
Brabant wallon	0,00	1,19	0,00	0,91	0,00	0,00	2,10
Région de Bruxelles-Capitale	2,96	8,85	1,87	12,12	0,04	0,02	25,86
TOTAL	10,03	28,25	6,32	55,47	0,08	0,05	100,00

Méthode d'interruption de grossesse par province où se situent les centres et hôpitaux - 2020



Méthode d'interruption de grossesse par province où se situent les centres et hôpitaux - 2021



E. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE JUSQU'À MAXIMUM 8 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION, SELON LA PROVINCE OU SE SITUE LE CENTRE OU L'HÔPITAL ET NON SELON LE DOMICILE DE LA FEMME (%)

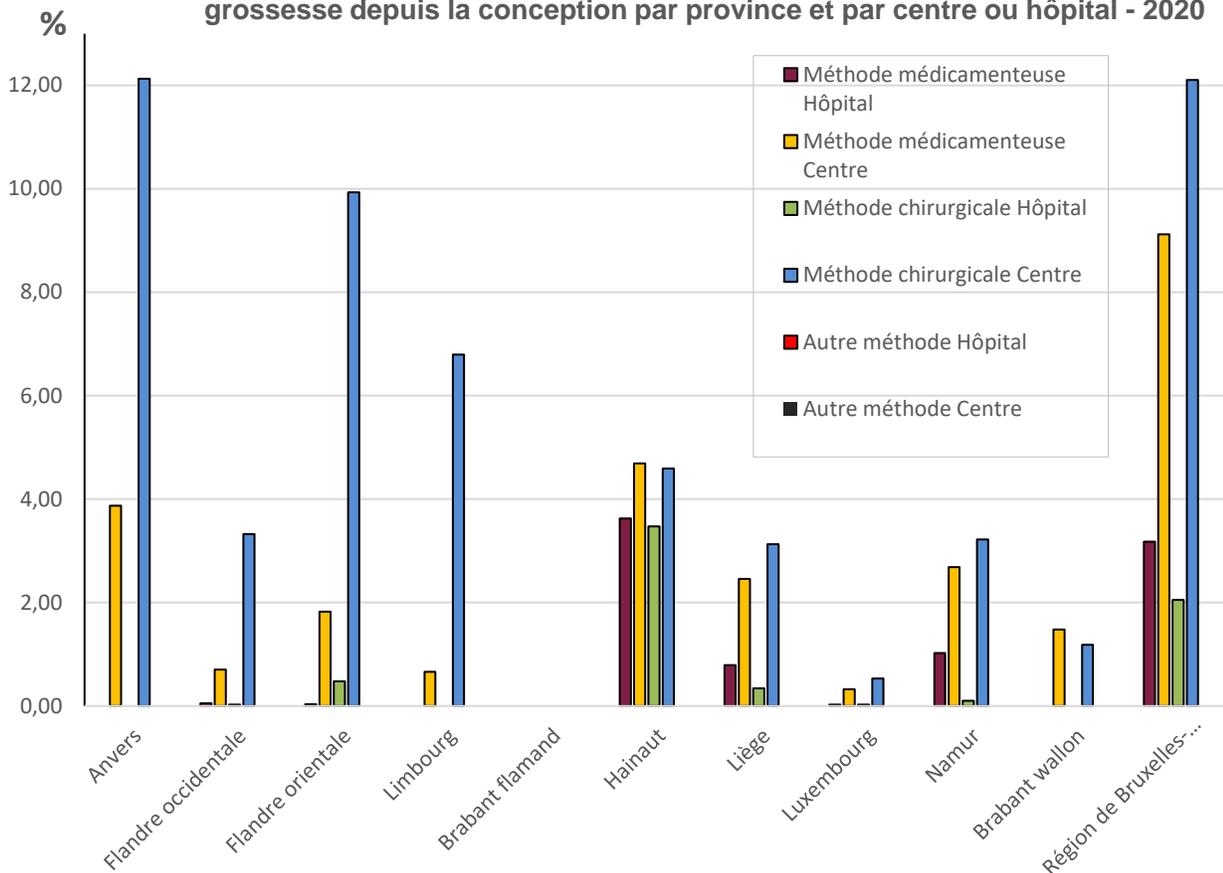
% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE							
OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES							
JUSQU'À MAXIMUM 8 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)							
2020	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	0,00	3,87	0,00	12,13	0,00	0,00	16,00
Flandre occidentale	0,05	0,71	0,03	3,33	0,00	0,00	4,11
Flandre orientale	0,03	1,82	0,48	9,93	0,00	0,01	12,28
Limbourg	0,00	0,66	0,00	6,79	0,00	0,00	7,45
Brabant flamand (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	3,63	4,69	3,47	4,59	0,00	0,00	16,38
Liège	0,79	2,45	0,34	3,13	0,00	0,01	6,72
Luxembourg	0,03	0,32	0,03	0,53	0,00	0,00	0,90
Namur	1,02	2,69	0,10	3,22	0,00	0,00	7,03
Brabant wallon	0,00	1,48	0,00	1,18	0,00	0,00	2,66
Région de Bruxelles-Capitale	3,18	9,12	2,05	12,10	0,00	0,01	26,46
TOTAL	8,74	27,81	6,49	56,94	0,00	0,03	100,00

% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE							
OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES							
JUSQU'À MAXIMUM 8 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)							
2021	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	0,00	4,12	0,00	11,83	0,00	0,01	15,96
Flandre occidentale	0,01	1,11	0,05	3,02	0,00	0,00	4,19
Flandre orientale	0,13	2,29	0,59	8,70	0,00	0,00	11,71
Limbourg	0,00	1,67	0,00	6,59	0,00	0,00	8,26
Brabant flamand (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	3,30	5,08	2,53	4,16	0,00	0,00	15,07
Liège	2,59	2,88	0,38	3,07	0,00	0,01	8,94
Luxembourg	0,05	0,25	0,06	0,44	0,00	0,01	0,81
Namur	0,75	2,37	0,12	3,19	0,00	0,01	6,44
Brabant wallon	0,00	1,30	0,00	0,93	0,00	0,00	2,23
Région de Bruxelles-Capitale	3,13	9,71	1,67	11,82	0,03	0,03	26,39
TOTAL	9,96	30,79	5,40	53,76	0,03	0,06	100,00

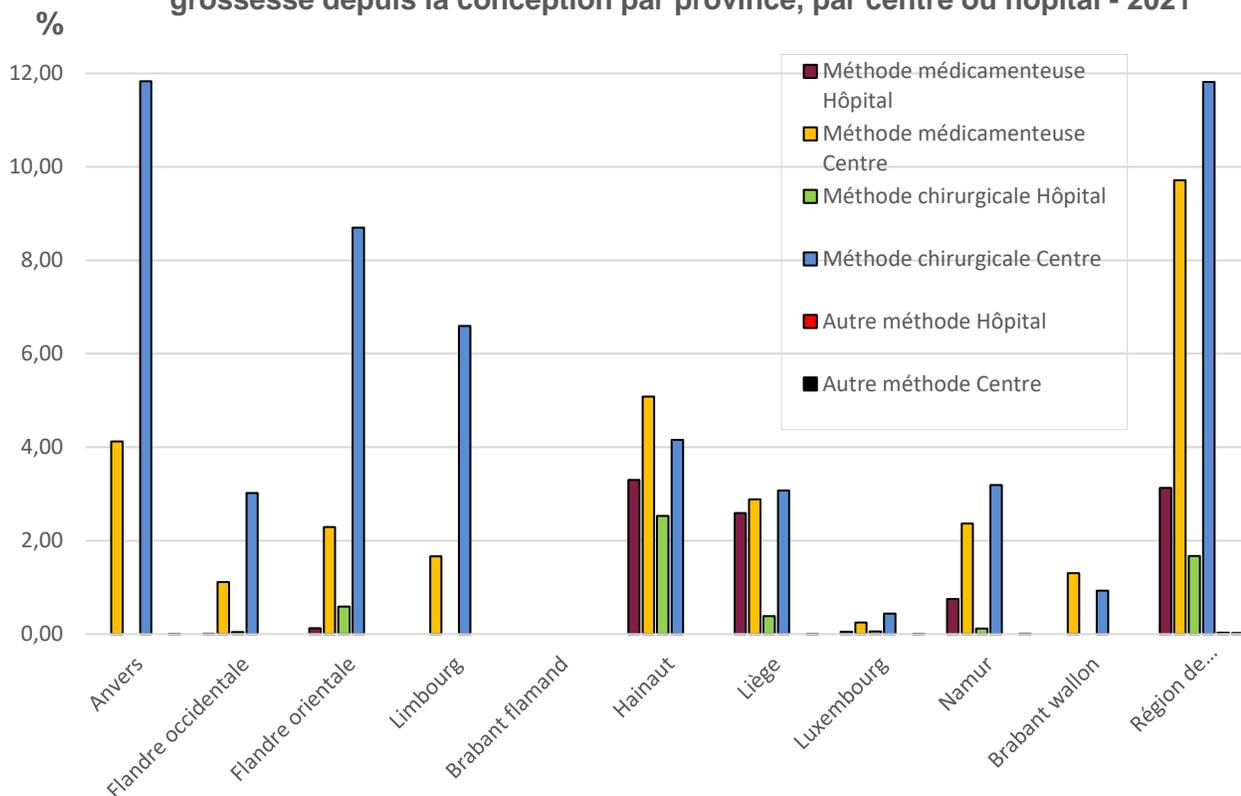
(*) 8 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 10 semaines d'aménorrhée.

(**) Aucun avortement n'a été enregistré dans un hôpital du Brabant flamand; cette province ne compte pas d'« abortuscentra » (centre où se pratique des avortements).

Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à maximum 8 semaines de grossesse depuis la conception par province et par centre ou hôpital - 2020



Méthodes d'interruption de grossesse jusqu'à maximum 8 semaines de grossesse depuis la conception par province, par centre ou hôpital - 2021



F. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE DE 9 À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION, SELON LA PROVINCE OU SE SITUE LE CENTRE OU L'HÔPITAL ET NON SELON LE DOMICILE DE LA FEMME (%)

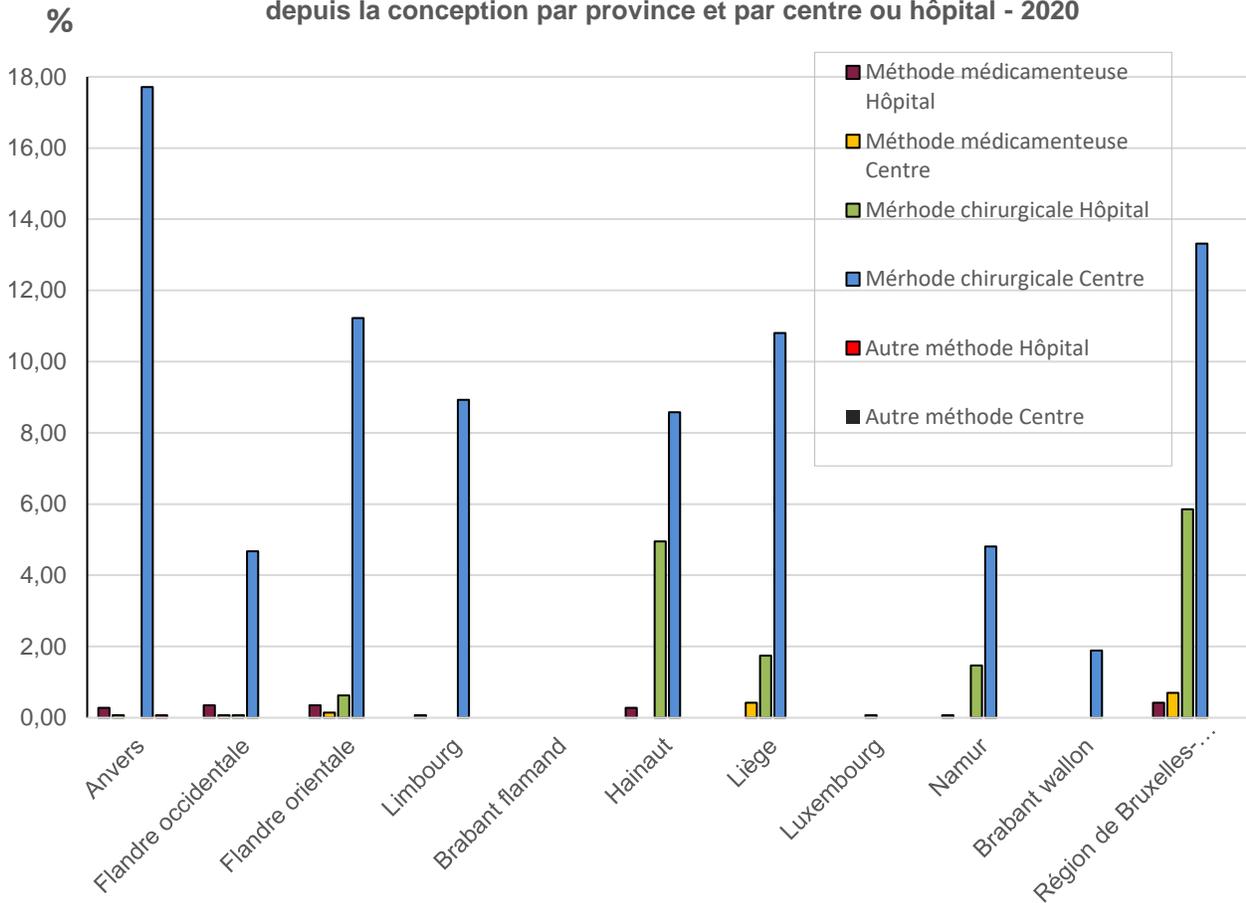
% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE							
OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES							
DE 9 À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)							
2020	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	0,28	0,07	0,00	17,71	0,07	0,00	18,13
Flandre occidentale	0,35	0,07	0,07	4,67	0,00	0,00	5,16
Flandre orientale	0,35	0,14	0,63	11,23	0,00	0,00	12,34
Limbourg	0,07	0,00	0,00	8,93	0,00	0,00	9,00
Brabant flamand (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	0,28	0,00	4,95	8,58	0,00	0,00	13,81
Liège	0,00	0,42	1,74	10,81	0,00	0,00	12,97
Luxembourg	0,00	0,00	0,07	0,00	0,00	0,00	0,07
Namur	0,07	0,00	1,46	4,81	0,00	0,00	6,35
Brabant wallon	0,00	0,00	0,00	1,88	0,00	0,00	1,88
Région de Bruxelles-Capitale	0,42	0,70	5,86	13,32	0,00	0,00	20,29
TOTAL	1,81	1,39	14,78	81,94	0,07	0,00	100,00

% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE							
OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES							
DE 9 À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)							
2021	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	0,73	0,07	0,29	17,07	0,00	0,00	18,17
Flandre occidentale	0,07	0,07	0,07	4,25	0,00	0,00	4,47
Flandre orientale	0,15	0,07	0,37	12,16	0,00	0,00	12,75
Limbourg	0,00	0,00	0,00	9,08	0,00	0,00	9,08
Brabant flamand (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	0,44	0,15	6,08	7,62	0,07	0,00	14,36
Liège	0,15	0,00	3,08	6,08	0,00	0,00	9,30
Luxembourg	0,00	0,00	0,22	2,05	0,00	0,00	2,27
Namur	0,00	0,00	1,03	4,40	0,00	0,00	5,42
Brabant wallon	0,00	0,07	0,07	0,81	0,00	0,00	0,95
Région de Bruxelles-Capitale	0,37	0,15	5,93	16,70	0,07	0,00	23,22
TOTAL	1,90	0,59	17,14	80,22	0,08	0,05	100,00

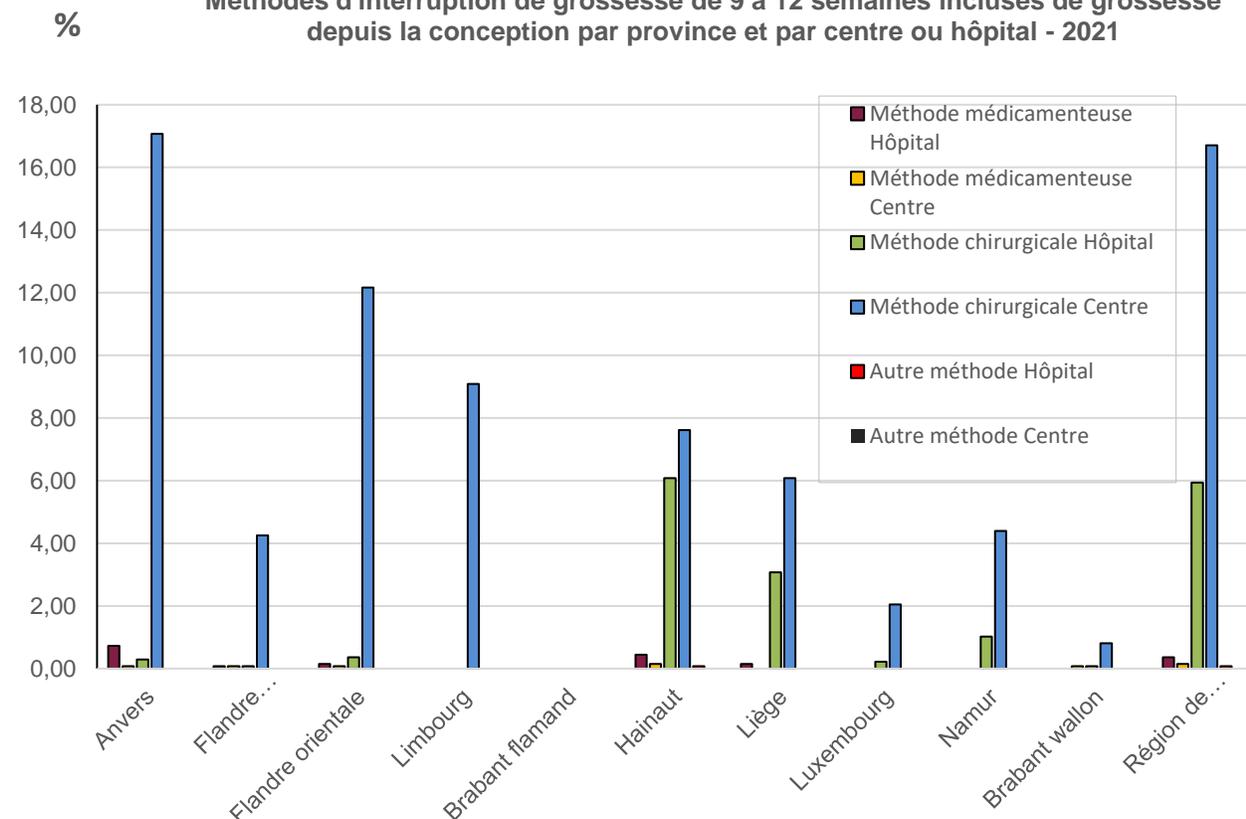
(*) 9 à 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 11 à 14 semaines d'aménorrhée.

(**) Aucun avortement n'a été enregistré dans un hôpital du Brabant flamand; cette province ne compte pas d' « abortuscentra » (centre d'avortement).

Méthodes d'interruption de grossesse de 9 à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception par province et par centre ou hôpital - 2020



Méthodes d'interruption de grossesse de 9 à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception par province et par centre ou hôpital - 2021



G. MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE À PARTIR DE 13 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION, SELON LA PROVINCE OU SE SITUE LE CENTRE OU L'HÔPITAL ET NON SELON LE DOMICILE DE LA FEMME (%)

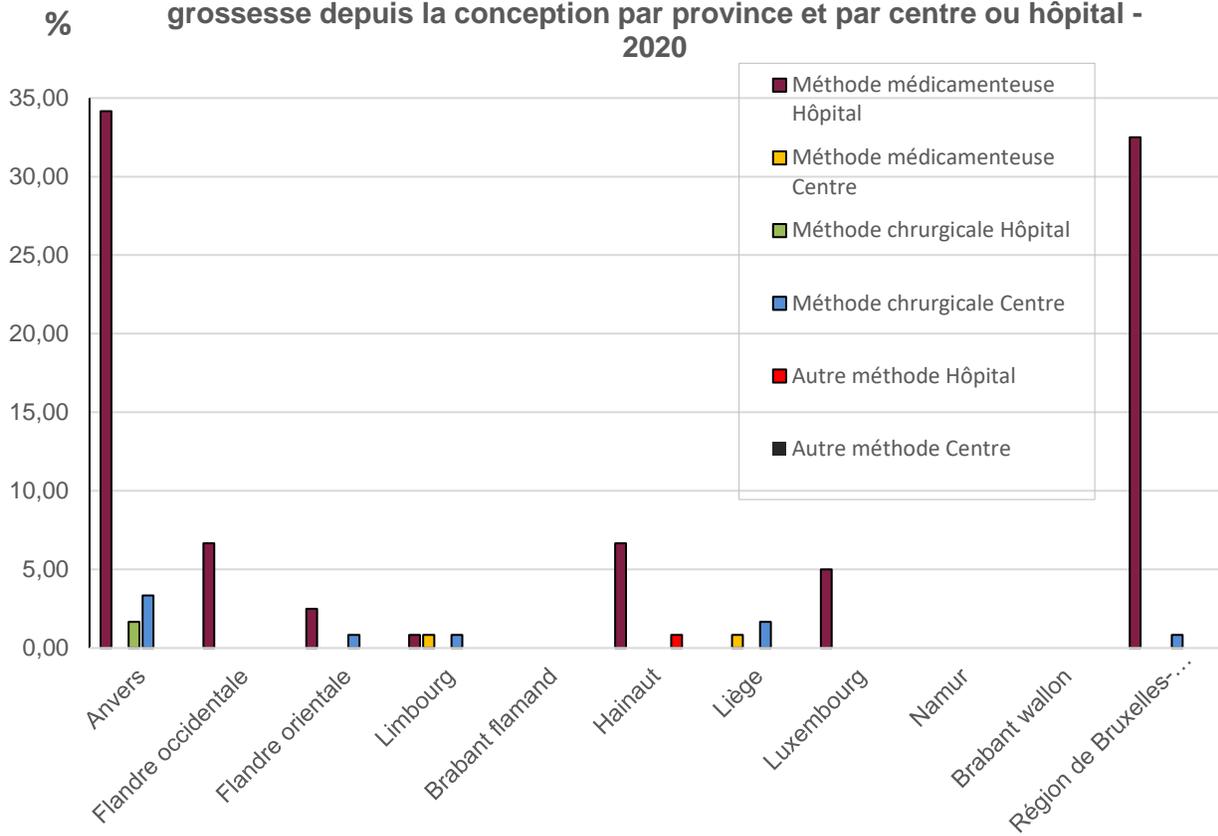
% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES À PARTIR DE 13 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)							
2020	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
SEMAINES	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	34,17	0,00	1,67	3,33	0,00	0,00	39,17
Flandre occidentale	6,67	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,67
Flandre orientale	2,50	0,00	0,00	0,83	0,00	0,00	3,33
Limbourg	0,83	0,83	0,00	0,83	0,00	0,00	2,50
Brabant flamand (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	6,67	0,00	0,00	0,00	0,83	0,00	7,50
Liège	0,00	0,83	0,00	1,67	0,00	0,00	2,50
Luxembourg	5,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	5,00
Namur	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Brabant wallon	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Région de Bruxelles-Capitale	32,50	0,00	0,00	0,83	0,00	0,00	33,33
TOTAL	88,33	1,67	1,67	7,50	0,83	0,00	100,00

% DE MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE PAR PROVINCE OÙ SONT SITUÉS LES HÔPITAUX ET LES CENTRES À PARTIR DE 13 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)							
2021	CODE 1		CODE 2		CODE 3		
	%						
PROVINCE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE MÉTHODE		TOTAL
	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	
Anvers	32,87	0,00	0,00	0,00	2,10	0,00	34,97
Flandre occidentale	1,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,40
Flandre orientale	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50
Limbourg	2,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,10
Brabant flamand (**)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Hainaut	5,59	0,00	0,00	0,00	2,10	0,00	7,69
Liège	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Luxembourg	3,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,50
Namur	0,70	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,70
Brabant wallon	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Région de Bruxelles-Capitale	44,76	0,00	0,70	0,00	0,70	0,00	46,15
TOTAL	94,41	0,00	0,70	0,00	4,90	0,00	100,00

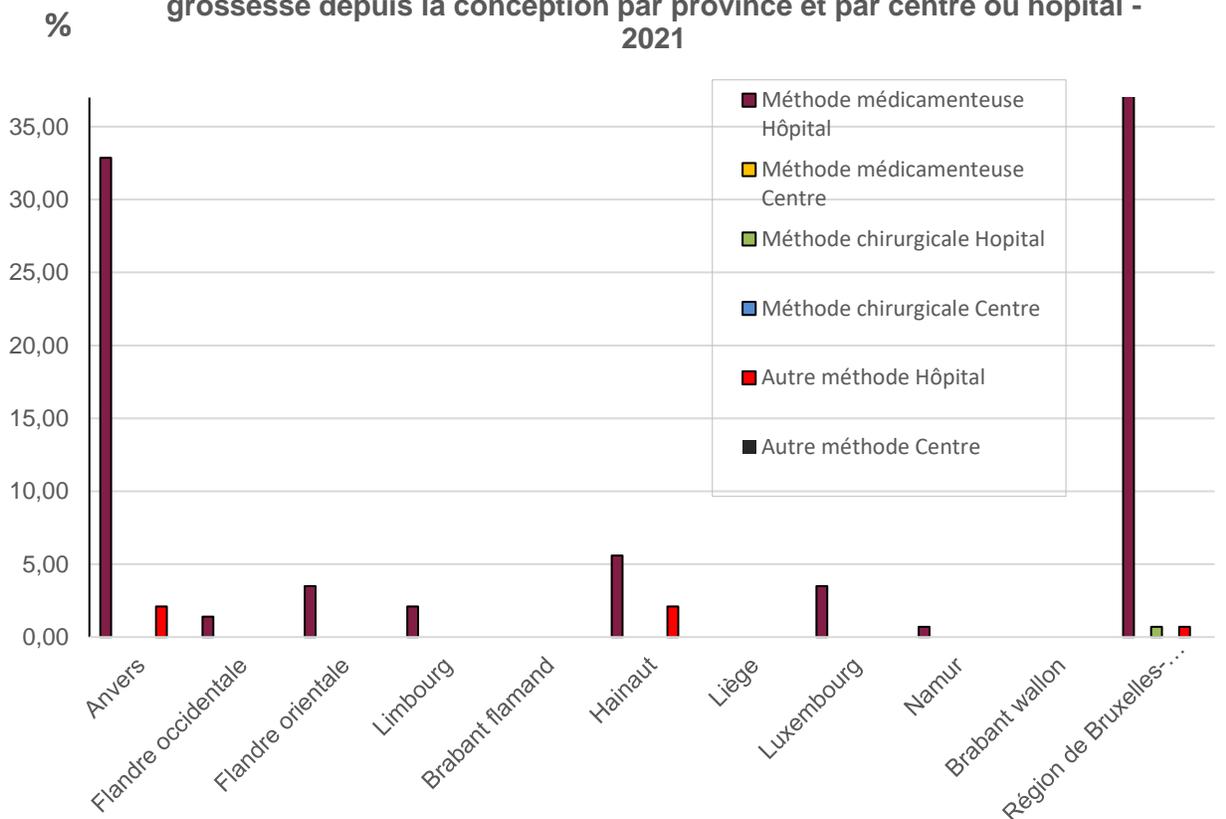
(*) 13 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 15 semaines d'aménorrhée.

(**) Aucun avortement n'a été enregistré dans un hôpital du Brabant flamand; cette province ne compte pas d' « abortuscentra » (centre d'avortement).

Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse depuis la conception par province et par centre ou hôpital - 2020



Méthodes d'interruption de grossesse à partir de 13 semaines de grossesse depuis la conception par province et par centre ou hôpital - 2021

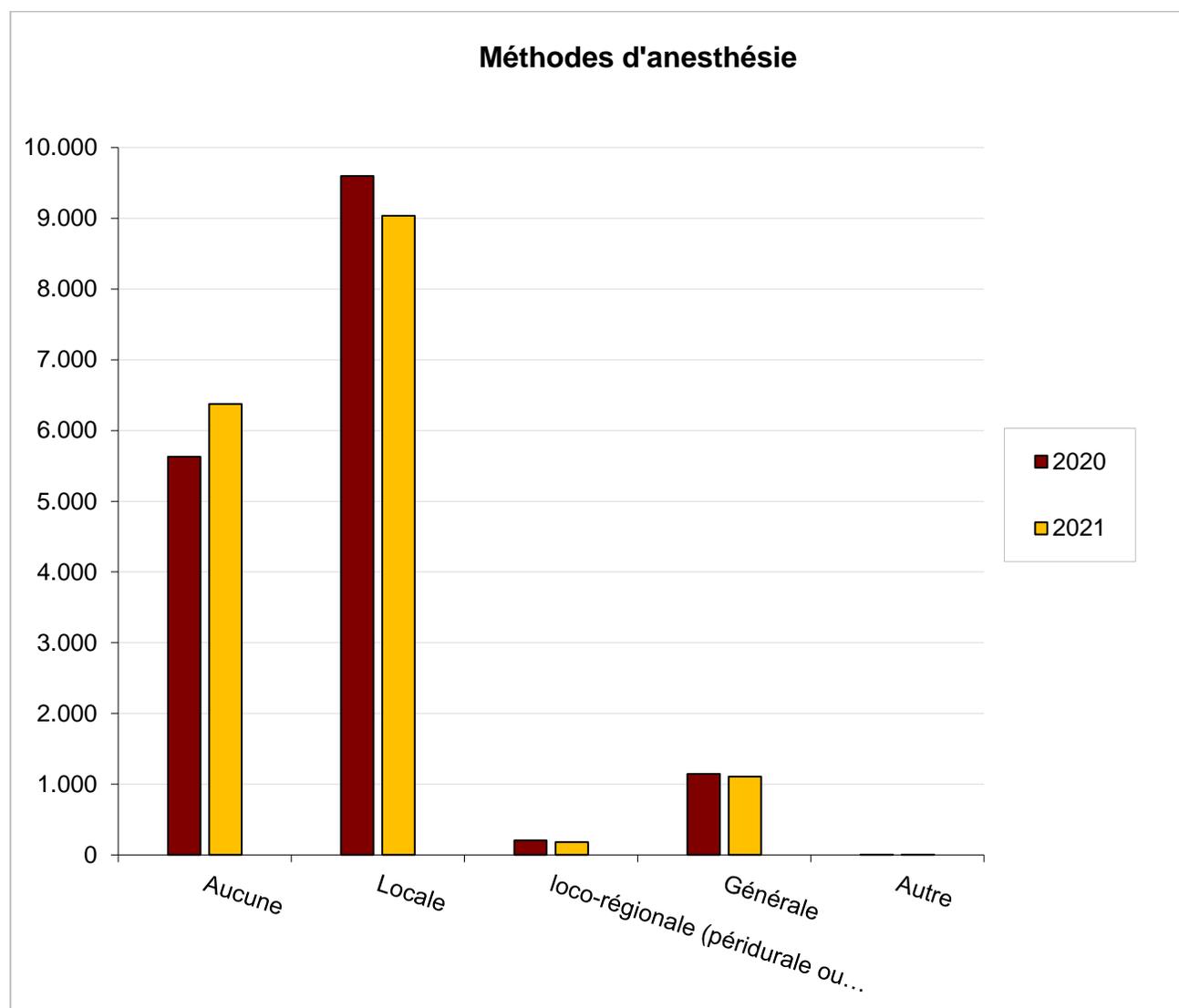


3.1.4.2 MÉTHODES D'ANESTHÉSIE

MÉTHODE	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Aucune (*)	5.631	6.374	33,95	38,16
Locale	9.600	9.036	57,88	54,10
Loco-régionale (péridurale / rachianesthésie)	207	181	1,25	1,08
Générale	1.144	1.108	6,90	6,63
Autre (**)	3	3	0,02	0,02
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

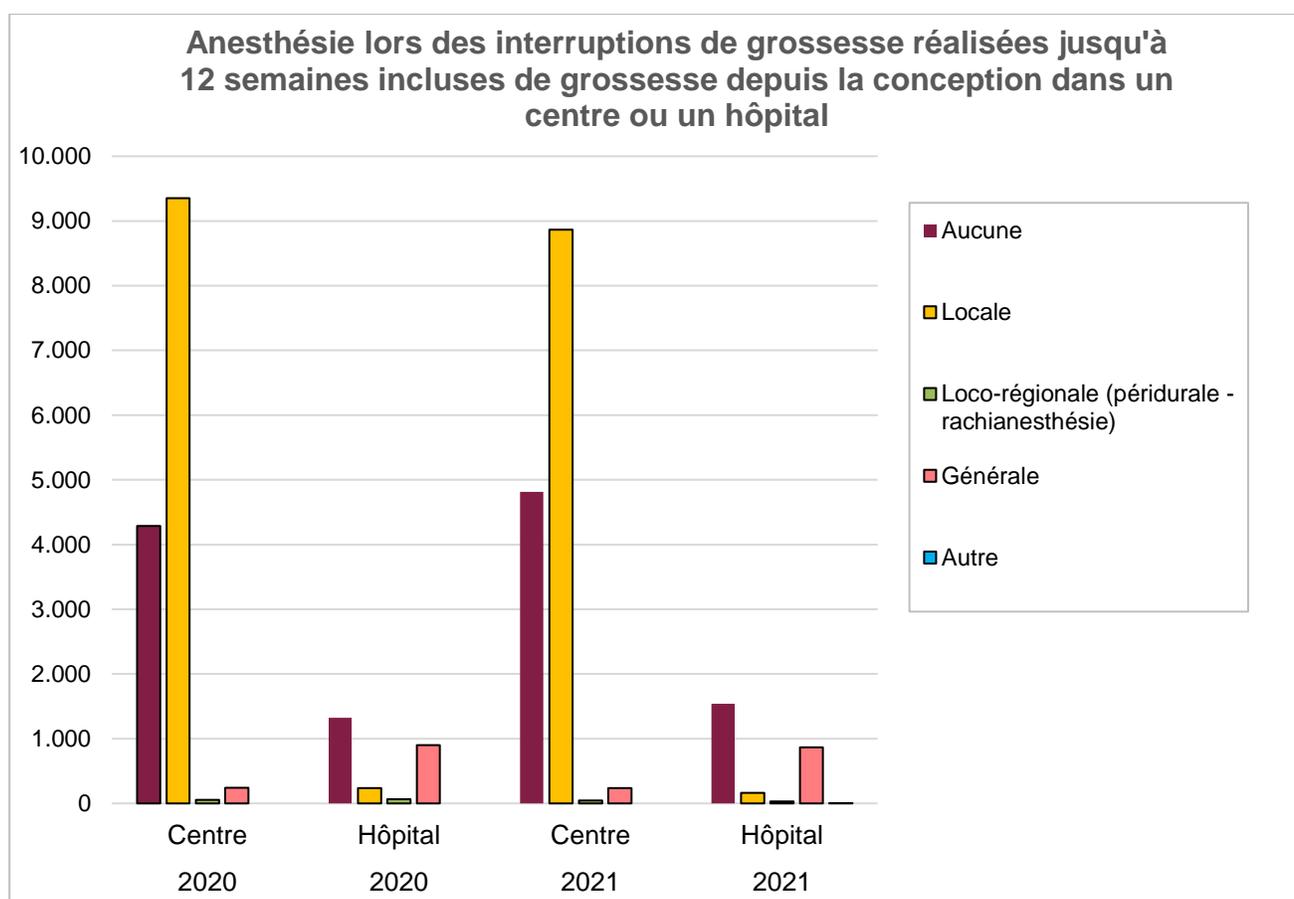
(*) Lors d'une interruption par voie médicamenteuse, aucune anesthésie n'est utilisée.

(**) En **2020**, les 3 autres méthodes sont : 2 fois « administration d'analgésiques » et 1 fois « pompe à douleur PCEA » ; en **2021**, les 3 autres méthodes sont : 1 fois « pompe à douleur PCEA », 1 fois « MEOPA » et 1 fois « association d'une anesthésie loco-régionale et générale ».



A. ANESTHÉSIE LORS DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

MÉTHODE D'ANESTHÉSIE	NOMBRE		NOMBRE	
	2020	2020	2021	2021
JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune	4.287	1.325	4.814	1.539
Locale	9.351	237	8.863	163
Loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	57	67	44	28
Générale	242 (**)	899	237 (**)	868
Autre (***)	0	0	0	2
TOTAL	13.937	2.528	13.958	2.600
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	16.465		16.558	



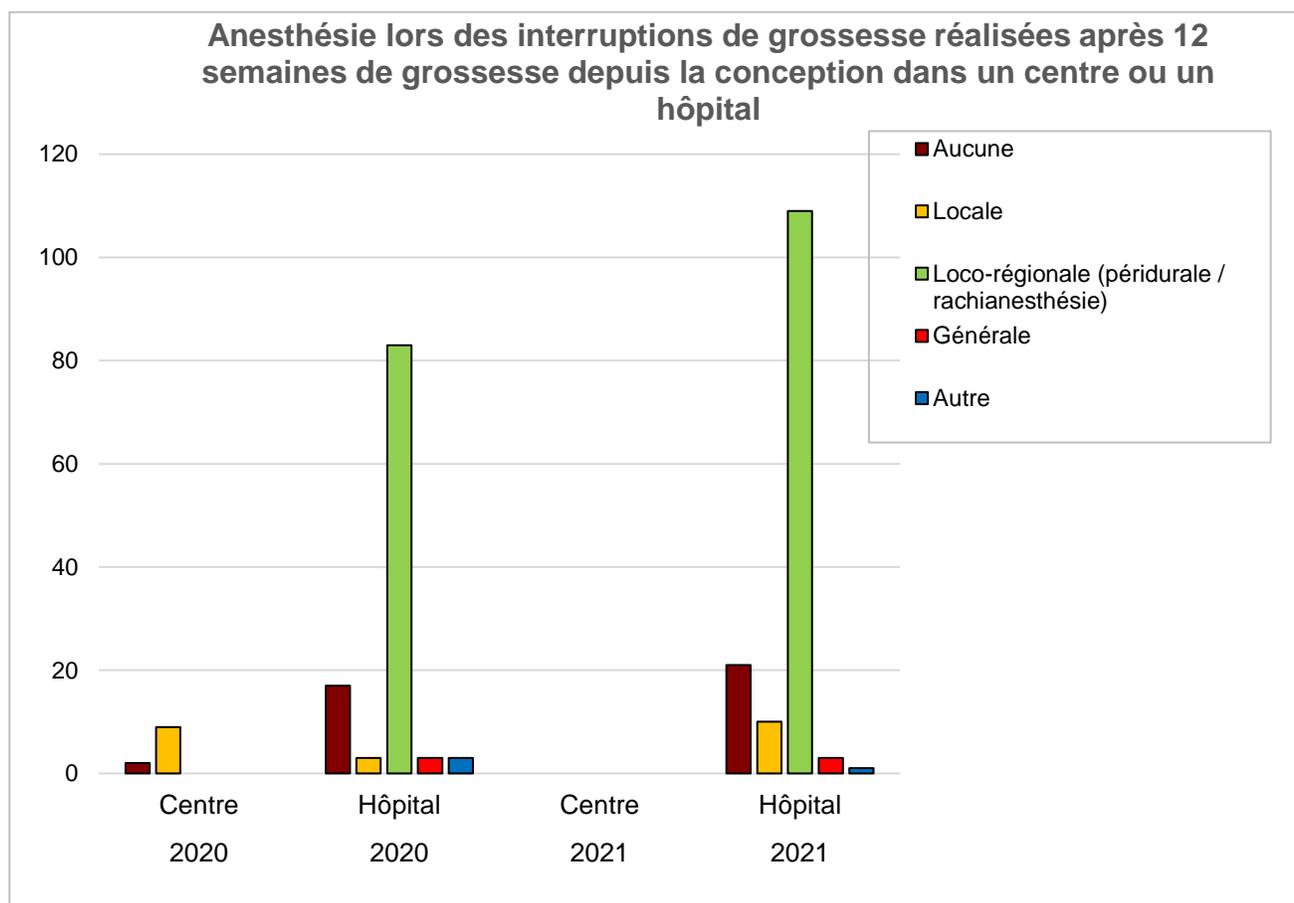
(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Certaines institutions, agréées comme centres mais liées à des hôpitaux, réalisent des anesthésies générales dans les quartiers opératoires de ces hôpitaux (City planning- St-Pierre à Bruxelles et Labyrinth à Borgerhout, par exemple).

(***) En 2021, les deux autres méthodes d'anesthésie sont 1 fois « pompe à douleur PCEA » et 1 fois « anesthésies générale et loco-régionale associées ».

B. ANESTHÉSIE LORS DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

MÉTHODE D'ANESTHÉSIE	NOMBRE		NOMBRE	
	2020	2020	2021	2021
APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune	2	17	0	21
Locale	9	3	0	10
Loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	0	83	0	109
Générale	0	3	0	3
Autre (**)	0	3	0	1
TOTAL	11	109	0	144
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	120		144	



(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Les autres méthodes sont en 2020, 2 fois « administration d'analgésiques » et 1 fois « pompe à douleur PCEA » et en 2021, 1 fois « MEOPA (Mélange équimolaire oxygène-prototoxyde d'azote) »

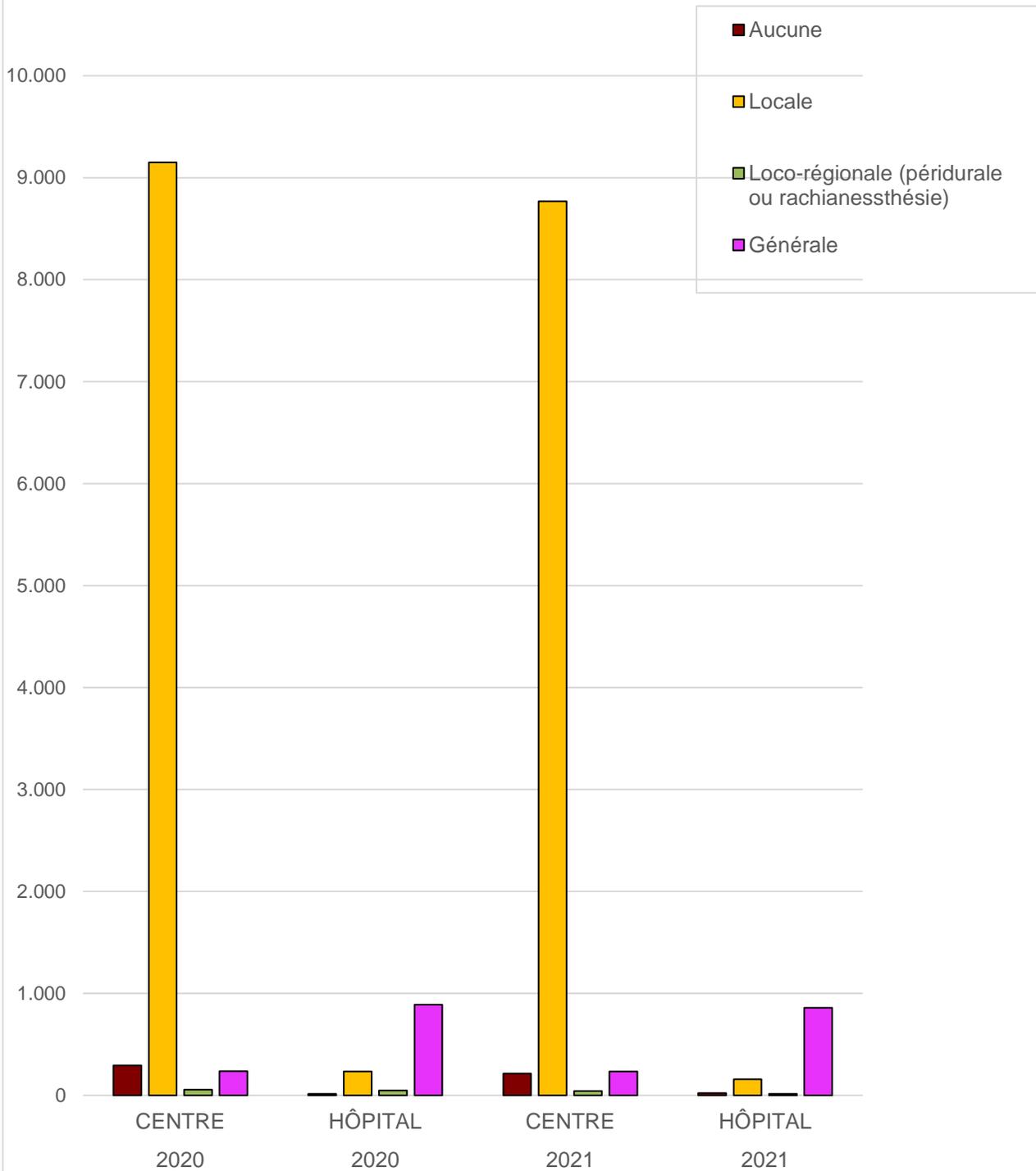
C. MÉTHODE D'ANESTHÉSIE APPLIQUÉE PAR CENTRE OU HÔPITAL SELON LA MÉTHODE D'INTERRUPTION CHIRURGICALE JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

► Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

MÉTHODE D'ANESTHÉSIE	NOMBRE					
	2020	2020	2020	2021	2021	2021
	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
Aucune	294	15	309	216	22	238
Locale	9.151	234	9.385	8.770	158	8.928
Loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	55	49	104	44	15	59
Générale	237	891	1.128	234	859	1.093
Autre	0	0	0	0	0	0
TOTAL GÉNÉRAL	9.737	1.189	10.926	9.264	1.054	10.318

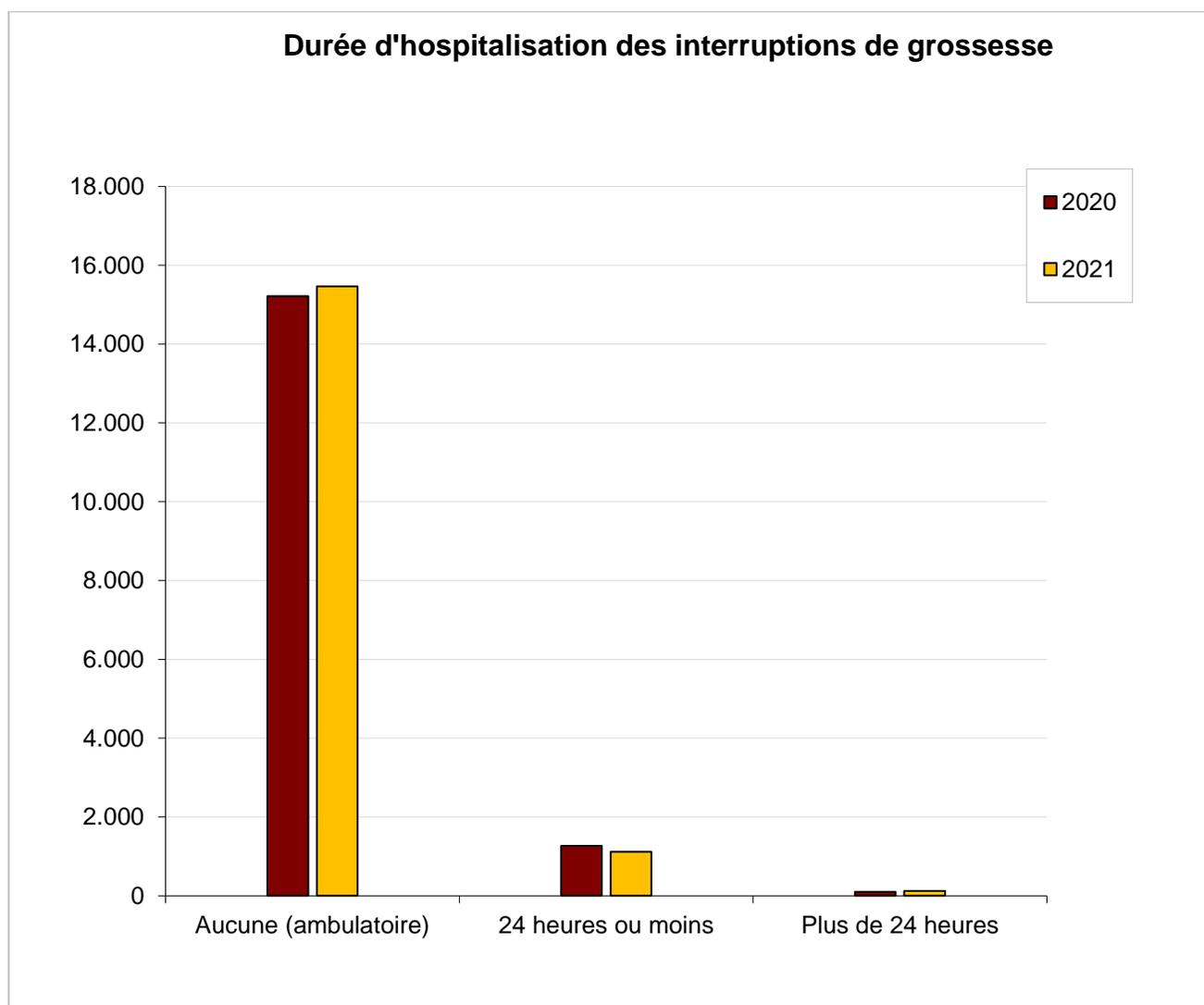
MÉTHODE D'ANESTHÉSIE	%					
	2020	2020	2020	2021	2021	2021
	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL	CENTRE	HÔPITAL	TOTAL
Aucune	3,02	1,26	2,83	2,33	2,09	2,31
Locale	93,98	19,68	85,90	94,67	14,99	86,53
Loco-régionale (péridurale ou rachianesthésie)	0,56	4,12	0,95	0,47	1,42	0,57
Générale	2,43	74,94	10,32	2,53	81,50	10,59
Autre	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL GÉNÉRAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Anesthésie par centre ou hôpital avec méthode chirurgicale jusqu'à 12 semaines incluses de grossesse depuis la conception



3.1.4.3 DURÉE D'HOSPITALISATION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE

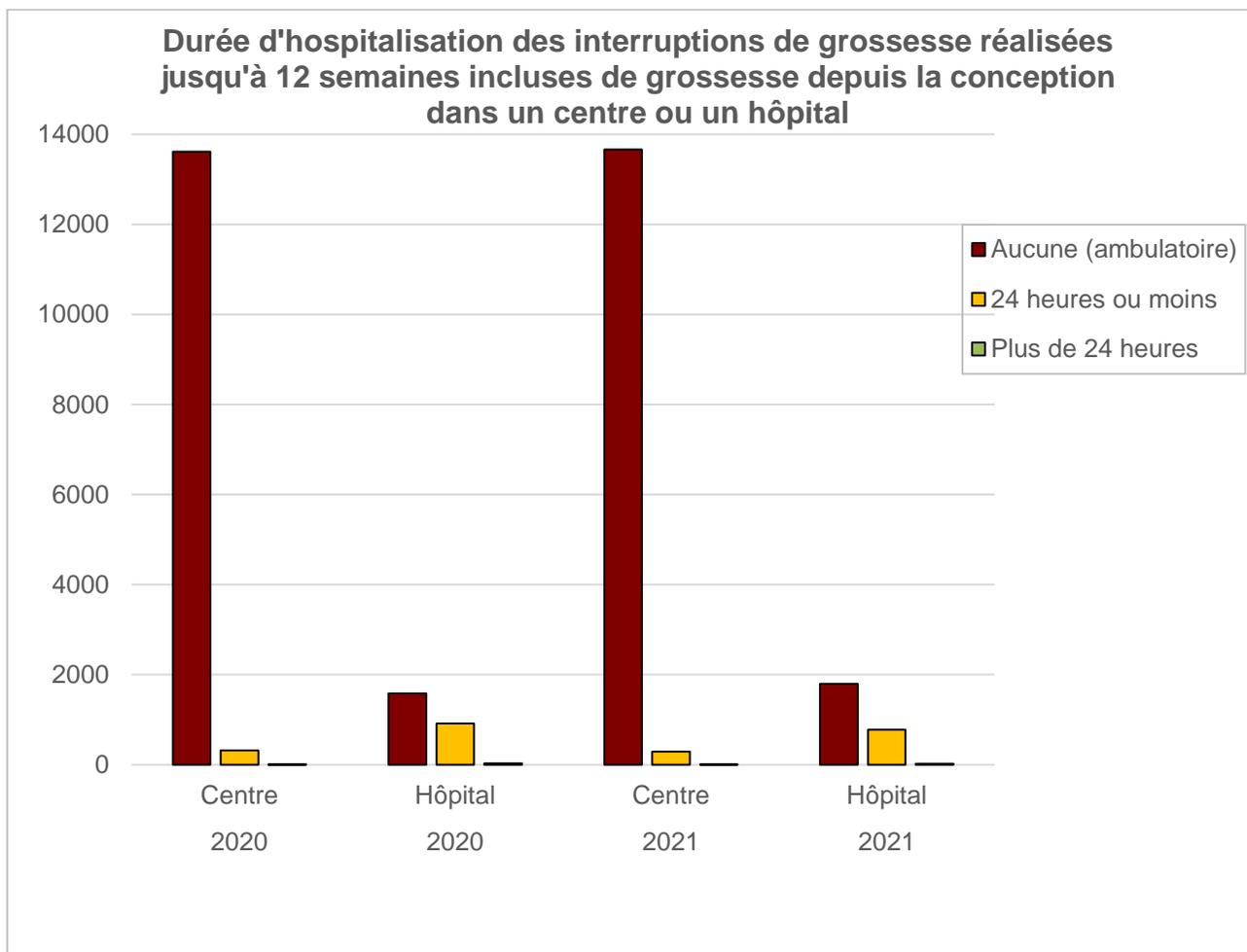
DURÉE D'HOSPITALISATION	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Aucune : ambulatoire	15.215	15.464	91,74	92,59
Hospitalisation : 24 heures ou moins	1.267	1.114	7,64	6,67
Hospitalisation : plus de 24 heures	103	124	0,62	0,74
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		



A. DURÉE D'HOSPITALISATION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

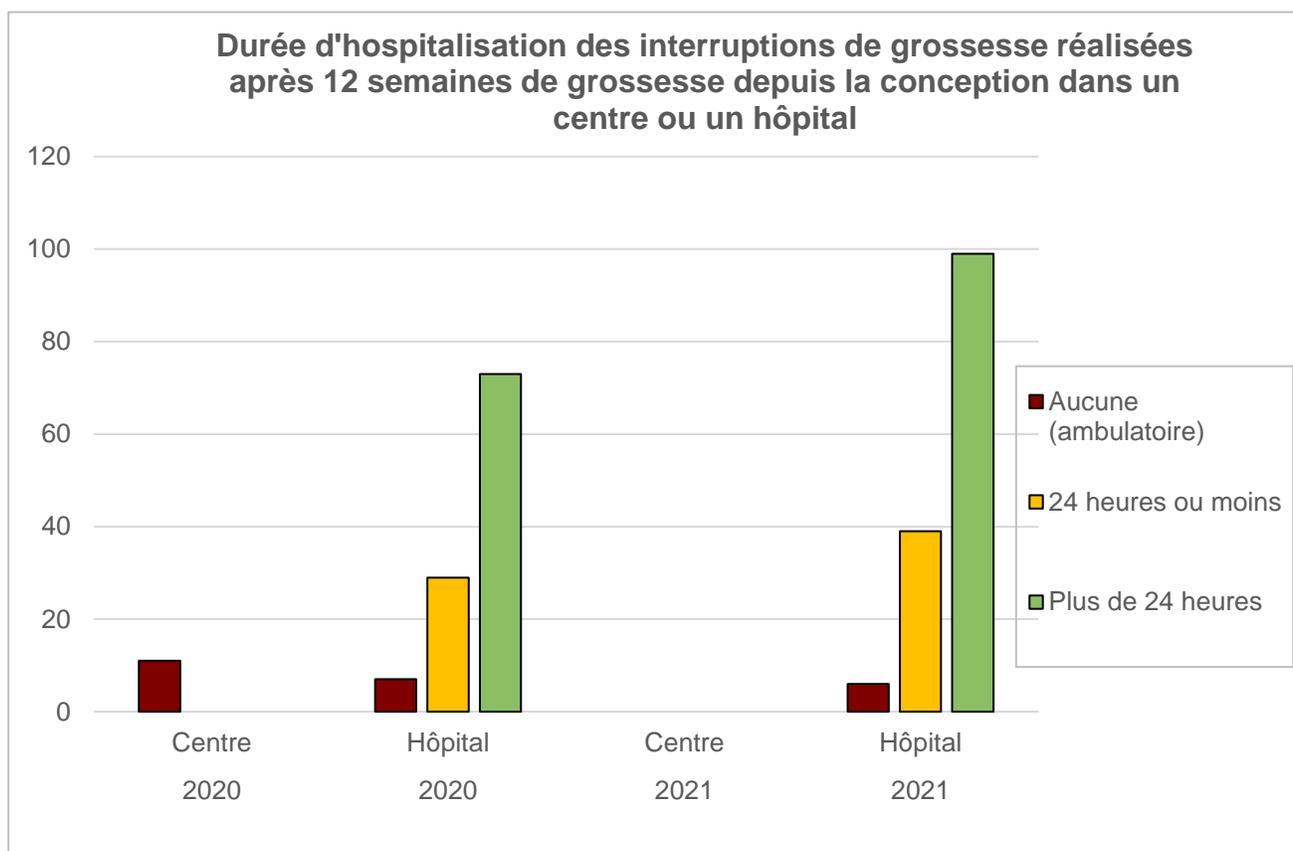
DURÉE D'HOSPITALISATION	NOMBRE		NOMBRE	
	2020	2020	2021	2021
JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune (ambulatoire)	13.613	1.584	13.661	1.797
24 heures ou moins	321	917	294	781
Plus de 24 heures	3	27	3	22
TOTAL	13.937	2.528	13.958	2.600
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL	13.937	2.528	13.958	2.600
TOTAL GÉNÉRAL	16.465		16.558	

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).



B. DURÉE D'HOSPITALISATION DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

DURÉE D'HOSPITALISATION	NOMBRE		Nombre	
	2020	2020	2021	2021
APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune : ambulatoire	11	7	0	6
Hospitalisation : 24 heures ou moins	0	29	0	39
Hospitalisation : plus de 24 heures	0	73	0	99
TOTAL	11	109	0	144
Pas de réponse	0	0	0	0
Total	11	109	0	144
TOTAL GÉNÉRAL	120		144	



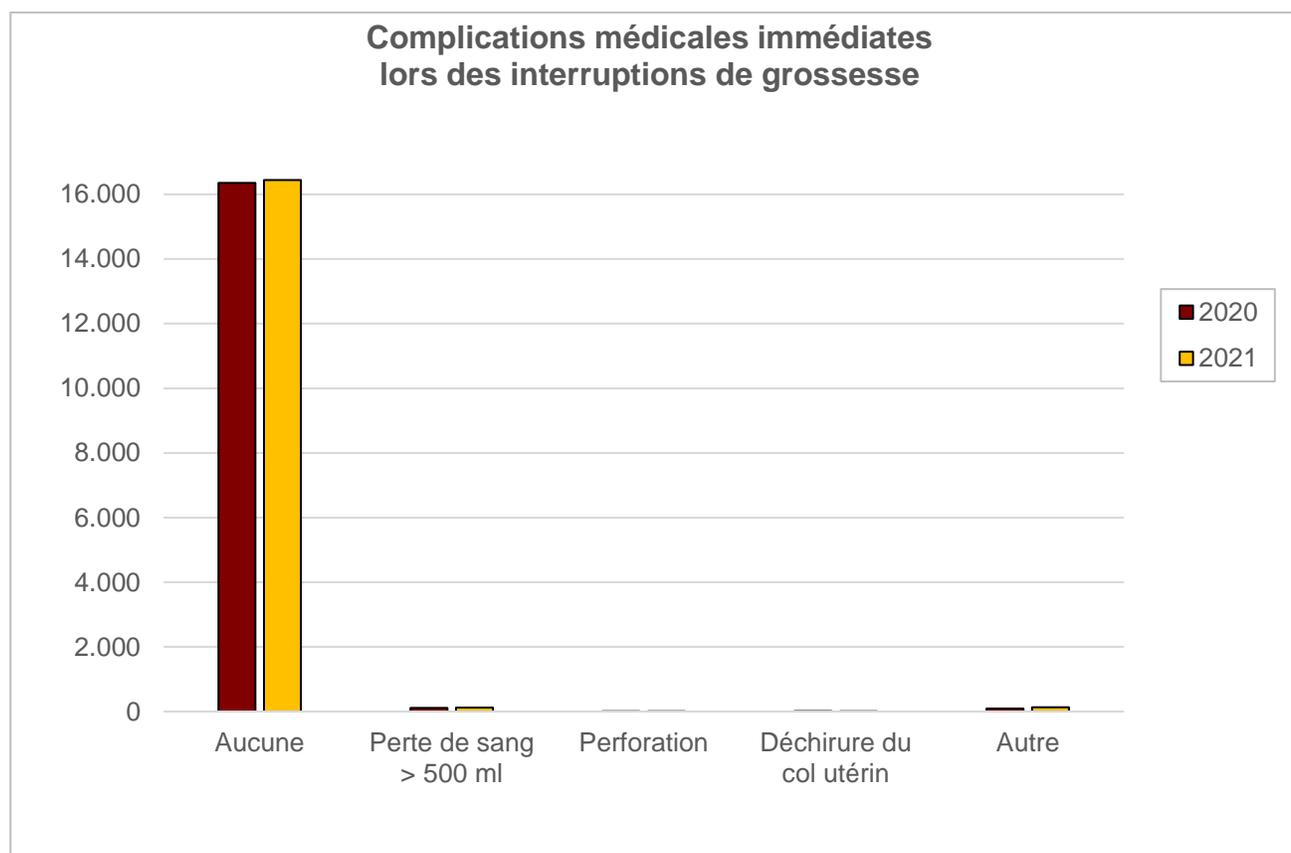
(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

3.1.4.4 COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

COMPLICATIONS	NOMBRE		%	
	2020	2021	2020	2021
Aucune	16.355	16.443	98,61	98,45
Perte de sang > 500 ml	114	123	0,69	0,74
Perforation	7	4	0,04	0,02
Déchirure du col utérin	17	4	0,10	0,02
Autre (*)	92	128	0,55	0,77
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00
Pas de réponse	0	0		
TOTAL GÉNÉRAL	16.585	16.702		

(*) En 2020, les « autre complication » sont « rétention ou restes placentaires (ayant provoqué un curetage non prévu) », indiqués à 67 reprises et 25 autres raisons détaillées à l'annexe 1, point 3.3.1.8 (page 102)

En 2021, les « autre complication » sont « rétention et restes placentaires (ayant provoqué un curetage non prévu) », indiqués à 92 reprises et 36 autres raisons présentées à l'annexe 1, point 3.3.1.8. (page 102).

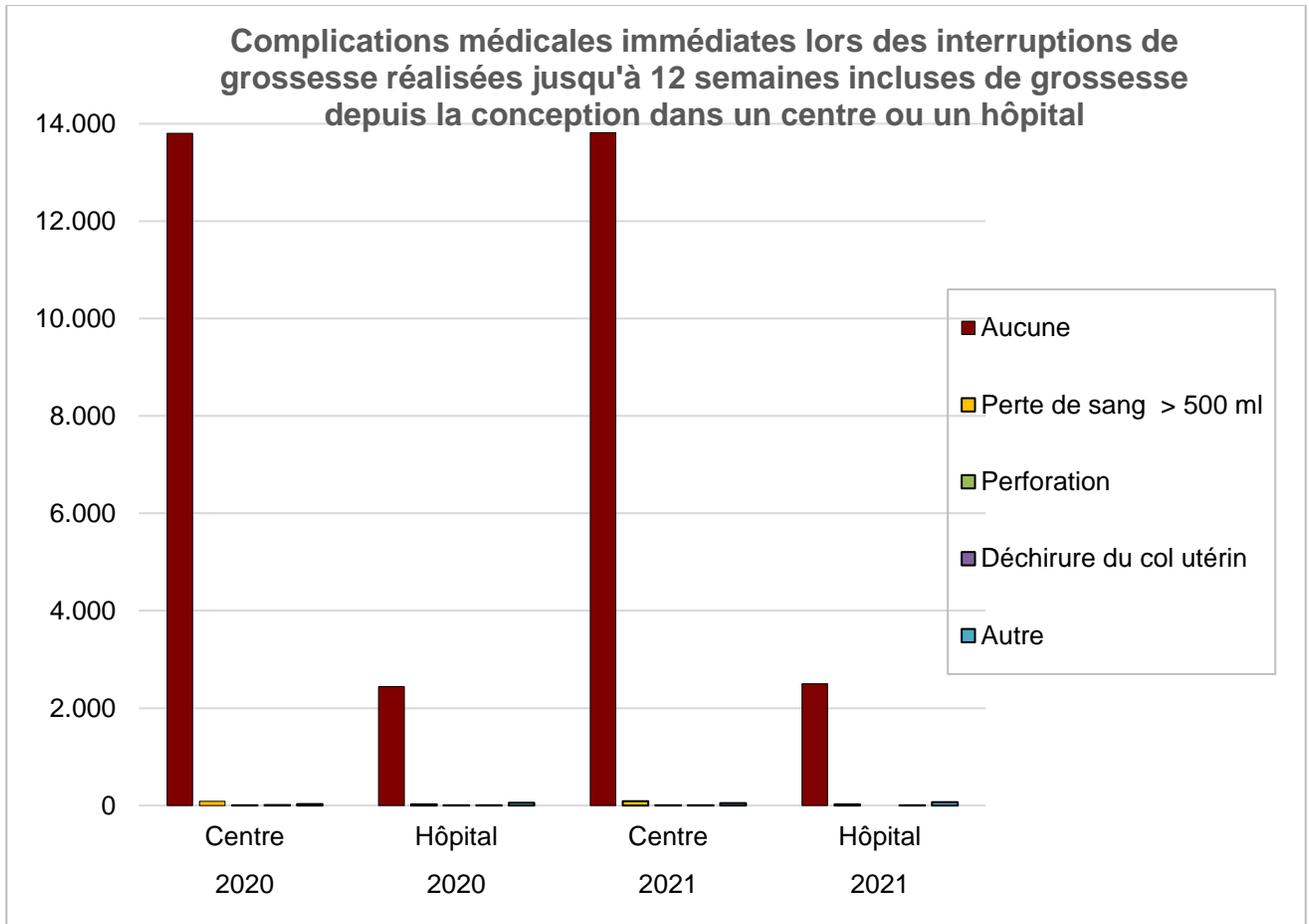


A. COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

COMPLICATIONS	NOMBRE		NOMBRE	
	2020	2020	2021	2021
JUSQU'À 12 SEMAINES INCLUSES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune	13.802	2.442	13.813	2.499
Perte de sang > 500 ml	87	25	89	27
Perforation	3	4	4	0
Déchirure du col utérin	14	3	2	2
Autre (**)	31	54	50	72
TOTAL	13.937	2.528	13.958	2.600
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL	13.937	2.528	13.958	2.600
TOTAL GÉNÉRAL	16.465		16.558	

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Les « Autre complication » sont présentées dans l'annexe 1, point 3.3.1.8 (page 102).

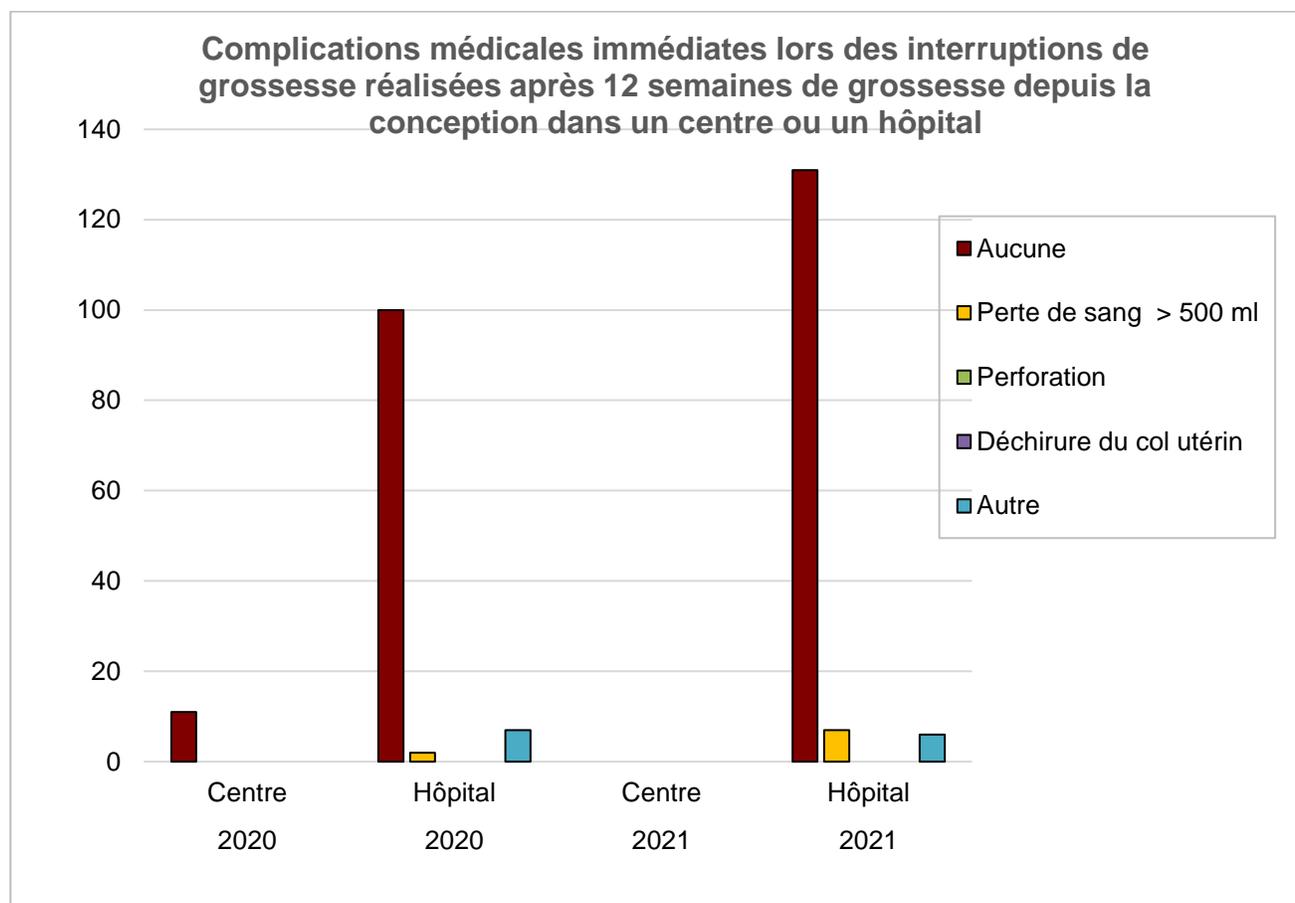


B. COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES DES INTERRUPTIONS DE GROSSESSE APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION DANS UN CENTRE OU UN HÔPITAL

COMPLICATIONS	NOMBRE		Nombre	
	2020	2020	2021	2021
APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				
	CENTRE	HÔPITAL	CENTRE	HÔPITAL
Aucune	11	100	0	131
Perte de sang > 500 ml	0	2	0	7
Perforation	0	0	0	0
Déchirure du col utérin	0	0	0	0
Autre (**)	0	7	0	6
TOTAL	11	109	0	144
Pas de réponse	0	0	0	0
TOTAL	11	109	0	144
TOTAL GÉNÉRAL	120		144	

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Les « Autre complication » sont présentées dans l'annexe 1, point 3.3.1.8 (page 102).

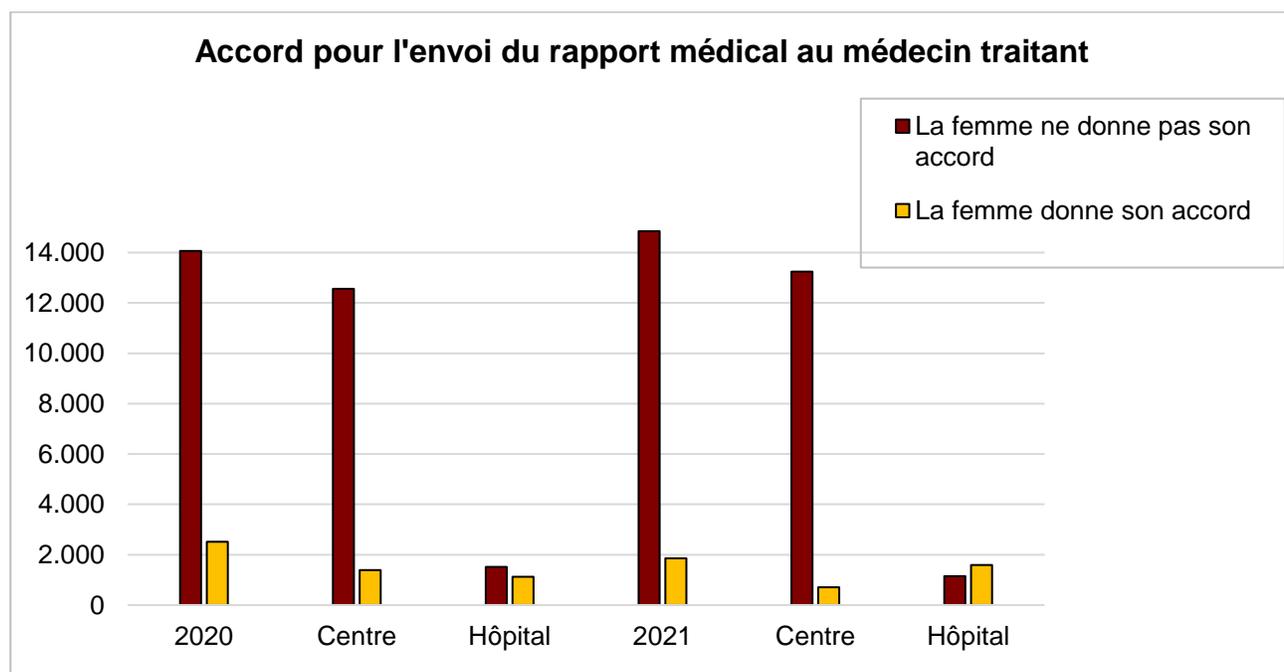


3.1.4.5 ACCORD POUR L'ENVOI DU RAPPORT MÉDICAL AU MÉDECIN TRAITANT

ACCORD	NOMBRE					
	2020	CENTRE	HÔPITAL	2021	CENTRE	HÔPITAL
La femme ne donne pas son accord	14.066	12.556	1.510	14.846	13.249	1.597
La femme donne son accord	2.519	1.392	1.127	1.856	709	1.147
TOTAL	16.585	13.948	2.637	16.702	13.958	2.744

ACCORD	2020	%		TOTAL
		CENTRE	HÔPITAL	
La femme ne donne pas son accord	84,81	89,26	10,74	100,00
La femme donne son accord	15,19	55,26	44,74	100,00
TOTAL	100,00			100,00

ACCORD	2021	%		TOTAL
		CENTRE	HÔPITAL	
La femme ne donne pas son accord	88,89	89,24	10,76	100,00
La femme donne son accord	11,11	38,20	61,80	100,00
TOTAL	100,00			100,00



3.2 TABULATIONS CROISEES

3.2.1 RAISONS ÉVOQUÉES OU OBSERVÉES

► Le médecin peut indiquer au maximum 3 raisons sur le document d'enregistrement.

Ces 2 tableaux reprennent les provinces où se trouve le domicile des femmes ayant mentionné au moins 1 raison relationnelle ou familiale et/ou une raison matérielle ou financière.

3.2.1.1 DOMICILE DE LA FEMME ÉVOQUANT UNE RAISON RELATIONNELLE OU FAMILIALE

DOMICILE	NOMBRE D'IVG		% NOMBRE D'IVG		RAISON RELATIONNELLE OU FAMILIALE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Anvers	2.638	2.649	15,91	15,86	772	694
Flandre occidentale	1.156	1.063	6,97	6,36	317	290
Flandre orientale	1.807	1.887	10,90	11,30	378	373
Limbourg	808	915	4,87	5,48	260	232
Brabant flamand	1.324	1.320	7,98	7,90	314	333
Hainaut	2.619	2.444	15,79	14,63	920	816
Liège	1.224	1.569	7,38	9,39	217	304
Luxembourg	410	358	2,47	2,14	102	61
Namur	951	856	5,73	5,13	376	257
Brabant wallon	679	624	4,09	3,74	218	152
Bruxelles-capitale	2.788	2.850	16,81	17,06	613	516
Sans domicile fixe (*)	26	32	0,16	0,19	9	14
Étranger	155	135	0,93	0,81	44	25
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00	4.540	4.067

3.2.1.2 DOMICILE DE LA FEMME ÉVOQUANT UNE RAISON FINANCIÈRE OU MATÉRIELLE

DOMICILE	NOMBRE D'IVG		% NOMBRE D'IVG		RAISON FINANCIÈRE OU MATÉRIELLE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Anvers	2.638	2.649	15,91	15,86	279	327
Flandre occidentale	1.156	1.063	6,97	6,36	254	250
Flandre orientale	1.807	1.887	10,90	11,30	178	253
Limbourg	808	915	4,87	5,48	173	169
Brabant flamand	1.324	1.320	7,98	7,90	192	225
Hainaut	2.619	2.444	15,79	14,63	703	729
Liège	1.224	1.569	7,38	9,39	124	213
Luxembourg	410	358	2,47	2,14	37	42
Namur	951	856	5,73	5,13	267	223
Brabant wallon	679	624	4,09	3,74	136	126
Bruxelles-Capitale	2.788	2.850	16,81	17,06	372	342
Sans domicile fixe (*)	26	32	0,16	0,19	17	21
Etranger	155	135	0,93	0,81	48	8
TOTAL	16.585	16.702	100,00	100,00	2.780	2.928

(*) En 2020, 25 femmes ont été enregistrées comme sans domicile fixe et/ou sans autorisation de séjour et/ou comme réfugiée et 1 femme comme apatride. En 2021, 29 femmes ont été enregistrées comme sans autorisation de séjour, 1 comme sans domicile fixe et dans 2 cas, le domicile de la femme n'a pas été précisé.

3.2.1.3 RAISONS ÉVOQUÉES ET CATÉGORIE D'ÂGE

NOMBRE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	41	39	1.214	1.182	2.701	2.594	2.838	3.111
Familiales ou relationnelles	2	0	210	196	954	838	1.297	1.173
Financières ou matérielles	10	7	496	426	1.073	964	829	759
Contraintes ou violence	3	1	15	26	54	38	42	56
Idéologiques / philosophiques	1	0	4	14	37	26	18	18
Santé	0	0	23	11	104	114	273	294
Situation administrative précaire	0	0	6	9	46	29	46	50
Autre	1	8	41	75	136	230	205	256
TOTAL	58	55	2.009	1.939	5.105	4.833	5.548	5.717

NOMBRE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54 (*)	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	3.058	3.208	2.467	2.536	1.087	1.131	76	106	1	3
Familiales / relationn.	1.157	1.035	710	630	193	188	11	6	0	1
Financières / matérielles	555	474	267	242	54	56	2	0	0	0
Contraintes/violence	43	50	25	25	7	7	2	1	0	0
Idéolog. / philosoph..	12	17	5	10	3	2	0	0	0	0
Santé	383	399	271	301	119	108	7	12	0	0
Situat. admin. précaire	40	45	18	15	5	4	0	0	0	0
Autre	186	261	97	185	36	58	1	2	0	0
TOTAL	5.434	5.489	3.860	3.944	1.504	1.554	99	127	1	4

(*) 2021: la femme de 56 ans a évoqué « raison de santé » (52- problème de santé futur de l'enfant) et autre » (99 – encéphalocèle).

POURCENTAGE									
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29		
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	
Personnelles	70,69	70,91	60,43	60,96	52,91	53,67	51,15	54,42	
Familiales ou relationnelles	3,45	0,00	10,45	10,11	18,69	17,34	23,38	20,52	
Financières ou matérielles	17,24	12,73	24,69	21,97	21,02	19,95	14,94	13,28	
Contraintes ou violence	5,17	1,82	0,75	1,34	1,06	0,79	0,76	0,98	
Idéologiques / philosophiques	1,72	0,00	0,20	0,72	0,72	0,54	0,32	0,31	
Santé	0,00	0,00	1,14	0,57	2,04	2,36	4,92	5,14	
Situation administr. précaire	0,00	0,00	0,30	0,46	0,90	0,60	0,83	0,87	
Autre	1,72	14,55	2,04	3,87	2,66	4,76	3,70	4,48	
TOTAL	100,00								

POURCENTAGE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	56,28	58,44	63,91	64,30	72,27	72,78	76,77	83,46	100,00	75,00
Famil/ relation.	21,29	18,86	18,39	15,97	12,83	12,10	11,11	4,72	0,00	25,00
Financ./ matéri.	10,21	8,64	6,92	6,14	3,59	3,60	2,02	0,00	0,00	0,00
Contraintes / violence	0,79	0,91	0,65	0,63	0,47	0,45	2,02	0,79	0,00	0,00
Idéolog. /philos.	0,22	0,31	0,13	0,25	0,20	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00
Santé	7,05	7,27	7,02	7,63	7,91	6,95	7,07	9,45	0,00	0,00
Situat. admin. précaire	0,74	0,82	0,47	0,38	0,33	0,26	0,00	0,00	0,00	0,00
Autre	3,42	4,75	2,51	4,69	2,39	3,73	1,01	1,57	0,00	0,00
TOTAL	100,00									

3.2.1.4 RAISONS ÉVOQUÉES ET SITUATION DE VIE OU DE FAIT

NOMBRE						
SITUATION DE VIE / DE FAIT	VIT SEULE		VIT EN COUPLE		AUTRE	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	4.175	4.370	6.837	7.016	2.471	2.525
Familiales ou relationnelles	2.557	2.256	1.141	996	836	815
Financières ou matérielles	999	874	1.263	1.110	1.024	944
Contraintes ou violence	89	103	53	46	49	55
Idéologiques ou philosophiques	34	31	14	25	32	31
Santé	251	289	845	869	84	82
Situation administrative précaire	61	58	62	51	38	43
Autre	225	337	352	496	126	243
TOTAL	8.391	8.318	10.567	10.609	4.660	4.738

POURCENTAGE						
SITUATION DE VIE / DE FAIT	VIT SEULE		VIT EN COUPLE		AUTRE	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	49,76	52,54	64,70	66,13	53,03	53,29
Familiales ou relationnelles	30,47	27,12	10,80	9,39	17,94	17,20
Financières ou matérielles	11,91	10,51	11,95	10,46	21,97	19,92
Contraintes ou violence	1,06	1,24	0,50	0,43	1,05	1,16
Idéologiques ou philosophiques	0,41	0,37	0,13	0,24	0,69	0,65
Santé	2,99	3,47	8,00	8,19	1,80	1,73
Situation administrative précaire	0,73	0,70	0,59	0,48	0,82	0,91
Autre	2,68	4,05	3,33	4,68	2,70	5,13
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.2.2 MÉTHODE DE CONTRACEPTION

3.2.2.1 PAS DE CONTRACEPTION ET TRANCHE D'ÂGE

NOMBRE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
DÉCLARATION DE LA FEMME : PAS DE CONTRACEPTION ET (*)	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	19	25	587	564	1.424	1.379	1.473	1.514
Grossesse souhaitée	1	0	10	12	56	53	129	131
Stérilité supposée	0	0	6	2	23	18	41	23
Partenaire refuse la contraception	0	0	0	1	3	4	5	4
Autre raison	1	0	5	1	12	7	14	14
TOTAL	21	25	608	580	1.518	1.461	1.662	1.686

NOMBRE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54 (**)	
DÉCLARATION DE LA FEMME : PAS DE CONTRACEPTION ET (*)	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	1.570	1.503	1.006	1.092	410	439	37	49	1	3
Grossesse souhaitée	164	204	75	117	28	34	1	1	0	0
Stérilité supposée	33	42	33	49	36	28	1	6	0	0
Partenaire refuse la contraception	5	8	3	4	2	2	0	0	0	0
Autre raison	15	11	19	13	8	5	0	1	0	0
TOTAL	1.787	1.768	1.136	1.275	484	508	39	57	1	3

(**): En 2021, la femme de 56 ans n'a pas utilisé de contraception pour cause de souhait de grossesse.

POURCENTAGE									
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29		
DÉCLARATION DE LA FEMME : PAS DE CONTRACEPTION ET (*)	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	
Grossesse non souhaitée	90,48	100,00	96,55	97,24	93,81	94,39	88,63	89,80	
Grossesse souhaitée	4,76	0,00	1,64	2,07	3,69	3,63	7,76	7,77	
Stérilité supposée	0,00	0,00	0,99	0,34	1,52	1,23	2,47	1,36	
Partenaire refuse la contraception	0,00	0,00	0,00	0,17	0,20	0,27	0,30	0,24	
Autre raison	4,76	0,00	0,82	0,17	0,79	0,48	0,84	0,83	
TOTAL	100,00								

POURCENTAGE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
DÉCLARATION DE LA FEMME : PAS DE CONTRACEPTION ET (*)	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	87,86	85,01	88,56	85,65	84,71	86,42	94,87	85,96	100,00	100,00
Grossesse souhaitée	9,18	11,54	6,60	9,18	5,79	6,69	2,56	1,75	0,00	0,00
Stérilité supposée	1,85	2,38	2,90	3,84	7,44	5,51	2,56	10,53	0,00	0,00
Partenaire refuse la contraception	0,28	0,45	0,26	0,31	0,41	0,39	0,00	0,00	0,00	0,00
Autre raison	0,84	0,62	1,67	1,02	1,65	0,98	0,00	1,75	0,00	0,00
TOTAL	100,0									

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

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

NOMBRE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
CONTRACEPTION UTILISÉE								
Coït interrompu	0	1	27	40	117	107	136	151
Abstinence périodique	0	0	20	20	113	124	233	242
Spermicides	0	0	2	0	2	0	4	1
Diaphragme	1	0	0	0	4	5	12	6
Préservatif	14	10	241	223	507	487	630	661
Pilule	3	6	326	331	916	851	1.036	1.004
Injection contraceptive	0	0	4	1	33	21	40	20
Stérilet au cuivre	0	0	10	11	50	42	50	61
Stérilet hormonal	0	0	4	4	14	11	19	15
Stérilisation femme	0	0	1	0	2	2	4	10
Stérilisation homme	0	0	0	0	3	1	3	0
Stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0	1	0
Pilule d'urgence	0	1	43	53	135	159	166	193
Implant	0	0	2	2	3	4	2	6
Patch	0	0	4	5	26	22	37	44
Anneau vaginal	0	0	16	11	62	40	91	89
Méthode N.F.P.	0	0	2	2	19	20	28	31
Application électronique ou digitale	0	0	1	3	23	29	43	66
Autre raison	0	0	4	1	3	4	14	15
TOTAL	18	18	707	707	2.032	1.929	2.549	2.615

NOMBRE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
CONTRACEPTION UTILISÉE										
Coït interrompu	165	165	140	146	36	55	0	5	0	0
Abstinence périodique	273	277	249	277	122	120	5	10	0	0
Spermicides	1	8	1	3	1	1	0	0	0	0
Diaphragme	7	10	6	1	1	2	0	0	0	0
Préservatif	633	685	483	533	168	182	12	10	0	0
Pilule	847	872	586	530	178	163	7	5	0	0
Injection contracept.	18	15	13	9	1	3	0	1	0	0
Stérilet au cuivre	28	39	35	26	5	6	0	0	0	0
Stérilet hormonal	13	12	18	12	3	7	0	0	0	0
Stérilisation femme	10	19	15	23	6	4	0	0	0	0
Stérilisation homme	3	2	4	4	3	1	0	0	0	0
Stérilisation des deux	1	1	0	1	3	1	0	0	0	0
Pilule d'urgence	131	168	77	99	16	19	1	0	0	0
Implant	8	9	4	4	0	0	0	0	0	0
Patch	46	40	24	30	7	8	0	0	0	0
Anneau vaginal	88	67	53	38	8	11	0	1	0	0
Méthode N.F.P.	38	36	27	23	18	10	1	1	0	0
Applicat. Électron. ou digitale	23	51	23	37	9	15	1	1	0	0
Autre raison	11	21	14	4	3	3	0	0	0	0
TOTAL	2.344	2.497	1.772	1.800	588	611	27	34	0	0

POURCENTAGE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	0,00	5,56	3,82	5,66	5,76	5,55	5,34	5,77
Abstinence périodique	0,00	0,00	2,83	2,83	5,56	6,43	9,14	9,25
Spermicides	0,00	0,00	0,28	0,00	0,10	0,00	0,16	0,04
Diaphragme	5,56	0,00	0,00	0,00	0,20	0,26	0,47	0,23
Préservatif	77,78	55,56	34,09	31,54	24,95	25,25	24,72	25,28
Pilule	16,67	33,33	46,11	46,82	45,08	44,12	40,64	38,39
Injection contraceptive	0,00	0,00	0,57	0,14	1,62	1,09	1,57	0,76
Stérilet au cuivre	0,00	0,00	1,41	1,56	2,46	2,18	1,96	2,33
Stérilet hormonal	0,00	0,00	0,57	0,57	0,69	0,57	0,75	0,57
Stérilisation femme	0,00	0,00	0,14	0,00	0,10	0,10	0,16	0,38
Stérilisation homme	0,00	0,00	0,00	0,00	0,15	0,05	0,12	0,00
Stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00
Pilule d'urgence	0,00	5,56	6,08	7,50	6,64	8,24	6,51	7,38
Implant	0,00	0,00	0,28	0,28	0,15	0,21	0,08	0,23
Patch	0,00	0,00	0,57	0,71	1,28	1,14	1,45	1,68
Anneau vaginal	0,00	0,00	2,26	1,56	3,05	2,07	3,57	3,40
Méthode N.F.P.	0,00	0,00	0,28	0,28	0,94	1,04	1,10	1,19
Application Électron. ou digitale	0,00	0,00	0,14	0,42	1,13	1,50	1,69	2,52
Autre raison	0,00	0,00	0,57	0,14	0,15	0,21	0,55	0,57
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	7,04	6,61	7,90	8,11	6,12	9,00	0,00	14,71	0,00	0,00
Abstinence périodique	11,65	11,09	14,05	15,39	20,75	19,64	18,52	29,41	0,00	0,00
Spermicides	0,04	0,32	0,06	0,17	0,17	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Diaphragme	0,30	0,40	0,34	0,06	0,17	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00
Préservatif	27,01	27,43	27,26	29,61	28,57	29,79	44,44	29,41	0,00	0,00
Pilule	36,13	34,92	33,07	29,44	30,27	26,68	25,93	14,71	0,00	0,00
Injection contraceptive	0,77	0,60	0,73	0,50	0,17	0,49	0,00	2,94	0,00	0,00
Stérilet au cuivre	1,19	1,56	1,98	1,44	0,85	0,98	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilet hormonal	0,55	0,48	1,02	0,67	0,51	1,15	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilis. femme	0,43	0,76	0,85	1,28	1,02	0,65	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilis. homme	0,13	0,08	0,23	0,22	0,51	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Stérilis. des deux	0,04	0,04	0,00	0,06	0,51	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00
Pilule d'urgence	5,59	6,73	4,35	5,50	2,72	3,11	3,70	0,00	0,00	0,00
Implant	0,34	0,36	0,23	0,22	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Patch	1,96	1,60	1,35	1,67	1,19	1,31	0,00	0,00	0,00	0,00
Anneau vaginal	3,75	2,68	2,99	2,11	1,36	1,80	0,00	2,94	0,00	0,00
Méthode N.F.P.	1,62	1,44	1,52	1,28	3,06	1,64	3,70	2,94	0,00	0,00
Applicat. Électr. ou digitale	0,98	2,04	1,30	2,06	1,53	2,45	3,70	2,94	0,00	0,00
Autre raison	0,47	0,84	0,79	0,22	0,51	0,49	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	100,00	0,00	0,00							

3.2.3 MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

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

MÉTHODE NOMBRE DE SEMAINES (*)	NOMBRE					
	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE (**)	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
0	9	11	1	0	0	0
1	25	38	2	3	0	0
2	161	215	38	28	0	2
3	1.131	1.074	538	412	0	4
4	2.092	2.374	1.701	1.527	1	0
5	1.499	1.747	2.343	2.217	1	3
6	458	606	2.393	2.291	1	2
7	91	108	1.535	1.538	0	1
8	24	17	988	973	0	2
9	9	6	620	528	0	0
10	8	12	395	420	0	0
11	13	8	245	278	0	1
12	15	8	127	103	1	1
13	12	7	1	0	0	1
14	17	17	2	0	0	0
15	14	19	2	0	0	1
16	11	16	1	0	0	1
17	7	8	0	0	0	0
18	4	7	2	0	0	0
19	9	4	2	0	0	0
20	4	6	0	0	0	0
21	4	7	0	0	0	1
22	2	5	0	1	0	1
23	3	9	0	0	0	1
24	3	7	0	0	0	0
25	2	1	0	0	0	0
26	6	6	1	0	0	0
27	2	5	0	0	0	0
28	1	0	0	0	0	0
29	2	1	0	0	1	0
30	3	3	0	0	0	0
31	1	3	0	0	0	0
32	0	0	0	1	0	0
33	0	2	0	0	0	1
34	0	1	0	0	0	0
35	1	1	0	0	0	0
TOTAL	5.643	6.359	10.937	10.320	5	23

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) Les 5 autres méthodes d'interruption de grossesse enregistrées en **2020** sont : 3 fois « fausse couche spontanée » et 2 fois « médicamenteuse et chirurgicale associées ».

En **2021**, les 23 autres méthodes sont : 12 fois « méthode médicamenteuse et chirurgicale associées », 6 fois « fausse couche », 3 fois « expulsion », 1 fois mors in utero » et 1 fois « salpingectomie en raison d'une grossesse extra-utérine ».

POURCENTAGE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
NOMBRE DE SEMAINES	2020	2021	2020	2021	2020	2021
0	0,16	0,17	0,01	0,00	0,00	0,00
1	0,44	0,60	0,02	0,03	0,00	0,00
2	2,85	3,38	0,35	0,27	0,00	8,70
3	20,04	16,89	4,92	3,99	0,00	17,39
4	37,07	37,33	15,55	14,80	20,00	0,00
5	26,56	27,47	21,42	21,48	20,00	13,04
6	8,12	9,53	21,88	22,20	20,00	8,70
7	1,61	1,70	14,03	14,90	0,00	4,35
8	0,43	0,27	9,03	9,43	0,00	8,70
9	0,16	0,09	5,67	5,12	0,00	0,00
10	0,14	0,19	3,61	4,07	0,00	0,00
11	0,23	0,13	2,24	2,69	0,00	4,35
12	0,27	0,13	1,16	1,00	20,00	4,35
13	0,21	0,11	0,01	0,00	0,00	4,35
14	0,30	0,27	0,02	0,00	0,00	0,00
15	0,25	0,30	0,02	0,00	0,00	4,35
16	0,19	0,25	0,01	0,00	0,00	4,35
17	0,12	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00
18	0,07	0,11	0,02	0,00	0,00	0,00
19	0,16	0,06	0,02	0,00	0,00	0,00
20	0,07	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
21	0,07	0,11	0,00	0,00	0,00	4,35
22	0,04	0,08	0,00	0,01	0,00	4,35
23	0,05	0,14	0,00	0,00	0,00	4,35
24	0,05	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00
25	0,04	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
26	0,11	0,09	0,01	0,00	0,00	0,00
27	0,04	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00
28	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
29	0,04	0,02	0,00	0,00	20,00	0,00
30	0,05	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
31	0,02	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
32	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
33	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	4,35
34	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
35	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.2.3.2 MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

NOMBRE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE (*)	
COMPLICATIONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Aucune	5.539	6.205	10.812	10.218	4	20
Hémorragie	34	52	80	69	0	2
Perforation	0	0	6	4	1	0
Déchirure	1	0	16	4	0	0
Autre	69	102	23	25	0	1
TOTAL	5.643	6.359	10.937	10.320	5	23

POURCENTAGE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
COMPLICATIONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Aucune	98,16	97,58	98,86	99,01	80,00	86,96
Hémorragie	0,60	0,82	0,73	0,67	0,00	8,70
Perforation	0,00	0,00	0,05	0,04	20,00	0,00
Déchirure	0,02	0,00	0,15	0,04	0,00	0,00
Autre	1,22	1,60	0,21	0,24	0,00	4,35
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

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

NOMBRE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
MÉTHODE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	8	12	379	384	1.102	1.203	1.454	1.631
Chirurgicale	31	30	904	856	2.338	2.058	2.558	2.449
Autre	0	0	0	2	0	7	1	3
TOTAL	39	42	1.283	1.242	3.440	3.268	4.013	4.083

NOMBRE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54 (*)	
MÉTHODE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	1.410	1.628	930	1.061	338	401	22	37	0	2
Chirurgicale	2.552	2.408	1.822	1.815	688	652	43	50	1	1
Autre	3	7	1	3	0	1	0	0	0	0
TOTAL	3.965	4.043	2.753	2.879	1.026	1.054	65	87	1	3

(*) En 2021, la femme de 56 ans a réalisé une interruption de grossesse par méthode chirurgicale

POURCENTAGE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
MÉTHODE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	20,51	28,57	29,54	30,92	32,03	36,81	36,23	39,95
Chirurgicale	79,49	71,43	70,46	68,92	67,97	62,97	63,74	59,98
Autre	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,21	0,02	0,07
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
MÉTHODE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	35,56	40,27	33,78	36,85	32,94	38,05	33,85	42,53	0,00	66,67
Chirurgicale	64,36	59,56	66,18	63,04	67,06	61,86	66,15	57,47	100,00	33,33
Autre	0,08	0,17	0,04	0,10	0,00	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	100,0									

3.2.4 HÔPITAL OU CENTRE

3.2.4.1 HÔPITAL OU CENTRE SELON LE DOMICILE DE LA FEMME

NOMBRE						
INSTITUTION	HÔPITAL		CENTRE		NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE GROSSESSE	
DOMICILE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Anvers	44	58	2.594	2.591	2.638	2.649
Flandre occidentale	46	29	1.110	1.034	1.156	1.063
Flandre orientale	122	147	1.685	1.740	1.807	1.887
Limbourg	2	7	806	908	808	915
Brabant flamand	157	128	1.167	1.192	1.324	1.320
Hainaut	1.098	951	1.521	1.493	2.619	2.444
Liège	194	497	1.030	1.072	1.224	1.569
Luxembourg	16	31	394	327	410	358
Namur	199	160	752	696	951	856
Brabant wallon	139	126	540	498	679	624
Région de Bruxelles-Capitale	593	583	2.195	2.267	2.788	2.850
Sans domicile fixe (**)	6	8	20	24	26	32
Étranger	21	19	134	116	155	135
TOTAL	2.637	2.744	13.948	13.958	16.585	16.702

POURCENTAGE (*)						
INSTITUTION	HOP.	CENTRE	TOTAL	HÔP	CENTRE	TOTAL
DOMICILE	2020	2020		2021	2021	
Anvers	1,67	98,33	100,00	2,19	97,81	100,00
Flandre occidentale	3,98	96,02	100,00	2,73	97,27	100,00
Flandre orientale	6,75	93,25	100,00	7,79	92,21	100,00
Limbourg	0,25	99,75	100,00	0,77	99,23	100,00
Brabant flamand	11,86	88,14	100,00	9,70	90,30	100,00
Hainaut	41,92	58,08	100,00	38,91	61,09	100,00
Liège	15,85	84,15	100,00	31,68	68,32	100,00
Luxembourg	0,61	99,39	100,00	8,66	91,34	100,00
Namur	20,93	79,07	100,00	18,69	81,31	100,00
Brabant wallon	20,47	79,53	100,00	20,19	79,81	100,00
Région de Bruxelles-Capitale	21,27	78,73	100,00	20,46	79,54	100,00
Sans domicile fixe (**)	23,08	76,92	100,00	25,00	75,00	100,00
Étranger	13,55	86,45	100,00	14,07	85,93	100,00

(*) Pourcentage par rapport au nombre d'interruptions de grossesse par province.

(**) En 2020, sur les 26 femmes enregistrées : 25 étaient sans domicile fixe et/ou sans autorisation de séjour et/ou réfugiée et 1 femme était déclarée apatride. En 2021, sur les 32 femmes enregistrées, 29 étaient sans autorisation de séjour, 1 sans domicile fixe et 2 cas étaient non précisés.

3.2.4.2 HÔPITAL OU CENTRE PAR CATÉGORIE D'ÂGE

NOMBRE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
INSTITUTION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Hôpital	4	8	176	158	459	481	674	682
Centre	35	34	1.107	1.084	2.981	2.787	3.339	3.401
TOTAL	39	42	1283	1242	3440	3268	4.013	4.083

NOMBRE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54 (*)	
INSTITUTION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Hôpital	693	729	431	495	192	173	8	17	0	0
Centre	3.272	3.314	2.322	2.384	834	881	57	70	1	3
TOTAL	3.965	4.043	2.753	2.879	1.026	1.054	65	87	1	3

(*) En 2021, la femme de 56 ans a réalisé une interruption de grossesse à l'hôpital.

POURCENTAGE								
ÂGE	10-14		15-19		20-24		25-29	
INSTITUTION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Hôpital	10,26	19,05	13,72	12,72	13,34	14,72	16,80	16,70
Centre	89,74	80,95	86,28	87,28	86,66	85,28	83,20	83,30
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE										
ÂGE	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
INSTITUTION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Hôpital	17,48	18,03	15,66	17,19	18,71	16,41	12,31	19,54	0,00	0,00
Centre	82,52	81,97	84,34	82,81	81,29	83,59	87,69	80,46	100,00	100,00
TOTAL	100,00									

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

► Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

NOMBRE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
CAUSES	2020	2021	2020	2021
Péril pour la mère	3	3	0	0
Péril pour l'enfant	117	141	0	0
TOTAL	120	144	0	0

NOMBRE				
CAUSES	PÉRIL POUR LA MÈRE		PÉRIL POUR L'ENFANT	
INSTITUTIONS	2020	2021	2020	2021
hôpital	3	3	117	141
Centre	0	0	0	0
TOTAL	3	3	117	141

► REMARQUE

Des tableaux supplémentaires sont présentés, à titre informatif, au point « 7 Annexes supplémentaires aux tabulations croisées », pages 153 à 171.

3.3 ANNEXES AU RAPPORT STATISTIQUE

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

Les points 1 à 8 détaillent les informations enregistrées pour la donnée « autre » et qui n'ont pas été reprises dans une catégorie spécifique de la partie 3.1. « Description ».

3.3.1.1 « AUTRE » RAISON ÉVOQUÉE

En application de la loi du 15.10.2018 « relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives », les femmes ne doivent plus justifier une interruption de grossesse par une des raisons (1 à 99) proposées au verso du document d'enregistrement (raisons présentées page 43).

C'est pourquoi de plus en plus de documents d'enregistrement ne mentionnent aucune raison (blanc) où mentionnent sous le code 99 « autre » pas d'obligation de notification.

Ces cas sont repris dans le tableau ci-dessous sous la dénomination « non communiqué – pas d'obligation de notification : loi du 15.10.2018 »; ce qui représente 34.84 % du total en 2020 (254 cas sur 729) et 35,41 % en 2021 (386 cas sur 1.090).

EN 2020

En **2020**, les médecins ont complété 703 fois cette sous-rubrique, soit, dans 2,98 % des cas (voir point 3.1.2 dans « Description » – page 43).

Mais certaines données issues des documents d'enregistrement et enregistrées dans la base de données (entrées) se décomposent en plusieurs éléments.

Ainsi par exemple, l'information « accouchement récent, enfants placés » correspond à une entrée dans la base de données mais se décompose en deux raisons évoquées, reprises respectivement dans « Accouchement / grossesse » et « situation spécifique de l'enfant / des enfants de la femme ».

C'est pourquoi, il y a bien 703 entrées mais 729 raisons évoquées.

Outre la catégorie « non communiqué », la raison la plus fréquente est « *L'envie de la femme* » qui est citée 119 fois et représente 16.32 % des cas.

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
NON COMMUNIQUÉ - PAS D'OBLIGATION DE NOTIFICATION : loi du 15.10.2018	254
ENVIE DE LA FEMME	119
Pas prête	62
Son choix de faire une IVG	37
Ne veut pas d'enfant	8
Pas son choix d'être enceinte	2
Veut du temps pour elle – équilibre	2
Ne veut pas élever un enfant seule	2
Ne veut pas élever un enfant séparée	1

CATÉGORIES 2020 - suite	NOMBRE
Famille complète : pas d'envie d'un second enfant	1
Veut seulement un enfant par adoption	1
Après l'échec d'un traitement sur la fertilité, s'est résignée à ne pas avoir d'enfant	1
Le projet de vie a changé après 3 ans d'essais	1
Ne veut pas mettre au monde un enfant dans un monde pourri	1
SITUATION SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT / DES ENFANTS DE LA FEMME	115
Enfant(s) en bas-âge – management familial – répartition familiale – gestion familiale	95
Enfant(s) (régulièrement) malade(s)	5
Enfant(s) placé(s) ou à placer	5
Enfant(s) décédé(s) - deuil périnatal	3
Enfant(s) handicapé(s)	2
Enfant(s) autiste(s)	2
Enfants dans un camp de réfugié : essai de les récupérer	1
Crainte pour la vie de ses enfants	1
Problème avec enfant	1
ACCOUCHEMENT / GROSSESSE	62
Accouchement(s) récent(s)	40
Grossesse gémellaire – multiple	7
Césarienne(s) – crainte d'une césarienne	5
Allaitement	3
Crainte d'une nouvelle fausse couche	1
Déni	1
Grossesse à risque	1
Grossesse non évolutive	1
Grossesse extra-utérine	1
Ne se supporte plus depuis qu'elle est enceinte	1
Fausse couche	1
SITUATION DU GENITEUR / PÈRE	39
En prison	4
Trop jeune ou trop âgé	4
Consomme de la drogue – problème d'addiction – dépendance au jeu	4
Sans travail (covid) – partenaire sans revenus – partenaire cherche un emploi	4
Relation hors mariage	3
Doute sur la paternité	3
Voyage beaucoup pour ses affaires – travaille à l'étranger	3
Décédé	2
Pas au courant	1
A reçu l'ordre de quitter le territoire	1
Infidèle	1
Etudiant	1
Vit toujours avec son épouse	1
Malade	1
Hésite sur le maintien de l'IVG	1
A repris ses études donc un salaire en moins	1
Ne veut pas de la grossesse	1
Pas présent pour soutenir la famille	1
A réalisé une vasectomie	1
Pas de relation avec le père	1

CATÉGORIES 2020 - suite	NOMBRE
SITUATION DE SANTÉ DE LA FEMME	27
Covid 19	14
Sclérose en plaques	2
Anorexie	1
Accident du travail	1
Ehlers – Danlos type 2	1
Problèmes physiques	1
Bypass gastrique	1
Hyperfertilité	1
Procédure d'euthanasie	1
Prise d'antidépresseurs du couple	1
Ligature des trompes	1
Hypérémèse	1
Dépression	1
SITUATION PERSONNELLE DE LA FEMME	20
Décès de son père – processus de deuil – décès familial	3
Burn out – trop à gérer	2
Pas assez de stabilité	2
Vit chez son père – vit chez ses parents	2
Voyage en Europe – dans le monde	2
Séparée	1
Déménagement à l'étranger : incertitude sur l'avenir	1
Ne veut pas d'un enfant en Belgique : travaille au Shape : barrière de la langue angoissante	1
S'occupe seule des enfants la semaine (père absent en semaine car il travaille à l'étranger)	1
Pas en Belgique	1
Polyamoureuse	1
Suivie par les services d'aide à la jeunesse (SAJ)	1
Travaux lourds à réaliser dans l'habitation	1
Urgence psychosociale	1
SITUATION ÉCONOMIQUE ET PROFESSIONNELLE DE LA FEMME	18
Pas d'emploi – perte d'emploi (en raison du covid)	10
Pas de filet de sécurité (sociale)	2
Situation non favorable	1
Perte de revenus et situation précaire à cause du covid	1
Travaille et ne dispose pas d'une crèche	1
Dépend avec son partenaire du CPAS	1
Ne peut pas donner d'avenir à un enfant	1
CDD : instabilité	1
FEMME NON BELGE	18
Femme vient d'arriver en Belgique	6
Intégration	3
Réfugiée politique – candidate réfugiée – demandeuse d'asile	3
Situation illégale : sans papiers	2
Veut d'abord apprendre le français	2
Réfugiée Fédasil	1
Migrante	1

CATÉGORIES 2020 - suite	NOMBRE
SANTÉ DE L'ENFANT À NAITRE	17
Cytomégalovirus	6
Isotrétinoïne® ou Roacutane®	4
Héritage génétique du partenaire - gène défectueux dans la famille – trait drépanocytaire	3
Médication tératogène – injection méthotrexate (grossesse extra-utérine)	2
Toxoplasmose	1
Crainte d'autisme (déjà un enfant autiste)	1
SITUATION DU COUPLE	15
Couple n'habite pas ensemble – relation à distance	5
Mariage trop récent, d'abord couple – d'abord vie à deux	3
Relation non stable	2
Famille nouvellement recomposée	1
Horaires de travail conséquents	1
Bigamie	1
Échange de partenaire	1
Séparation envisagée	1
ADDICTION	8
Consommation de drogue – amphétamines	7
Consommation d'alcool	1
RELATIONS AVEC SA FAMILLE	5
Choix de la famille – parents n'acceptent pas la grossesse	2
Père pas au courant de sa relation	1
Isolement familial	1
Absence de réseau familial en Belgique	1
FORMATION DE LA FEMME	4
Projet d'études	1
Début une formation à l'école de police	1
Réalise bientôt un stage de 4 mois au Gabon	1
Visa étudiante	1
RELIGION ET CULTURE	3
Tabou culturel	1
Pas encore mariée - souhaite mariage avant	2
PROSTITUTION	3
DIVERS	2
En Algérie, les médecins ont donné des médicaments inefficaces et IVG interdite	2
TOTAL	729

EN 2021

En **2021**, les médecins ont complété 1.076 fois cette sous-rubrique, soit dans 4,55 % des cas (voir point 3.1.2 dans « Description » - page 43). Comme expliqué pour les causes évoquées en 2020, il y a également plus de raisons évoquées que d'entrées dans la base de données, 1.090 au lieu de 1.076.

Outre la catégorie « non communiqué », la raison la plus fréquente est « *L'envie de la femme* » qui est citée 347 fois et représente 31,83 % des cas.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
NON COMMUNIQUÉ - PAS D'OBLIGATION DE NOTIFICATION : loi du 15.10.2018	386
ENVIE DE LA FEMME	347
Pas prête, pas envie, pas de désir	208
Son choix de faire une IVG	111
Ne sait pas ce qu'elle veut – ne sait pas	13
Parentalité responsable	6
Autre phase de vie	2
Pas demandé	2
Veut voyager	1
Pas le temps	1
Procédure d'adoption vient d'aboutir	1
Refus de ligature des trompes	1
Veut un donneur de sperme	1
ACCOUCHEMENT / GROSSESSE	108
Accouchement(s) récent(s)	85
Grossesse gémellaire	13
Traumatisme lié à la dernière grossesse – trop malade pendant la grossesse – Encore en convalescence après l'accouchement	3
Récente fausse couche – crainte d'une nouvelle fausse-couche	2
Complication suite à une césarienne	1
Antécédent de la grossesse, risque de pré-éclampsie	1
Grossesse prématurée	1
Grossesse non évolutive	1
Déhiscence de la cicatrice de la césarienne	1
SITUATION SPÉCIFIQUE DE L'ENFANT / DES ENFANTS DE LA FEMME	63
Management familial	41
Enfant(s) placé(s) en famille d'accueil – enfant devrait être placé	8
Enfant(s) handicapé(s)	5
Problème avec le tribunal de la jeunesse au sujet d'un enfant – problème juridique avec un enfant – service de la protection de la jeunesse déjà en place	4
Enfant(s) malade(s) ou hospitalisé(s)	3
Les enfants vivent avec les grands-parents	1
Problème pour la garde des enfants	1
SITUATION DE SANTÉ DE LA FEMME	45
Covid 19 – crainte de la pandémie	24
Actuellement, ne peut pas faire face physiquement et mentalement	9
Opération programmée	2
Récente plastie du ventre	2

CATÉGORIES 2021- suite	NOMBRE
Mucoviscidose	1
Retard mental	1
Ovule abimé	1
Injection antidiabétique (Ozempic®)	1
Maladie de Graves héréditaire	1
Symptômes trop lourds après une lourde opération	1
Problème de santé	1
Sclérose en plaques (ALS)	1
SITUATION DU GENITEUR / PÈRE	36
Différence d'âge avec le partenaire – âge du partenaire	5
Vit à l'étranger – est envoyé à l'étranger	4
Doute sur l'identité du père	3
En prison	2
Trop âgé	2
Consommation d'héroïne découverte récemment - addiction de l'ex partenaire	2
Toujours en Ukraine	2
Décédé soudainement	2
Malade	2
Absent l'année prochaine	2
Ne veut pas de la grossesse	2
Compagnon mineur	1
Ne vit pas encore en Belgique	1
Ex-partenaire	1
Relation d'un soir	1
Etudiant	1
Vit déjà en couple	1
Capacité limitée	1
À des problèmes de santé psychique	1
SITUATION PERSONNELLE DE LA FEMME	31
Urgence médico-psycho-sociale	19
Stress et harcèlement – ex-conjoint harcèle et est violent	2
Problèmes juridiques – problèmes avec la justice	2
Pas possible	1
Contexte	1
Veut retourner en Afrique	1
Ne sait pas dans quel pays elle vivra d'ici peu	1
Problèmes pratiques	1
Personne n'est au courant	1
Situation de vie	1
Situation sociale-économique et administrative précaire	1
SITUATION ÉCONOMIQUE ET PROFESSIONNELLE DE LA FEMME	19
Pas d'emploi ou d'emploi stable – recherche d'un emploi	9
Pas possible financièrement – études des enfants plus âgés à financer	4
Pas de filet de sécurité	1
Déménagement	1
Changement de travail	1
Démission	1
Grande précarité sociale	1
Raisons professionnelles	1

CATÉGORIES 2021-suite	NOMBRE
SANTÉ DE L'ENFANT À NAITRE	18
Cytomégalovirus (dans un cas avec risque de perforation de l'utérus)	4
Trisomie	4
Maladie détectée (Encéphalocèle, holoprosencéphalie, pli nuchal épaissi,...)	4
Isotrétinoïne® ou Roacutane®	3
Médication tératogène – injection méthotrexate (grossesse extra-utérine)	1
Risque de complications trop grand	1
Mors in utero	1
SITUATION DU COUPLE	9
Instance de divorce	2
Relation non instable	2
Famille recomposée et problèmes avec les enfants	1
Relation à longue distance	1
Difficulté du vécu avec son premier compagnon	1
Relation LAT	1
Relation de couple libérée	1
ADDICTION	7
Consommation de drogue	4
Nature non précisée	2
Consommation de drogues et d'alcool	1
RELATIONS AVEC SA FAMILLE	5
Situation familiale difficile	4
Isolement familial	1
FEMME NON BELGE	4
Intégration d'abord	2
Parcours migratoire vers le Royaume-Uni	1
Migrante	1
RELIGION ET CULTURE	4
Tabou avant le mariage – pas mariée – hors mariage	3
Coercition familiale culturelle	1
FORMATION DE LA FEMME	3
Formation professionnelle programmée – formation à terminer	2
Projet d'études	1
PROSTITUTION	3
DIVERS	2
Préservatif volontairement saboté par le mari	2
TOTAL	1.090

3.3.1.2 « AUTRE » SITUATION DE VIE OU DE FAIT

En **2020**, les médecins ont complété 282 fois cette sous-rubrique, soit dans 1,70 % des cas (voir point 3.1.1.3 dans « Description » – page 25). Parmi les 282 autres situations communiquées, c'est « *Vit chez un(e) ami(e), une connaissance, un tuteur, un ex-partenaire ou en colocation* », qui est citée le plus souvent, à savoir, 124 fois, soit dans 43,97 % des cas.

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Vit chez un(e) ami(e), une connaissance, un tuteur, un ex-partenaire ou en colocation	124
Sans lieu de résidence, séjour en centre d'accueil – Fédasil - Croix-rouge ou est sans abri	81
Est étudiante en kot ou vit avec un autre étudiant	53
Est placée en institution, en prison ou en institution psychiatrique	14
Relation LAT (Living apart together)	5
Non communiqué, blanc ou pas connu	5
TOTAL	282

En **2021**, les médecins ont complété 334 fois cette sous-rubrique, soit dans 2,00 % des cas (voir point 3.1.1.3 dans « Description » – page 25). Parmi ces 334 autres situations, la plus fréquente est « *Vit chez un(e) ami(e), une connaissance, un tuteur, un ex-partenaire ou en colocation* », qui est citée 194 fois, soit dans 58,08 % des cas.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Vit chez un(e) ami(e), une connaissance, un tuteur, un ex-partenaire ou en colocation	194
Sans lieu de résidence, séjour en centre d'accueil – Fédasil - Croix-rouge ou est sans abri	64
Est étudiante en kot ou vit avec un autre étudiant	19
Est placée en institution, en prison ou en institution psychiatrique	23
Relation LAT (Living apart together)	12
Non communiqué, blanc ou pas connu	15
Divorce récent et vit séparée	7
TOTAL	334

3.3.1.3 « AUTRE » DOMICILE, SANS DOMICILE FIXE, SANS AUTORISATION DE SÉJOUR

En **2020**, les médecins ont complété 26 fois cette sous-rubrique, soit dans 0.16 % des cas (voir point 3.1.1.6. A dans « Description » – page 28). « *Sans domicile fixe et/ou sans autorisation de séjour et/ou réfugiée* » apparaît 25 fois et représente 96.15 % des cas.

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Sans domicile fixe et/ou sans autorisation de séjour et/ou réfugiée	25
Apatride	1
TOTAL	26

En **2021**, les médecins ont complété 32 fois cette sous-rubrique, soit dans 0.19 % des cas (voir point 3.1.1.6. A dans « Description » – page 28). « *Sans autorisation de séjour* » apparaît 29 fois et représente 90,62 % des cas.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Sans autorisation de séjour	29
Sans domicile fixe	1
Non précisé	2
TOTAL	32

3.3.1.4 « AUTRE » RAISON DE NON UTILISATION DE LA CONTRACEPTION

En **2020**, les médecins ont complété 74 fois cette sous-rubrique, soit dans 1,02 % des cas (voir point 3.1.3.2 A dans « Description » – page 47). « *Attend la pose d'un implant ou d'un stérilet – transition entre contraceptifs – changement* » est l'autre raison la plus citée, soit dans 12,16 % des cas (citée 9 fois).

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Attend la pose d'un implant ou d'un stérilet – transition / changement de contraceptifs	9
Non communiqué	7
Problèmes financiers - pas de moyens financiers pour la contraception	5
Problèmes de santé - raison médicale – thrombose - pas d'hormone car problème de foie	4
stérilité supposée du compagnon	3
Allaitement	3
Craintes effets néfastes – refus hormones	3
Intolérance – effet indésirable de la contraception	3
Vasectomie supposée ou en attente	3
Viol – relation sexuelle forcée	2
Plus ou pas de rapports sexuels	2
Ne peut pas de ses parents	2
N'a pas encore repris la contraception après une naissance – allait commencer la contraception	2
Vierge	2
Coronavirus – confinement covid 19	2
Pas besoin de contraception car pas de relations avant le mariage	2

CATÉGORIES 2020 - suite	NOMBRE
Attente ligature des trompes	1
Ne veut pas se justifier	1
Défaut d'ordonnance pour la pilule	1
Préménopause annoncée par le médecin	1
Refus du pharmacien de donner une plaquette	1
Quiproquo avec le gynécologue	1
Pour faire plaisir au mari mais sans vrai désir de grossesse	1
Soucis social / familial	1
A des doutes au sujet de la grossesse	1
Ponction folliculaire	1
A suivi un conseil médical	1
Pensait être trop âgée	1
Oubli	1
Lesbienne	1
Ambivalence	1
Relations on / off	1
Déni de grossesse	1
Difficulté à tomber enceinte	1
Relation extra-conjugale	1
Stérilité supposée de la femme	1
TOTAL	74

En 2021, les médecins ont complété 52 fois cette sous-rubrique, soit dans 0.71 % des cas (voir point 3.1.3.2 A dans « Description » – page 47). « *Changement de contraception – rendez-vous pour un stérilet – attente d'une opération pour mettre des clips – attente Implanon* » et « *stérilité supposée du partenaire* » sont les deux raisons les plus citées soit dans 13,46 % des cas (cité 7 fois chacune).

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Stérilité supposée du partenaire	7
Changement de contraception – rendez-vous pour un stérilet – attente d'une opération pour mettre des clips – attente Implanon®	7
Raisons financières (pas les moyens)	4
Stérilité – problème de fertilité	4
Allaitement	4
Cancer du sein – problème de santé	3
Arrêt de la pilule avant un viol – agression sexuelle	2
Pause consentie par médecin – médecin conseille d'arrêter temporairement la pilule	2
Prise de la pilule depuis trop longtemps – pensait être devenue stérile	2
Application AFRICA	1
Retour de couche	1
Mise en place d'un stérilet	1
Arrêt de la pilule	1
Clips posés alors que la femme est déjà enceinte	1
Douleur au sein et libido	1
Vasectomie reportée en raison de la covid	1
Ne supporte pas les hormones	1
Pensait que le cyclo-cure est un contraceptif	1
Trajet de fertilité	1
Prolactinome	1
Avait tenté 2 fécondation in vitro (FIV) : taux de fertilité supposé trop bas	1

CATÉGORIES 2021-suite	NOMBRE
Traitement en cours	1
Pas renseignée	1
Désir de grossesse	1
Partenaire n'a pas respecté le retrait	1
Manipulation laxiste de la contraception	1
TOTAL	52

3.3.1.5 « AUTRE » MÉTHODE DE CONTRACEPTION

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

En **2020**, les médecins ont complété 49 fois cette sous-rubrique, soit dans 0,49 % des cas (voir point 3.1.3.2 B dans « Description » – page 48). L'autre méthode la plus fréquemment citée est « *Allaitement – pilule d'allaitement* », qui revient dans 24 cas sur 49, soit dans 48,98 %.

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Allaitement – pilule d'allaitement	24
Allaitement	18
Mini pilule	7
Préservatif féminin – pessaire	3
Non communiqué – inconnue	3
Méthode de planification familiale naturelle - lady comp	2
Ligature des trompes	2
Comptage des cycles – méthode du calendrier	2
Méthode des températures	1
Diagnostiquée stérile	1
Stérilité supposée du compagnon	1
Vaginisme	1
Vasectomie	1
TOTAL	49

En **2021**, les médecins ont complété 48 fois cette sous-rubrique, soit dans 0,47 % des cas (voir point 3.1.3.2 B dans « Description » – page 48). L'autre méthode la plus fréquemment citée est « *Allaitement* », qui revient dans 18 cas sur 48, soit dans 37,50 %.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Allaitement	18
Mini pilule	6
Pilule d'allaitement	6
Contraception masculine	3
Calcul	2
Application digitale smartphone	2
Non communiqué	1
Test ovulatoire	1
Préservatif féminin	1
Traitement hormonal	1
Pensait avoir un dispositif intra-utérin (DIU)	1
Fertilité du partenaire réduite	1
Huiles essentielles	1

CATÉGORIES 2021-suite	NOMBRE
Pense être stérile	1
Eau chaude, miel et sucre	1
Café, coca	1
Zoladex®	1
TOTAL	48

3.3.1.6 « AUTRE » MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

En **2020**, les médecins ont complété 5 fois cette sous-rubrique, soit dans 0,03 % des cas (voir point 3.1.4.1 dans « description » – page 51). L'autre méthode la plus citée est « *Fausse couche spontanée* », citée 3 fois sur 5, soit dans 60,00 % des cas.

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Fausse couche spontanée (*)	3
Association des méthodes médicamenteuse et chirurgicale	2
TOTAL	5

En **2021**, les médecins ont complété 23 fois cette rubrique, soit dans 0.14 % des cas (voir point 3.1.4.1 dans « description » - page 51). L'autre méthode la plus citée est « *association des méthodes chirurgicale et médicamenteuse* », citée 12 fois sur 23, soit dans 52,17 % des cas.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Association des méthodes médicamenteuse et chirurgicale	12
Fausse couche (*)	6
Expulsion	3
Mors in utero	1
Salpingectomie pour cause de grossesse extra-utérine	1
TOTAL	23

(*) « Fausse couche », bien que mentionnée par certains médecins dans le document d'enregistrement, n'est pas une méthode d'interruption de grossesse en tant que telle.

3.3.1.7 « AUTRE » MÉTHODE D'ANESTHÉSIE

En **2020**, les médecins ont complété 3 fois cette sous-rubrique, soit dans 0,02 % des cas (voir point 3.1.4.2 dans « descriptions » – page 65). L'autre méthode d'anesthésie la plus fréquemment citée est « *administration d'analgésique* », qui représente 66.66 % des cas (2 sur 3).

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Administration d'analgésiques	2
Usage de la pompe à douleur PCEA	1
TOTAL	3

En **2021**, les médecins ont complété 3 fois cette sous-rubrique, soit, dans 0,02 % des cas (voir point 3.1.4.2 dans « descriptions » – page 65).). Chacune de ces méthodes représente 33,33 % des cas.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Méthode MEOPA	1
Pompe à douleur PCEA	1
Association des anesthésies loco-régionale et générale	1
TOTAL	3

3.3.1.8 « AUTRE » COMPLICATION MÉDICALE IMMÉDIATE

En **2020**, les médecins ont complété 92 fois cette sous-rubrique, soit dans 0,55 % des cas (voir point 3.1.4.4 dans « descriptions » – page 73). Parmi les autres complications citées, la complication la plus fréquente est « rétention / placentaire / trophoblastique – restes - résidus de caillots - hématométrie », qui apparaît dans 67 cas sur 92 et représente 72,82 % des cas.

CATÉGORIES 2020	NOMBRE
Rétention / placentaire / trophoblastique - restes - résidus de caillots - hématométrie	67
Échec de la méthode	6
Douleurs importantes et passage aux urgences	2
Malaise – malaise vagal	2
Stress – stress et transfert à l'hôpital	2
IVG impossible sans anesthésie générale	2
Transfert à l'hôpital	2
Expulsion spontanée de l'embryon dans le sac avant dilatation	1
Utérus double	1
Fausse route	1
Évanouissement et clonies	1
Infection	1
Grossesse arrêtée lors de l'aspiration	1
Persistance de pertes faibles mais continues	1
Pyrexie	1
Pas venue en Post-IVG	1
TOTAL	92

En **2021**, les médecins ont complété 128 fois cette sous-rubrique, soit dans 0,77 % des cas (voir point 3.1.4.4 dans « descriptions » – page 73). Parmi ces autres complications citées, la complication la plus fréquente est « rétention - restes » qui apparaît 92 fois et représente 71,87 % des cas.

CATÉGORIES 2021	NOMBRE
Rétention et restes d'où curetage supplémentaire / d'où Cytotec® supplémentaire	93
Échec de la Mifégyne® - échec de la méthode	7
Fausse voie	4
Hémorragie – saignements abondants	3
Fortes douleurs - crampes abdominales insupportables	3
Col de l'utérus rigide et dilatation impossible avec transfert vers un hôpital	2
Grossesse extra-utérine constatée (GEU) - GEU plus salpingectomie	2

CATÉGORIES 2021-suite	NOMBRE
Grossesse molaire partielle	1
Envoi à l'hôpital pour anesthésie générale	1
Septicémie et embolie pulmonaire	1
Réaction allergique à l'anesthésie	1
Éruption cutanée	1
Perte de sang tardive (expulsion 2 jours plus tard)	1
Non précisé	1
Arrêt cardiaque	1
Anomalie du col de l'utérus	1
Problème neurologique	1
Fausse-couche	1
Réaction vagale	1
Kyste	1
Insomnie	1
TOTAL	128

3.3.2 ANNEXE 2 - INTERRUPTIONS DE GROSSESSE AU-DELÀ DE DOUZE SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION

► Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

L'article 350, 4°, 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°, b), 2° et 3° 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 **2020**, 120 interruptions de grossesse pratiquées au-delà de 12 semaines ont été enregistrées, ce qui correspond à 0,72 % des interruptions de grossesse (120 sur 16.585).

En **2021**, ce nombre s'élève à 144 et représente 0,86 % des interruptions de grossesse (144 sur 16.702).

Ces interruptions de grossesse se répartissent comme suit :

APRÈS 12 SEMAINES	HÔPITAL		CENTRE	
	2020	2021	2020	2021
Danger pour la mère	3	3	0	0
Danger pour l'enfant	117	141	0	0
Danger pour la mère et l'enfant	0	0	0	0
TOTAL	120	144	0	0

APRÈS 12 SEMAINES	DANGER POUR LA MÈRE		DANGER POUR L'ENFANT		DANGER POUR LA MÈRE ET L'ENFANT	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Hôpital	3	3	117	141	0	0
Centre	0	0	0	0	0	0
TOTAL	3	3	117	141	0	0

3.3.2.1 PÉRIL GRAVE POUR LA FEMME EN 2020

PÉRIL GRAVE POUR LA FEMME	NOMBRE
➤ Situation psychosociale difficile (indication psychiatrique)	1
➤ Décompensation psychiatrique	1
➤ Sepsis (septicémie)	1
TOTAL	3

3.3.2.2 AFFECTIONS GRAVES ET INCURABLES DE L'ENFANT EN 2020

117 femmes ont indiqué avoir interrompu leur grossesse en raison d'affection(s) grave(s) et incurable(s) de l'enfant, ce qui représente 117 entrées dans la base de données. Ces entrées correspondent soit à des affections uniques - la majorité - soit à plusieurs affections combinées (exemple : Syndrome de Turner, Hygroma et Hydrops).

Les tableaux ci-dessous présentent le décompte des affections enregistrées; à savoir, les affections uniques et les affections combinées prises isolément. (exemple, l'entrée « Syndrome de Turner + hygroma + hydrops », se décompose en 3 affections.

C'est pourquoi, le nombre total d'affections, 165, est supérieur au nombre d'entrée, 117

AFFECTIONS CHROMOSOMIQUES

AFFECTIONS CHROMOSOMIQUES	NOMBRE
Trisomie 21 (syndrome de Down)	31
Trisomie 18 (syndrome d'Edwards)	8
Malformation chromosomique	7
Syndrome de Turner	4
Syndrome de Klinefelter	2
Délétion d'un bras de chromosome	1
Délétion chromosome 7	1
Trisomie non spécifiée	1
Duplication chromosome 6	1
Trisomie 16 sur mosaïque placentaire	1
Trisomie 14	1
Trisomie 13 (syndrome de Patau)	1
Translocation déséquilibrée	1
Syndrome de Noonan	1
Microdélétion	1
Délétion 22q11	1
Induction	1
Duplication Xq23	1
TOTAL	65

PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES

COEUR	NOMBRE
Malformation cardiaque	4
Cardiopathie complexe	3
Hypoplasie cardiaque	2
Ventricule unique	2
Cardiomégalie	1
Dysfonctionnement ventricule droit	1
Asymétrie cardiaque	1
Tronc artériel commun avec valve dysplasique	1
Défaut de la cloison auriculo ventriculaire (DAV)	1
Épanchement vers la droite au niveau du cœur	1
TOTAL	17

POUMON	NOMBRE
Hydrops	3
Atrésie pulmonaire	1
Mucoviscidose	1
TOTAL	5

CRÂNE – CERVEAU – SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	NOMBRE
Anencéphalie	4
Spina bifida	4
Malformation cérébrale	3
Hydrocéphalie	3
Syndrome d'Arnold Chiari	3
(Myélo)méningocèle sacré	3
Microcéphalie	2
Agénésie du corps calleux	2
Malformation du corps calleux	1
Ventriculomégalie bilatérale cérébrale	1
Hémorragie cérébrale de grade 4	1
Absence de voute crânienne	1
Lésion intracrânienne	1
Moelle attachée	1
Exencéphalie	1
Holoprosencéphalie semi-lobaire	1
TOTAL	32

SQUELETTE	NOMBRE
Anomalie vertébrale	2
Ostéogénèse imparfaite	1
Micrognathisme	1
TOTAL	4

REIN	NOMBRE
Agénésie rénale bilatérale	1
Agénésie rénale droite	1
Rein droit dysfonctionnel	1
Reins fusionnels	1
Polykystose multikystique bilatérale rénale	1
TOTAL	5

DIVERS	NOMBRE
Mors in utero	4
Hygroma kystique	3
Oligohydramnios / anamnios	3
Anomalie des membres inférieurs	2
Isomérisme	2
Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) : rupture des membranes	2
Fente labio-palatine bilatérale (avec absence de palais)	2
Omphalocèle	1
Hypotonie	1
Retard de croissance intra-utérin (RCIU)	1
Anémie fœtale	1
Brides amniotiques	1
Bodystalk	1
Atrésie de l'œsophage	1
Anophtalmie bilatérale	1
Anasarque	1
Affections multiples	1
Méga vessie	1
Déformation du dos	1
Pieds bots	1
Syndrome de Lado	1
Ambiguïté sexuelle	1
Fausse couche tardive	1
TOTAL	34

AFFECTIONS TÉRATOGENÈS

AFFECTIONS TÉRATOGENÈS	NOMBRE
Cytomégalovirus	3
TOTAL	3

TOTAL AFFECTIONS GRAVES ET INCURABLES DE L'ENFANT	165
--	------------

3.3.2.3 PÉRIL GRAVE POUR LA FEMME EN 2021

PÉRIL GRAVE POUR LA FEMME	NOMBRE
Chorioamniotite	1
Sepsis (après chorioamniotite)	1
Pas d'avenir obstétrical car fœtus décédé	1
TOTAL	3

3.3.2.4 AFFECTIONS GRAVES ET INCURABLES DE L'ENFANT EN 2021

141 femmes ont indiqué avoir interrompu leur grossesse en raison d'affection(s) grave(s) et incurable(s) de l'enfant. Comme expliqué plus haut, ces 141 entrées dans la base de données correspondent à un nombre plus élevé d'affections (affections uniques et affections combinées prises isolément). C'est pourquoi, le nombre total d'affections, 204 est supérieur au nombre d'entrée, 141

AFFECTIONS CHROMOSOMIQUES

AFFECTIONS CHROMOSOMIQUES	NOMBRE
Trisomie 21 (syndrome de Down)	31
Trisomie 18 (syndrome d'Edwards)	8
Délétion chromosome	5
Syndrome de Turner	4
Syndrome de Klinefelter	3
Sclérose tubéreuse de Bourneville	2
Triploïdie 69 - Syndrome triple X	2
Anomalie chromosome 16	1
Duplication 22Q11	1
Drépanocytose	1
Syndrome de délétion	1
Trisomie 13 (syndrome de Patau)	1
Mutation classe 5 gène PIK3CA	1
Microdélétion 22	1
TOTAL	62

PATHOLOGIES SPÉCIFIQUES

SQUELETTE	NOMBRE
Nanisme thanatophore	2
Agénésie sacrée avec une seule vertèbre sacrée	1
Achondroplasie	1
TOTAL	4

DIVERS	NOMBRE
Affections multiples / syndrome polyformatif	8
Pieds bots	6
Oligohydramnios / anamnios	4
Retard de croissance intra-utérin (RCIU)	3
Mors in utero	3
grossesse gémellaire monochoriale biamniotique	3
Omphalocèle	3
Fente labio-palatine	3
Handicape lourd	2
Preterm Premature Rupture of Membranes (PPROM) – rupture prématurée de la poche des eaux (RPPE)	2
Hernie diaphragmatique	2
Méga vessie	1
Dilatation de la verge	1
Clinodactylie de la main gauche et main droite crispée	1
Pied en piolet	1
Mains botes	1
Hygroma kystique	1
Arthrogrypose	1
Artère ombilicale unique	1
Syndrome Kabuki	1
Bodystalk	1
Oreilles basses implantées	1
Jambes figées en flexion	1
Anasarque	1
Ptérygium aux 4 membres	1
Malformation faciale	1
Situs inversus	1
Fémur et humérus anormaux	1
TOTAL	56

REIN	NOMBRE
Agénésie rénale	3
Syndrome de Potter	2
Hydronéphrose	2
Hyperéchogénicité rénale bilatérale	1
Rein gauche dysplasique	1
Rein unique	1
TOTAL	10

POUMON	NOMBRE
Hydrops	3
Respirating Distress Syndrom (RDS)	1
Hypoplasie	1
Hydrothorax	1
TOTAL	6

CRÂNE – CERVEAU – SYSTÈME NERVEUX CENTRAL	NOMBRE
Spina bifida – Spina bifida cervica – Lemon sign	8
Agénésie du corps calleux	5
Malformation cérébrale majeure	5
Hémorragies cérébrales	2
Microcéphalie	2
Hypoplasie cérébelleuse	2
Schizencéphalie	2
Hydrocéphalie	2
Anencéphalie	2
Ventriculomégalie	2
Synostose crânienne	1
Holoprosencéphalie	1
Malformation grave CCV (Cerebral Cavernous venous)	1
Encéphalocèle	1
Cortex épais	1
Malformation cérébelleuse	1
Arriéré neurologique	1
Syndrome d'Arnold Chiari	1
Crâne incomplet	1
TOTAL	41

COEUR	NOMBRE
Malformation cardiaque (cardiopathie)	8
Ventricule unique	6
Hypoplasie cardiaque	3
Tétralogie de Fallot	2
Syndrome de PoTS (Tachycardie posturale)	1
Hétérotaxie	1
Élargissement global du système ventriculaire	1
TOTAL	22

AFFECTIONS TÉRATOGÈNES

AFFECTIONS TÉRATOGÈNES	NOMBRE
Cytomégalovirus	3
TOTAL	3

TOTAL AFFECTIONS GRAVES ET INCURABLES DE L'ENFANT	204
--	------------

4.1 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 de grossesse depuis la conception (*);
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse après douze semaines de grossesse depuis la conception (*);
- le nombre de demandes d'interruption de grossesse qui ont été « refusées ».

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

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

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

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

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

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

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

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

4.2 INSTITUTIONS FRANCOPHONES

4.2.1 CENTRES

En 2020, 32 centres ont réalisé des interruptions de grossesse et ont transmis un rapport annuel.

En 2021 33 centres ont réalisé des interruptions de grossesse (1 structure de Bruxelles a réalisé des interruptions de grossesse sur un deuxième site) et 32 centres ont transmis un rapport annuel.

NOMBRE DE CENTRES		NOMBRE DE REQUÊTES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES DONT LE NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS LE DÉLAI DE 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				NOMBRE DE REQUÊTES " REJETÉES "		% DE REQUÊTES " REJETÉES " / NOMBRE DE REQUÊTES	
2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020 Après 12 semaines (*)	2021 Après 12 semaines (*)	2020	2021	2020	2021
32 (**)	32 (***)	10.667	10.054	8.692	8.307	54	4	1.817	1.684	17,03	16,75

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) En 2020, 3 centres ont transmis un rapport annuel mais pas de documents d'enregistrement; ces centres, situés respectivement dans la Région de Bruxelles-Capitale, la province de Liège et la province de Hainaut, totalisent ensemble 939 demandes d'IVG, 763 IVG réalisées et 176 demandes d'IVG refusées.

(***) En 2021, 1 centre du Brabant wallon n'a pas transmis de rapport annuel, il compte 90 IVG réalisées. 2 centres situés dans la Région de Bruxelles-Capitale ont transmis un rapport annuel mais pas de documents d'enregistrement; ces 2 centres comptabilisent ensemble 318 demandes d'IVG, 241 IVG réalisées et 77 demandes d'IVG refusées.

4.2.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES

30 hôpitaux réalisant des interruptions de grossesse sont répertoriés pour 2020 et 34 pour 2021.

NOMBRE D'HÔPITAUX		NOMBRE DE REQUÊTES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES DONT LE NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS LE DÉLAI DE 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				NOMBRE DE REQUÊTES " REJETÉES "		% DE REQUÊTES " REJETÉES "/ NOMBRE DE REQUÊTES	
2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020 Après 12 semaines (*)	2021 Après 12 semaines (*)	2020	2021	2020	2021
28 (**)	32 (***)	3.798	2.985	3.387	2.619	85	53	408	369	10,74	12,36

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) En 2020, 2 Hôpitaux, situés en région de Bruxelles-Capitale n'ont pas transmis de rapports annuels et comptabilisent ensemble 53 IVG. 2 hôpitaux, situés respectivement en province de Liège et de Namur, ont transmis un rapport annuel mais pas de document d'enregistrement. Ces 2 hôpitaux totalisent 29 demandes d'IVG, 29 IVG réalisées et 0 demandes refusées.

(***) En 2021, 2 hôpitaux, situés en Région de Bruxelles-Capitale (1) et en province de Liège (1), n'ont pas transmis de rapports annuels; ensemble, ils totalisent 364 IVG. 6 hôpitaux (2 en province de Namur et 1 respectivement en Région de Bruxelles-Capitale, Province de Hainaut, de Luxembourg et du Brabant wallon) ont transmis un rapport annuel mais pas de documents d'enregistrement; ensemble, ces hôpitaux comptabilisent 90 demandes d'IVG, 66 IVG réalisées et 24 demandes d'IVG refusées.

4.3 INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES

4.3.1 CENTRES

NOMBRE DE CENTRES		NOMBRE DE REQUÊTES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES DONT LE NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS LE DÉLAI DE 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				NOMBRE DE REQUÊTES " REJETÉES "		% DE REQUÊTES " REJETÉES "/ NOMBRE DE REQUÊTES	
2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020 Après 12 semaines (*)	2021 Après 12 semaines (*)	2020	2021	2020	2021
7	7	8.792	8.776	7.221	7.231	0	0	1.568	1.543	17,83	17,87

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

4.3.2 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 DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)				NOMBRE DE REQUÊTES " REJETÉES"		% DE REQUÊTES " REJETÉES" / NOMBRE DE REQUÊTES	
2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020 Après 12 semaines (*)	2021 Après 12 semaines (*)	2020	2021	2020	2021
10 (**)	6 (***)	209	195	155	173	66	16	52	54	24,88	27,69

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

(**) En 2020, 2 hôpitaux, situés respectivement en province de Flandre Occidentale et d'Anvers, ont transmis un rapport annuel mais pas de documents d'enregistrement; ces hôpitaux totalisent ensemble 62 demandes d'IVG, 12 IVG réalisées après 12 semaines de grossesse depuis la conception et 48 demandes d'IVG refusées. 2 hôpitaux, situés respectivement en province de Flandre orientale et du Limbourg, n'ont pas transmis de rapport annuel. Ils totalisent ensemble 40 interruptions de grossesse.

(***) En 2021, 5 hôpitaux, situés en province d'Anvers (3), de Flandre occidentale (1) et du Limbourg (1) n'ont pas transmis de rapports annuels; ensemble, ces hôpitaux comptabilisent 59 interruptions de grossesse.

4.4 APERÇU GÉNÉRAL DES INSTITUTIONS BELGES

4.4.1 CENTRES

NOMBRE DE CENTRES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS 12 SEMAINES (*)	
2020	2021	2020	2021	2020	2021
39	39	15.913	15.538	54	4

4.4.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES

NOMBRE D'HÔPITAUX		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES		NOMBRE D'IVG PRATIQUÉES APRÈS 12 SEMAINES DE GROSSESSE DEPUIS LA CONCEPTION (*)	
2020	2021	2020	2021	2020	2021
38	38	3.542	2.792	151	69

(*) Le terme légal de 12 semaines de grossesse depuis la conception correspond à 14 semaines d'aménorrhée. Les médecins enregistrent toujours une durée de grossesse en semaines d'aménorrhée, comme mentionné dans le document d'enregistrement d'une interruption de grossesse (version 2019).

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

Les données transmises par les institutions néerlandophones sont présentées page 134.

5.1 INSTITUTIONS FRANCOPHONES

5.1.1 CENTRES

Ces données sont extraites des rapports annuels transmis par 32 centres sur 32 en 2020 (100 %) et par 32 centres sur 33 en 2021 (96,7 %).

5.1.1.1 NOMBRE ET QUALIFICATION DU PERSONNEL

De manière générale, le personnel se répartit principalement entre les catégories suivantes :

- juriste;
- psychologue;
- assistant(e) social(e);
- conseiller ou conseillère conjugal(e);
- médecin et gynécologue;
- autres, dans laquelle se retrouvent généralement le personnel suivant :
 - personnel chargé des animations, animatrice ou animateur EVRAS;
 - infirmier ou infirmière breveté(e), graduée(e), sociale, en santé communautaire;
 - sage-femme;
 - médiatrice ou médiateur, thérapeute familial(e);
 - licencié(e) / master en science de la famille et sexualité, sexologue;
 - éducatrice ou éducateur;
 - personnel de direction, administratif, comptable et financier ou coordinateur / coordinatrice.

En **2020**, selon les chiffres reçus, le service compte entre 7 et 47 personnes. En plus des catégories de personnel précitées, certains centres ont mentionné également :

- éducatrice spécialisée;
- accueillant(e) freelance;
- salariés temporaires (formation non précisée);
- licencié en lettres modernes.

En **2021**, le service compte entre 7 et 58 personnes et les catégories de personnel supplémentaires suivantes ont été mentionnées :

- licenciée en lettres modernes;
- éducateur spécialisé;
- secrétaire médicale;
- psychomotricienne.

5.1.1.2 FONCTIONNEMENT DU SERVICE

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

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

Les fiches de rendez-vous ainsi que les données administratives, psychosociales et médicales sont reprises dans le dossier patient informatisé.

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

Un rapport médical est envoyé par le centre au médecin conseil de la mutuelle qui reçoit aussi la demande d'intervention dans le coût de prestation de rééducation fonctionnelle.

Si la femme le souhaite, une fiche de liaison est transmise à son médecin traitant.

Pour chaque grossesse interrompue, un « Document d'enregistrement de l'interruption de grossesse » est transmis à la Commission nationale d'évaluation et celle-ci reçoit également le « Rapport annuel de l'établissement » et le « Rapport annuel du service d'information de l'établissement ».

Des réunions pluridisciplinaires, intervisions et supervisions cliniques sont régulièrement organisées pour :

- optimiser l'accueil, la prise en charge, les consultations et le suivi;
- aborder les cas traités et les nouveaux médicaments;
- échanger les bonnes pratiques;
- appliquer les balises institutionnelles;
- améliorer la prise en charge des mineures;
- aborder les questions d'éthique et de confidentialité, les prescrits légaux (délai d'attente, nombre de semaines de grossesse pour pratiquer une IVG, sortie du Code pénal), l'accueil et la formation pluridisciplinaire de médecins stagiaires;
- améliorer le travail en réseau avec les structures (extra)-hospitalières;
- gérer les animations.

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

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

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

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

Ces animations sont axées sur la vie relationnelle, affective et sexuelle, la contraception, le respect, l'intimité, les IST, les assuétudes, la violence, les relations avec les parents, le désir d'enfant,... et ciblent :

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

Certains centres dénoncent des problèmes de fonctionnement particuliers :

Deux centres déplorent la difficulté de trouver des médecins formés à l'interruption de grossesse et la nécessité de supprimer des plages horaires dédiées aux consultations en cas d'absence de médecins, faute de remplaçants. L'un de ces deux centres estime que l'intégration d'un module de petite gynécologie dans le cursus de médecine est une bonne chose mais que le problème du nombre de médecins formés se posera encore pendant plusieurs années.

Un centre dénonce les problèmes rencontrés avec les mutuelles :

- montants non pris en charge sans explication;
- regroupement de factures sans indications claires de ce qui est accepté ou non, ce qui engendre de l'opacité et une difficulté majeure dans le suivi administratif et comptable des remboursements des interruptions de grossesse;
- refus d'intervention des mutualités chrétiennes pour non-respect du délai légal de réflexion alors qu'en application de la loi, le médecin peut réduire le délai légal en cas de nécessité médicale; ces mutualités demandent les justificatifs attestant de cette nécessité médicale, y compris les notes personnelles des médecins, alors que ces informations relèvent de la vie privée de la femme et du secret médical. Un courrier a été envoyé aux fédérations de mutuelles pour leur demander de respecter la loi et souligner que seul le médecin est habilité à décider du caractère urgent ou non d'un acte médical mais ce message n'a pas été entendu par les mutualités chrétiennes.

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

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

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

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

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

En **2020**, 29 centres (sur 32) ont réalisé entre 143 et 3.916 consultations.

En **2021**, 31 centres (sur 32) ont réalisé entre 32 et 5.571 consultations.

La différence d'interprétation des critères d'enregistrement explique l'écart entre les deux valeurs. Le second chiffre, très élevé, intègre les rendez-vous multiples en cas d'ambivalence ou de difficultés.

Trois centres en 2020 et 1 centre en 2021 n'ont pas communiqué de données; ils ont indiqué qu'en cas d'ambivalence et de consultations multiples, beaucoup de consultations sont intégrées dans le forfait INAMI et ne sont pas repérables dans l'encodage. Un centre indique également que beaucoup de contacts concernent des demandes d'information, sans plus et sont impossibles à comptabiliser.

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

5.1.1.4 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, et un médecin accompagnent la femme avant, pendant et après l'interruption de grossesse. L'accueillant(e) et / ou le médecin peuvent s'entretenir plusieurs fois avec la femme en cas de demande ambivalente, de problèmes à gérer ou si des craintes subsistent.

► MÉTHODES APPLIQUÉES AVANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Un entretien téléphonique ou un premier entretien peut avoir lieu avec l'accueillant(e) pour une première écoute et la transmission des premières informations. Ensuite auront lieu un entretien « Pré-IVG » entre l'accueillant(e) et la femme, un entretien médical entre la femme et le médecin et une interview entre l'accueillante et le médecin. La femme peut être accompagnée d'une personne de son choix.

ENTRETIEN « PRE-IVG »

Entretien psychosocial

Le désir d'enfant, la vision de la famille, la place du géniteur, 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 difficultés et fragilités sont précisées.

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

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

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

Les informations sur les services internes et externes pouvant aider la femme à garder sa grossesse sont dispensées (ex. brochure de l'ONE, office de la naissance et de l'enfance). Des brochures diverses sont fournies (désir de grossesse, suivi de grossesse, adoption).

Informations sur les droits et aides au logement, les aides financières, sociales et juridiques auxquelles prétendre en cas de poursuite de la grossesse

Si nécessaire, l'accueillant(e) régularise les dossiers de sécurité sociale, entreprend des démarches auprès du centre public d'action sociale (CPAS), cherche une maison d'accueil ou réalise une médiation avec les parents. En cas de problème aigu, la femme peut être orientée vers un service juridique, social ou psychologique spécialisé.

Méthodes d'interruption

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

Documents remis

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

Délai légal de 6 jours

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

Interruptions de grossesse à réaliser après le délai légal de 12 semaines depuis la conception

Les raisons de cette arrivée tardive sont évoquées. 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 transmettre sont fournis; le centre peut entreprendre ces démarches dans le cadre d'une éventuelle collaboration avec des institutions situées à l'étranger, essentiellement aux Pays-Bas (exemple : clinique Bloemenhove) et en Espagne (exemple : clinique Medico Aragon).

Si la grossesse est néanmoins trop avancée, des contacts peuvent être pris avec des organismes qui accompagnent la poursuite de la grossesse et l'accouchement et assurent un suivi psychosocial. Si nécessaire, une aide peut être apportée pour choisir entre la garde de l'enfant ou l'adoption.

EXAMEN MEDICAL

Anamnèse et examen gynécologique et prophylactique

Une échographie pour dater la grossesse et une prise de sang pour vérifier le groupe sanguin et l'absence d'infections et / ou de contre-indications sont réalisées. Un entretien médical est mené.

Contraception

L'échec ou les résistances à la contraception sont analysés et la contraception future est évoquée pour prévenir toute nouvelle grossesse non désirée; des brochures sur la contraception et la contraception d'urgence (NorLevo®) sont également remises.

INTERVISION ENTRE LE MÉDECIN ET L'ACCUEILLANTE

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

► MÉTHODES APPLIQUÉES PENDANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Interruption de la grossesse

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

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

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

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

L'interruption chirurgicale est une aspiration pratiquée pendant une anesthésie locale du col de l'utérus ou une anesthésie générale. Le choix de l'anesthésie dépend de la situation médicale et des préférences de la femme. L'aspiration dure 20 minutes environ.

La femme peut être orientée vers un hôpital pour des raisons médicales, pour la réalisation d'une anesthésie générale ou en cas d'urgence, souvent dans le cadre d'une convention de collaboration conclue entre le centre et l'hôpital.

Le médecin transmet le rapport médical au médecin conseil de la mutuelle.

Contraception

La contraception future est mise au point.

► MÉTHODES APPLIQUÉES APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Visite médicale de contrôle

Un contrôle médical est réalisé après 2 semaines en cas d'interruption chirurgicale et après 1 semaine en cas d'interruption médicamenteuse, si l'expulsion a eu lieu à domicile.

Contraception

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

Rencontre avec l'accueillant(e)

L'accueillant(e) rencontre la femme pour lui permettre d'exprimer son vécu post-interruption.

La femme peut aussi être entendue par le / la psychologue et le cas échéant, être dirigée vers un service psychologique ou social spécialisé.

5.1.1.5 CAS D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES À SIGNALER

SITUATION PARTICULIÈRE LIÉE À LA PANDÉMIE DE COVID 19

Depuis 2020, la Belgique et le monde sont confrontés à une pandémie de covid 19 (coronavirus – SARS-CoV2), crise sanitaire majeure. En réponse à cette situation de crise, les autorités ont imposé différentes mesures sanitaires et les centres ont dû s'adapter pour continuer à prendre en charge les interruptions de grossesse. Concrètement, sur le terrain, les centres ont pris les mesures suivantes :

- le masque chirurgical, la distanciation sociale et l'usage du gel hydroalcoolique ont été imposés;
- l'horaire du personnel a été adapté et allégé ; le télétravail et les réunions d'équipe en visioconférence ont été généralisées. Les animations EVRAS ont été suspendues;
- les consultations médicales et les interruptions de grossesse ont été assurées sur place avec rendez-vous obligatoire, les consultations d'urgence ont également été assurées; les permanences ont été suspendues et les consultations non médicales se sont déroulées à distance (téléphone, visioconférence, mail) avant de reprendre sur rendez-vous;
- les femmes ont dû venir seules dans le centre, y compris pour l'interruption de grossesse. (Néanmoins, un centre a accepté un accompagnement limité en cas de forte détresse et un autre a accepté la présence d'une accompagnante, après un premier contact avec la femme seule).
- des contacts téléphoniques ont été menés avec les femmes pour les rassurer et confirmer le maintien de leur rendez-vous et de leur prise en charge. Certains centres ont régulièrement communiqué l'offre de service disponible et les modalités d'accueil via les réseaux sociaux et les réseaux professionnels;
- pendant le confinement, des attestations ont été remises aux femmes pour leur permettre de circuler et venir jusqu'au centre mais, faute de communication des autorités vers les services de police, certaines femmes ont été refoulées;
- Des femmes ont dû combiner la difficulté du vécu lié à l'interruption de grossesse avec les craintes liées à la pandémie. Ainsi, certaines femmes ont ressenti un stress supplémentaire lorsqu'une anesthésie générale s'est avérée nécessaire, par crainte de contamination à l'hôpital ou lorsqu'elles devaient se rendre à l'étranger, en raison de l'interdiction des voyages ou de l'application de règles sanitaires différentes.
- Dans le cadre des interruptions chirurgicales, un centre a proposé aux femmes dont la décision était sans ambiguïté, d'avoir leur entretien pré-IVG et l'interruption de grossesse le même jour.

Un autre centre a indiqué permettre aux femmes de rentrer plus rapidement chez elles pour se reposer à domicile, ce qui correspond à un souhait de plus en plus exprimé par celles-ci.

- Plusieurs centres ont proposé aux femmes dont la grossesse était jeune (moins de 6 semaines depuis la conception ou 8 semaines d'aménorrhée) de réaliser l'interruption de grossesse médicamenteuse, en tout ou en partie, à domicile.

Ceci a été décidé après une réflexion pluridisciplinaire sur les IVG à domicile, se traduisant par une adaptation des entretiens pré-IVG, de l'IVG et du travail pluridisciplinaire. Cette option, non imposée, n'a été proposée que si le médecin jugeait les données médicales favorables.

Méthode : la femme prend la première prise sur place et expulse à domicile ou reçoit la médication à prendre à domicile, accompagnée d'un guide explicatif (planning à respecter, consignes, coordonnées et recommandations, lettre de recommandation en cas de nécessité de se rendre à l'hôpital). Les contacts téléphoniques sont fréquents entre la femme, l'accueillant(e) et le médecin.

Le médecin est présent dans le centre et y est joignable pendant toute la période pendant laquelle doit avoir lieu l'expulsion. L'accueillant(e) est également toujours joignable pendant cette période (parfois, c'est l'accueillant(e) qui appelle régulièrement la femme pour prendre des nouvelles). En dehors des heures d'ouverture des centres, les médecins ont accepté d'être joignables par gsm en cas d'urgence.

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

Ces centres ont remarqué une augmentation des interruptions de grossesse médicamenteuses à domicile (jeunes grossesse), en raison de la pandémie et soulignent le retour très positif de cette option. Ils souhaitent poursuivre leur réflexion sur cette nouvelle modalité, notamment dans le cadre d'une application hors période de pandémie.

Un centre a indiqué appliquer cette méthode à domicile depuis un an selon un protocole très strict : le domicile de la femme est situé à moins d'une demi-heure en voiture du centre, la femme doit être multigeste ou avoir eu une expérience antérieure d'IVG médicamenteuse ou avoir subi une fausse couche. Le second médicament n'est administré que lorsque les médecins sont présents (jamais les week-ends) et en matinée pour permettre une éventuelle intervention au centre dans la journée. Un contrôle médical a lieu après une semaine.

REMARQUES

- Un centre indique que deux médecins sur neuf ont dû se rendre libres pour leur pratique de médecine générale mais que cela n'a pas impacté l'offre de service.
- Un centre dénonce le fait que pendant le confinement certains actes médicaux, comme la prescription d'une contraception, d'urgence ou non et le suivi d'une grossesse non désirée ont été invisibilisés. Si les centres ont été identifiés comme services essentiels devant rester accessibles, le manque de communication officielle des autorités sur la continuité de ces services a laissé des femmes dans l'incertitude. Par manque d'information ou par méconnaissance du système de santé, certaines femmes ne sont pas venues ou se sont présentées plus tardivement (même en situation d'urgence). L'espace laissé par cette absence de communication a été utilisé par les groupes anti-IVG pour diffuser des messages dissuasifs tels que « Evitez les hôpitaux et services de planning, vous risquez d'être contaminée ! ».

Trois centres observent une augmentation des interruptions de grossesse car, d'une part, leur activité s'est recentrée sur les IVG (aucune plage de consultation n'a dû être annulée pour pouvoir pratiquer des IVG) et d'autre part, il a fallu augmenter les plages de rendez-vous dédiées à l'IVG pour pallier au désarroi des femmes dont les rendez-vous à l'hôpital ont été annulés, suite à la limitation ou à la suspension des interruptions de grossesses et le recentrage des activités hospitalières sur la gestion de la pandémie.

- Un centre déplore le fait que certaines femmes n'ont pas toujours eu facilement et / ou rapidement les informations nécessaires pour pouvoir être prises en charge par une autre structure en cas d'annulation des IVG en milieu hospitalier. Certaines femmes ont parfois dû aller assez loin ou ont été renvoyées de structure en structure avant de pouvoir être prises en charge.
- Certains centres ont été amenés à développer leurs outils numériques.
- En raison du confinement, des jeunes filles ont été confinées avec leurs parents et des filles / femmes ont été confinées avec des auteurs de violence, ce qui a compliqué l'accès aux centres.
- un centre indique que la formation en externe, donnée aux accueillantes par le GACEHPA a été reportée ou annulée et que seule la formation en interne a pu être dispensée.

Lors de cette formation interne, les nouveaux membres doivent observer un membre de l'équipe pendant 8 ou 10 rendez-vous Pré-IVG avant d'assister à une IVG en tant que telle. Les nouveaux membres doivent ensuite assister au minimum à 2 IVG avant de pouvoir accompagner seuls les IVG. La formation en externe du GACEHPA reste obligatoire et sera dispensée dès que possible.

CAS RAPPORTÉS PAR LES CENTRES EN 2020 ET 2021

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

Un centre souligne la souffrance de certaines femmes obligées d'attendre pendant les 6 jours imposés.

Information

Certains médecins traitants et gynécologues n'ont pas une bonne information sur l'interruption de grossesse et les méthodes applicables.

Interruptions de grossesse hors délai légal (12 semaines de grossesse depuis la conception)

Un centre rapporte une réduction du nombre d'interruptions de grossesse demandées hors délai et nécessitant une interruption à l'étranger.

Un centre estime qu'il faut augmenter le délai pendant lequel une grossesse peut être interrompue car certaines femmes très fragiles se présentent à 12 semaines de grossesse depuis la conception (14 semaines d'aménorrhées) ou plus.

Contraception

Un centre rappelle que certaines femmes refusent la contraception hormonale en raison de leur souhait de revenir à des méthodes naturelles ou par crainte des effets secondaires.

Un centre souligne la méconnaissance de l'utilisation de la contraception, quel que soit le public.

Un centre rapporte que plus en plus de femmes utilisent des applications digitales pour prévoir leur ovulation.

Découverte de la grossesse

Un centre note que les tests de grossesse, rapides et fiables, associés à une logique de contrôle plus marquée chez certaines femmes, débouchent sur une découverte plus rapide de la grossesse et la demande d'un rendez-vous rapide pour pouvoir bénéficier d'une interruption médicamenteuse.

Par contre, un autre centre rapporte que dans le contexte de la pandémie, certaines femmes ne se sont pas inquiétées rapidement d'un retard de règles car leur médecin avait signalé des perturbations possibles de leur cycle hormonal en raison de la vaccination anti-covid.

Manque de médecins pratiquant des interruptions de grossesse

Un centre indique ne disposer que d'un médecin pratiquant des interruptions de grossesse et ce, en raison d'une pénurie et d'un manque de valorisation de cet acte médical.

Situation particulière de la femme

Un centre souligne que le contexte sanitaire pandémique a engendré de nombreuses grossesses non désirées et ce, en raison des pertes d'emploi, de l'insécurité financière et professionnelle, de la difficulté de se projeter dans l'avenir, du report de suivi gynécologique (peur du virus), des arrêts momentanés de contraception ou des reports d'interventions chirurgicales (stérilisation, vasectomie).

De nombreux centres rapportent que beaucoup de femmes demandent une interruption de grossesse en raison de problèmes socio-économiques majeurs (grande précarité), de difficultés familiales importantes, de situations administratives irrégulières ou de situations psychosociales complexes (fragilités croisées : conjugales, familiales, psychologiques, sociales et économiques). Ces situations impliquent un accompagnement pluridisciplinaire soutenu et une prise en charge lourde et compliquée. L'accompagnement de l'IVG devient alors parfois secondaire et les rendez-vous « pré-IVG » se multiplient et mobilisent davantage le personnel.

Un centre a pratiqué une interruption de grossesse sur une femme étrangère sur fonds propres (IVG impossible dans son pays); ce centre a aussi rencontré des femmes en précarité ayant découvert leur grossesse assez tard et ayant dû se rendre aux Pays-Bas grâce au recours à une caisse de solidarité.

Un centre souligne que de nombreuses femmes sont étrangères et que l'influence des appartenances culturelles, ethniques et religieuses est prise en compte par l'accueillant(e). Un autre centre rapporte que certains médecins sont sensibilisés aux mutilations sexuelles et peuvent prendre ce phénomène en compte dans leur consultation.

Un centre indique gérer stress, angoisses et appréhensions par l'hypnose

Entretiens

Un centre note que les femmes ayant découvert très tôt leur grossesse choisissent de mener leur réflexion dans le centre; l'équipe est plus sollicitée et le nombre d'entretiens réalisés avant l'interruption de grossesse est en augmentation.

Problème lié aux ressources humaines

Un centre comptabilise moins de demandes mais reconnaît qu'il est possible que cela soit imputable à un problème d'encodage lié aux ressources humaines : crise institutionnelle, épuisement de l'équipe, certificats médicaux, congés, accident avec incapacité de travail et pause carrière (3 médecins absents et pas de remplaçants pour tous) ; si les plages dédiées aux IVG ont été maintenues, des accueillantes ont été engagées et du temps a dû être dégagé pour leur formation.

Agression du personnel

Un centre rapporte que des membres de l'équipe ont été agressés à deux reprises par le partenaire de femmes prises en charge par le centre.

Inondations en Région wallonne

Un centre, sinistré en raison des inondations de juillet 2021, a dû adapter ses conditions d'accueil : multiplication des grossesses jeunes interrompues médicalement à domicile.

Réflexion sur les conditions légales

Un centre poursuit sa réflexion sur la sortie de l'IVG du code pénal, l'allongement du délai pour interrompre une grossesse et l'assouplissement du délai légal de réflexion.

5.1.1.6 SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES EN 2020 ET 2021

Interruptions de grossesse

Garantir à toutes un accès effectif et dans de bonnes conditions à l'interruption de grossesse, surtout en situation de vulnérabilité et de précarité, ce qui passe par une réelle accessibilité financière.

Garantir l'autonomie des personnes, à titre individuel ou en couple, dans leur décision de poursuivre ou d'interrompre la grossesse.

Déstigmatiser cette pratique tant près du public que des professionnels et permettre aux femmes d'exprimer un désir de grossesse différencié du désir d'enfant.

Il faut pouvoir différencier une grossesse non planifiée d'une grossesse planifiée qui ne pourra pas devenir une maternité pour des raisons diverses (perte d'emploi, crise de couple, violence, instabilité administrative, autre partenaire, ...). Il faut également identifier les grossesses non planifiées mais pas forcément non désirées, qui posent la question de la fécondité sans avoir pour objet une maternité. Enfin, il faut repérer les IVG qui préparent (maturent) le projet d'une future maternité (= fertility reassurance).

Favoriser les interruptions de grossesse médicamenteuses à domicile.

Réduire à 48 heures le délai de réflexion obligatoire entre la première consultation et l'interruption de grossesse pour respecter l'autonomie et la capacité de la femme à prendre des décisions pour et par elle-même et pour garantir au plus grand nombre le choix de la méthode.

Supprimer les sanctions pénales à l'encontre des médecins et des femmes.

Étendre (jusqu'au deuxième trimestre) la période pendant laquelle une grossesse peut être interrompue pour permettre aux femmes de pratiquer une IVG en Belgique, dans un service agréé. Cela n'augmenterait pas beaucoup le nombre d'interruptions de grossesse, car la plupart ont lieu dès que possible après la découverte de la grossesse, à savoir autour de 5 semaines depuis la conception (7 semaines d'aménorrhée) mais éviterait d'exacerber les inégalités d'accès aux soins car toutes les femmes n'ont pas les moyens de se rendre à l'étranger.

Étendre cette période assurerait aussi la prise en considération du vécu des femmes concernées :

- la contraception prescrite ne convient pas ou n'est pas efficace à 100 %;
- la contraception n'est pas accessible;
- la femme a subi un viol, un inceste ou des violences;
- la femme est confrontée à un déni de grossesse;
- la femme est confrontée au départ du partenaire;
- la femme sous contraception hormonale continue n'a pas de règles et découvre tard sa grossesse;
- la femme a toujours des saignements et ne réalise pas tout de suite la grossesse;
- la femme a des cycles menstruels totalement irréguliers et découvre tardivement être enceinte;
- la grossesse est une période à risque si la femme subit de la violence conjugale;
- la femme est soumise à des pressions de son entourage pour ne pas avorter;
- l'accès à l'IVG est plus complexe et plus tardif pour les femmes sans papiers;
- certains médecins, réticents à l'IVG, tardent à orienter la femme vers un centre;

- les alternatives proposées ne sont pas envisageables;
- les frais de transport et de séjour à l'étranger sont trop lourds pour certaines femmes qui ne peuvent donc pas avorter à l'étranger, ce qui exacerbe les inégalités d'accès aux soins.

Pour toutes ces raisons, il est essentiel de rappeler le droit des femmes à disposer de leur corps et de leur vie : c'est une question de santé publique, de justice sociale et d'égalité des chances. L'état doit en toutes circonstances créer des conditions favorables pour l'accès à la santé reproductive et sexuelle et pour le droit à l'autodétermination de toutes.

Formation

Dans les facultés de médecine, introduire un module de formation sur les centres de planning, l'interruption de grossesse et la contraception (en ce inclus le rapport coût-efficacité). Renforcer la formation et l'information des professionnels de la santé pour lutter contre la pénurie de médecins formés à la pratique de l'interruption de grossesse.

Soutenir les futurs médecins voulant se former à la pratique de l'IVG. Un centre forme des stagiaires et il est difficile pour ces médecins d'intégrer cette formation à l'IVG dans leurs stages ou cursus.

Contraception

Insister sur l'importance d'une bonne contraception.

Octroyer la gratuité ou un meilleur remboursement de tous les contraceptifs, y compris la pilule d'urgence (du lendemain et du surlendemain), à toute les femmes en âge de procréer et quelle que soit l'affiliation à la mutuelle. Octroyer la gratuité des contraceptifs masculins.

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

Ouvrir la réflexion sur la contraception masculine (accessibilité, remboursement, innovation) dans les animations et les consultations ainsi que sur les réseaux sociaux. Dans les campagnes d'information et de prévention, cibler les hommes et les jeunes garçons en les conscientisant sur leur rôle. Beaucoup d'entre eux ne se questionnent pas sur la contraception de leur partenaire et les conséquences qui en découlent et très peu d'entre eux se posent la question de leur propre contraception.

Assurer l'accessibilité aux méthodes de contraception irréversibles comme la ligature des trompes.

Information

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

Mener en collaboration avec les fédérations de planning et les acteurs concernés des campagnes régulières à grande échelle de prévention et de sensibilisation sur la contraception, les grossesses désirées ou non et l'interruption de grossesse, en y impliquant les hommes.

Multiplier les canaux d'informations (brochures, spot TV et radio, internet, affiches, publicité) et les animations pour toucher le public le plus large possible, à savoir les jeunes et les adultes, y compris les hommes et identifier des réseaux de référence sur des thématiques ciblées telles que contraception, vie affective, parentalité responsable, risques lors de fragilités diverses (rupture, perte d'emploi,...)

Utiliser et diffuser les documents développés pour EVRAS.

Poursuivre la généralisation d'une information adéquate et efficiente sur la vie relationnelle, affective et sexuelle, la contraception (fonctionnement de chaque méthode et du préservatif associé), les missions des centres de planning, ... via les animations EVRAS.

Soutenir ces animations dans les écoles, les institutions et les milieux festifs et associatifs. Pour ce faire, consacrer à EVRAS plus de temps, de personnel et de moyens financiers (ou la gratuité). Utiliser le programme EVRAS pour permettre aux jeunes issus de milieux socio-économiques et culturels différents d'accéder à l'information.

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

Diffuser des campagnes de sensibilisation et information auprès des parents qui refusent la contraception à leur fille adolescente en pensant que celle-ci n'aura dès lors pas de relations sexuelles.

Rendre les services de santé sexuelle et reproductive accessibles à tous en toutes circonstances, dans une perspective de justice sociale et d'égalité des chances. L'état doit prendre les mesures nécessaires pour assurer par tous les canaux une information complète, neutre et exacte sur le droit et l'accès à l'IVG; ce qui passe par un référencement adéquat sur des sites internet officiels et la mise à disposition des coordonnées des structures agréées pour la pratique de l'IVG. Tout délit de désinformation doit également être pénalement sanctionné.

Centres de planning

Dans un contexte de pénurie croissante de praticiens formés à l'interruption de grossesse, reconnaître la spécificité des médecins généralistes dans les centres de planning et maintenir leur agrément.

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

Garantir de bonnes conditions de travail et ne pas les perdre en raison d'arguments économiques.

Promouvoir les centres comme structure ressource pour la vie affective, sexuelle et relationnelle et la prévention des grossesses non voulues auprès du public et du réseau psychosocial.

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

Faciliter l'accès au suivi gynécologique.

Communication des autorités

En cas de crise sanitaire, ne pas mettre la santé sexuelle en stand-by. Un centre dénonce ainsi le manque de communication des autorités et pouvoirs subsidiaires (INAMI, AVIQ,..) sur les structures restées accessibles et les modalités d'accueil des femmes pendant le confinement.

5.1.2 HÔPITAUX ET CLINIQUES

Les données présentées sont extraites des rapports transmis par 28 hôpitaux sur 30 en 2020 (soit 93,33 %) et par 32 sur 34 en 2021 (soit 94,12 %).

5.1.2.1 NOMBRE ET QUALIFICATION DU PERSONNEL DU SERVICE

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

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

Certains hôpitaux pratiquent les interruptions de grossesse dans le service de gynécologie sociale, également lieu de conseil en matière de planning familial et de contraception et qui se compose de gynécologues et d'assistant(e)s sociaux/socials.

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

De manière générale, le personnel se répartit principalement entre les catégories suivantes :

- juriste;
- psychologue;
- assistant(e) social(e);
- conseiller ou conseillère conjugal(e);
- médecin et gynécologue;
- autres, dans laquelle se retrouvent généralement le personnel suivante:
 - infirmier ou infirmière breveté(e), graduée(e), sociale et en santé communautaire;
 - sage-femme;
 - médiatrice ou médiateur familial(e), médiatrice ou médiateur interculturel(le);
 - licencié(e) en science de la famille et sexualité, sexologue;
 - secrétaire, personnel administratif.

D'après les chiffres communiqués, en **2020**, le personnel varie entre 2 et 99 personnes. En **2021**, le personnel varie entre 3 et 34 personnes et deux catégories de personnel supplémentaires sont rapportées, à savoir aide-soignante et kinésithérapeute.

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

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

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

5.1.2.2 FONCTIONNEMENT DU SERVICE

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

En cas de nécessité, il est possible de faire appel au service social ou psychologie de l'hôpital. De même, le service de médiation interculturelle de l'hôpital est disponible pour aider les femmes d'origine étrangère qui ne parlent pas une des langues nationales.

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

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

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

Les données communiquées varient entre 4 et 1409 en **2020** et entre 2 et 784 en **2021**.

La différence d'interprétation des critères d'enregistrement explique l'écart entre les deux valeurs. Le second nombre, plus élevé, intègre les rendez-vous multiples en cas d'ambivalence ou de difficultés.

9 hôpitaux en **2020** et 6 en **2021** n'ont pas communiqué de chiffres. Un hôpital souligne qu'il est difficile d'enregistrer tous les entretiens; de même, il est difficile d'enregistrer toutes les demandes d'IVG car les demandes sont reprises dans les consultations et ne sont pas spécifiquement notées « demandes d'IVG ».

5.1.2.4 MÉTHODES D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES AVANT, PENDANT ET APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

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

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

► MÉTHODES APPLIQUÉES AVANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Un entretien téléphonique ou un premier entretien peut avoir lieu avec l'accueillant(e) pour une première écoute et la transmission des premières informations. Ensuite auront lieu un entretien « Pré-IVG » entre l'accueillant(e) et la femme, un entretien médical entre la femme et le médecin et une interview entre l'accueillant(e) et le médecin. La femme peut être accompagnée d'une personne de son choix.

ENTRETIEN « PRE-IVG »

Interruption de grossesse

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

Entretien psychosocial pour clarifier la demande

Le contexte socio-économique et administratif, le climat relationnel et les pressions familiales, culturelles et religieuses sont précisées; la vision de la sexualité, de la famille, de la place du géniteur et du couple parental est abordée; les situations de crise (deuil, adolescence, traumatismes) 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. Un travail sur le couple peut être mené pour remettre du lien et de la communication entre les partenaires, surtout en cas de désaccord sur la décision.

Certains hôpitaux collaborent avec des centres pour assurer la prise en charge psychologique des demandes requérant un suivi spécialisé.

Alternatives

La poursuite de la grossesse, le don de l'enfant pour adoption, le placement en famille d'accueil ou en pouponnière et le recours aux maisons maternelles sont présentés.

En cas de maintien de la grossesse, l'assistant(e) social(e) oriente la femme vers un service de suivi de grossesse (ONE,...) ou vers d'autres services spécialisés (CPAS, centre de planning,..) pour l'aider à régler les problèmes éventuels (finances, logement,...).

Informations

Des informations sont fournies sur les droits et aides au logement, les aides financières (allocations familiales, prime de naissance), 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 (ex. psychologique).

Brochures informatives

Des brochures portant sur la poursuite de la grossesse, la vie affective et sexuelle, la contraception, la contraception d'urgence (y compris des brochures provenant des firmes pharmaceutiques) sont remises.

Documents remis

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

Interruption de grossesse chez les mineures

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

Hôpitaux ne pratiquant que des interruptions de grossesse pour raisons médicales

La femme rencontre généralement une sage-femme habituée à la procédure et à l'accueil spécifique ainsi qu'un(e) psychologue et un(e) assistant(e) social(e), si nécessaire.

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.

INTERVISION ENTRE LE MÉDECIN ET L'ACCUEILLANTE

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

► MÉTHODES APPLIQUÉES PENDANT L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Interruption de la grossesse

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

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

Les hôpitaux, n'ayant pas droit au forfait « one day », préfèrent éviter une hospitalisation ne donnant lieu à aucun remboursement. Un premier médicament, bloquant les effets de la progestérone et dilatant le col de l'utérus, est administré en journée dans le service de gynécologie. Environ 48h plus tard, sur place, une surveillance médicale de quelques heures est organisée lors de la prise du second médicament, déclenchant les contractions et l'expulsion de l'embryon. L'expulsion a lieu sur place ou plus tard à domicile. La prise du second médicament peut également être réalisée à domicile. Un accueil est possible aux urgences 7/7 jours et 24/24h, si nécessaire.

L'interruption chirurgicale (aspiration) est réalisée par le médecin en présence de personnel infirmier. L'anesthésie est locale (col de l'utérus) ou générale. Certains hôpitaux pratiquent toutes les interruptions chirurgicales sous anesthésie générale, alors que d'autres laissent le choix de l'anesthésie à la femme bien que ce choix soit conditionné par l'âge de la grossesse et les antécédents médicaux de la femme. L'anesthésie générale est pratiquée dans le quartier opératoire, en présence de l'anesthésiste, dans le cadre de l'hospitalisation de jour (one day).

Pour les interruptions de grossesse motivées par une raison médicale, une sage-femme assiste le gynécologue.

La femme peut être accompagnée, sauf avis contraire du gynécologue.

Contraception

La contraception future est mise au point.

► MÉTHODES APPLIQUÉES APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

Suivi

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

Si nécessaire, l'assistant(e) social(e) ou le / la psychologue rencontre la femme pour lui permettre d'exprimer son vécu post-interruption; la sage-femme peut également être présente. Le cas échéant, la femme peut être dirigée vers un service psychologique ou social spécialisé.

5.1.2.5 CAS D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES À SIGNALER

SITUATION PARTICULIÈRE LIÉE À LA PANDÉMIE DE COVID 19

Depuis 2020, la Belgique et le monde sont confrontés à une pandémie de covid 19 (coronavirus – SARS-CoV2). En réponse à cette situation de crise, les autorités ont imposé différentes mesures sanitaires et les hôpitaux, mobilisés pour pouvoir accueillir tous les patients victimes de cette pandémie, ont été contraints de suspendre ou de réduire fortement les activités liées aux interruptions de grossesse.

Les hôpitaux qui ont malgré tout maintenue une activité liée aux interruptions de grossesse ont imposé des mesures de protection sanitaire :

- port du masque, distanciation sociale et utilisation de gel hydroalcoolique obligatoires;
- consultations pré-IVG parfois organisées par téléphone;
- recours à des espaces plus spacieux et aération renforcée.

CAS RAPPORTÉS PAR LES HÔPITAUX EN 2020 ET 2021

Contraception

De nombreux hôpitaux notent qu'un nombre accru de femmes n'utilisent pas ou mal la contraception; soit car elles n'ont pas de sexualité régulière, soit parce qu'elles considèrent que c'est mieux pour le corps, soit parce qu'elles recourent à des méthodes naturelles (coït interrompu, abstinence périodique,...) ou à des méthodes peu sûres comme le calcul des cycles, soit parce qu'elles méconnaissent l'aspect biomédical de la sexualité et de la reproduction et ne connaissent pas les risques d'un rapport non protégé, soit parce que des idées fausses leur ont été inculquées ou qu'elles suivent certains modèles.

Beaucoup de femmes ignorent également l'impact des antibiotiques et des maladies digestives sur la contraception alors que d'autres se positionnent contre l'usage des hormones, sans vraiment en connaître les effets et sans avoir d'alternatives confortables. L'importance de la prévention et de la contraception doit alors être (ré)expliquée, ce qui prend beaucoup de temps et concerne tous les milieux et tous les âges.

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

Situation particulière de la femme

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

Cet hôpital rapporte que de plus en plus de femmes viennent avec leur partenaire, ce qui entraîne plus de travail avec le couple et ne permet pas toujours d'identifier les décisions prises par les femmes mais sous pression du partenaire (surveillance, menace de rupture,...).

Une aide a été apportée en raison d'un éthylysme.

Un hôpital souligne que de plus en plus d'interruptions de grossesse sont justifiées par « le monde va mal et en plus avec le virus et la vie qui coûte de plus en plus cher ».

Situation particulière du partenaire

Un hôpital souligne que certains géniteurs ne trouvent pas leur place dans le processus amenant à l'interruption de grossesse et le ressentent comme une injustice (ils se sentent oubliés).

Cet hôpital indique également que la vasectomie est présente dans la réflexion conjugale mais que bon nombre de femmes préfèrent garder la gestion de la contraception (contrôle ou habitude).

Pratique de l'interruption de grossesse

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

Un hôpital indique que les interruptions de grossesse, demandées via les consultations gynécologiques, sont discutées avec le staff diagnostique; les IVG ne sont pas pratiquées chez les femmes externes au service de gynécologie.

Un autre hôpital indique que les demandes d'IVG sont traitées dans un circuit « planning » au sein des consultations gynécologiques. Ce circuit comprend une (ou plusieurs) consultation(s) sociale(s) avec un(e) assistant(e) social(e) et une consultation médicale avec le gynécologue.

Chacun de ces entretiens fait l'objet d'un rapport, joint au dossier. Après l'IVG, le contrôle peut être réalisé par le gynécologue habituel (hors service).

Un hôpital indique que les interruptions de grossesse sont prises en charge via des itinéraires cliniques et que les informations sont fournies par le gynécologue.

Plusieurs hôpitaux présentent l'unité de prise en charge des grossesses non désirées sur leur site internet.

Un hôpital note en 2021 une diminution de son activité liée aux interruptions de grossesse et émet comme hypothèse la peur des femmes de se rendre à l'hôpital en raison de la pandémie. Cet hôpital note également que de nombreuses mineures vont au terme de la grossesse.

5.1.2.6 SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES EN 2020 ET 2021

Prise en charge des femmes

Assurer un accueil et un suivi multidisciplinaires.

Promouvoir les consultations gynécologiques annuelles pour toutes les femmes.

Dédramatiser l'acte car les femmes ne savent pas toujours à quoi s'attendre tout en débanalisant l'acte de l'IVG : rôle important de l'équipe dans l'écoute active et l'accompagnement apporté aux femmes.

Accès et financement de la contraception

Octroyer le remboursement total des contraceptifs, y compris de longue durée, à toutes les femmes.

Placer des distributeurs de préservatifs dans les lieux publics et en particulier dans les milieux fréquentés par les jeunes (écoles, snacks, pharmacies, maisons de jeunes,...).

Inciter les médecins traitants à renouveler les prescriptions de contraception.

Personnel soignant

Accentuer la sensibilisation des gynécologues et des médecins généralistes à une information de qualité des femmes et des partenaires sur les contraceptifs et leur utilisation, en mettant l'accent sur les contraceptifs de longue durée.

Information

Responsabiliser et conscientiser davantage les femmes sur l'importance d'une contraception adéquate et efficace et prendre le temps de leur expliquer les différentes contraceptions et comment éviter les échecs. Pour ce faire, réaliser un travail de prévention approfondi dans l'information et l'éducation sur la vie sexuelle, la contraception, les infections sexuellement transmissibles et les risques liés aux relations non protégées et ce, en multipliant les canaux d'informations (sources officielles, brochures, spot TV et radio, internet, affiches, flyers, publicité), les campagnes et les animations afin de toucher le public le plus large possible (adultes et adolescents). Y associer et impliquer les hommes.

Promouvoir la contraception de longue durée.

Dispenser davantage d'informations dans les écoles (dans toutes les classes, du primaire au supérieur) sur la vie sexuelle, la contraception, ...

5.2 INSTITUTIONS NÉERLANDOPHONES

5.2.1 CENTRES

REMARQUE :

Malgré les mesures strictes mises en place depuis la mi-mars 2020 pour contenir l'épidémie de covid-19, les centres d'avortement ont réussi à assurer la prestation de soins ainsi qu'à fonctionner dans des conditions sûres.

5.2.1.1 COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT DU SERVICE

La Flandre compte sept centres d'avortement néerlandophones répartis sur 5 provinces.

Deux provinces comptent chacune deux centres : le centre d'avortement LUNA à Anvers et le centre Labyrinth à Borgerhout, situés dans la province d'Anvers et le centre d'avortement LUNA à Gand et le centre Durmelaan à Lokeren, situés dans la province de Flandre orientale.

Les trois autres centres se situent à Ostende (LUNA), Hasselt (LUNA) et Bruxelles (Sjerp-Dilemma-VUB).

Le 1^o janvier 2018, a eu lieu la fusion de quatre centres (Anvers, Gand, Hasselt et Ostende), qui travaillaient déjà ensemble depuis plusieurs années. Ils ont fusionné pour former l'ASBL Luna. Dorénavant, nous parlons donc des centres d'avortement Luna à Anvers, Gand, Hasselt et Ostende. Une collaboration intensive et contractuelle a été mise en place avec le centre néerlandophone 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 cosignés par Luna et Sjerp-Dilemma-VUB.

Grâce à cette fusion, les centres Luna souhaitent améliorer leur collaboration et, entre autres, grâce à un programme de formation bien pensé, 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 d'avortement Labyrinth qui fait partie du service gynécologique de ZNA – Saint-Erasmus, offre également une assistance lors de la poursuite de la grossesse.

Selon les rapports annuels des services d'information, le nombre moyen de collaborateurs dans ces services est de 12 (minimum 5 et maximum 20) 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 des femmes pour leur permettre de faire un choix mûrement réfléchi. Tout problème sous-jacent est également discuté. Les femmes sont aussi informées des dispositions légales relatives au délai de réflexion, à la période dans les limites desquelles l'interruption de grossesse est légalement possible, etc.

Les femmes peuvent, en outre, y être dirigées vers un collaborateur psychosocial et / ou un assistant social pour une aide supplémentaire à la prise de décision.

À tout moment, les femmes peuvent demander une consultation médicale supplémentaire.

C'est, de préférence, le même médecin et la même accueillante qui accompagnent les femmes pendant toute la durée du processus (examen préliminaire, intervention et contrôle).

Quand les femmes sont déterminées à procéder à l'interruption de grossesse, leur vécu de ce processus et ses conséquences sont analysés de manière approfondie.

Les femmes reçoivent des explications sur la méthode d'interruption de grossesse choisie (médicament abortif ou curetage par aspiration) et sont sensibilisées à leur future contraception.

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

Le centre Labyrinth veut s'adresser aux femmes allochtones comme à un groupe vulnérable, entre autres, en les rendant plus fortes en matière de sexualité et de contraception, en accordant une attention particulière au développement dans le domaine de la santé et de l'éducation.

De nombreuses femmes immigrées, clandestines et demandeuses d'asile, ont peu ou pas de connaissances sur la contraception et traitent émotionnellement souvent l'avortement différemment, principalement en le considérant comme une forme de contraception ou de planification familiale. Labyrinth fait également appel à des interprètes pour aider ces personnes en terme de communication.

Ces personnes ont également le droit de se voir dispenser des informations précises et claires sur la législation et l'accompagnement.

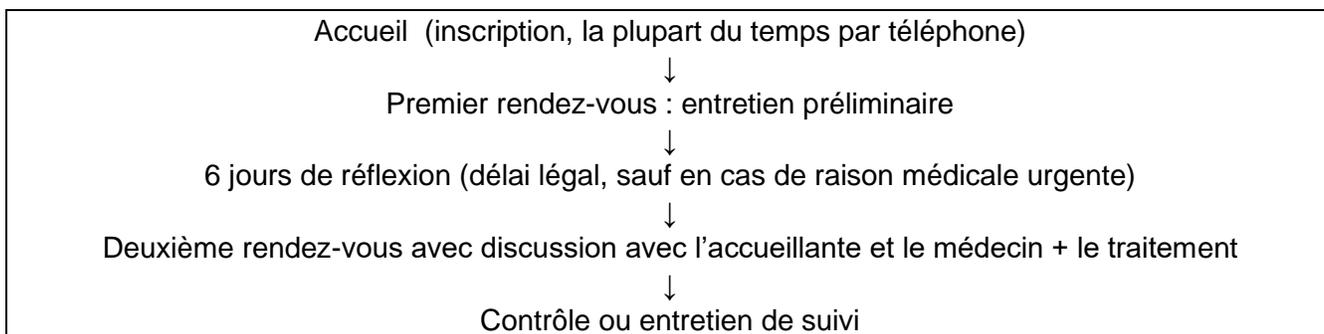
Selon Labyrinth, les mineurs subissent également une lourde charge psychologique. Il y a souvent un tabou autour de la sexualité au sein de la famille et la contraception n'est pas évoquée par manque d'ouverture. Les parents peuvent également bénéficier de conseils.

NOMBRE DE CONSULTATIONS DU SERVICE EN LIEN 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 au nombre de demandes d'interruptions de grossesse. La raison en est que la plupart des centres indiquent le nombre de femmes qui font appel à eux en cas d'interruption de grossesse. Le nombre de contacts avec les femmes (une première consultation, éventuellement un entretien supplémentaire, la consultation lors de 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 limitent le nombre de consultations à l'entretien préliminaire, l'interruption de grossesse en tant que telle et un contrôle éventuel.

Les 7 centres ont enregistré conjointement 8.792 consultations en 2020 et 8.776 en 2021.



5.2.1.2 MÉTHODES D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE APPLIQUÉES AVANT, PENDANT ET APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

En ce qui concerne l'accueil, les centres d'IVG flamands sont joignables tous les jours ouvrables. La plupart des clientes les contactent par téléphone; la plupart des entretiens préliminaires sont pris de cette manière.

A cette occasion, le déroulement de l'entretien préliminaire est expliqué, des informations sont fournies sur le régime du tiers payant pour les clientes affiliées à une caisse d'assurance maladie et il est également expliqué qu'un éventuel rendez-vous pour une interruption de grossesse peut être pris lors de cet entretien.

Les méthodes appliquées sont similaires dans tous les centres. Les centres d'avortement travaillent sur rendez-vous.

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

La première consultation - l'examen préliminaire

L'examen préliminaire est effectué par l'équipe interdisciplinaire (personnel psychosocial et médecins). Trois attitudes de base sont essentielles pour un conseil qualitatif en matière d'avortement : il doit être orienté client, non paternaliste et professionnel.

En concertation avec la cliente dont la grossesse est non planifiée / non désirée / non intentionnelle, les partenaires ou autres tiers importants sont impliqués dans le processus d'assistance.

Lorsque nous parlons plus loin de "cliente", nous entendons toujours le système client concerné par la grossesse.

Le travailleur psychosocial fait une offre pour revoir et / ou clarifier ensemble le processus de décision. Le premier entretien a toujours un caractère ouvert. Il est important d'établir un lien entre les souhaits et les "besoins" de la cliente, tant en termes de soutien psychosocial qu'en termes d'informations concrètes et pratiques.

Dans son dernier rapport annuel, le centre Labyrinth explique en détail l'entretien d'admission avec l'infirmière sociale et nous fait part des éléments suivants :

« Nous précisons à la cliente dès le départ que cette conversation sert de support. Nous respectons toujours la ferme volonté de la cliente.

En cas de doute, nous indiquons à la cliente qu'aucune décision ne doit encore être prise et que le choix au sujet de la grossesse peut toujours aller dans les deux sens. La situation d'urgence et le contexte de la cliente sont discutés en profondeur.

Les éventuels problèmes sous-jacents et / ou relationnels sont également abordés. Si elle est déterminée à se faire avorter, ses sentiments à ce sujet seront discutés plus en détail.

Son aperçu de l'impact de cette décision et le déroulement possible de ce processus de traitement sont également discutés. Si nécessaire, nous indiquons également que plusieurs entretiens et conseils de suivi sont possibles, avec une éventuelle orientation vers un centre de soins de santé mentale ou vers Fara.

La cliente est également informée des alternatives possibles à l'IVG (notamment en cas de doute sérieux) et des possibilités d'hébergement et / d'accompagnement auxquelles elle peut faire appel si elle décide de poursuivre la grossesse.

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

Enfin, il est examiné ce qui n'a pas fonctionné avec l'utilisation de la contraception et des informations sont données et il est discuté de la méthode contraceptive qui peut être utilisée à l'avenir ».

Le contenu des entretiens psychosociaux est déterminé par la situation spécifique dans laquelle les clientes sont confrontées lors d'une grossesse vécue comme non planifiée, non désirée ou involontaire.

Certains thèmes sont néanmoins systématiquement abordés lors de l'examen préliminaire :

- donner aux clientes l'espace nécessaire pour raconter leur histoire sur la grossesse;
- évaluer les sentiments de la cliente quant à la grossesse et aux circonstances qui en découlent;
- évaluer le contexte (social) plus large, etc.;
- parler du déroulement de la grossesse jusqu'à ce moment;
- examiner les antécédents médicaux de la cliente;
- faire une échographie pour déterminer le nombre de semaines de grossesse.
- Si la femme enceinte souhaite mettre fin à sa grossesse et que les autres options ont été exclues, les aspects médicaux d'une éventuelle interruption de grossesse sont examinés. Ensemble, nous déterminons le traitement le plus adapté à la cliente et nous lui fournissons les explications nécessaires.
- Discuter des contraceptifs utilisés auparavant et ce qui a pu mal tourner à cet égard et des options possibles pour l'avenir; en d'autres termes, fournir des informations sur les contraceptifs représente une part essentielle du conseil en matière d'avortement.

Si la cliente le souhaite, un rendez-vous pour l'interruption de grossesse peut être pris à la fin de l'examen préliminaire. En cas de doute sur la décision, des entretiens supplémentaires peuvent être programmés.

L'interruption de grossesse

Le rendez-vous pour une interruption de grossesse commence toujours par le réexamen de la décision et de tous les aspects qui y sont liés, dans le cadre d'un entretien à l'issue duquel la femme confirme par écrit son désir d'interrompre sa grossesse.

Deux types de traitements sont utilisés pour procéder à l'interruption de grossesse.

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

Ce traitement peut être effectué en ambulatoire jusqu'à une période de grossesse de neuf semaines d'aménorrhée. Il se compose de deux phases espacées de 48 heures maximum.

Phase 1

Au cours de cette phase, la cliente prend par voie orale de la Mifégyne®. Il s'agit d'un anti-progestatif qui neutralise les effets de l'hormone progestative endogène - nécessaire au développement de la grossesse.

Phase 2

La cliente reçoit ensuite des prostaglandines (vaginales/buccales/sublinguales). Les prostaglandines provoquent la contraction de l'utérus, ce qui entraîne l'expulsion du sac amniotique. Pendant la phase 2, les clientes restent dans le centre pendant quatre heures maximum.

En fonction du déroulement du traitement, un contrôle est planifié.

Le deuxième type de traitement est *l'interruption de grossesse via un curetage par aspiration*.

Il s'agit d'une intervention technique au cours de laquelle le contenu de l'utérus est aspiré. Cette intervention est pratiquée jusqu'à une période de grossesse de 14 semaines d'aménorrhée et est effectuée sous anesthésie locale. La cliente est assistée pendant et après l'intervention par un assistant psychosocial. Le traitement dure environ 15 minutes et est suivi d'un moment de repos d'au moins une demi-heure. L'autorisation de sortie est donnée par le médecin traitant qui décide si un contrôle doit être prévu.

La consultation de contrôle

Environ deux semaines après l'interruption de la grossesse, un examen médical est éventuellement prévu.

Si un contrôle est nécessaire, le médecin qui effectue le traitement ou supervise le traitement médicamenteux discutera avec la cliente du moment opportun du contrôle. Les clientes reviennent aussi pour une échographie de contrôle après la pose d'un stérilet.

Des entretiens de suivi psychosocial sont toujours possibles et les femmes sont informées qu'elles peuvent bénéficier d'un accompagnement de suivi et éventuellement être orientées vers un centre de soins de santé mentale ou vers Fara si nécessaire.

5.2.1.3 CAS D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES À SIGNALER

Aucun cas spécifique n'a été rapporté

5.2.1.4 SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Labyrinth formule à nouveau le trois mêmes propositions :

- Une meilleure diffusion de l'information au sujet de la pilule d'urgence dont l'existence et la disponibilité reste 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.

Comme les années précédentes, les centres IVG LUNA et le centre Sjerp-Dilemma-VUB formulent une réponse commune.

Mais dans ce rapport, ces centres d'avortement veulent dire clairement au Parlement qu'ils ont dû, comme les autres établissements de soins, faire preuve de créativité pour ne pas compromettre la qualité et la sécurité des soins, dans le contexte de pandémie de Covid-19.

Les centres d'avortement Luna veulent également attirer l'attention sur le doctorat de Mme. Leen De Kort, de la Faculté de sociologie de l'Université d'Anvers et renvoient au résumé de sa thèse.

- **Title** : « *The social profile of women requesting abortion care in Flanders, Belgium : an analysis of subsequent abortions and of abortion care during the first wave of the COVID-19 pandemic* »
- **Author** : Leen De Kort

➤ **Abstract :**

Abortion care is a complex and still widely debated topic, also in a context where it is legal and services are accessible for (many but not all) people in need of abortion care. The general aim of this Ph.D. is twofold: to contribute to the scientific knowledge about this complex topic and to gain more knowledge on abortion care in Flanders. More specifically, the focus is on subsequent abortions (i.e. when the same woman has more than one abortion), and on abortion care during the first wave of the COVID-19 pandemic. Through analysing anonymised patient records from the Flemish abortion centres with discrete-time hazard models (*), we established that there does not exist one profile that describes all women who experience subsequent abortions.

Although a vulnerable social position is associated with second and third abortions, this is not the case for the fourth, fifth, and so on abortions. Similarly, while women with a migration background are generally more likely to experience a second abortion, women with certain migration backgrounds have higher chances to experience a third, fourth, and so on abortion.

This confirms that different situations and different social correlates can lead to different probabilities of experiencing a certain number of abortions. The impact of the first wave of the COVID-19 pandemic and the measures to contain it was studied with bivariate linear and multinomial logistic regressions (**) and via a qualitative, phenomenological study.

We observed that although this situation put a strain on the abortion care services, the abortion centre's staff was able to safeguard access to medically safe abortion care, and the profile of women requesting and receiving abortion care during the first COVID-19 lockdown did not change much compared to before the COVID-19 lockdown. The first wave of the COVID-19 pandemic and the measures to contain it also created the opportunity to explore the use of tele-medicine based solutions.

In conclusion, this PhD presents valuable explorative research which contributes to our knowledge concerning (subsequent) abortions and abortion care in a pandemic, and which proposes starting points for more in-depth research and evaluations on a) how to create more accessible, inclusive and culture-sensitive abortion care regulations and services, and b) the determinants of abortions. We also hope that showing a more nuanced picture of women who request subsequent abortions helps to abolish the stigma concerning women who experience subsequent abortions

(a) how to create more accessible, inclusive and culturally sensitive abortion care facilities and services, and

(b) the determinants of abortion.

We also hope that showing a more nuanced picture of women who seek an iterative abortion will help remove the stigma of women undergoing an iterative abortion."

(*) Hazard rate models are widely used to model duration data in a wide range of disciplines such as biostatistics, among others.

(**) This is the analysis of two variables (often referred to as X, Y), in order to determine the empirical relationship between them.



TRADUCTION

Titre : « *Le profil social des femmes qui demandent des soins liés aux avortements en Flandre, Belgique : une analyse des avortements itératifs et des soins liés aux avortements pendant la première vague de la pandémie de COVID-19* ».

Auteur : Leen De Kort

Résumé :

« La prise en charge de l'avortement est un sujet complexe et encore très débattu, même dans un contexte où il est légal et où les services sont accessibles aux (nombreuses, mais pas toutes les) personnes qui en ont besoin. L'objectif général de ce doctorat est double : contribuer aux connaissances scientifiques sur ce sujet complexe et acquérir davantage de connaissances sur les soins liés à l'avortement en Flandre. Plus précisément, l'accent est mis sur les avortements itératifs (c'est-à-dire lorsqu'une même femme subit plus d'un avortement), et sur les soins liés à l'avortement pendant la première vague de la pandémie de COVID-19.

En analysant les dossiers anonymes des patientes des centres d'avortement flamands à l'aide de modèles de risques «discrete-time (*)», nous avons constaté qu'il n'existe pas de profil unique décrivant toutes les femmes qui subissent des avortements itératifs.

Si une position sociale vulnérable est associée aux deuxième et troisième avortements, ce n'est pas le cas pour le quatrième, le cinquième, etc. De même, alors que les femmes issues de l'immigration sont généralement plus susceptibles de subir un deuxième avortement, les femmes de certaines origines migrantes sont plus susceptibles d'en subir un troisième, un quatrième, etc.

Cela confirme que des situations différentes et des corrélats sociaux différents peuvent conduire à des probabilités différentes de subir un certain nombre d'avortements. L'impact de la première vague de la pandémie de COVID-19 et les mesures pour la contenir ont été étudiés à l'aide de régressions logistiques linéaires et multinomiales bivariées (**) et d'une étude qualitative et phénoménologique.

Nous avons constaté que, bien que cette situation ait exercé une pression sur les services de soins liés à l'avortement, le personnel des centres d'avortement a pu garantir l'accès à des soins liés à l'avortement médicalement sûrs et que le profil des femmes cherchant et recevant des soins liés à l'avortement pendant le premier verrouillage lié au COVID-19 n'a pas changé par rapport à ce qu'il était avant ce verrouillage. La première vague de la pandémie de COVID-19 et les mesures prises pour la contenir ont également permis d'explorer l'utilisation de solutions basées sur la télémédecine.

En conclusion, ce doctorat présente une recherche exploratoire précieuse qui contribue à notre connaissance de l'avortement itératif et de la prise en charge de l'avortement en cas de pandémie, et fournit des pistes pour des recherches et des évaluations plus approfondies sur les points suivants :

(a) comment créer des dispositifs et des services de soins liés à l'avortement plus accessibles, inclusifs et sensibles à la culture, et

(b) les déterminants de l'avortement.

Nous espérons également que le fait de montrer une image plus nuancée des femmes qui demandent un avortement itératif contribuera à déstigmatiser les femmes qui subissent un avortement itératif. »

(*) Les modèles de taux de risque sont largement utilisés pour modéliser les données de durée dans un large éventail de disciplines telles que les biostatistiques, entre autres.

(**) Il s'agit de l'analyse de deux variables (souvent désignées par X, Y), dans le but de déterminer la relation empirique entre elles.

5.2.2 HÔPITAUX

5.2.2.1 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 s'occupent exclusivement des problèmes liés à la grossesse.

Par exemple, l'AZ Delta à Roulers nous informe qu'en plus des 11 personnes actives dans le service d'information, 1 psychologue, 1 juriste, 6 médecins, 1 sage-femme sont présents dans l'équipe. La patiente peut également s'adresser au service social ou à un service spirituel.

L'activité s'inscrit dans le cadre du service de gynécologie ou du service d'obstétrique.

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

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

5.2.2.2 NOMBRE DE CONSULTATIONS DU SERVICE EN LIEN AVEC UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

Les 10 hôpitaux qui ont soumis leur rapport annuel pour 2020 totalisent ensemble 191 consultations et, en 2021, 6 hôpitaux ont totalisé ensemble 216 consultations.

5.2.2.3 MÉTHODES D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES AVANT, PENDANT ET APRÈS L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

La plupart du temps, l'intervention du service d'information se fait à la demande du gynécologue ou du médecin. La disponibilité du service d'information correspond aux heures d'ouverture des établissements (heures de bureau).

De nombreux hôpitaux reçoivent régulièrement des demandes de patientes lors de consultations gynécologiques pour des interruptions de grossesse avant 14 semaines d'aménorrhée. Mais ces patientes sont généralement orientées vers un centre d'avortement. (Chez AZ Delta -Roulers, tous ces éléments sont référencés). Seuls les cas très complexes sont orientés vers un centre universitaire.

La plupart des hôpitaux disposent de leurs propres dépliants et brochures d'information qui expliquent ce que propose le service d'information et reprennent les coordonnées des collaborateurs ou des médecins auprès desquels il est possible de prendre un rendez-vous.

Pendant les entretiens, l'accent est mis sur le soutien émotionnel, le cadre législatif, l'information sur l'interruption de grossesse, son déroulement et la contraception. Il est également toujours fait référence à FARA, le centre de soutien qui guide les choix de grossesse.

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. Elle est informée qu'un ou plusieurs entretiens de suivi sont possibles dans le cadre du processus de traitement et, que si elle le souhaite, elle a la possibilité de bénéficier d'un entretien de soutien avec le service d'information ou d'une consultation psychologique. Si nécessaire, des réunions d'entraide sont organisées au niveau de FARA.

Par exemple, AZ Nikolaas a mis en place une procédure « Diagnostic périnatal- Interruption de grossesse » décrivant les actions à effectuer lorsqu'une patiente se présente pour une interruption de grossesse pour raisons médicales. Il s'agit d'un plan en 11 étapes visant à assurer l'uniformité des actions et à fournir un fil conducteur sur les différentes actions possibles.

5.2.2.4 CAS D'ACCUEIL ET D'ASSISTANCE SPÉCIFIQUES À SIGNALER

Aucun cas spécifique n'a été rapporté

5.2.2.5 SUGGESTIONS POUR AMÉLIORER LA PRÉVENTION DES GROSSESSES NON DÉSIRÉES

Comme les années précédentes, l'AZ Jan Palfijn mentionne, dans son rapport annuel, la crainte d'un seuil trop élevé chez de nombreuses femmes pour demander et utiliser une contraception et plaide pour une contraception abordable et ce, également 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.

Les rapports des autres hôpitaux ne mentionnent pas de nouvelles suggestions ou mesures d'amélioration.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

6.1 CONCLUSIONS

1.

Comme relevé dans les rapports précédents, qui portaient sur les années 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015, 2016-2017 et 2018-2019, les chiffres des interruptions de grossesse fournis à la Commission concernant les années 2020-2021 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 qui la font pratiquer aux Pays-Bas (3) ainsi que le nombre de déclarations introduites trop tard et qui ne sont donc pas reprises dans les tableaux de la première partie (4), on obtient les résultats suivants :

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
(1)	16.024	16.696	17.640	18.033	18.595	18.870	19.095	19.578	19.155
(2)	- 392	- 295	- 296	- 314	- 291	- 252	- 182	- 123	- 119
(3)	+ 984	+ 913	+ 857	+ 851	+ 830	+ 803	+ 681 (*)	+ 698 (**)	+ 611
(4)	+316	+ 553	+ 9	+ 135	+ 172	+ 31	+ 93	+ 146	+ 139
	16.932	17.867	18.210	18.705	19.306	19.452	19.687	20.299	19.786

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

(**) : Depuis 2011, ce chiffre ne comprend que les interruptions de grossesse réalisées aux Pays-Bas par des femmes belges (les femmes issues du Grand-Duché de Luxembourg ne sont pas reprises dans ce chiffre). Ce chiffre est repris dans la section 3.3. du rapport annuel Wafz¹ destiné au gouvernement des Pays-Bas.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
(1)	19.551	19.107	19.013	17.878	17.257	18.273	18.027	16.585	16.702
(2)	- 128	- 153	-141	- 168	- 124	- 139	- 116	- 155	- 135
(3)	+ 598	+ 574	+ 530	+ 527	+ 472	+ 444	+ 428	+ 330	+ 371
(4)	+ 54	+ 110	+110	+ 407	+ 365	+ 4	+ 4	+ 289	+ 157
	20.075	19.638	19.512	18.644	17.970	18.582	18.343	17.049	17.095

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.

¹ Wafz : wet afbrekingswangerschap = loi sur l'interruption de grossesse

En effet:

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

3.

La Commission souligne une fois de plus l'intérêt qu'il y aurait, pour les différentes autorités compétentes du pays, à prendre davantage encore en considération les suggestions formulées par les institutions, tant centres que cliniques et hôpitaux, visant à diminuer le nombre des interruptions volontaires de grossesse.

4.

Depuis 1992, La Commission établit tous les deux ans un rapport qui est communiqué au Parlement fédéral, conformément à la loi qui l'institue, ainsi qu'au Premier ministre et au ministre en charge de la Santé publique et des Affaires sociales.

Cependant, la compétence de prendre des mesures préventives « en vue de diminuer le nombre des interruptions de grossesse » a été en grande partie attribuée aux Communautés et bon nombre des suggestions reprises ci-dessus en sont l'illustration.

La Commission prend donc la liberté, comme elle l'a fait pour les rapports précédents, de communiquer aussi celui-ci aux Parlements des trois Communautés, à savoir : la Communauté française (Fédération Wallonie-Bruxelles), la Communauté germanophone et la Communauté flamande.

Suite au transfert de compétences en matière de santé, les rapports seront également transmis au Parlement de la Région wallonne ainsi qu'aux assemblées de la Commission communautaire commune, de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire flamande de la Région de Bruxelles-Capitale.

Le rapport sera également transmis au Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale.

6.2 RECOMMANDATIONS

6.2.1 INTRODUCTION GÉNÉRALE

Ce document comprend les recommandations que la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15.10.2018 relative à l'interruption de grossesse souhaite formuler dans le cadre de sa troisième mission (facultative). Ces recommandations ont fait l'objet de débats nourris et approfondis.

Si la thématique de l'interruption de grossesse engendre souvent des prises de position divergentes, la commission a réussi à mener ses débats dans le respect d'opinions parfois opposées, et toujours dans le souci d'une approche scientifique et fondée sur des arguments (évidence-based)

Malgré des différences internes de points de vue, les membres de la commission ont toujours réussi à s'écouter et à échanger leurs points de vue, sans avoir comme objectif de se convaincre mutuellement. Grâce aux backgrounds et expériences multiples de ses membres, la commission est heureuse de vous présenter une liste de 23 recommandations, adoptées à l'unanimité, résultat de cette expertise combinée.

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

Dans notre exigence de communiquer un rapport complet, et parce que nous soutenons fortement la liberté d'expression et le respect de l'opinion de chacun, la commission a décidé d'ajouter aux recommandations, dans son intégralité, une opinion minoritaire, même si celle-ci émane d'un seul de nos membres suppléants. Quand bien même cette vision n'est pas partagée par l'ensemble des autres membres, nous estimons qu'il ne nous incombe pas de décider de ne pas la publier. C'est pourquoi ce texte a été ajouté dans un chapitre séparé (page 152)

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

Il comprend également des références bibliographiques actualisées.

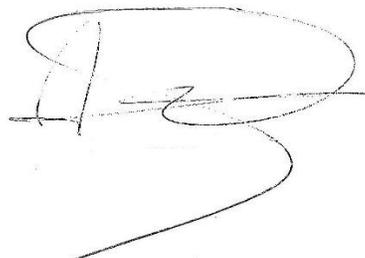
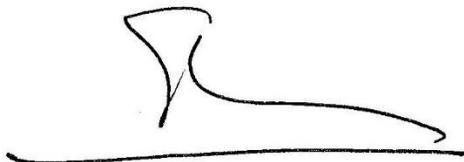
Enfin, nous tenons à remercier sincèrement chaque membre de la Commission pour son dévouement et son engagement en tant qu'expert, pour le respect manifesté pour les opinions de chacun, même si elles n'étaient pas similaires et pour l'immense engagement de fond, même s'il s'agit d'un travail presque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

Présidente du rôle francophone,

Président du rôle néerlandophone,

Madame Sylvie Lausberg

Monsieur Mario Van Essche



6.2.2 23 RECOMMANDATIONS « PHARES »

I. Prévention / formation

- 1 Accroître l'accessibilité de la contraception, en ce compris d'urgence et de longue durée, ainsi que l'information sur son utilisation, par des campagnes régulières d'information, en plusieurs langues, émanant des services publics et à destination du grand public.
- 2 Prévoir des campagnes officielles et régulières d'information, en plusieurs langues, à destination du grand public sur les grossesses non planifiées/non désirées et sur les interruptions de grossesse en utilisant plusieurs moyens de diffusion (presse, affichages, transports en commun, radio, télévision, internet, nouveaux médias, réseaux sociaux...).
- 3 Proposer le dispositif intra-utérin au cuivre (le plus efficace) ou le préservatif ou encore la méthode symptothermique aux femmes ne voulant plus utiliser d'hormones contraceptives. Les médecins et les travailleurs psychosociaux doivent pouvoir expliquer la méthode symptothermique et orienter les femmes vers un apprentissage de qualité.
- 4 Promouvoir l'information et l'animation sur la vie sexuelle, affective et relationnelle à l'école, mais aussi via des sites internet et des outils pédagogiques de référence, régulièrement mis à jour (par exemple love-attitude.be, allesoverseks.be) afin de développer chez les jeunes un sens critique entre autres sur les séries TV qui banalisent les grossesses d'adolescentes.
- 5 Développer sous l'égide du gouvernement un site internet officiel spécifique, décliné sur les réseaux sociaux, et régulièrement actualisé sur l'accès à l'interruption de grossesse, regroupant les informations utiles pour éclairer le choix des femmes confrontées à une grossesse non désirée (cadre juridique, procédure à suivre, liste des lieux accessibles pour une écoute ou pour pratiquer une interruption de grossesse...). Pour diffuser l'information le plus largement possible, il faut tenir compte de la fracture numérique et associer ce site web à une brochure complète disponible en pharmacie.

Dans ce contexte, le site web existant zanzu.be est une source d'information importante. Zanzu.be est un site web sur la santé et les droits sexuels et reproductifs en 13 langues (également utilisable par les analphabètes car les informations peuvent être utilisées sous forme orale). Il s'agit d'un site essentiel pour permettre aux personnes vulnérables d'accéder à des informations sur la contraception, les grossesses non désirées, les violences sexuelles, etc. Le site est géré par Sensoa. Il est important que le site soit mis à jour et que d'autres langues puissent éventuellement être ajoutées. Pour que cela soit possible, un financement urgent est nécessaire

- 6 Diligenter une étude afin de recueillir des données sur les violences subies par les femmes pendant la grossesse et sensibiliser les professionnels aux incidences de la grossesse sur les situations de violence intrafamiliale, afin de garantir une prise en charge appropriée, notamment dans le cadre des entretiens psychologiques pré-IVG et post-IVG.

II. Contraception et méthodes contraceptives

- 7 Renforcer l'accessibilité à la contraception pour le public jeune. La commission salue les avancées en matière de gratuité des moyens contraceptifs jusqu'à 25 ans et suggère d'étendre la délivrance de la pilule d'urgence aux centres de planning familial et dans les établissements scolaires via les centres psycho-médico-sociaux/centres d'accompagnement des élèves, qui collaborent avec les services de promotion de la santé. (Proposition de résolution visant la dispensation de la contraception d'urgence par les organismes chargés de l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle »

- Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les hommes et les femmes du Sénat - approuvée le 23.05.2022)

- 8 Autoriser la délivrance sans ordonnance de la pilule d'urgence par le personnel paramédical et les sage-femmes.
- 9 Prévoir la distribution gratuite de préservatifs dans les écoles par la mise en place de distributeurs.
- 10 Octroyer la gratuité ou un meilleur remboursement par l'INAMI de tous les contraceptifs, y compris la contraception d'urgence sous toutes ses formes (pilule et stérilet) et la contraception de longue durée ainsi que des méthodes contraceptives à toutes les femmes en âge de procréer et quelle que soit l'affiliation à la mutuelle. L'INAMI disposerait alors de données plus complètes sur le remboursement des contraceptifs.
- 11 Afin de renforcer l'accès au stérilet² comme contraception d'urgence, demander au CRGOLFB - Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique et à la SSMG - Société Scientifique de Médecine Générale ainsi qu'aux fédérations de centres de planning familial, d'identifier dans chaque grande ville un lieu, connu des pharmaciens, des généralistes, du personnel des centres de planning familial et des travailleurs psychosociaux et paramédicaux, où ceux-ci peuvent envoyer les femmes pour placer des stérilets comme contraception d'urgence.

III. Interruptions de grossesse et hôpitaux

- 12 Améliorer l'accueil et la prise en charge des interruptions de grossesse dans les institutions hospitalières et y prévoir un code de nomenclature INAMI spécifique pour les interruptions de grossesse : 25 % des interruptions de grossesse ont lieu dans les hôpitaux. Il n'existe pas de numéros de nomenclature spécifiques pour les interruptions de grossesse en milieu hospitalier (pour les centres extrahospitaliers, cette question est réglée par les conventions de réhabilitation). Pour garantir l'accès aux services pratiquant des interruptions de grossesse dans les hôpitaux, des numéros de nomenclature spécifiques sont nécessaires.
- 13 Prévoir le financement pour un psychologue/assistant social dans les hôpitaux afin de mener les entretiens psychologiques pré-IVG.

IV. Interruptions de grossesse et centres extrahospitaliers

- 14 Offrir la possibilité d'une accréditation aux médecins généralistes qui pratiquent des interruptions de grossesse dans les centres extrahospitaliers (Pour être accrédité et bénéficier d'un taux conventionné plus élevé, les médecins généralistes doivent assurer un certain nombre d'heures de médecine générale or les heures prestées dans le centre de planning familial dans le cadre de l'interruption de grossesse ne sont pas considérées comme de la médecine générale).

V. Accès à l'interruption de grossesse

- 15 Assurer l'accès à l'interruption de grossesse lors des situations d'urgence épidémique ou d'autres formes de crise majeure qui impliquent une limitation de la liberté de circulation ou de réunion.

² Le dispositif intra-utérin (stérilet) est la contraception d'urgence la plus efficace, mais en Belgique, contrairement à ce qui se pratique déjà dans certaines villes du Royaume-Uni, elle est peu accessible. La contraception d'urgence orale est efficace avant l'ovulation, mais n'agit plus une fois que l'ovulation a eu lieu.

- 16 Permettre l'interruption de grossesse médicamenteuse à domicile tout en maintenant la possibilité pour les femmes qui le désirent d'avoir la deuxième phase de l'IVG médicamenteuse dans les centres/hôpitaux.
- 17 Prendre en charge les frais médicaux liés à l'interruption de grossesse et à la contraception post-IVG des femmes ne disposant pas de couverture sociale et permettre, via une simplification administrative, un accès à l'interruption de grossesse pour les personnes ne bénéficiant pas de droit de séjour, sans devoir recourir à l'aide médicale urgente.
- 18 Pour améliorer l'accès à l'interruption de grossesse, il faut que les sage-femmes puissent réaliser les deux méthodes d'interruption de grossesse (c'est déjà le cas en France).

VI. Délai pour une interruption de grossesse

- 19 Le délai d'attente légal de 6 jours s'ajoute à un délai d'attente qui existe déjà pour des modalités pratiques (découverte de la grossesse, prise de rendez-vous dans un centre extrahospitalier ou un hôpital, consultation éventuelle chez le médecin généraliste ou le gynécologue avec orientation vers un centre, attente du rendez-vous dans le centre ou l'hôpital), ce qui peut avoir des conséquences psycho-sociales négatives et peut également mener au dépassement du délai légal et rendre impossible l'interruption de la grossesse en Belgique. La nouvelle loi de 2018 est assez floue à ce sujet. La Commission recommande donc qu'un délai d'attente ne soit pas fixé par la loi.

VII. Méthodes d'interruption de grossesse

- 20 Garantir aux femmes le choix de la méthode d'interruption de grossesse conformément à la loi sur le droit du patient du 22 août 2002. Les circonstances extérieures (problèmes administratifs, défaut de personnel, organisation du centre ou de l'hôpital, etc.) ne devraient pas influencer sur cette faculté de choix.
- 21 Rendre possible l'interruption de grossesse chirurgicale sous sédation dans les centres extrahospitaliers et optimiser la prise en charge de la douleur consécutive à toutes interruptions de grossesse, quelle que soit la méthode utilisée.

VIII. Formation à l'interruption de grossesse

- 22 Organiser un module de formation à l'interruption de grossesse et à la contraception dans toutes les facultés de médecine.

IX. Interruption de grossesse pour raison médicale

- 23 Les interruptions de grossesse réalisées pour raisons médicales sont sous déclarées à la Commission. Nous pouvons dire avec une grande certitude que le nombre réel est plus élevé que les chiffres rapportés. Il faut donc encourager la déclaration de toutes ces interruptions de grossesse à la Commission.

Concernant la prévention des malformations, Il est important de mentionner que certaines affections (comme le spina bifida) peuvent être prévenues par la promotion de l'acide folique avant la grossesse. Cette information doit être diffusée par des campagnes d'information régulières.

6.2.3 MOT DE LA FIN

Tout d'abord, nous, les deux présidents de La Commission nationale d'évaluation de la loi du 15.10.2018 relative à l'interruption de grossesse souhaitons remercier chaleureusement les membres de la Commission, nommés depuis fin 2018, pour leur dévouement et leur professionnalisme, ce qui a permis la réalisation de ce rapport statistique 2020-2021 et la présentation aux parlementaires des recommandations qui l'accompagnent et ce, dans le contexte difficile de la pandémie de Covid-19.

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

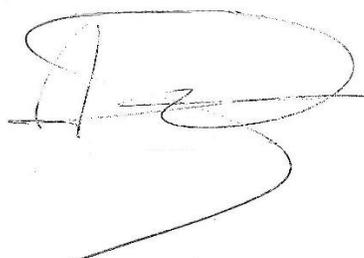
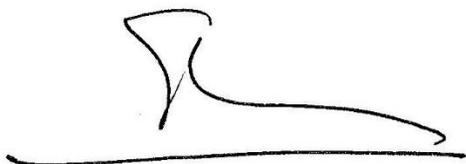
La commission, consciente également des limites imposées par la loi, suggère de pouvoir bénéficier de l'aide d'experts, tels que statisticiens, sociologues et épidémiologiste du SPF Santé publique et également d'avoir la possibilité de charger ce même SPF de réaliser des études et des missions sur des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

Présidente du rôle francophone,

Président du rôle néerlandophone,

Madame Sylvie Lausberg

Monsieur Mario Van Essche



7 POSITION MINORITAIRE : POSITION, NON SOUTENUE PAR LA COMMISSION, DU DR CHANTAL KORTMANN

1. Si de grandes campagnes d'information sont organisées autour de l'avortement, une plus grande attention devrait également être accordée aux options d'adoption et aux conseils que les femmes peuvent recevoir.

Il est certain que les femmes qui sont contraintes d'avorter en raison de problèmes financiers devraient être davantage sensibilisées aux possibilités d'être guidées, par exemple, par « La Direction de l'Adoption – ACC³ ». De cette façon, elles peuvent faire un choix sans trop de pression temporelle.

2. Si le gouvernement soutient un site Internet sur l'avortement, ce site devrait également fournir des informations sur les conseils en matière d'adoption, en raison de la nécessité de réduire le nombre d'avortements.
3. Améliorer l'accès des jeunes à la contraception. La commission se félicite des progrès réalisés dans le domaine de la gratuité de la contraception hormonale jusqu'à 25 ans, mais nous constatons que le cours d'une méthode symptothermique non hormonale et scientifiquement fondée n'est pas encore gratuit, et qu'il est donc important de le rendre gratuit afin de respecter la liberté de choix.
4. Il faut noter la tendance significative des jeunes à faire confiance pour la contraception à des applications basées sur la méthode du calendrier, vieille de 100 ans. S'ils préfèrent ne pas utiliser de moyens hormonaux ou mécaniques, ils devraient avoir accès à des cours basés sur la science et à des conseils professionnels, par exemple Sensiplan[®], également gratuits jusqu'à l'âge de 25 ans.
5. Gratuité ou meilleur remboursement d'un cours Sensiplan[®] pour toutes les femmes en âge de procréer afin de garantir la liberté de choix d'une contraception non hormonale.

³ Autorité centrale communautaire

8 ANNEXES SUPPLÉMENTAIRES AUX TABULATIONS CROISÉES

8.1.1 RAISONS ÉVOQUÉES

8.1.1.1 RAISONS ÉVOQUÉES ET ÉTAT CIVIL

NOMBRE										
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		COHABITANTE LÉGALE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	7.740	7.801	3.233	3.108	631	603	19	33	1.860	2.366
Familiales ou relationnelles	3.416	3.058	374	321	427	360	10	11	307	317
Financières ou matérielles	2.484	2.186	384	284	81	65	5	5	332	388
Contraintes ou violence	147	151	16	23	13	17	1	2	14	11
Idéologiques. ou philosophiques	65	66	2	2	5	5	0	1	8	13
Santé	440	478	468	419	37	43	2	6	233	294
Situation admin. précaire	104	107	29	28	8	6	3	0	17	11
Autre	416	666	180	229	31	57	2	2	74	122
TOTAL	14.812	14.513	4.686	4.414	1.233	1.156	42	60	2.845	3.522

POURCENTAGE										
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		COHABITANTE LÉGALE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	52,25	53,75	68,99	70,41	51,18	52,16	45,24	55,00	65,38	67,18
Familiales ou relationnelles	23,06	21,07	7,98	7,27	34,63	31,14	23,81	18,33	10,79	9,00
Financières ou matérielles	16,77	15,06	8,19	6,43	6,57	5,62	11,90	8,33	11,67	11,02
Contraintes ou violence	0,99	1,04	0,34	0,52	1,05	1,47	2,38	3,33	0,49	0,31
Idéologiques. ou philosoph.	0,44	0,45	0,04	0,05	0,41	0,43	0,00	1,67	0,28	0,37
Santé	2,97	3,29	9,99	9,49	3,00	3,72	4,76	10,00	8,19	8,35
Situation admin. précaire	0,70	0,74	0,62	0,63	0,65	0,52	7,14	0,00	0,60	0,31
Autre	2,81	4,59	3,84	5,19	2,51	4,93	4,76	3,33	2,60	3,46
TOTAL	100,0	100,0								

8.1.1.2 RAISONS ÉVOQUÉES ET NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

NOMBRE								
ENFANT(S)	0		1		2		3	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	5.329	5.638	2.495	2.572	3.158	3.307	1.623	1.497
Familiales ou relationnelles	2.169	2.031	1.213	1.035	770	651	283	234
Financières ou matérielles	1.952	1.801	685	567	416	378	170	133
Contraintes ou violence	75	94	56	48	31	38	17	8
Idéologiques ou philosophiques	66	67	10	11	1	4	2	5
Santé	283	343	371	341	374	310	142	154
Situation administrative précaire	69	62	44	50	28	24	12	10
Autre	256	419	193	270	163	244	58	93
TOTAL	10.199	10.455	5.067	4.894	4.891	4.956	2.307	2.134

NOMBRE						
ENFANTS	4		5		Plus de 5	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	574	605	194	192	110	100
Familiales ou relationnelles	67	82	23	24	9	10
Financières ou matérielles	40	39	10	9	13	1
Contraintes / violence	9	9	2	3	1	4
Idéologiques ou philosophiques	1	0	0	0	0	0
Santé	40	53	12	29	8	10
Situation administrative précaire	3	6	2	0	3	0
Autre	22	34	9	11	2	5
TOTAL	756	828	252	268	146	130

POURCENTAGE								
ENFANT(S)	0		1		2		3	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	52,25	53,93	49,24	52,55	64,57	66,73	70,35	70,15
Familiales ou relationnelles	21,27	19,43	23,94	21,15	15,74	13,14	12,27	10,97
Financières ou matérielles	19,14	17,23	13,52	11,59	8,51	7,63	7,37	6,23
Contraintes ou violence	0,74	0,90	1,11	0,98	0,63	0,77	0,74	0,37
Idéologiques ou philosophiques	0,65	0,64	0,20	0,22	0,02	0,08	0,09	0,23
Santé	2,77	3,28	7,32	6,97	6,62	6,26	6,16	7,22
Situation admin. précaire	0,68	0,59	0,87	1,02	0,57	0,48	0,52	0,47
Autre	2,51	4,01	3,81	5,52	3,33	4,92	2,51	4,36
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE						
ENFANT(S)	4		5		PLUS DE 5	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	75,93	73,07	76,98	71,64	75,34	76,92
Familiales ou relationnelles	8,86	9,90	9,13	8,96	6,16	7,69
Financières ou matérielles	5,29	4,71	3,97	3,36	8,90	0,77
Contraintes ou violence	1,19	1,09	0,79	1,12	0,68	3,08
Idéologiques ou philosophiques	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santé	5,29	6,40	4,76	10,82	5,48	7,69
Situation administrative précaire	0,40	0,72	0,79	0,00	2,05	0,00
Autre	2,91	4,11	3,57	4,10	1,37	3,85
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.1.3 RAISONS ÉVOQUÉES ET NOMBRE D'ENFANT(S) DU MENAGE

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

NOMBRE								
ENFANT(S)	0		1		2		3	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	5.456	1.012	2.333	2.439	3.095	3.181	1.637	1.535
Familiales ou relationnelles	2.246	2.078	1.157	1.017	755	625	265	232
Financières ou matérielles	2.010	1.818	634	552	426	375	160	128
Contraintes ou violence	80	99	56	46	31	37	12	8
Idéologiques ou philosophiques	66	66	10	12	1	4	2	4
Santé	298	357	350	339	331	309	142	144
Situation administrative précaire	88	86	34	44	25	11	9	8
Autre	267	443	185	266	161	233	58	87
TOTAL	10.511	5.959	4.759	4.715	4.825	4.775	2.285	2.146

NOMBRE						
ENFANTS	4		5		Plus de 5	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	616	648	225	224	121	132
Familiales ou relationnelles	77	79	24	27	10	9
Financières ou matérielles	33	41	14	13	9	1
Contraintes / violence	7	10	5	2	0	2
Idéologiques ou philosophiques	1	1	0	0	0	0
Santé	38	56	13	24	8	11
Situation administrative précaire	2	3	1	0	2	0
Autre	24	29	6	15	2	3
TOTAL	798	867	288	305	152	158

POURCENTAGE								
ENFANT(S)	0		1		2		3	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	51,91	9,63	49,02	23,20	64,15	30,26	71,64	14,60
Familiales ou relationnelles	21,37	19,77	24,31	9,68	15,65	5,95	11,60	2,21
Financières ou matérielles	19,12	17,30	13,32	5,25	8,83	3,57	7,00	1,22
Contraintes ou violence	0,76	0,94	1,18	0,44	0,64	0,35	0,53	0,08
Idéologiques ou philosophiques	0,63	0,63	0,21	0,11	0,02	0,04	0,09	0,04
Santé	2,84	3,40	7,35	3,23	6,86	2,94	6,21	1,37
Situation administrative précaire	0,84	0,82	0,71	0,42	0,52	0,10	0,39	0,08
Autre	2,54	4,21	3,89	2,53	3,34	2,22	2,54	0,83
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE						
ENFANT(S)	4		5		PLUS DE 5	
RAISONS	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Personnelles	77,19	81,20	78,13	28,07	79,61	16,54
Familiales ou relationnelles	9,65	9,90	8,33	3,38	6,58	1,13
Financières ou matérielles	4,14	5,14	4,86	1,63	5,92	0,13
Contraintes ou violence	0,88	1,25	1,74	0,25	0,00	0,25
Idéologiques ou philosophiques	0,13	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00
Santé	4,76	7,02	4,51	3,01	5,26	1,38
Situation administrative précaire	0,25	0,38	0,35	0,00	1,32	0,00
Autre	3,01	3,63	2,08	1,88	1,32	0,38
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.2 CONTRACEPTION

8.1.2.1 PAS DE CONTRACEPTION ET ÉTAT CIVIL

NOMBRE										
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		COHABITANTE LÉGALE	
PAS DE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	4.173	4.145	1.310	1.250	374	360	17	17	653	796
Grossesse souhaitée	219	254	131	170	23	24	0	3	91	102
Stérilité supposée	85	69	45	52	9	11	0	0	34	36
Partenaire refuse la contraception	10	15	5	3	1	3	0	1	2	1
Autre raison	36	32	24	11	9	2	0	0	5	7
TOTAL	4.523	4.515	1.515	1.486	416	400	17	21	785	942

POURCENTAGE										
	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		COHABITANTE LÉGALE	
PAS DE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	92,26	91,81	86,47	84,12	89,90	90,00	100,00	80,95	83,18	84,50
Grossesse souhaitée	4,84	5,63	8,65	11,44	5,53	6,00	0,00	14,29	11,59	10,83
Stérilité supposée	1,88	1,53	2,97	3,50	2,16	2,75	0,00	0,00	4,33	3,82
Partenaire refuse la contraception	0,22	0,33	0,33	0,20	0,24	0,75	0,00	4,76	0,25	0,11
Autre raison	0,80	0,71	1,58	0,74	2,16	0,50	0,00	0,00	0,64	0,74
TOTAL	100,0	100,00	100,00							

8.1.2.2 CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S) ET ÉTAT CIVIL

MÉTHODE	NOMBRE								COHABITANTE	
	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		LÉGALE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
coût interrompu	359	361	151	171	40	43	0	2	71	93
Abstinence périodique	495	533	310	280	62	53	0	2	148	202
Spermicides	7	5	2	3	0	2	0	0	2	3
Diaphragme	17	15	8	4	1	3	0	0	5	2
Préservatif	1.646	1.661	584	560	113	125	3	6	342	439
Pilule	2.463	2.317	723	620	162	138	6	6	545	681
Injection contraceptive	80	42	14	9	3	3	0	0	12	16
Stérilet au cuivre	102	110	49	37	6	2	0	0	21	36
Stérilet hormonal	39	24	20	15	2	3	0	0	10	19
Stérilisation homme	10	19	18	20	1	2	0	0	9	17
Stérilisation femme	5	3	10	3	0	1	0	0	1	1
Stérilisation des deux	3	2	1	0	1	0	0	0	0	1
Pilule d'urgence	414	479	79	93	42	50	0	3	34	67
implant	14	17	4	5	0	2	0	0	1	1
patch	74	85	35	34	10	4	0	0	25	26
Anneau vaginal	213	162	39	29	9	6	0	0	57	60
Méthode N.F.P.	81	56	33	30	4	3	1	0	14	34
Application électronique ou digitale	73	124	26	45	10	7	0	0	14	26
Autre	18	19	16	11	1	2	0	0	14	16
TOTAL	6.113	6.034	2.122	1.969	467	449	10	19	1.325	1.740

MÉTHODE	POURCENTAGE								COHABITANTE	
	CÉLIBATAIRE		MARIÉE		DIVORCÉE		VEUVE		LÉGALE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
coût interrompu	5,87	5,98	7,12	8,68	8,57	9,58	0,00	10,53	5,36	5,34
Abstinence périodique	8,10	8,83	14,61	14,22	13,28	11,80	0,00	10,53	11,17	11,61
Spermicides	0,11	0,08	0,09	0,15	0,00	0,45	0,00	0,00	0,15	0,17
Diaphragme	0,28	0,25	0,38	0,20	0,21	0,67	0,00	0,00	0,38	0,11
Préservatif	26,93	27,53	27,52	28,44	24,20	27,84	30,00	31,58	25,81	25,23
Pilule	40,29	38,40	34,07	31,49	34,69	30,73	60,00	31,58	41,13	39,14
Injection contraceptive	1,31	0,70	0,66	0,46	0,64	0,67	0,00	0,00	0,91	0,92
Stérilet au cuivre	1,67	1,82	2,31	1,88	1,28	0,45	0,00	0,00	1,58	2,07
Stérilet hormonal	0,64	0,40	0,94	0,76	0,43	0,67	0,00	0,00	0,75	1,09
Stérilisation homme	0,16	0,31	0,85	1,02	0,21	0,45	0,00	0,00	0,68	0,98
Stérilisation femme	0,08	0,05	0,47	0,15	0,00	0,22	0,00	0,00	0,08	0,06
Stérilisation des deux	0,05	0,03	0,05	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
Pilule d'urgence	6,77	7,94	3,72	4,72	8,99	11,14	0,00	15,79	2,57	3,85
implant	0,23	0,28	0,19	0,25	0,00	0,45	0,00	0,00	0,08	0,06
patch	1,21	1,41	1,65	1,73	2,14	0,89	0,00	0,00	1,89	1,49
Anneau vaginal	3,48	2,68	1,84	1,47	1,93	1,34	0,00	0,00	4,30	3,45
Méthode N.F.P.	1,33	0,93	1,56	1,52	0,86	0,67	10,00	0,00	1,06	1,95
Application électronique ou digitale	1,19	2,06	1,23	2,29	2,14	1,56	0,00	0,00	1,06	1,49
Autre	0,29	0,31	0,75	0,56	0,21	0,45	0,00	0,00	1,06	0,92
TOTAL	100,0									

8.1.2.3 PAS DE CONTRACEPTION ET NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

NOMBRE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
AUCUNE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	2.666	2.810	1.478	1.344	1.343	1.351	629	648
Grossesse souhaitée	196	234	182	193	61	74	18	34
Stérilité supposée	69	63	41	44	49	42	10	11
Partenaire refuse la contraception	3	6	5	4	5	8	2	2
Autre raison	22	20	15	12	21	10	11	8
TOTAL	2.956	3.133	1.721	1.597	1.479	1.485	670	703

NOMBRE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		PLUS DE 5	
AUCUNE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	257	251	100	112	54	52
Grossesse souhaitée	3	14	2	4	2	0
Stérilité supposée	2	7	0	1	2	0
Partenaire refuse la contraception	2	3	1	0	0	0
Autre raison	5	1	0	1	0	0
TOTAL	269	276	103	118	58	52

POURCENTAGE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
AUCUNE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	90,19	8,97	85,88	84,16	90,80	90,98	93,88	92,18
Grossesse souhaitée	6,63	0,75	10,58	12,09	4,12	4,98	2,69	4,84
Stérilité supposée	2,33	0,20	2,38	2,76	3,31	2,83	1,49	1,56
Partenaire refuse la contraception	0,10	0,02	0,29	0,25	0,34	0,54	0,30	0,28
Autre raison	0,74	0,06	0,87	0,75	1,42	0,67	1,64	1,14
TOTAL	100,00	10,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

POURCENTAGE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		PLUS DE 5	
AUCUNE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	95,54	90,94	97,09	94,92	93,10	100,00
Grossesse souhaitée	1,12	5,07	1,94	3,39	3,45	0,00
Stérilité supposée	0,74	2,54	0,00	0,85	3,45	0,00
Partenaire refuse la contraception	0,74	1,09	0,97	0,00	0,00	0,00
Autre raison	1,86	0,36	0,00	0,85	0,00	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.2.4 CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S) ET NOMBRE D'ENFANT(S) MIS AU MONDE

NOMBRE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	260	279	124	124	147	169	67	69
Abstinence périodique	389	406	191	203	248	290	144	119
Spermicides	5	3	3	2	3	4	0	2
Diaphragme	16	13	7	2	6	7	1	1
Préservatif	1.335	1.363	433	479	581	627	246	231
Pilule	1.641	1.602	870	835	786	785	397	340
Injection contraceptive	27	20	31	19	28	16	11	10
Stérilet au cuivre	91	95	25	28	33	33	19	16
Stérilet hormonal	30	13	6	12	19	17	9	8
Stérilisation femme	5	9	8	4	13	30	8	8
Stérilisation homme	2	2	2	1	5	3	4	0
Stérilisation des deux	1	0	1	2	3	1	0	0
Pilule d'urgence	305	366	101	143	100	111	47	44
Implant	5	8	3	4	8	7	0	5
Patch	42	44	31	35	36	34	27	21
Anneau vaginal	151	120	72	66	56	52	24	14
Méthode N.F.P.	67	65	21	21	22	20	15	11
Application électronique digitale	69	98	20	40	22	41	9	15
Autre raison	11	12	14	11	9	11	11	7
TOTAL	4.452	4.518	1.963	2.031	2.125	2.258	1.039	921

NOMBRE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		plus de 5	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	18	23	2	5	3	1
Abstinence périodique	31	41	8	7	4	4
Spermicides	0	1	0	0	0	1
Diaphragme	1	1	0	0	0	0
Préservatif	63	71	16	13	14	7
Pilule	135	132	48	41	22	27
Injection contraceptive	4	4	5	1	3	0
Stérilet au cuivre	6	12	4	0	0	1
Stérilet hormonal	5	9	0	1	2	1
Stérilisation femme	2	7	1	0	1	0
Stérilisation homme	2	1	0	1	1	0
Stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0
Pilule d'urgence	10	16	5	8	1	4
Implant	2	1	1	0	0	0
Patch	5	14	1	0	2	1
Anneau vaginal	13	3	2	2	0	0
Méthode N.F.P.	6	5	2	1	0	0
Application électronique digitale	1	6	2	2	0	0
Autre raison	4	5	0	2	0	0
TOTAL	308	352	97	84	53	47

POURCENTAGE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	5,84	6,18	6,32	6,11	6,92	7,48	6,45	7,49
Abstinence périodique	8,74	8,99	9,73	10,00	11,67	12,84	13,86	12,92
Spermicides	0,11	0,07	0,15	0,10	0,14	0,18	0,00	0,22
Diaphragme	0,36	0,29	0,36	0,10	0,28	0,31	0,10	0,11
Préservatif	29,99	30,17	22,06	23,58	27,34	27,77	23,68	25,08
Pilule	36,86	35,46	44,32	41,11	36,99	34,77	38,21	36,92
Injection contraceptive	0,61	0,44	1,58	0,94	1,32	0,71	1,06	1,09
Stérilet au cuivre	2,04	2,10	1,27	1,38	1,55	1,46	1,83	1,74
Stérilet hormonal	0,67	0,29	0,31	0,59	0,89	0,75	0,87	0,87
Stérilisation femme	0,11	0,20	0,41	0,20	0,61	1,33	0,77	0,87
Stérilisation homme	0,04	0,04	0,10	0,05	0,24	0,13	0,38	0,00
Stérilisation des deux	0,02	0,00	0,05	0,10	0,14	0,04	0,00	0,00
Pilule d'urgence	6,85	8,10	5,15	7,04	4,71	4,92	4,52	4,78
Implant	0,11	0,18	0,15	0,20	0,38	0,31	0,00	0,54
Patch	0,94	0,97	1,58	1,72	1,69	1,51	2,60	2,28
Anneau vaginal	3,39	2,66	3,67	3,25	2,64	2,30	2,31	1,52
Méthode N.F.P.	1,50	1,44	1,07	1,03	1,04	0,89	1,44	1,19
App. électronique digitale	1,55	2,17	1,02	1,97	1,04	1,82	0,87	1,63
Autre raison	0,25	0,27	0,71	0,54	0,42	0,49	1,06	0,76
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		plus de 5	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	5,84	6,53	2,06	5,95	5,66	2,13
Abstinence périodique	10,06	11,65	8,25	8,33	7,55	8,51
Spermicides	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	2,13
Diaphragme	0,32	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
Préservatif	20,45	20,17	16,49	15,48	26,42	14,89
Pilule	43,83	37,50	49,48	48,81	41,51	57,45
Injection contracept.	1,30	1,14	5,15	1,19	5,66	0,00
Stérilet au cuivre	1,95	3,41	4,12	0,00	0,00	2,13
Stérilet hormonal	1,62	2,56	0,00	1,19	3,77	2,13
Stérilisation femme	0,65	1,99	1,03	0,00	1,89	0,00
Stérilisation homme	0,65	0,28	0,00	1,19	1,89	0,00
Stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pilule d'urgence	3,25	4,55	5,15	9,52	1,89	8,51
Implant	0,65	0,28	1,03	0,00	0,00	0,00
Patch	1,62	3,98	1,03	0,00	3,77	2,13
Anneau vaginal	4,22	0,85	2,06	2,38	0,00	0,00
Méthode N.F.P.	1,95	1,42	2,06	1,19	0,00	0,00
Application électronique digitale	0,32	1,70	2,06	2,38	0,00	0,00
Autre raison	1,30	1,42	0,00	2,38	0,00	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.2.5 PAS DE CONTRACEPTION ET NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

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

NOMBRE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
PAS DE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	2.815	2.929	1.388	1.295	1.298	1.296	619	629
Grossesse souhaitée	195	236	177	193	67	72	16	30
Stérilité supposée	69	61	39	44	46	37	14	17
Partenaire refuse la contraception	4	8	4	4	5	6	2	2
Autre raison	25	19	15	11	19	12	11	8
TOTAL	3.108	3.253	1.623	1.547	1.435	1.423	662	686

NOMBRE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		plus de 5	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	256	243	94	109	57	67
Grossesse souhaitée	4	16	2	4	3	2
Stérilité supposée	3	7	0	2	2	0
Partenaire refuse la contraception	2	3	1	0	0	0
Autre raison	3	1	0	1	1	0
TOTAL	268	270	97	116	63	69

POURCENTAGE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
PAS DE CONTRACEPTION AVEC	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	90,57	90,04	85,52	83,71	90,45	91,08	93,50	91,69
Grossesse souhaitée	6,27	7,25	10,91	12,48	4,67	5,06	2,42	4,37
Stérilité supposée	2,22	1,88	2,40	2,84	3,21	2,60	2,11	2,48
Partenaire refuse la contraception	0,13	0,25	0,25	0,26	0,35	0,42	0,30	0,29
Autre raison	0,80	0,58	0,92	0,71	1,32	0,84	1,66	1,17
TOTAL	100,0							

POURCENTAGE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		plus de 5	
CONTRACEPTION UTILISÉE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Grossesse non souhaitée	95,52	90,00	96,91	93,97	90,48	97,10
Grossesse souhaitée	1,49	5,93	2,06	3,45	4,76	2,90
Stérilité supposée	1,12	2,59	0,00	1,72	3,17	0,00
Partenaire refuse la contraception	0,75	1,11	1,03	0,00	0,00	0,00
Autre raison	1,12	0,37	0,00	0,86	1,59	0,00
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

8.1.2.6 CONTRACEPTION(S) UTILISÉE(S) ET NOMBRE D'ENFANT(S) DU MÉNAGE

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

NOMBRE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
CONTRACEPTION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	271	280	117	121	140	164	66	67
Abstinence périodique	399	411	176	193	239	276	145	122
Spermicides	6	3	3	2	2	4	0	2
Diaphragme	16	13	7	2	6	6	1	1
Préservatif	1.339	1.386	428	451	569	604	243	235
Pilule	1.675	1.622	809	797	783	766	400	355
Injection contraceptive	31	21	30	17	27	17	10	9
Stérilet au cuivre	91	97	25	27	34	32	17	13
Stérilet hormonal	32	14	4	11	18	17	9	8
Stérilisation femme	5	7	6	3	11	29	10	9
Stérilisation homme	3	2	2	1	4	1	4	0
Stérilisation des deux	1	0	1	2	3	1	0	0
Pilule d'urgence	310	374	102	144	93	106	46	41
Implant	5	9	3	3	7	7	0	5
Patch	45	43	24	32	37	30	30	26
Anneau vaginal	151	122	69	59	52	52	29	16
Méthode N.F.P.	66	64	20	21	22	21	16	10
Application électronique digitale	68	98	19	38	22	41	11	13
Autre raison	11	13	13	11	10	10	11	8
TOTAL	4.525	4.579	1.858	1.935	2.079	2.184	1.048	940

NOMBRE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		plus de 5	
CONTRACEPTION	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Coït interrompu	20	27	5	10	2	1
Abstinence périodique	39	47	13	16	4	5
Spermicides	0	1	0	0	0	1
Diaphragme	1	1	0	0	0	1
Préservatif	74	86	21	18	14	11
Pilule	147	143	60	50	25	29
Injection contraceptive	4	5	4	1	3	0
Stérilet au cuivre	7	14	4	1	0	1
Stérilet hormonal	6	9	0	1	2	1
Stérilisation femme	4	9	1	1	1	0
Stérilisation homme	2	3	0	1	1	0
Stérilisation des deux	0	0	0	0	0	0
Pilule d'urgence	11	12	4	10	3	5
Implant	3	1	1	0	0	0
Patch	6	15	1	1	1	2
Anneau vaginal	10	5	7	2	0	1
Méthode N.F.P.	6	5	3	2	0	0
Application électronique digitale	2	9	1	3	0	0
Autre raison	4	5	0	1	0	0
TOTAL	346	397	125	118	56	58

POURCENTAGE								
NOMBRE D'ENFANT(S)	0		1		2		3	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
CONTRACEPTION								
Coït interrompu	5,99	6,11	6,30	6,25	6,73	7,51	6,30	7,13
Abstinence périodique	8,82	8,98	9,47	9,97	11,50	12,64	13,84	12,98
Spermicides	0,13	0,07	0,16	0,10	0,10	0,18	0,00	0,21
Diaphragme	0,35	0,28	0,38	0,10	0,29	0,27	0,10	0,11
Préservatif	29,59	30,27	23,04	23,31	27,37	27,66	23,19	25,00
Pilule	37,02	35,42	43,54	41,19	37,66	35,07	38,17	37,77
Injection contraceptive	0,69	0,46	1,61	0,88	1,30	0,78	0,95	0,96
Stérilet au cuivre	2,01	2,12	1,35	1,40	1,64	1,47	1,62	1,38
Stérilet hormonal	0,71	0,31	0,22	0,57	0,87	0,78	0,86	0,85
Stérilisation femme	0,11	0,15	0,32	0,16	0,53	1,33	0,95	0,96
Stérilisation homme	0,07	0,04	0,11	0,05	0,19	0,05	0,38	0,00
Stérilisation des deux	0,02	0,00	0,05	0,10	0,14	0,05	0,00	0,00
Pilule d'urgence	6,85	8,17	5,49	7,44	4,47	4,85	4,39	4,36
Implant	0,11	0,20	0,16	0,16	0,34	0,32	0,00	0,53
Patch	0,99	0,94	1,29	1,65	1,78	1,37	2,86	2,77
Anneau vaginal	3,34	2,66	3,71	3,05	2,50	2,38	2,77	1,70
Méthode N.F.P.	1,46	1,40	1,08	1,09	1,06	0,96	1,53	1,06
Application électronique digitale	1,50	2,14	1,02	1,96	1,06	1,88	1,05	1,38
Autre raison	0,24	0,28	0,70	0,57	0,48	0,46	1,05	0,85
TOTAL	100,00							

POURCENTAGE						
NOMBRE D'ENFANTS	4		5		plus de 5	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
CONTRACEPTION						
Coït interrompu	5,78	6,80	4,00	8,47	3,57	1,72
Abstinence périodique	11,27	11,84	10,40	13,56	7,14	8,62
Spermicides	0,00	0,25	0,00	0,00	0,00	1,72
Diaphragme	0,29	0,25	0,00	0,00	0,00	1,72
Préservatif	21,39	21,66	16,80	15,25	25,00	18,97
Pilule	42,49	36,02	48,00	42,37	44,64	50,00
Injection contraceptive	1,16	1,26	3,20	0,85	5,36	0,00
Stérilet au cuivre	2,02	3,53	3,20	0,85	0,00	1,72
Stérilet hormonal	1,73	2,27	0,00	0,85	3,57	1,72
Stérilisation femme	1,16	2,27	0,80	0,85	1,79	0,00
Stérilisation homme	0,58	0,76	0,00	0,85	1,79	0,00
Stérilisation des deux	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Pilule d'urgence	3,18	3,02	3,20	8,47	5,36	8,62
Implant	0,87	0,25	0,80	0,00	0,00	0,00
Patch	1,73	3,78	0,80	0,85	1,79	3,45
Anneau vaginal	2,89	1,26	5,60	1,69	0,00	1,72
Méthode N.F.P.	1,73	1,26	2,40	1,69	0,00	0,00
Application électronique digitale	0,58	2,27	0,80	2,54	0,00	0,00
Autre raison	1,16	1,26	0,00	0,85	0,00	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.3 MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

8.1.3.1 MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET ANESTHÉSIE

NOMBRE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
ANESTHÉSIE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Aucune	5.320	6.127	309	238	2	9
Locale	204	103	9.394	8.928	2	5
Loco-régionale	100	116	106	61	1	4
Générale	16	10	1.128	1.093	0	5
Autre (*)	3	3	0	0	0	0
TOTAL	5.643	6.359	10.937	10.320	5	23

POURCENTAGE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
ANESTHÉSIE	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Aucune	94,28	96,35	2,83	2,31	40,00	39,13
Locale	3,62	1,62	85,89	86,51	40,00	21,74
Loco-régionale	1,77	1,82	0,97	0,59	20,00	17,39
Générale	0,28	0,16	10,31	10,59	0,00	21,74
Autre (*)	0,05	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Les 3 « autres méthodes » enregistrées en **2020** sont : 2 fois « administration d'un analgésique » et 1 fois « Pompe anti-douleurs PCEA ». En **2021**, les 3 autres méthodes sont : 1 fois « pompe anti-douleurs PCEA », 1 fois, « MEOPA » et une fois, « anesthésie générale associée à une anesthésie loco-régionale ».

8.1.3.2 MÉTHODE D'INTERRUPTION DE GROSSESSE ET DURÉE D'HOSPITALISATION

NOMBRE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
DURÉE D'HOSPITALISATION						
Ambulante	5.308	6.078	9.904	9.374	3	12
24 heures au moins	252	177	1.015	933	0	4
Plus de 24 heures	83	104	18	13	2	7
TOTAL	5.643	6.359	10.937	10.320	5	23

POURCENTAGE						
MÉTHODE	MÉDICAMENTEUSE		CHIRURGICALE		AUTRE	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021
DURÉE D'HOSPITALISATION						
Ambulante	94,06	95,58	90,55	90,83	60,00	52,17
24 heures au moins	4,47	2,78	9,28	9,04	0,00	17,39
Plus de 24 heures	1,47	1,64	0,16	0,13	40,00	30,43
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.4 DURÉE D'HOSPITALISATION

8.1.4.1 DURÉE D'HOSPITALISATION ET ANESTHÉSIE

NOMBRE										
ANESTHÉSIE	AUCUNE		LOCALE		LOCO-RÉGIONALE		GÉNÉRALE		AUTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ambulatoire	5.402	6.218	9.503	8.962	65	55	244	229	1	0
24 heures au moins	219	143	94	67	68	36	884	868	2	0
Plus de 24 heures	10	13	3	7	74	90	16	11	0	3
TOTAL	5.631	6.374	9.600	9.036	207	181	1.144	1.108	3	3

POURCENTAGE										
ANESTHÉSIE	AUCUNE		LOCALE		LOCO-RÉGIONALE		GÉNÉRALE		AUTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ambulatoire	95,93	97,55	98,99	99,18	31,40	30,39	21,33	20,67	33,33	0,00
24 heures au moins	3,89	2,24	0,98	0,74	32,85	19,89	77,27	78,34	66,67	0,00
Plus de 24 heures	0,18	0,20	0,03	0,08	35,75	49,72	1,40	0,99	0,00	100,00
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

8.1.4.2 DURÉE D'HOSPITALISATION ET COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

NOMBRE										
COMPLICATIONS	AUCUNE		HÉMORRAGIE		PERFORATION		DÉCHIRURE		AUTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ambulatoire	15.100	15.314	47	50	1	3	1	0	66	97
24 heures ou moins	1.168	1.026	61	63	2	1	16	4	20	20
Plus de 24 heures	87	103	6	10	4	0	0	0	6	11
TOTAL	16.355	16.443	114	123	7	4	17	4	92	128

POURCENTAGE										
COMPLICATIONS	AUCUNE		HÉMORRAGIE		PERFORATION		DÉCHIRURE		AUTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021	2020	2021
Ambulatoire	92,33	93,13	41,23	40,65	14,29	75,00	5,88	0,00	71,74	75,78
24 heures ou moins	7,14	6,24	53,51	51,22	28,57	25,00	94,12	100,00	21,74	15,63
Plus de 24 heures	0,53	0,63	5,26	8,13	57,14	0,00	0,00	0,00	6,52	8,59
TOTAL	100,0									

8.1.5 HÔPITAL OU CENTRE

8.1.5.1 HÔPITAL OU CENTRE ET COMPLICATIONS MÉDICALES IMMÉDIATES

NOMBRE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
COMPLICATIONS	2020	2021	2020	2021
Aucune	2.542	2.630	13.813	13.813
Hémorragie	27	34	87	89
Perforation	4	0	3	4
Déchirure	3	2	14	2
Autre	61	78	31	50
TOTAL	2.637	2.744	13.948	13.958

POURCENTAGE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
COMPLICATIONS	2020	2021	2020	2021
Aucune	96,40	95,85	99,03	98,96
Hémorragie	1,02	1,24	0,62	0,64
Perforation	0,15	0,00	0,02	0,03
Déchirure	0,11	0,07	0,10	0,01
Autre	2,31	2,84	0,22	0,36
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.5.2 HÔPITAL OU CENTRE ET DURÉE D'HOSPITALISATION

NOMBRE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2020	2021	2020	2021
Ambulatoire	1.591	1.803	13.624	13.661
24 heures ou moins	946	820	321	294
Plus de 24 heures	100	121	3	3
TOTAL	2.637	2.744	13.948	13.958

POURCENTAGE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
DURÉE D'HOSPITALISATION	2020	2021	2020	2021
Ambulatoire	60,33	65,71	97,68	97,87
24 heures ou moins	35,87	29,88	2,30	2,11
Plus de 24 heures	3,79	4,41	0,02	0,02
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.5.3 HÔPITAL OU CENTRE ET MÉTHODES D'INTERRUPTION DE GROSSESSE

NOMBRE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
MÉTHODE	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	1.444	1.674	4.199	4.685
Chirurgicale	1.191	1.056	9.746	9.264
Autre	2	14	3	9
TOTAL	2.637	2.744	13.948	13.958

POURCENTAGE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
MÉTHODE	2020	2021	2020	2021
Médicamenteuse	54,76	61,01	30,10	33,56
Chirurgicale	45,16	38,48	69,87	66,37
Autre	0,08	0,51	0,02	0,06
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

8.1.5.4 HÔPITAL OU CENTRE ET ANESTHÉSIE

NOMBRE				
INSTITUTIONS	HÔPITAL		CENTRE	
ANESTHÉSIE	2020	2021	2020	2021
Aucune	1.342	1.560	4.289	4.814
Locale	240	173	9.360	8.863
Loco-régionale	150	137	57	44
Générale	902	871	242	237
Autre	3	3	0	0
TOTAL	2.637	2.744	13.948	13.958

POURCENTAGE				
INSTITUTION	HÔPITAL		CENTRE	
ANESTHÉSIE	2020	2021	2020	2021
Aucune	50,89	56,85	30,75	34,49
Locale	9,10	6,30	67,11	63,50
Loco-régionale	5,69	4,99	0,41	0,32
Générale	34,21	31,74	1,74	1,70
Autre	0,11	0,11	0,00	0,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00

9 COMPOSITION DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION DE LA LOI DU 15 OCTOBRE 2018 RELATIVE A L'INTERRUPTION DE GROSSESSE

9.1 COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION (AR 15.10.2018)

MEMBRES EFFECTIFS

1° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites et/ou docteurs en médecine

Prof. Dr 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° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites de droit ou avocats

Me Nathan **RADELET** (F)
Prof. Anne **LAGERWALL** (F)

Me Myriam **VAN VARENBERGH** (N)
Me MARIO VAN ESSCHE (N)
COPRÉSIDENT

3° 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 SYLVIE LAUSBERG (F)
COPRÉSIDENTE

Mme Carine **VRANCKEN** (N)

MEMBRES SUPPLÉANTS

1° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites et/ou docteurs en médecine

Prof. Dr Ch. **VERELLEN-DUMOULIN** (F)
Dr Yannick **MANIGART** (F)
Dr Isabelle **DUMONT** (F)
Dr Karine **WELFFENS** (F)

Prof. Dr Gunnar **NAULAERS** (N)
Prof. Dr Roland **DEVLEIGER** (N)
Prof. Dr Wilfried **GYSELAERS** (N)
Dr Chantal **KORTMANN** (N)

2° Chargés de cours, professeurs, professeurs émérites de droit ou avocats

Prof. Jules **MESSINNE** (F)
Prof. Jean-Marc **HAUSMAN** (F)
Me Elise **BOUTRIAU** (F)

Prof. Ingrid **BOONE** (N)

3° 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 Van Stichel (N),
démissionnaire non remplacée.)

9.2 CADRE ADMINISTRATIF DE LA COMMISSION NATIONALE D'ÉVALUATION

SECRÉTAIRE

Mme Valérie De Nef (F)

M. Kristiaan Coppens. ff (N)

SECRÉTARIAT

Mme Karine Delatte (F)

M. Kristiaan Coppens (N)

Mme Claire Godin (F)

Mme Evelyne Coppens (N)

10.1 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 :

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

10.2 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.”

10.3 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 1^{er}

§ 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 :

un rapport statistique élaboré sur base des informations recueillies en vertu des articles 2 et 3;

un rapport détaillant et évaluant l'application et l'évolution de l'application de la loi;

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 :

l'indication du numéro de code de l'établissement de soins visé à l'article 350, deuxième alinéa, 1°, du Code pénal, ainsi que du numéro de code du médecin;

l'indication de l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse;

l'indication de la province ou, si elle habite à l'étranger, du pays où est situé le domicile de la femme;

l'indication de la date à laquelle l'interruption de grossesse a été demandée et de la date à laquelle l'intervention a été pratiquée;

une description succincte de l'état de détresse invoqué par la femme en considération duquel le médecin a pratiqué l'interruption de grossesse visée à l'article 350, deuxième alinéa, du Code pénal. Si l'interruption de grossesse est pratiquée en vertu de l'article 350, deuxième alinéa, 4°, du Code pénal, le médecin indiquera en outre le péril grave qui menaçait la santé de la femme ou l'affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable dont l'enfant aurait été atteint au moment de sa naissance ;

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

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

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

Le médecin transmet ce document à la Commission d'évaluation, visée à l'article 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

10.4 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

10.5 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 Ier, 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

11 REMERCIEMENTS

La Commission remercie les institutions lui ayant transmis les documents d'enregistrement d'une interruption de grossesse, indispensables à la réalisation du présent rapport, à savoir :

CENTRES FRANCOPHONES

RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Aimer à l'ULB (Solbosch - Erasme) • aimer jeunes • Centre Séverine • Collectif contraception Santé des femmes • City planning • Planning Marolles • Planning Saint-Josse La famille heureuse • La famille heureuse Saint-Gilles • Centre de planning familial de Watermael-Boitsfort • Centre de planning familial de Woluwé-Saint-Pierre • Plan F • Centre de planning familial et de sexologie d'Ixelles • Free Clinic • Centre de planning familial et de consultations d'Uccle.

BRABANT-WALLON

Centre de planning familial Rosa Guilmot • Aimer à Louvain-La-Neuve.

HAINAUT

Le terriil • Collectif contraception Charleroi • Centre de planning familial des FPS de Charleroi • La famille heureuse Claire Houtain • Centre de planning familial des FPS de Tournai Aurore Carlier • Centre de planning familial des FPS de La Louvière • Centre de planning familial des FPS de Courcelles • Centre de planning familial des FPS de Mons borinage.

LIÈGE

Collectif contraception Liège • Centre Louise Michel • Centre de planning familial des FPS de Verviers • Collectif contraception Seraing.

NAMUR

Planning familial de Rochefort • Centre Willy Peers • Centre de planning familial de Namur.

LUXEMBOURG

Centre de planning familial des FPS d'Arlon.

HÔPITAUX FRANCOPHONES

RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Hôpitaux IRIS-SUD • CHU Brugmann (Horta / Brien) • Hôpital Erasme • CHIREC (Delta) • Cliniques universitaires Saint-Luc • Cliniques de l'Europe (Sainte-Elisabeth) • Clinique Saint-Jean.

BRABANT-WALLON

Hôpital de Braine-L'alleud Waterloo • Clinique Saint-Pierre.

HAINAUT

CH EPICURA (Ath-Hornu/Baudour) • CHU Charleroi (Hôpital civil Marie Curie) • Grand hôpital de Charleroi (Notre Dame) • Clinique Notre-Dame de grâce • CHU Tivoli • CHU Ambroise Paré • CH de Mouscron • CHR de la Haute-Senne (Le Telleriau) • CH de Wallonie picarde (Union).

LIÈGE

CH du Bois de l'Abbaye et Hesbaye • CHR de la Citadelle (Sainte-Rosalie) • CHR Verviers East-Belgium • CHR de Huy • CHC Clinique Montlégia • CHC Heusy

NAMUR

CHR Sambre et Meuse (Sambre - Meuse).

LUXEMBOURG

Clinique du Sud-Luxembourg (St-Joseph) • VIVALIA - CH de l'Ardenne • Hôpital Princesse Paola • Sint-Nikolaus Hospital.

CENTRES NÉERLANDOPHONES

Abortuscentrum = centre pour avortement

Centrum = centre

Luna abortuscentrum Anvers • Luna abortuscentrum Gand • Luna abortuscentrum Hasselt • Luna abortuscentrum Ostende • abortuscentrum Sjerp-Dilemma-VUB Bruxelles • Centrum Durmelaan Lokeren • centrum Labyrint Anvers.

HÔPITAUX NÉERLANDOPHONES

UZ (Universitair ziekenhuis) : hôpital universitaire

AZ (academisch ziekenhuis) = hôpital académique.

Ziekenhuis = hôpital

Kliniek = clinique.

UZ Anvers Edegem • AZ Klina Brasschaat • AZ Rivierenland Rumst • Imeldaziekenhuis Bonheiden • AZ S. Jan Bruges • AZ Delta Roulers • Kliniek St. Jan Bruxelles • AZ St. Elisabeth-Europaziekenhuis Uccle • AZ Jan Palfijn Gand • AZ Sint Lucas Gand • AZ Oudenaarde • VITAZ/AZ Nikolaas Saint-Nicolas • het Noorderhart-Mariaziekenhuis Pelt • UZ Brussel Jette.

12.1 LÉGISLATION – DÉCLARATION POLITIQUE

- Comité d'avis pour l'égalité des chances entre les femmes et les hommes du Sénat, « Proposition de résolution visant la dispensation de la contraception d'urgence par les organismes chargés de l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle », 23 mai 2022
<https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=117440594>
<https://www.senate.be/www/webdriver?MltabObj=pdf&MlcolObj=pdf&MlnamObj=pdfid&MltypeObj=application/pdf&MlvalObj=117441076>
 - Fédération Wallonie-Bruxelles, « Déclaration de politique communautaire », 2019-2024, p.21.
<https://gouvernement.cfwb.be/files/Documents/D%c3%a9claration%20de%20Politique%20Communautaire%202019-2024.pdf>
 - Arrêté royal du 16 septembre 2013 fixant une intervention spécifique dans le coût des contraceptifs pour les femmes n'ayant pas atteint l'âge de 21 ans. Arrêté royal modifié par la loi du 22 avril 2019.
https://etaamb.openjustice.be/fr/arrete-royal-du-16-septembre-2013_n2013022482.html#:~:text=En%20bref%20%3A%20l'impl%20%3A%20mentation%20de,conditions%20fix%20%3A%20dans%20le%20pr%20%3A%20sent
 - 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.
file:///C:/Users/vdf/Downloads/ar_1996-12-12.pdf
- Loi organique du 8 juillet 1976 concernant les centres publics d'action sociale (Région Wallonne).
<https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/1976/07/08/197670810/1997/01/01?doc=447#:~:text=Toute%20personne%20a%20droit%20%3A%20mission%20d'assurer%20cette%20aide.>

12.2 ANALYSES

12.2.1 TEXTES EN FRANÇAIS

- Médecins du monde Belgique, « Note d'intention – Accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et à l'aide médicale urgente (AMU) pour les femmes sans accès aux soins en Belgique », juin 2022, 22 pages.
https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Note%20IVG%20AMU%20-%20%20juin%202022%20MdM_1.pdf
- Médecins du monde Belgique, « **Synthèse de la note d'intention** », juin 2022, 9 pages.
https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Note%20IVG%20AMU%20-%20%20synth%20%3A%20se%20juin%202022%20MdM_2.pdf
- Crisp, Bérangère Marquès-Pereira, « **L'avortement dans l'Union européenne. Acteurs, enjeux et discours** », 2021, 281 pages, <http://www.crisp.be/librairie/catalogue/2045-avortement-union-europeenne-acteurs-enjeux-discours-9782870752524.html>

- Journal Le soir, « Grand format, Frédéric Soumois », « **Pourquoi le contraceptif pour homme pourrait (enfin) envahir la planète** », 2020, <https://plus.lesoir.be/272901/article/2020-01-14/grand-format-pourquoi-le-contraceptif-pour-homme-pourrait-enfin-envahir-La>
- Medimmigrant, « **L'aide médicale du CPAS (en général)** », septembre 2020, <https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-du-cpas-en-general?Lang=fr>
- Journal des tribunaux – chronique judiciaire 2019 - Diane Bernard, Sahra Datoussard, Eugénie d'Ursel, Valérie Eloy - « **L'autonomie reproductive et les droits des femmes à l'aune de trois nouvelles lois « symboliques » : du glissement au recul ?** » volume 2019, numéro 17, p. 344-347, <https://dial.uclouvain.be/pr/boreal/object/boreal:215812>
- Médecins du monde – Evaluation des activités de « Médecins du monde » en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019 – « **Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles** », 2019, <https://medecinsdumonde.be/actualitespublications/publications/rapport-sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-en-situation>
- 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>
- 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-linterruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/>
- Plateforme EVRAS, « **Recommandations de la plateforme EVRAS pour une généralisation de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire** », janvier 2019, [https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations PE 21 janvier 2019 avec cosignataires.pdf](https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf)
- Centre d'action laïque, « **Etat des lieux de l'avortement en Europe** », juin 2019, 16 p., <https://www.Laicite.be/app/uploads/2019/07/avortement-en-europe-2019.pdf>.
- Europe 1, Gaetan Supertino, « **Violences conjugales : « au moment de la grossesse, cela s'accroît »** », 2019, <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-La-grossesse-ceLa-saccroît-3908112>
- Populations 2018 - Agnès Guillaume, Clémentine Rossier - « **L'avortement dans le monde, état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences** », 2018, volume 73, pp. 255 à 322, <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm?ref=doi>
- Fonds des Nations-Unies pour la population, « **Femmes et jeunes en situation de handicap – Guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs** », novembre 2018, 204 p., <https://www.unfpa.org/fr/publications/femmes-et-jeunes-en-situation-de-handicap>
- Centre d'action laïque, « **Sondage d'opinion sur l'interruption volontaire de grossesse en Belgique** », avril 2018, 24 p., <https://www.Laicite.be/app/uploads/2018/04/sondage-IVG-FR-avril-2018.pdf>

- Centre d'action laïque, « **Même poids, deux mesures** », septembre 2018, <https://www.Laicite.be/magazine-article/meme-poids-deux-mesures/>
- Institut pour l'égalité des femmes et des hommes – H. Van Hove, « **Grossesse au travail. Expériences de candidates, d'employées et de travailleuses indépendantes en Belgique** », 2017, 150 p. https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/107_-_grossesse_au_travail_0.pdf
- Institut Solidaris, « **Grande enquête contraception** », 2017, https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Analyse FPS 2015 « 25 ans de la loi IVG en Belgique : Enjeux actuels et perspectives d'avenir** », 2015, 11 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-25-ans-loi-IVG.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **La stigmatisation de l'avortement** », 2015, 10 p. <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-La-stigmatisation-de-L'avortement.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Attribuer un statut au fœtus, une menace pour le droit à l'IVG** », 2015, 12 p., <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2017/02/Analyse2015-statut-foetus.pdf>.
- La presse médicale, G. Robin, F. Marcelli et al., « **Contraception masculine** », vol. 43, n°2, 2014, pp.205-211, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498213008737>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Femmes et contraception, quel véritable choix** », 2013, <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>
- Revue francophone des laboratoires, R. Mieusset, J.-C. Soufir et al., « **La contraception masculine** », vol. 43, n° 451, avril 2013, p.17
- Dr Catherine Blanpain – Santé mentale en contexte social, « **Ces médecins funambules – réflexions sur le vécu, les émotions et les besoins des médecins généralistes pratiquant des avortements dans les centres de planning familial à Bruxelles et en Wallonie.** », 2012, 47 p. <https://docplayer.fr/54659257-Ces-medecins-funambules.html>

12.2.2 TEXTES EN NÉERLANDAIS

- Dokters van de wereld België, « **Intentienota-Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp (DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België** », juni 2022, p.24. https://medecinsdumonde.be/system/files/publications/downloads/Nota%20DMH%20en%20abortus%20-%20juni%202022%20DvW_0.pdf
- Dokters van de wereld België, « **Synthese van de intentienota-Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp (DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België** », juni 2022, p.11. https://doktersvandewereld.be/system/files/publications/downloads/Nota%20DMH%20en%20abortus%20-%20%20synthese%20juni%202022%20DvW_0.pdf
- Agentschap zorg en gezondheid, « **Eindrapport symposium seksuele gezondheid** », février 2019, 173 p., <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

- FARA / SENSOA, Silke Brants, Katrien Vermeire, « **Tienerzwangerschappen in België 2010-2017** », 2020, <https://assets.fara.be/attachment/20113b50ba53ab847bed691614a9ecb7.pdf>

12.2.3 TEXTES EN ANGLAIS

- An international journal of obstetrics and gynaecology – Abigail Aiken, Patricia Lohr, Jonathan Lord, Nabanita Ghosh, Jennifer Starling, « **Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study** », 2021, 59 p. https://d197for5662m48.cloudfront.net/documents/publicationstatus/54428/preprint_pdf/03fefdfa93fd44b92dd8bcf6fbd94913.pdf
- World Health Organization, USAID and Johns Hopkins, « **Family planning. A global handbook for providers** », 2022 édition, 486 p. <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221114b.pdf>
- RCOG Making Abortion Safe, « **Best practice in abortion care** », march 2022, <https://www.rcog.org.uk/media/geify5bx/abortion-care-best-practice-paper-april-2022.pdf>
- WHO Abortion Care Guideline 2020, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
- European Parliamentary Forum for sexual and reproductive rights, « **European contraception atlas 2020** », mars 2020, <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>
- Center for Reproductive Rights « **Bulletin : reproductive rights developments in Europe – round – up of abortion law reform in 2018 and a preview of prospective developments in 2019** », février 2019, <https://reproductiverights.org/story/reproductive-rights-developments-europe>
- 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>
- Guttmacher Institute – Perspective on sexual and reproductive health – Sarah Van de Velde, Nina Van Eekert, Kristof Van Assche, Nina SommerLand, Edwin Wouters – « **Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium** », 09/2019, volume 51, issue 3, pp. 175 à 183, <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2019/09/characteristics-women-who-present-abortion-beyond-legal-limit-flanders>
- Jama – Network Open – T.A. Wilkinson et al. « **Cost minimization analysis of same-day long-acting reversible contraception for adolescents** », 2019;2(9):e1911063 - doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11063. <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2749562>
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Committee on the Rights of Persons with Disabilities (joint statement), « **Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities** », 29 août 2018, <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>
- Jama – American medical association - Sarah C. M. Roberts, Ushma D. Upadhyay, Guodong Liu, Jennifer L. Kerns, Djibril Ba, Nancy Beam, Douglas L. Leslie - « **Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2497 à 2505, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2685987>

- Jama – American medical association - Carolyn L. Westhoff, Anne R. Davis - « **Abortion-related adverse events by facility type reassurance from a national analysis** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2481 à 2483, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2685966>
- Journal of pediatric & adolescent gynecology – L.F. Damle, A.C. Gohari, A.K. McEvoy, S.Y. Desale, V. Gomez-Lobo – « **Early initiation of postpartum contraception : does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents ?** », feb. 2015, 28 (1):57-62. doi: 10.1016/j.jpag.2014.04.005. Epub 2014 May 5. <https://docksci.com/early-initiation-of-postpartum-contraception-does-it-decrease-rapid-repeat-pregn-5a7241d8d64ab2d2c7f5ffe3.html>
- Journal of women's health - Natalia E. Birgisson, Qihong Zao, Gina M. Secura, Tessa Madden, Jeffrey F. Peipert - « **Preventing unintended pregnancy : the contraceptive choice project in review** », 2015, volume 24, numéro 5, pp. 349-353, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441000>
- American College of Obstetricians and Gynecologists, « **Reproductive and Sexual Coercion** », 2013 Feb;121(2 Pt 1):411-5. doi: <http://10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b>. https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2013/02000/Committee_Opinion_No_554_Reproductive_and_Sexual.43.aspx
- American Journal of Obstetrics & Gynecology - Rose SB, Lawton BA – « **Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion** », 2012, 206 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21944222>
- Plos one - Morris JK, Springett AL, Greenlees R, Loane M, Addor MC, Arriola L Barisic I, Bergman JEH, Csaky-Szunyogh M, Dias C, Draper ES, Garne E, Gatt M, Khoshnood B, Klungsoyr K, Lynch C, McDonnell R, Nelen V, Neville AJ, O'Mahony M, Pierini A, Queisser-Luft A, Randrianaivo H, Rankin J, Rissmann A, Kurinczuk J, Tucker D, Verellen-Dumoulin C, Wellesley D, Dolk H, « **Trends in congenital anomalies in Europe from 1980 to 2012** », avril 2018; 13(4): e0194986. doi: 10.1371/journal.pone.0194986 PMCID: PMC5886482, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886482/>
- The new England journal of medicine – B. Winner, J.F. Peipert, et al., « **Effectiveness of long-acting reversible contraception**», (366/21), 24 mai 2012, pp. 1998-2007. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22621627>
- The new England journal of medicine – Paula H. Bednarek, Mitchell D Creinin, Matthew F. Reeves, Carrie Cwiak, Eve Espey, Jeffrey T. Jensen – « **Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration** », 2011, numéro 364, pp 2208- 2217. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011600>
- Bjog.orgEpidemiology – E. Garne, B. Khoshnood, M. Loane, P. Boyd, H. Dolk; EUROCAT Working Group, « **Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study** », mai 2010 117(6):660-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02531.x https://www.researchgate.net/publication/43072587_Termination_of_pregnancy_for_fetal_anomaly_after_23_weeks_of_gestation_A_European_register-based_study .
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research - United Nations Population Fund (UNFPA), « **Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities – WHO-UNPFA guidance note** », 2009, 84 p., ISBN: 978 92 4 159868 2, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>
- Prenatal diagnosis – Garne E, Loane M, de Vigan C, Scarano G, de Walle H, Gillerot Y, Stoll C, Addor MC, Stone D, Gener B, Feijoo M, Mosquera-Tenreiro C, Gatt M, Queisser-Luft A, Baena N, Dolk H, « **Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations in 14 regions of Europe** », novembre 2004, pp. 908-912, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.1044>

- Women enabled international – Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities, « **Forms and manifestations of SRHR violations against women and girls with disabilities** », <https://womenenabled.org/wp-content/uploads/Women%20Enabled%20International%20Facts%20-%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>

12.3 VIDÉO

- Conseil économique, social et environnemental – Véronique Séhier - « **Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès** », novembre 2019, <https://www.lecese.fr/content/seance-pleniere-1211-14h30-droits-sexuels-et-reproductifs-en-europe-entre-menaces-et-progres>

12.4 BROCHURES

- « **LUNA Infomap** », Luna vzw, woordvoerder Carine Vrancken, maart 2020, 19 p. <https://abortus.be/wp-content/uploads/2021/09/Infomap-LUNA-maart-2020.pdf>
- Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes, « **L'avortement : mon corps, mon choix, ma liberté** », août 2019, 26 p. <https://www.pLanningsfps.be/product/brochure-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

12.5 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.cpib.be - centre belge d'information pharmacothérapeutique

- www.medimmigrant.be
- <https://ivg.gouv.fr/> : site du gouvernement français dédié aux IVG
- <http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement>
- www.allesoverseks.be
- 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)
- www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/02/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2018: jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) 2018 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.

12.6 POSITION SECTORIELLE

- Huisartsnu, 2023 Nr. 1, Vrancken C, Poets G, « **Zwangerschapsafbrekingen in België : evolutie en trends wereldwijd** », Huisartsnu 2023, 52 :15-7, <https://www.huisartsnu.be/2023/nr1/artikel/swangerschapsafbrekingen-belgie-evolutie-en-trends-wereldwijd>
- Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) – Fédération pluraliste des centres de planning familial (FCPPF) – Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes (FCPF – FPS) – Fédération des centres de planning et de consultation (FCPC) – Groupe d’action des centres extrahospitaliers pratiquant l’avortement (GACEHPA), « **Interruption volontaire de grossesse : pour un réel droit des femmes à disposer de leur corps** », mars 2019, 2 p, <https://fcpc.be/wp-content/uploads/2019/03/Revendications-dossier-interruption-volontaire-de-grossesse-Note-sectorielle-Centres-de-PLanning-familial-2.pdf>

12.7 STATISTIQUES

- Jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) september 2022 voor Nederland (jaarlijks brengt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verslag uit over de zwangerschapsafbrekingen (tot 24 weken), die in het voorafgaande jaar (2021) werden verricht, <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaarverslagen/2022/09/22/wafz-2021/Definitie+en+cijfer+bijlage+Wafz+2021.pdf>
- + factsheet : <https://www.igj.nl/binaries/igj/documenten/jaarverslagen/2022/09/22/wafz-2021/Factsheet+Wafz+2021.pdf>
- Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz), november 2021 voor Nederland (jaarlijks brengt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verslag uit over de zwangerschapsafbrekingen (tot 24 weken), die in het voorafgaande jaar (2020) werden verricht, <https://open.overheid.nl/documenten/ronl-d18f3b07-782e-4b08-99c6-675b0d60ca33/pdf>
- + factsheet <https://open.overheid.nl/repository/ronl-5dc4c3f1-5d58-44b9-9c6f-4f695dfe0b43/1/pdf/factsheet-jaarrapportage-2020-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2020.pdf>
- Contraceptioninfo.eu, « Contraception Atlas », février 2019. https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/map_cci-english_english_v9-web.pdf

- 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>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2018-2019, février 2021, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2018-31-decembre-2019>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2016-2017, février 2020, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2016-31-decembre-2017>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2014-2015, février 2020, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2014-31-decembre-2015>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2012-2013, février 2020, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/rapport-lattention-du-parlement-1-janvier-2012-31-decembre-2013>
- Mémoire reprenant les conclusions et recommandations portant sur les enregistrements couvrant les années 2012 à 2017, février 2020, <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/memorandum-lattention-du-parlement>
- Rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2010- 2011, décembre 2012, 89 p. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/2012-ivg-rapport-bisannuel>

12.8 MÉMOIRES

- Amandine Grégoire, « **Le rejet de la pilule comme moyen de contraception. Comment améliorer la prise en charge des demandes de contraception en médecine générale ?** », Université libre de Bruxelles, 2021, 72 p.
- Leen De Kort, « **The social profile of women requesting abortion care in Flanders, Belgium : an analysis of subsequent abortions and of abortion care during the first wave of the Covid-19 pandemic** », University of Antwerp, faculty of Social sciences, Centre for population, Family and Health, 2020, 179 p, <https://repository.uantwerpen.be/docstore/d:irua:10788>
- Juliette Polus, « **Interruption volontaire de grossesse : comment garantir l'équilibre entre l'effectivité des droits du patient et la liberté de conscience du médecin ?** », Faculté de droit et de criminologie de l'université libre de Bruxelles, master en droit civil et pénal - année académique 2019-2020
- Charlotte Lenz, « **La sortie de l'interruption volontaire de grossesse du code pénal, une réelle avancée pour les droits des femmes ?** », Université catholique de Louvain-La-Neuve, 2019, 87 p.

- Marion Barbier - Delfosse, « **La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse : un compromis parmi d'autres ? – Extension des délais, jusqu'où peut-on aller ?** », Université libre de Bruxelles, 2017, 52 p.
- Antigone Hatzfeld, « **Identification des différents facteurs de résistance à la contraception chez les jeunes filles de 15 à 20 ans** », Université libre de Bruxelles, année académique 2015-2016, 35 p.
- Christina Fernandes Neto, « **Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse à domicile : étude de la demande en Belgique** », Université libre de Bruxelles, année académique 2013-2014, 32 p.
- Christina Fernandes Neto, « **Annexes du travail de fin d'étude « Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse à domicile : étude de la demande en Belgique »** », Université libre de Bruxelles, année académique 2013-2014, 16 p.
- Cécile Busine, « **Etude comparative de la pratique de l'interruption volontaire de grossesse en milieu intra – et extra – hospitalier** », Université libre de Bruxelles, année académique 2012-2013, 62 p.
- Lecomte Christelle, « **Comment accompagner les femmes dans le choix de la méthode d'IVG ?** », Faculté de médecine de l'Université libre de Bruxelles – année académique 2011-2012, 37 p.
- Charlotte Pignon, « **Interruptions volontaires de grossesse itératives : approche étiologique** », Université libre de Bruxelles, année académique 2010-2011, 40 p.

**Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018
relative à l'interruption de grossesse.**

Secrétariat de la Commission :

SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement
Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse

Avenue Galilée 5/2,
1210 Bruxelles.
Bureau 5.35

 02/524.92.56 (Fr)

@ valerie.denef@health.fgov.be (Fr) – kris.coppens@health.fgov.be (NI)

<https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d'avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse>