

La pratique de l'interruption volontaire de grossesse en structures extra-hospitalières en Belgique

**Mémoire présenté dans le cadre de l'obtention du
Diplôme Inter-Universitaire de Régulation des Naissances :
socio-épidémiologie, contraception, IVG, prévention des risques liés à la sexualité**

**Université Paris-Descartes
Faculté de Médecine
Septembre 2013**

**Céline Glorie
Sage-femme orthogéniste**

Sommaire

Introduction.....	4
Contexte Français	5
Contexte historique de la Belgique	7
1) Préambule	7
2) La législation en Belgique.....	8
3) L’affaire Peers.....	9
4) Trêve judiciaire	9
5) A partir de 1975 :.....	9
6) Premier procès collectif.....	10
7) Loi Lallemand-Michielsens	11
8) L’incapacité de régner du Roi Baudouin.....	11
9) La loi du 3 avril 1990.....	12
10) La commission d’évaluation – loi du 13 août 1990.....	13
Les limites de la loi	15
1) L’état de détresse.....	15
2) L’entretien psychosocial.....	16
3) Les mineures.....	17
4) La Commission d’évaluation.....	17
Epidémiologie.....	19
Organisation et fonctionnement des CPF.....	22
1) A Bruxelles et en Wallonie :	22
2) En Flandre.....	24
Financement.....	25
1) Avant 2003	25
2) Depuis 2003.....	25
Parcours d’une femme au Centre de Planning Familial des Marolles.....	28
Conclusion	38
Bibliographie	41
Annexes	

Introduction

Après l'obtention de mon diplôme de sage-femme (en 2003), j'ai démarré ma carrière en Centre de Planning Familial à Bruxelles. J'étais déjà intéressée par les questions de santé publique, de prévention et par les dimensions psycho-sociales de la santé. J'ai travaillé dans une structure du centre de Bruxelles dans un quartier populaire appelé les Marolles pendant 4 ans. Parallèlement, j'ai suivi un master en sciences de la santé publique avec une orientation en santé communautaire.

En 2007, fraîchement installée à Paris, j'ai souhaité poursuivre dans ce type de structures. Je réalise d'abord un remplacement de 6 mois au Planning Familial de Paris. J'ai ensuite travaillé en Centre d'Orthogénie à l'hôpital Bichat et actuellement je travail au Centre de Planification et d'Education Familiale du Département de Paris.

Ma première surprise en arrivant à Paris est de constater qu'on ne pratique pas d'interruptions de grossesses par aspirations en dehors de l'hôpital. Deuxième surprise et même stupeur, les IVG par aspiration à l'hôpital sont majoritairement réalisées sous anesthésie générale (AG) et non sous anesthésie locale (AL). Les quelques anesthésies locales sont réalisées soit au bloc opératoire, soit en hôpital de jour avec tout le contexte hospitalier qui va avec : blouses, masques, environnement aseptisé. Au fur et à mesure de ma pratique, je constate que le parcours d'une femme en demande d'IVG est assez complexe.

En Belgique, les Centres de Planning Familial sont situés dans des structures extra-hospitalières (souvent des maisons) où ils sont organisés en association. Il s'y pratique les mêmes missions que les CPEF en France mais également des IVG par aspiration sous anesthésie locale (AL) et par voie médicamenteuse. On peut aussi y rencontrer un-e assistant-e social, un-e juriste ou encore un-e psychologue. L'ensemble des services de planification familiale et d'orthogénie y sont proposés par une seule et même structure.

L'objet de ce travail de synthèse est de proposer au lecteur un aperçu du contexte historique, politique et administratif qui régit la pratique des centres de planning familial en Belgique, ainsi que celui du parcours des femmes et des couples usagers des centres.

J'ai le souhait que ce travail puisse inspirer quelques pistes de réflexion pour simplifier et faire évoluer la pratique de l'IVG en France.

Contexte Français

En France, c'est pour des raisons liées à la défense des intérêts de l'Etat que l'avortement est pénalisé jusqu'en 1975, car il était susceptible de contribuer son affaiblissement démographique. Ce ne sont alors pas uniquement des convictions religieuses qui conduisaient à criminaliser l'avortement.

En 1973 ; est créé le Mouvement pour la Liberté de l'Avortement et de la Contraception (MLAC). Son objectif est de lutter pour une information sexuelle qui cesse de faire de la procréation le seul but de la sexualité, pour la liberté de la contraception sans discrimination d'âge, ni de moyens, pour la liberté de l'avortement.

Pour mettre en application son programme le MLAC met en place le remboursement des contraceptifs et de l'avortement ainsi que la création de centres gérés par les usagères (lieux de parole et d'information permettant aux femmes de faire un choix éclairé). Des voyages en cars pour aller avorter en Suisse et en Angleterre sont également organisés.

Ces mouvements auront réussi à affirmer au grand jour qu'imposer une grossesse non-désirée est une violence faite aux femmes. Ils font publiquement ce qui se pratiquait illégalement, la force de ces mouvements viendra notamment de leur autonomie (pratiques illégales et gratuites) et du fait qu'ils partent des besoins fondamentaux des femmes. Dans les années soixante on comptait environ un décès par jour¹ des suites d'un avortement clandestin. Ce chiffre a été divisé par quinze, en passant à deux par mois dans le milieu des années soixante-dix à la veille de la loi de 1975.

C'est dans un contexte de mobilisation et de luttes incessantes que le débat est ouvert à l'Assemblée, très majoritairement masculine, en 1974. Simone Veil, alors ministre de la santé, propose un projet ayant, entre autres objectifs, de réduire le nombre d'avortements. Elle s'opposera fermement au MLAC car elle craint que les citoyennes françaises s'habituent à avoir recours gratuitement à l'avortement. Elle proposera de mettre l'avortement sous le contrôle de l'Etat plutôt que de le laisser se développer de manière autonome.

En 1975, le choix est posé : l'avortement est médicalisé dans le but d'assurer la sécurité sanitaire des femmes et pour mettre fin à la mortalité.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la loi de 1975, n'a pas dépénalisé l'avortement. Elle a été rédigée de manière à traduire une volonté politique qui consistait seulement à tolérer le recours à l'avortement. Le principe de "*respect de l'être humain dès le commencement de la vie*" est posé. Une exception est admise : il peut-être porté atteinte à ce

¹ Population et Société ; INED ; juin 1997.

principe en cas de nécessité et *selon les conditions définies par la loi*². L'interruption de grossesse pratiquée sans le respect des conditions fixées par le code de la santé publique est réprimée.

En 1992, la notion d'avortement disparaît du Code Pénal. Pour être remplacé par l'interruption *illégale* de la grossesse.

Les décrets R 2212-4 à R 2212-8 de la loi de 1975 précisent, entre autres, que l'intervention doit avoir lieu dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé et ils en fixent les conditions.

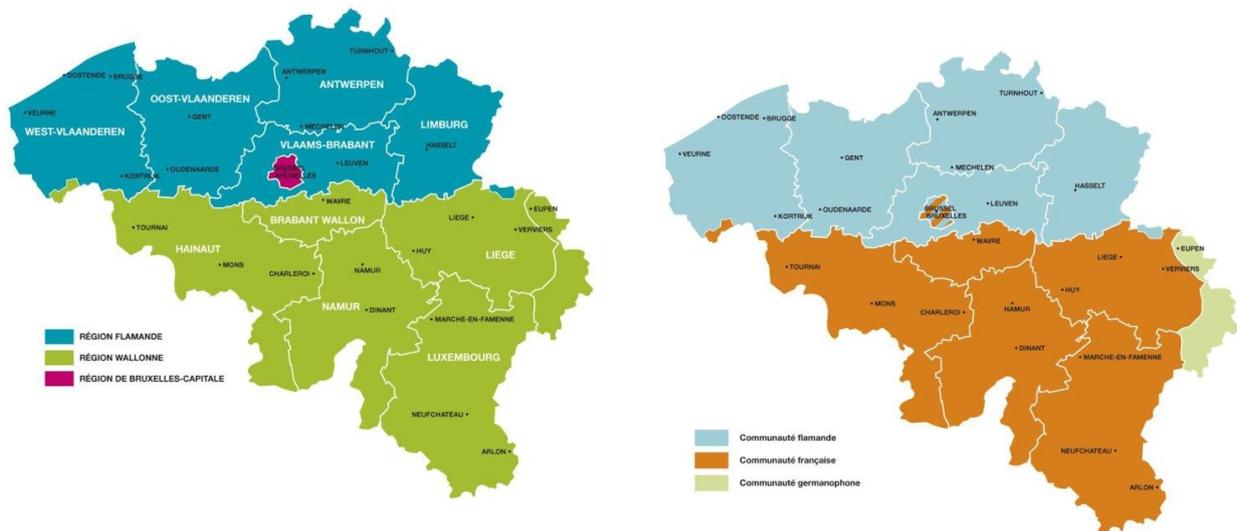
En France les IVG se pratiquent dans des centres d'interruption de grossesse créés au sein des services de gynécologie ou de chirurgie hospitaliers dans le but d'assurer le contrôle et la sécurité médicale des femmes.

² Thouvenin Dominique ; Les règles juridiques relatives à l'IVG ; Centre de recherche "Droit, Sciences et Techniques" ; Paris 1 Panthéon-Sorbonne.

Contexte historique de la Belgique

1) PRÉAMBULE

La Belgique, Monarchie Constitutionnelle est dotée d'une structure d'état complexe, les compétences sont réparties entre les autorités Fédérales, les Communautés et les Régions. Dès les années 1970, le pays s'est graduellement transformé d'un état unitaire en état fédéral (composé de plusieurs entités autonomes), à travers diverses réformes démocratiques. La Belgique est actuellement composée d'un gouvernement fédéral, de trois régions (Flandre, Wallonie et Bruxelles-Capitale) et de trois communautés linguistiques (flamande, francophone et germanophone), chacune ayant son propre gouvernement et parlement autonome.



Cette structure fédérale implique que les compétences sont réparties entre les différents niveaux politiques. Les communautés sont compétentes pour les matières dites "personnalisables" : l'enseignement, la culture, la santé, et l'assistance aux personnes ou "aide sociale".

Les régions sont compétentes pour les matières territoriales : l'emploi, l'économie et l'environnement.

La Flandre a décidé de réunir les compétences de la Communauté flamande avec celles de la Région flamande. Le résultat est que la Flandre a un parlement flamand, un gouvernement flamand et une administration flamande, compétents pour les matières de la communauté et de la région.

En Wallonie, par contre, la région et la communauté francophone ont chacune leur propre gouvernement, parlement et administration.

En matière de santé, chaque Communautés est compétente pour la politique de dispensation de soins de santé, pour l'éducation sanitaire et pour les activités et services de médecine préventive.

Le gouvernement fédéral est en charge de l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI). L'INAMI est l'organisme qui gère et contrôle l'assurance obligatoire en Belgique, il est placé sous l'autorité du Ministre des Affaires Sociales et organise aussi la concertation entre les différents acteurs de l'assurance soins de santé.

En pratique, les compétences sont réparties comme suit :

Autorité fédérale	Communautés
<ul style="list-style-type: none"> ▪ budget général pour les soins de santé ▪ législation relative à l'INAMI ▪ législation relative aux hôpitaux ▪ législation relative aux qualifications professionnelles et aux indemnités ▪ régulation et fixation des prix des médicaments ▪ supervision de technologies 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ organisation des soins de santé ▪ coordination des soins aux personnes âgées ▪ application des normes hospitalières ▪ prophylaxie des maladies infectieuses, et vaccination ▪ prévention d'affections non infectieuses ▪ promotion de la santé

Nous verrons plus loin de quelle manière les Centre de Planning Familial dépendent de chaque administration.

2) LA LÉGISLATION EN BELGIQUE

La Belgique acquiert son indépendance en 1830 et devient une monarchie constitutionnelle.

La première loi sur l'avortement date de 1867. Elle classait l'avortement parmi les crimes « *contre l'ordre des familles et la moralité publique* ». Il n'était pas considéré comme un meurtre mais comme une atteinte à la société et la morale, tout comme le viol, la prostitution ou la bigamie.

La jurisprudence admettait les avortements thérapeutiques pour raisons médicales graves, ainsi qu'après viol ou inceste.

D'autre part, la loi Carton de Wiart³ interdisait toute publicité et information sur la contraception mais n'en interdisait ni la vente, ni l'usage. A l'époque, la loi était censée lutter contre la baisse de la natalité consécutive à la Première Guerre Mondiale. En fait, cette loi contribuait essentiellement à maintenir la population dans l'ignorance de l'efficacité contraceptive.

³ Loi du 20 juin 1923 modifiant les articles 383 et 384 du Code Pénal et réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

Dans les années '40, certains avortements thérapeutiques commencent à être pratiqués dans les hôpitaux publics.

1960 voit la création du premier Centre de Planning Familial (CPF) à Gand. Deux ans plus tard, l'association "Famille Heureuse" ouvre le premier centre francophone à Bruxelles.

3) L'AFFAIRE PEERS



Les années '70 sont marquées par plusieurs événements qui vont susciter de nombreux débats au sein de l'opinion publique et sur le plan politique.

En 1970, le Ministère de la Santé Publique reconnaît officiellement et subventionne les centres de planning familial.

Le 18 janvier 1973, le Dr Willy Peers, gynécologue namurois, un des initiateurs de "l'accouchement sans douleur" en Belgique, déclare publiquement avoir pratiqué plus de 300 avortements à la Maternité Provinciale de Namur.

En février 1973, il est arrêté pour avoir pratiqué un avortement chez une adolescente, handicapée mentale victime de viol. Il passera 34 jours en prison.

Le problème de l'incohérence entre la loi et la pratique est posé publiquement. C'est ce que nous appellerons "l'Affaire Peers".

4) TRÊVE JUDICIAIRE

A la demande des politiques et pour permettre la sérénité des débats, le Ministère de la Justice et le Parquet gèlent toutes les poursuites judiciaires à l'encontre des praticiens de l'avortement,.

Parallèlement, l'information sur la contraception se libéralise et la loi Carlton de Wiart est supprimée le 28 juin 1973.

Certains hôpitaux officialisent la pratique de l'avortement pour motifs psychosociaux, les CPF donnent des renseignements pratiques, orientent, apportent un soutien psycho-social et proposent un suivi médical après l'intervention en milieu hospitalier.

5) A PARTIR DE 1975

Dans la seconde moitié des années '70, certains CPF décident de pratiquer eux-mêmes des interruptions volontaires de grossesse. D'autres centres se créent spécifiquement dans le but de pratiquer des interruptions de grossesses dans de bonnes conditions médicales et avec un accompagnement psycho-social. Du côté néerlandophone, on voit l'ouverture de centres d'avortement (*abortus centra*) sur le modèle des centres hollandais et en dehors des centres de planning familiaux.

Les médecins praticiens de l'avortement en centres extra hospitaliers (CEH) sont des généralistes formés par l'équipe des gynécologues du professeur Hubinont de l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles. Plusieurs gynécologues hospitaliers soutiendront cette pratique.

Entre Juillet 1977 et juin 1978, plus de dix propositions de loi sont déposées par des parlementaires pour dépénaliser l'avortement.

Les hôpitaux et les CEH qui pratiquent des avortements s'en cachent de moins en moins. L'écart entre la réalité et la loi se creuse et la trêve judiciaire est rompue. Malgré le dépôt de plusieurs autres propositions de loi, le monde politique n'arrive pas à trouver un accord.

Les poursuites reprennent, non seulement à l'encontre de médecins mais aussi de travailleurs psycho-sociaux et de femmes : descentes de police, saisies de dossiers, inculpations de médecins et procès un peu partout en Belgique, avec des sanctions variables. Condamnation, acquittement ou non-lieu pour les mêmes faits ; c'est la cacophonie judiciaire.⁴

Les magistrats espèrent ainsi obliger le législateur à intervenir pour que cette incohérence entre la loi et la pratique cesse.

Développement d'une pratique illégale de l'avortement mais non clandestine.

6) PREMIER PROCÈS COLLECTIF

C'est à Bruxelles et à l'instigation de Victor Van Hontsé, procureur général de l'arrondissement judiciaire de Bruxelles, pourtant *libre penseur* et professeur à l'Université Libre de Bruxelles (ULB), que s'est déroulé le premier grand procès sur l'avortement en 1981.

Je ferai ici une petite parenthèse sur la *libre pensée* ou le *libre examen*, principe philosophique fondateur de l'ULB dont la création est étroitement liée à l'histoire de la Belgique : "*Historiquement, la fondation en 1834 de l'ULB répondait à une volonté de réaction face à la montée en puissance de l'Eglise catholique au sein de l'enseignement. Le libre examen est un principe philosophique fondateur sur lequel l'Université base son enseignement et sa recherche. Il prône, en matière de savoir, une totale liberté de jugement et le rejet de l'argument d'autorité. Le libre examen est également fondé sur la mise en question permanente des idées, la réflexion critique, la recherche active de l'émancipation de l'être humain à l'égard de toutes formes de conditionnement, d'assujettissement et de discrimination* »⁵.

"*La pensée ne doit jamais se soumettre, ni à un dogme, ni à un parti, ni à une passion, ni à un intérêt, ni à une idée préconçue, ni à quoi que ce soit, si ce n'est aux faits eux-mêmes, parce que, pour elle, se soumettre, ce serait cesser d'être.*"

Henri Poincaré (1854-1912) - 75e anniversaire de l'ULB, le 21 novembre 1909

⁴ GACEHPA ; www.gacehpa.be

⁵ Université Libre de Bruxelles ; <http://www.ulb.ac.be/ulb/presentation/hist.html>

Parmi les accusés, le Dr Pierre-Olivier Hubinont, Dr Jean-Jacques Amy, des membres du personnel médical et para-médical de l'hôpital Saint Pierre à Bruxelles et des femmes ayant eu recours à un avortement. En tout une trentaine de prévenus. Tous seront condamnés.

Les prévenus vont en Appel et c'est l'avocat Roger Lallemand qui est chargé de leur défense. Le 30 juin 1983, la Cour d'Appel rend son verdict et acquitte l'ensemble du corps médical sur principe de l'erreur invincible. Celle-ci est basée sur le principe qu'un individu qui n'a pas conscience de la portée de ses actes, n'exprime pas une volonté libre. Il ne peut donc être juridiquement responsable.

Cela allait à l'encontre des revendications des prévenus, qui clamaient haut et fort leurs actes, invoquaient l'état de nécessité et affirmaient que la loi pénalisant l'avortement représentait un danger pour la santé publique.⁶

7) LOI LALLEMAND-MICHIELSENS

Une nouvelle proposition de dépénalisation est déposée le 6 mars 1986 par Roger Lallemand (PS) et Lucienne Herman-Michielsens (PVV - Partij voor Vrijheid en Vooruitgang actuellement Open-VLD, libéraux démocrates flamands), sous un gouvernement à majorité libérale-catholique.

Le texte est rejeté et les sociaux chrétiens proposent d'introduire dans la Constitution un article protégeant la vie humaine dès la conception. Mais cette proposition ne tient pas compte de la diversité d'opinions des chrétiens, certains mouvements (PSC – Parti Socialiste Chrétien et CVP – Démocrates Chrétiens Flamands) revendiquent une position plus nuancée et est donc également rejetée.

Ce n'est qu'après un changement de majorité politique et l'entrée des socialistes au gouvernement que la loi dépénalisant partiellement l'avortement pourra être votée.

8) L'INCAPACITÉ DE RÉGNER DU ROI BAUDOIN



La loi est d'abord approuvée par le Sénat le 6 novembre 1989, ensuite par la Chambre le 29 mars 1990 à une très large majorité (126 pour, 69 contre et 12 abstentions).

Mais au lendemain du vote par la Chambre, le Roi Baudouin refuse de sanctionner et promulguer la loi⁷, il invoque sa conscience et sa foi. Dans sa lettre au Premier Ministre (Wilfried Martens), il dit refuser toute *"coresponsabilité"* et ne veut pas être associé à cette loi car elle représente *"une diminution sensible du respect de la vie de ceux qui sont les plus faibles."*

⁶ Entretien avec Jean-Jacques Amy et Michèle Loijens ; La loi sur l'avortement a marqué un changement profond de société ; Espace de Libertés ; mars 2010 ; p6.

⁷ Annexe 1 : Le parcours d'une loi en Belgique.

C'était non seulement un coup de théâtre mais aussi une première dans l'histoire de la Belgique.

Dans les lettres écrites par le Roi au Premier Ministre, plusieurs éléments auront un impact décisif, outre le fait d'affirmer son objection de conscience, le Roi relève l'anomalie de sa démarche et invite le gouvernement à dégager une solution institutionnelle. Il demande ensuite au Premier Ministre de communiquer sa lettre au Parlement et au Gouvernement et donc de la rendre publique.

Le Souverain n'a pas vocation à exprimer des opinions personnelles. Il a donc estimé, en raison de son objection de conscience, être dans l'impossibilité d'exercer ses prérogatives constitutionnelles. Il a ainsi amené le gouvernement à constater qu'il était dans l'impossibilité de régner. C'est le recours à l'article 82⁸ de la Constitution qui a permis de dégager une solution, le Règne du Roi Baudouin a été mis entre parenthèse durant trois jours pour permettre la promulgation de la loi.

9) LA LOI DU 3 AVRIL 1990

La loi du 3 avril 1990⁹, ne dépénalise que partiellement de l'avortement qui reste inscrite dans le code pénal :

« Celui qui, par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura fait avorter une femme qui y a consenti, sera condamné [...].

*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**, [...] 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. »*

En Belgique, les IVG peuvent se pratiquer dans des centres où un accompagnement psycho-social permet de détecter les problèmes et de dégager des solutions autres que l'interruption de grossesse.

⁸ Article 82 : Si le Roi se trouve dans l'impossibilité de régner, les ministres, après avoir fait constater cette impossibilité, convoquent immédiatement les chambres. Il est pourvu à la tutelle et à la régence par les chambres réunies.

⁹ Annexe 2 : texte de loi complet.

10) LA COMMISSION D'ÉVALUATION – LOI DU 13 AOUT 1990

Pour obtenir du gouvernement la signature de la loi, une négociation s'est faite entre les politiciens favorables à la loi et ceux qui s'y opposaient. Le gouvernement acceptait de signer la loi à condition que soit créé un organe chargé d'évaluer son application.

Le 13 août 1990, le législateur vote un texte de loi soumettant l'interruption de grossesse à enregistrement afin de pouvoir évaluer les conséquences liées à la dépénalisation de l'avortement. L'idée que dès le vote de la loi le nombre d'IVG allait exploser était encore bien présente.

La Commission d'Évaluation fut en quelque sorte instaurée comme *monnaie d'échange*¹⁰ dans la négociation de la loi avec les partis chrétiens.

La Commission d'évaluation est chargée de recueillir un maximum d'informations. Pour ce faire, elle a établi un document d'enregistrement¹¹ à compléter par le médecin qui a pratiqué une interruption de grossesse.

Ce document comporte entre-autres, des indications sur :

- l'âge, de l'état civil et du nombre d'enfants de la femme qui sollicite une interruption de grossesse ;
- 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 ;
- la date à laquelle la femme a été reçue par le service d'information.

Le médecin doit transmettre ce document à la Commission d'évaluation dans les quatre mois suivant la pratique de l'avortement.

¹⁰ Françoise Kruyen ; La Commission Nationale d'Évaluation de l'Avortement ; Dossier IVG : 20 ans après.

¹¹ Annexe 3 : Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.

"Le vote de la loi a profondément modifié le paysage politique belge [...], les forces réactionnaires qui ont voulu s'y opposer, ont été contraintes au débat. L'ouverture qui en a résulté a permis que d'autres débats éthiques – sur l'euthanasie, le mariage homosexuel – se déroulent plus tard, dans une grande sérénité et aboutissent rapidement. La Belgique est aujourd'hui l'un des pays les plus progressistes en matière d'éthique."

J-J Amy

Extrait d'un entretien avec le Centre d'Action Laïque à l'occasion des 20 ans de la Loi¹².

Jean-Jacques Amy est médecin gynécologue et professeur émérite à la Vrij Universiteit van Brussels (VUB – ULB néerlandophone). Praticien de l'avortement, il a milité aux côtés de Willy Peers et a lui aussi été inquiété par la justice à plusieurs reprises. Cette phrase illustre bien que malgré le vote de la Loi 15 ans après la France, celle-ci a permis une avancée sociale sur des questions éthiques que nous ne retrouvons pas en France à l'heure actuelle.



¹² Entretien avec J-J Amy ; Dossier IVG 20 ans de choix pour les femmes ; Magazine du Centre d'Action Laïque, Espace de Libertés ; n°384 ; mars 2010.

1) L'ÉTAT DE DÉTRESSE

" [...] la femme enceinte, que son état place en situation de détresse [...]" a le droit de demander l'interruption de sa grossesse.

L'état de détresse est considéré comme un état subjectif. Le législateur confie au médecin l'appréciation de cet état, tâche qui fait essentiellement appel à sa sensibilité, à ses capacités de discernement et d'écoute. Il doit d'une part s'assurer de la détermination de la femme à vouloir interrompre sa grossesse et d'autre part apprécier son état de détresse.

Dans le document d'enregistrement, le médecin doit remplir la rubrique sur l'état de détresse invoqué par la femme. 24 situations¹³ sont proposées et jusqu'à trois motifs peuvent être invoqués. Le nombre de combinaisons est donc très important.

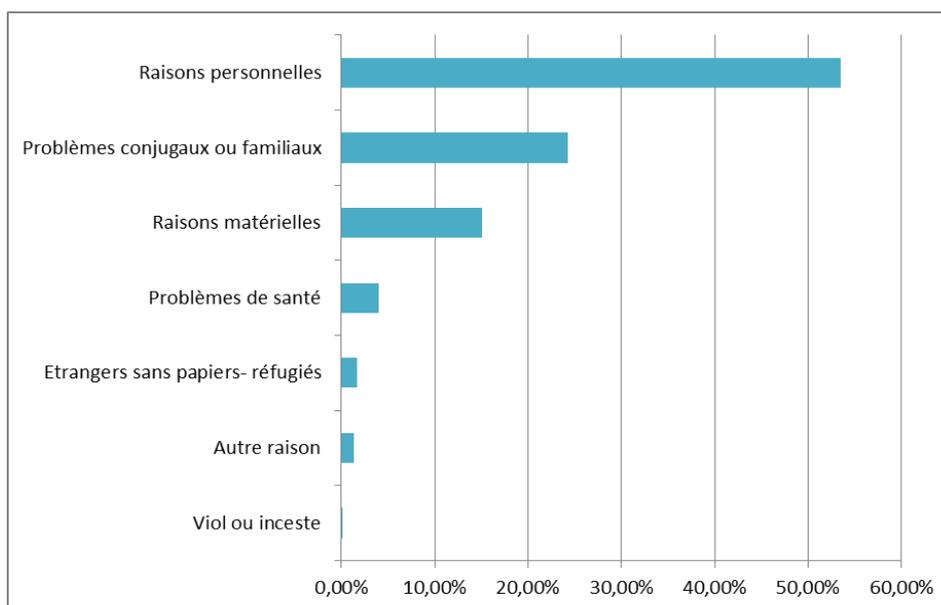
Ces situations peuvent être regroupées en sept catégories :

- 1) Problèmes de santé (motifs 00 à 02)
- 2) Raisons personnelles (motifs 13 à 18)
- 3) Raisons matérielles (motifs 20 à 22)
- 4) Problèmes conjugaux ou familiaux (motifs 30 à 37)
- 5) Viol ou inceste (motifs 40 et 41)
- 6) Etrangers sans papiers- réfugiés (motif 50)
- 7) Autre raison (motif 99)

Ces données statistiques nous donnent une vue d'ensemble sur les situations affectives et sociales qui amènent les femmes à avoir recours à un avortement. Toutefois, les statistiques récoltées sont insuffisantes pour avoir une idée précise des causes d'une grossesse non prévue – non planifiées.

¹³ Liste des situations détaillées sur le document d'enregistrement en annexe 3.

Tableau 1 : Situations de détresses invoquées en 2012



Dans plus de la moitié des cas (53,43%), la catégorie raisons personnelles est invoquée, on y retrouve les motifs suivants :

- Femme se sent trop jeune,
- Femme se sent trop âgée,
- Etudiante,
- Isolée,
- Pas de souhait d'enfant pour le moment (étalement familial),
- Famille complète.

Ces motifs sont ceux pour lesquels aucune aide ni psychologique, ni sociale, ni médicale ne peut intervenir. Cela nous montre bien que les femmes ne sont pas forcément en recherche d'une aide qui leur permettrait de garder cette grossesse. Raison pour laquelle l'entretien psychosocial pré-IVG a été initialement mis en place en Belgique et qui reste une étape obligatoire dans le processus d'avortement.

2) L'ENTRETIEN PSYCHOSOCIAL

En Belgique, outre la consultation médicale, la loi prévoit qu'en cas d'avortement, les femmes doivent recevoir des *informations circonstanciées*. Elles sont tenues de participer à un entretien psychosocial au cours duquel elles reçoivent assistance et conseils pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation. Ensuite, elles doivent attendre 6 jours avant que l'IVG ne puisse être pratiquée.

L'entretien ou guidance psychosociale est réalisé par un-e accueillant-e, qui peut-être assistant social de formation, psychologue ou encore éducateur ou infirmier. Quelque soit la formation initiale de l'accueillant-e, tous-tes sont formé-e-s à l'entretien psychosocial pré et post-IVG.

L'entretien est avant tout un temps d'accueil, d'écoute et d'information. C'est le moment d'aider à clarifier la demande si c'est nécessaire mais aussi d'expliquer le déroulement de l'IVG, de parler de contraception et de créer une relation de confiance. Au terme de l'entretien, l'accueillant-e rédige un petit rapport et transmet les informations au médecin.

En 2010, l'Université de Gand a mené une étude¹⁴ auprès de 971 femmes afin de connaître leur sentiment sur l'utilité de cet entretien.

Les réponses qui ont été analysées montrent qu'avant l'entretien, alors qu'elles étaient décidées à avorter, les femmes se sentent stressées et traversées par des doutes.

En revanche, après l'entretien, elles se disent rassurées sur le respect de leur choix et dans la plus part des cas leur détermination s'est renforcée. Elles ont pu partager avec un-e professionnel-le toutes leurs interrogations et ainsi choisir en pleine connaissance de cause.

3) LES MINEURES

La législation relative à l'IVG n'évoque pas l'âge de la femme. Ce sont donc les dispositions légales régissant l'intervention d'un médecin à l'égard des mineurs qui s'appliquent. Depuis la loi du 22 août 2002 sur les droits du patient, les mineures ont droit au respect de la confidentialité médicale.¹⁵

L'article 12 précise que : *"Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur."*

Mais : *"Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts."*

C'est aux professionnels d'estimer si la jeune femme est suffisamment mature pour apprécier ses intérêts. Cette loi ne fixant pas un âge précis auquel la mineure serait capable ou pas de discernement.

4) LA COMMISSION D'ÉVALUATION

La commission d'évaluation, créée au lendemain du vote de la loi, est chargée d'évaluer l'application des dispositions légales relatives à l'IVG.

Elle se compose de 16 membres désignés sur base de leurs connaissances et expérience dont 8 médecins, 4 juristes ou avocats et 4 provenant d'institutions chargées de

¹⁴ Joke Vandamme, Pre-abortion counseling from women's point of view.

¹⁵ Loi du 22 août 2002 relatif aux droits des patients ;

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245

l'accueil et de l'accompagnement de femmes en situation de détresse. La parité linguistique doit être respectée ainsi que la représentation pluraliste du paysage politique belge.

Tous les deux ans la Commission rédige un rapport à l'attention du Parlement, reprenant :

- les données statistiques établies sur base du document d'enregistrement rempli par les médecins qui ont pratiqué l'IVG ;
- les rapports annuels établis par les institutions afin de suivre celles qui pratiquent les interventions ;
- une synthèse des renseignements que les services d'information de ces institutions ont transmis à la Commission.

Elle peut, sur base de ces données, formuler des recommandations susceptibles de modifier la législation en vue de diminuer le nombre d'interruptions de grossesse et/ou d'améliorer la guidance et l'accueil des femmes en situation de détresse.

Le premier rapport officiel publié en 1993 recensait 10 380 IVG. Le nombre d'IVG n'a cessé d'augmenter progressivement depuis. Mais l'analyse plus fine de cette augmentation absolue a permis de faire ressortir deux facteurs auxquels elle est liée :

- 1° amélioration des enregistrements dans le temps ;
- 2° augmentation de la population vivant en Belgique.

Nous pouvons dire que le taux d'IVG reste relativement stable depuis la loi de 1990.

Epidémiologie

Il est difficile de trouver des données statistiques détaillées sur la contraception, le taux de grossesse non prévue, le recours à l'IVG ... en Belgique
 Pour certains tableau de cette analyse, nous avons-nous-même effectué les calculs afin d'avoir des indicateurs sur bases de données épidémiologiques pour la Belgique

Le choix a été fait de comparer les données les plus récentes possibles pour les deux pays. Mais aussi pour des populations comparables, c'est pourquoi pour la France, nous avons repris uniquement les données concernant la France Métropolitaine.

Tableau 2 : comparaison France-Belgique

	Belgique - 2011 ^{16 17}	France métropolitaine - 2011 ¹⁸
Population totale	11 007 020 dont 50% de femmes	62 799 083 dont 51% de femmes
Population en âge de procréer	45% des femmes ont entre 15 et 49 ans	44,3% des femmes ont entre 15 et 49 ans
Taux de fécondité	1,81	2,01
Nombre de naissance/an	127 297	793 420
Nombre IVG/an	19 578	209 291
Ratio IVG/1000 naissances vivantes	152	263
Taux annuel d'IVG pour 1000 femmes de 15 à 49 ans	7,7	14,6
Nombre moyen d'IVG par femme	nc	0,53
Nombre IVG 15-17 ans	1 034 soit 5,3% des IVG	11 612 (en 2010) soit 5,6% des IVG
IVG réalisées CPEF ou CS	81%	1%
IVG réalisées en ville	-	13%
IVG réalisées en milieu hospitalier	19%	86%
Médicamenteuse	22%	48%
Aspiration	78%	52%
dont AG	14%	75%
dont AL	86%	25%

¹⁶ Statistics Belgium : <http://statbel.fgov.be/fr/statistiques/chiffres/population/>

¹⁷ Rapport de la Commission d'Evaluation avortement 2012

¹⁸ Institut National d'Etudes Démographiques : http://www.ined.fr/fr/france/avortements_contraception/avortements/

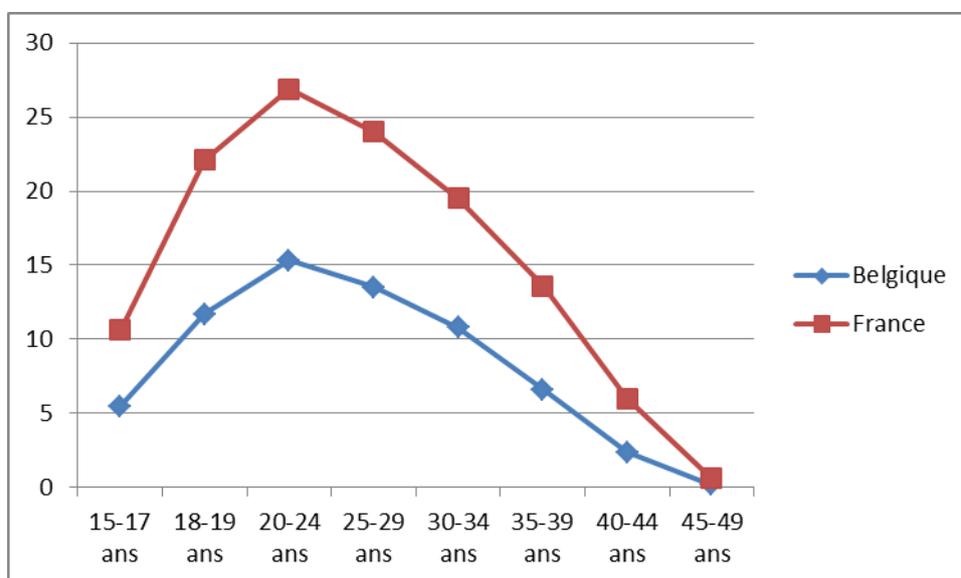
Un premier constat qui peut-être fait à la lecture de ces chiffres est le taux d'IVG pour 1000 naissances vivantes, près de deux fois plus élevé en France (1,73).

Le taux annuels d'IVG pour 1000 femmes en âge de procréer est également deux fois plus élevé en France. Y aurait-il plus de grossesses non prévues en France et/ou un taux de recours à l'IVG plus important dans ce cas ?

La proportion d'IVG effectuées chez les mineures est la même dans les deux pays.

Le deuxième constat concerne les méthodes utilisées, la proportion d'IVG sous AL est bien plus importante en Belgique, seule possibilité pour une aspiration en CEH. L'avortement par voie médicamenteuse est bien plus développé en France avec une accessibilité qui s'est fortement étendue ces dernières années.

Tableau 3 :Taux de recours à l'IVG pour 1000 femmes par groupe d'âge - 2010

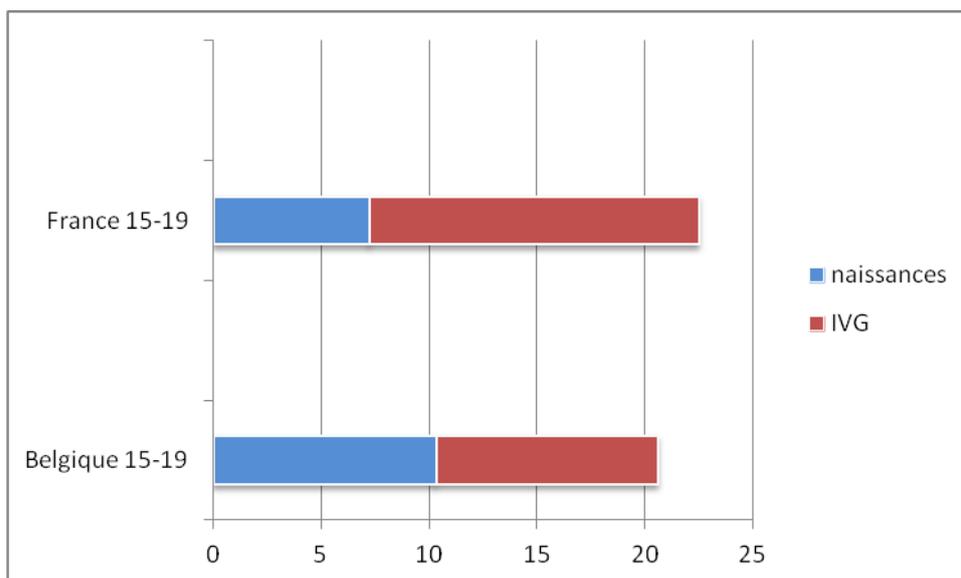


Ce deuxième tableau confirme la tendance : un taux d'IVG beaucoup plus important en France. Mais nous pouvons également constater que les courbes sont parallèles et que le pic se situe entre 20 et 24 ans dans les deux pays.

Comment expliquer cet écart ? Il aurait été intéressant de pouvoir comparer le recours à la contraception avec les méthodes utilisées. Mais surtout le taux de recours à l'IVG en cas de grossesse non prévue. Nous n'avons malheureusement pu trouver ces données pour la Belgique.

Le tableau 3, page suivante, met en parallèle le taux de naissances chez les 15-19 ans avec le taux d'IVG pour la même tranche d'âge.

Tableau 4 : Issues des grossesses (naissance ou IVG) pour 1000 adolescente en Belgique et en France



Comme nous l'avons déjà observé plus haut, nous remarquons que le taux d'IVG est plus important en France qu'en Belgique. Mais ce que nous pouvons constater également c'est que les jeunes Françaises sont moins souvent jeunes mères qu'en Belgique. Parmi ce taux de naissance, nous ne pouvons pas savoir lesquelles étaient planifiées ou pas, mais nous pouvons supposer que dans cette catégorie d'âge nous avons plus souvent affaire à des grossesses non prévues.

Au regard de tous ces chiffres, nous pouvons dire que les populations sont comparables et terme de répartition par sexe et par tranches d'âges. Le taux de fécondité (nombre de naissances vivantes par femme en âge de procréer) plus élevé en France.

Mais un ratio IVG/ 1000 naissances vivantes nettement supérieur en France :

1 IVG pour 4 naissances contre 1 IVG pour 6,5 naissances en Belgique.

Nous savons qu'en France, une femme sur 3 aura recours au moins une fois dans sa vie à l'IVG. En Belgique, nous ne disposons pas de chiffres précis, mais il semblerait que le ratio soit d'environ une sur 5 à 7¹⁹.

Enfin, nous pouvons émettre l'hypothèse, qu'une femme française confrontée à une grossesse non planifiée aurait plus souvent recours à une interruption volontaire de grossesse qu'une femme Belge.

¹⁹ Anne Verougstraete ; l'IVG aujourd'hui, état des lieux.

Organisation et fonctionnement des CPF

Une IVG peut-être pratiquée soit en milieu hospitalier, soit en milieu extra-hospitalier. En Belgique, 83% des IVG sont pratiquées dans des CEH²⁰. C'est une situation unique en Europe où la Belgique est le seul pays à offrir ce type de structures. Les CEH se caractérisent par le fait d'être situés à l'extérieur de l'hôpital. Ils ne disposent donc pas de l'infrastructure offerte par l'hôpital et ne pratiquent pour cette raison pas d'IVG sous anesthésie générale.

Les CEH sont organisés différemment selon que l'on parle de centres francophones ou néerlandophones.

1) A BRUXELLES ET EN WALLONIE :

La politique de l'action sociale et de la famille est mise en œuvre du côté francophone par la COMmission COMmunautaire Française (COCOF) et régie par le *décret relatif à l'offre des services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé* du 5 mars 2009.

La COCOF octroie, dans les limites de ses crédits, des subsides de fonctionnement aux centres de planning familial agréés²¹.

Un centre de planning familial est un service ambulatoire extra-hospitalier ayant pour objet l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles dans le cadre de la vie affective et sexuelle.

Il exerce les missions suivantes :

- a) Accueillir toute personne en situation de détresse affective, relationnelle, sexuelle et administrative et de lui apporter écoute, réponse et orientation ;
- b) Mettre en place des consultations médicales, psychologiques, sociales et juridiques ;
- c) Assurer le suivi des grossesses, les consultations prénatales et l'aide aux femmes enceintes en difficulté ;
- d) Organiser des activités de prévention qui préparent les jeunes à la vie affective, relationnelle et sexuelle et permettent de susciter la réflexion auprès des adultes, sur ce thème ;
- e) Informer les personnes et les groupes sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non et l'interruption volontaire de grossesse.

²⁰ L'avortement ; Repères sociaux et culturels, Sexualité ; FLCPF ; 2010 ; p22.

²¹ Les subventions et subsides en faveur des pouvoirs locaux bruxellois : Centres de planning familial, subsides de fonctionnement. http://www.avcb-vsgeb.be/fr/subsides.html?sub_id=195

Dans le respect de la loi, le CPF peut développer des activités en lien avec la pratique de l'interruption volontaire de grossesse, ainsi que des activités spécifiques de consultations de conseil conjugal et de médiation familiale.

Ils doivent répondre aux conditions particulières suivantes :

- disposer d'une équipe pluridisciplinaire ;
- assurer une permanence d'accueil ;
- exercer les fonctions sous le statut salarié.

L'équipe minimale doit se composer d'au moins²² :

- 0,16 ETP psychologue ;
- 0,16 ETP assistant social ;
- 0,16 ETP juriste ;
- 0,16 ETP médecin.

Sur 96 centres de planning familial francophones, 28 pratiquent des interruptions de grossesses.

Ces centres, issus de différents courants philosophiques et politiques (humanisme, laïcité, philosophies politiques socialistes ou communistes et mouvements féministes²³) sont regroupés en 4 fédérations :

- Fédération de Centres de Planning et de Consultations ;
- Fédération des Centres Pluralistes et Familiaux ;
- Fédération Laïque des Centres de Planning Familial (FLCPF) ;
- Fédération des Centres de Promotion conjugales et Familiale des Femmes Prévoyantes Socialistes.

Ces 4 fédérations se sont regroupées sous le portail *Love Attitude* dont l'objectif est de présenter l'ensemble des coordonnées et des spécificités de tous les centres de planning en Wallonie et à Bruxelles.



Love Attitude est un site "dynamique, interactif, questionnant, désirant et vivant"²⁴.

²² Décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

²³ M-N Coetsier ; 20 ans d'une loi mais 40 ans de lutte ; Dossier IVG : 20 ans après.

²⁴ <http://www.loveattitude.be/>

Le GACEHPA

En 1979, les CEH, plus petits, dispersés et donc plus vulnérables se sont regroupés pour soutenir les inculpéEs et assurer la solidarité entre les centres. Le Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant des Avortements (GACEPHA) est créé.

Le GACEHPA rassemble des centres francophones bruxellois et wallons qui pratiquent l'avortement en Belgique en dehors des hôpitaux et qui partagent une charte commune²⁵. Aujourd'hui, le GACEHPA coordonne l'action et la solidarité entre les centres, organise des formations et des recyclages pour les différents intervenants – médicaux et non-médicaux, milite pour le droit à l'avortement en Belgique et à l'étranger.

2) EN FLANDRE

Si la lutte pour le droit à l'avortement s'inscrit dans le même contexte historique, politique et social au Nord comme au Sud du pays, le développement des CEH ne s'est pas opéré de la même manière.

Contrairement à leurs homologues francophones avant même l'entrée en vigueur de la loi de 1990, les CPF Flamands, n'ont pas intégré la pratique de l'IVG dans leurs services.

Les interruptions de grossesses étaient et sont toujours réalisées dans des centres d'avortement.

Ceux-ci sont au nombre de 8 et répartis géographiquement afin de répondre au mieux à la demande de la population flamande.

Ces centres sont regroupés en une fédération : Unie van Nederlandstalige Abortuscentra ou LUNA. L'association a vu le jour en 2000 sous le nom de Centrale Coördinatie van de Nederlandstalige Abortuscentra, soit dix ans après la légalisation de l'avortement en Belgique. Depuis, cette organisation a changé de nom et s'appelle à présent LUNA.

LUNA, tout comme le GACEPHA côté francophone, coordonne le fonctionnement et les actions des centres IVG, contribue à renforcer la solidarité conjointe et offre les supports nécessaires aux centres adhérents. Les centres affiliés à LUNA collaborent également avec le GACEPHA.

²⁵ Annexe 4 : Charte du Gacepha.

1) AVANT 2003

1.1 A Bruxelles et en Wallonie

Dès les années 1970, le ministère de la Santé met en place un système de subsides. Deux décrets définissent les conditions d'octroi de subventions à Bruxelles et en Wallonie. Le décret de la COCOF de la Région de Bruxelles de 1994 et celui du gouvernement Wallon de 1997. Ces deux décrets couvrent les frais de fonctionnement d'un CPF et le personnel salarié qui y est rattaché.

Le coût d'une IVG est alors évalué à 450€ environ. Afin de rendre l'IVG accessible au plus grand nombre, les Centres affiliés au Gacepha ont plafonné ce montant à 200€, ce qui a permis aux femmes non assurées sociales d'avoir accès à l'IVG dans de bonnes conditions. Dans certaines situations, une aide financière peut être demandée auprès des services sociaux : Aide Médicale Urgente (AMU)²⁶, Centre Publicque d'Action Sociale (CPAS)²⁷.

1.2 En Flandre

Les centres flamands, quant à eux, ont dû s'autofinancer. Ils ne bénéficiaient d'aucun décret ni d'aucun subside régionaux. Le financement se faisait par le paiement par les femmes du plein tarif, également évalué à 400€ ou grâce à des dons.

2) DEPUIS 2003

Depuis le 1^{er} janvier 2003, le financement des centres pratiquant l'IVG ne dépend plus des Communautés mais est pris en charge par l'INAMI qui rembourse désormais une part importante du coût de l'IVG. La participation financière de la femme, si elle a une couverture sociale, pour une IVG s'élève à 3,20€ et ce quelque soit la région linguistique où elle pratique cette interruption de grossesse.

²⁶ AMU = aide médicale dont le caractère urgent est attesté par un certificat médical. Elle peut être ambulatoire ou administrée dans un établissement de soin et revêtir un caractère préventif ou curatif. Elle est octroyée aux personnes séjournant illégalement en Belgique.

²⁷ Les personnes disposant de moyens de subsistance insuffisants peuvent bénéficier de l'assistance sociale du CPAS. Pour les personnes résidant légalement en Belgique, cette aide sociale a pour but de garantir un revenu minimum à l'ensemble de la population.

Pour pratiquer des IVG, les centres doivent signer une convention²⁸ avec l'INAMI. Ils sont alors dans l'obligation de respecter une série de conditions leur permettant d'être agréés. La convention définit le contenu des prestations ainsi que le montant et les modalités de leur paiement.

Les CEH doivent entre autres respecter les normes de qualité en matière de soins médicaux et psychosociaux, de logement et d'infrastructure, d'hygiène, d'expertise du personnel, d'accessibilité et de collaboration avec un hôpital.

Les prestations remboursées dans le cadre d'une demande d'interruption de grossesse sont les suivantes :

- l'accueil médical, psychologique et social ;
- l'interruption de la grossesse pratiquée dans un cadre ambulatoire et dans de bonnes conditions médicales ;
- l'information en matière de contraception et de l'accompagnement médical, psychologique et social après l'interruption de grossesse.

Elle définit les dispositions minimales en matière de locaux dont le centre doit être pourvu pour la pratique des IVG. Celui-ci doit être hébergé dans un bâtiment ou partie d'un bâtiment équipé à cet effet et doit disposer :

- d'un espace d'accueil, d'une salle d'attente ;
- d'au moins un local pour l'accueil psychosocial individuel et pour toute autre information et accompagnement nécessaires ;
- d'au moins un cabinet médical dûment équipé pour les consultations médicales nécessaires et pour l'interruption de la grossesse, avec au moins :
 - une table gynécologique et le petit matériel gynécologique courant,
 - un appareil échographique,
 - une pompe à aspiration,
 - un stérilisateur régulièrement contrôlé,
 - la médication et l'équipement courants pour un premier traitement urgent de complications lors d'une interruption de grossesse ;
- de plusieurs espaces séparés des autres pièces du Centre, destiné au repos des usagères ;
- d'un local distinct pour l'administration et la comptabilité ;
- d'au moins deux toilettes.

Pour pratiquer des IVG en CEH, le centre a également l'obligation de conclure une convention avec un service de gynécologie d'au moins un établissement hospitalier de son choix. Celle-ci détermine le protocole de collaboration et les modalités de prise en charge par l'hôpital des complications liées à l'IVG et des demandes d'IVG sous AG.

²⁸ Annexe 5 : Convention de rééducation concernant l'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée.

La convention INAMI détaille les phases de l'interruption de grossesse correspondant aux différents RDV nécessaires ainsi que leur montant de remboursement.

Tableau 5 : Détails des différentes étapes et remboursements octroyés

	Détails	Montant	Temps
Phase 1	Prise de RDV	Premier forfait 179,39€	10 min
Phase 2	- Entretien(s) pré-IVG, - Transmission de l'entretien avec le médecin, - Première consultation médicale.		1h à 1h40 dont 30 min avec le médecin
Phase 3 après un délai de minimum 6 jours	- Confirmation écrite de la femme - Interruption de grossesse par voie médicamenteuse ou par aspiration sous AL.	Deuxième forfait 266,30€	45 min pour une aspiration 3h pour une méthode médicamenteuse
Phase 4	- Information sur la contraception - Jusqu'à 28 jours après l'intervention, consultation post-IVG médicale et/ou psycho-sociale.		45 min à 1h dont 30min avec le médecin

Soit **445,69€** quelque soit la méthode. Ce forfait couvre tous les frais de personnel et autres frais du centre liés directement ou indirectement aux différentes étapes.

Les examens de laboratoire (dosage des β HCG, détermination du groupe sanguin et dépistage du Chlamydia-gonocoque) ne sont pas compris de ce forfait. Certains centres les laissent à charge de la femme, d'autres centres font payer à la femme des frais "d'ouverture de dossier" d'environ 15€ afin de couvrir ce qui dépasse du forfait. Les pratiques varient d'un centre à l'autre.

En France les forfaits ont été revalorisés et depuis le 31 mars 2013 sont de :

- 437,03€ pour une IVG par aspiration sous AL,
- 191,74€ pour IVG par voie médicamenteuse en ville,
- 257,91€ pour une IVG par voie médicamenteuse en établissement de santé.

Les IVG par voie médicamenteuse se réalisent en CPEF ou Centre de Santé depuis mai 2009 (loi du 19 décembre 2007). La première consultation médicale ainsi que les examens de diagnostic de la grossesse (dosage des β HCG et échographie), la détermination du groupe sanguin ne sont pas compris dans le forfait et restent à charge de la femme.

Cas pratique :

Parcours d'une femme au Centre de Planning Familial des Marolles

1) PRÉSENTATION DU CENTRE DE PLANNING FAMILIAL DES MAROLLES (BRUXELLES)

Le Planning Familial des Marolles est un centre agréé par la COCOF et membre de la FLCPF. Il est situé dans un quartier populaire du centre de Bruxelles. C'est une ASBL dont les décisions sont prises de manière collégiale par le CA.

L'équipe se compose de médecins, assistants sociaux, psychologues, éducateurs, sexologues, d'une juriste et d'une employée administrative soit une équipe d'environ 23 personnes.

Le centre est ouvert du lundi et vendredi de 9h à 18h, le jeudi jusque 19h et le samedi matin de 9h à 13h.

▪ **Permanence d'accueil :**

Une permanence d'accueil physique et téléphonique est assurée tous les jours pour les prises de rendez-vous, pour avoir des informations sur la contraception, l'IVG, les IST et toutes les questions qui touchent à la vie affective et sexuelle. On peut s'y rendre pour réaliser un test de grossesse ou avoir une contraception d'urgence. Les CPF ont également comme missions la prévention et le dépistage des violences conjugales ou intrafamiliales. Enfin la permanence d'accueil permet l'orientation du public vers un service extérieur si nécessaire. Cette permanence est bien évidemment gratuite.

Les consultations sur rendez-vous.

- Les **consultations médicales** pour tout ce qui touche à la santé sexuelle et reproductive des femmes : contraception, suivi gynécologique, consultation prénatale, dépistage des IST et du HIV, suivi de ménopause, échographie gynécologique et toutes les consultations en lien avec l'interruption de grossesse.

Le prix des consultations sont les prix conventionnés avec l'INAMI et remboursés.

- Les **consultations avec un psychologue ou un sexologue** sont aussi possibles sur rendez-vous. Ces consultations sont payantes. Le prix qui peut varier de 5 à 20€ est fixé avec l'utilisateur en fonction de ses revenus.
- Le **service juridique**, permet d'obtenir des conseils sur ses droits lors de difficultés familiales, administratives, de logement, de contrat de travail etc. Ce service est également payant, entre 5 et 20€ selon les ressources de la personne.
- Le **service social** propose une aide aux démarches telles que les demandes d'allocation, de mutuelle, de chômage, d'endettement ou toute autre difficulté sociale. Le service social est un service gratuit.

Le centre réalise des animations de prévention avec des écoles, des associations du quartier sur l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS). L'équipe a également mis en place des animations avec pour thématique la citoyenneté responsable.

2) PARCOURS AU CENTRE DE PLANNING FAMILIAL

Afin de mieux comprendre l'organisation d'une telle structure, les différentes étapes d'une femme demandant une IVG seront présentées dans ce chapitre et illustrées par des photos des locaux du Centre ainsi que des pages du dossier standardisé utilisé pour les IVG. Je remercie mon ancienne collègue, Naïma Akhamlich – assistante sociale et accueillante au Planning Marolles – de m'avoir accueillie un samedi matin afin que je puisse réaliser ce "reportage photo".



1) Prise de RDV

La prise de rendez-vous peut se faire soit par téléphone, soit sur place. Elle est réalisée par l'accueillant-e ce qui permet d'établir un premier contact avec la femme et d'éventuellement répondre à ses premières interrogations. L'accueillant-e fixe avec la femme le premier rendez-vous au cours duquel auront lieu le même jour l'entretien pré-IVG et la première consultation médicale.



Bureau d'accueil



Salle d'attente

Jour 1 :

2) Entretien pré-IVG



Bureaux d'entretien



La femme, le couple est reçu par l'accueillant. Comme nous l'avons vu plus haut, l'entretien va permettre de s'assurer du choix de la femme mais aussi de répondre à toutes ses interrogations. Les différentes étapes de l'interruption de grossesse lui sont expliquées ainsi que les méthodes de contraceptions afin de l'accompagner au mieux dans son choix.

L'accueillant-e va également se pencher sur la situation administrative et sociale de la femme et, si besoin, lui proposer de rencontrer le service social.

Première page du dossier IVG comporte les renseignements sur la situation administrative de la femme. Elle sera complétée au fur et à mesure des différents RDV.

DOSSIER GACEHPA PLANNING MAROLLES Durée de la convention: du au Date et N° de facturation:		Encodage INAMI <input type="radio"/> Date 1ere visite: Date accord mut' :	2013 NOM : PRENOM :	
NOM : Prénom : Date de naissance :/...../..... Tél.: Adresse : Statut professionnel : Mode de recrutement :		VIGNETTE		
Doc. Assurabilité : Ok / Pas encore ou Mutuelle pas en ordre \ pas de mut'				
Mode de payement : convention INAMI directe (prix plein) VIPO autre				
Remarques :				
Paielement: Pré.....€ payés le IVG:.....€ payés le				
		BIS		
	Date	Prestataire	Date	Prestataire
Phase 1				
Phase 2Acc		A:		
Phase 2Méd		M:		
echo		M:		
Phase 3Acc	Aspi :	M: A:		
Phase 3Méd	Mif :	M: A:		
	Cyt :	M1: M2: A:		
Phase 4Acc				
Phase 4Méd				
Pq pas IVG : PV / Garde / orientation NL, GB, ... / Autre planning / FC / Hôpital /				
DECHARGE		IMPORTANT		
Je soussignée.....demande expressément à l'équipe médicale que j'ai consultée ce jour d'interrompre la grossesse en cours, après discussion des motifs et conséquences de cette intervention. Je note que la VISITE DE CONTRÔLE EST OBLIGATOIRE et aucun recours ne sera possible si je ne viens pas à celle-ci. Je suis avertie que je ne dois pas prendre les comprimés de Cytotec / le comprimé de Mifégyne si je ne suis pas sûre de vouloir interrompre ma grossesse ; aucune garantie ne peut en effet être donnée sur l'absence de risques pour la grossesse en cours.				
DATE.....		SIGNATURE :		

3) Transmission de l'entretien avec le médecin



Cuisine

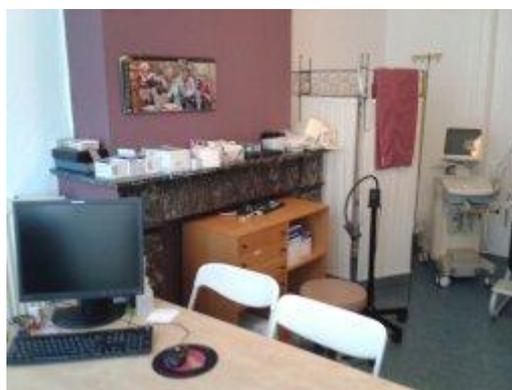


La cuisine est très souvent le lieu privilégié pour le temps de transmission entre l'accueillant-e et le médecin. Ce moment d'échange permet à l'accueillant-e de transmettre aussi ses impressions et le vécu de l'entretien.

4) Première consultation médicale



Cabinet médical 1



Cabinet médical 2



Au cours de cette consultation le médecin va réaliser l'échographie et ainsi confirmer avec la femme le choix de la méthode. Il va aussi réaliser l'examen gynécologique, proposer le dépistage du HIV et des IST. Le choix de la méthode contraceptive est également posé.

A l'issue de cette consultation, le rendez-vous pour l'interruption de grossesse est programmé. Dans la mesure du possible, exactement une semaine plus tard. Cela permet à la femme d'être accompagnée par le-la même accueillant-e pour l'IVG et que celle-ci-soit réalisée par le même médecin.

Partie du dossier réservée à la consultation médicale.

PRE MEDICAL	
Médecin :	Date :
Date des D.R.:	Soit il y a semaines d'aménorrhée
Histoire médicale de la grossesse actuelle :	Demande claire? Pas claire? :
Groupe sanguin :	G.....P.....EU.....FC.....IVG.....
<u>Examen gynécologique :</u>	<u>Examens techniques :</u>
T.V. :	- TG urine.....date.....
Abdomen :	- TG sang.....date.....
Spéculum :	- US CRP.....date.....
<u>Antécédents :</u>	- US BIP.....date.....
-médicaux :	-obstétricaux:.....
.....	-allergies:.....
-chirurgicaux :	-tabac:.....
-héréditaires :	-médicaments pris :
-gynéco :	
-réaction aux anesthésies locales :	
Méthode choisie :	
MAC utilisé :	MAC prévu :
Conclusions et examens à prévoir :	

Jour 1 + 6

5) La femme confirme par écrit sa demande.

6) Interruption de grossesse par voie médicamenteuse ou par aspiration sous AL.



Cabinet médical



Salle de repos



Salle de repos



Lors d'une intervention sous anesthésie locale, la femme peut-être accompagnée d'une personne de son choix. L'accueillant-e qui a réalisé l'entretien sera également présent-e aux côtés de la femme, non seulement pour l'accompagner, lui expliquer les différentes étapes mais aussi pour assister le médecin dans ses gestes techniques. Cette organisation ne nécessite donc pas la présence d'une infirmière. A l'issue de l'intervention, c'est l'accueillant-e qui accompagnera la femme en salle de repos et qui lui fournira les explications sur les suites de l'IVG et sur la contraception si besoin.

Le médecin vérifie lui-même le produit d'aspiration et assure le nettoyage et la stérilisation des instruments. Il verra la femme avant sa sortie, afin de s'assurer de l'absence de complication.

Lorsque l'interruption de grossesse se fait par voie médicamenteuse, c'est le médecin qui donne la mifépristone. Lorsque la femme revient pour la prise de misoprostol, c'est l'accueillant-e qui va lui donner les comprimés. La femme reste alors 3-4 heures au centre et peut être accompagnée d'une personne de son choix.

Les jours où sont programmées les aspirations, il y a toujours la présence d'un médecin dans le centre en plus de celui qui pratique l'intervention.

Partie du dossier détaillant le processus de l'intervention et la surveillance qui a été réalisée.

IVG	ASPIRATION :	Date :
Médecin :		Accueil :
T.V. :		
Prémédication :		
Rhogam fait: oui-non		
Anesthésie :		
.....		
Hystérométrie :		
Dilatation :		
Sonde :		
Volume aspiré :		
Examen macroscopique :		
Ana-path : oui-non		
Complications opératoires :		
Manifestations psychologiques :		
Douleurs 0---1---2---3*		
MAC et traitement instauré à ce jour:.....		
IVG	MEDICAMENTEUSE:	n°boîte mifégyne:
		Lot n°:
MIFEGYNE	Date:.....	Heure :
Donné par.....		prise à domicile / au centre
Age gestationnel :		Prise de sang BETA HCG: oui / non
DOMICILE :		
Saignements 0---1---2---3---4*		
Douleurs 0---1---2---3---*		
Expulsion OUI - NON - DOUTE ?		
CYTOTEC	Date:.....	Heure :
Médecin :		Accueil :
1ère prise à:.....h.....		pris à domicile / au centre
administration orale / vaginale / sublinguale		
Expulsion oui (àh.....) non		
Médication de base:.....		
Médication sup. :		
Saignements 0 - 1 (- que règles) - 2 (=règles) - 3 (+ que règles) - 4 (hémorragie)		
Douleurs * 0 (non) - 1 (faible) - 2 (modérée - antalgique) - 3 (majeure - antalgique)		
Complications:.....		
.....		
Effets secondaires :.....		
.....		
MAC et traitement instauré ce jour :		
U.S.....date.....		
Aspiration éventuelle : oui - non Motivé par :		
Rhogam fait: oui - non		

Jour 1 + 6 + 15

7) Consultation et/ou entretien post-IVG

POST MEDICAL	
Médecin :	Date :
Complications somatiques après départ du centre (+ traitement):.....	
.....	
Complications psychiques après départ du centre :	
.....	
Examen gynécologiques :	
abdomen :	spéculum :
T.V.:.....	
U.S. contrôle :	Dosage HCG:.....
Date.....	Date.....
Conclusion:.....	
MAC prescrit ou instauré ce jour :	
Observations complémentaires :	
.....	
Examen complémentaire :	
.....	

Le rendez-vous post-IVG est fixé après le temps de repos de la femme, qui quitte le centre après minimum 1/2h pour une aspiration, 3 à 4 heures pour une médicamenteuse. Elle a la possibilité de rester plus longtemps si c'est nécessaire.

La consultation post-IVG permet de s'assurer de l'absence de complications, de l'efficacité de la méthode pour les IVG médicamenteuses mais surtout de refaire le point sur la contraception et le vécu de l'intervention.

Si la femme ou le couple le souhaite, elle-il peut revoir l'accueillant-e en entretien ou éventuellement être orientée vers une consultation avec l'un des psychologue du centre.

Conclusion

L'idée initiale de ce travail était de présenter la pratique de l'IVG en structure extra-hospitalière en Belgique. Avec avant tout comme objectif de se pencher sur les aspects législatifs, financiers et réglementaires qui régissent cette pratique.

Nous avons pu constater que les deux pays ont développé leur législation dans un contexte similaire. Malgré tout, la traduction des principaux éléments et leur mise en application dans le parcours de l'IVG est très différente : d'un côté, en France, la Loi veut *contrôler médicalement* l'avortement, et de l'autre, en Belgique, c'est avant tout *socialement et psychologiquement* que le contrôle de l'IVG s'effectue. Cette différence est probablement due à une crainte moins forte des risques médicaux en Belgique puisque l'IVG était réalisé par des médecins compétents avant même le vote de la Loi.

En France, depuis la Loi, les interruptions de grossesse se pratiquent au sein des services de gynécologie ou de chirurgie hospitaliers dans le but d'assurer le *contrôle et la sécurité* médicale des femmes.

En Belgique, la Loi autorise la pratique des IVG dans des centres où un accompagnement psycho-social permet de détecter les problèmes et de dégager des solutions autres que l'interruption de grossesse. Comme nous avons pu le voir, l'accompagnement psycho-social a su trouver sa place dans l'organisation de l'IVG comme étant avant tout un moment d'échange et d'accompagnement.

Les médecins pratiquant en Centre Extra-Hospitalier (CEH) en Belgique, travaillent en étroite collaboration avec du personnel avant tout non-médical, pas d'infirmière en CEH et encore moins d'infirmière de bloc opératoire comme c'est le cas en France. Pratiquer des IVG en dehors de l'hôpital, nécessiterait de la part des médecins Français de repenser leur pratique.

En France, la mise en place de l'interruption de grossesse en CEH nécessiterait d'une part une modification de la loi puisque celle-ci stipule que l'IVG doit avoir lieu en établissement de santé et doivent pour cela disposer de lits ou place dans un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie. Nous voyons là que la sécurité médicale prime avant tout.

La logique économique qui prévaut ces dernières années dans le secteur médical, poussera peut-être le législateur à revoir sa copie en ce sens. Comme cela a été le cas pour l'IVG médicamenteuse et l'extension des compétences des sages-femmes en matière de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

Par ailleurs, nous l'avons vu, les Centres de Planning Familial pratiquant l'avortement, comme ils sont organisés à Bruxelles et en Wallonie, abordent la grossesse dans toutes ses dimensions puisqu'ils permettent également un suivi de grossesse.

Appliquer des éléments de cette organisation dans les CPEF en France offrirait une alternative aux femmes -tout comme les maisons de naissances offriraient la possibilité d'accoucher autrement. Les femmes auraient le choix de s'orienter vers une structure de prise en charge globale où elles pourraient tout aussi bien être suivie pour leur contraception, une grossesse (désirée ou non) ou encore en période de ménopause.

Les femmes seraient alors actrice de leur propre santé et non plus un sujet médical morcelé entre les différentes structures.

"Le vote de la loi a profondément modifié le paysage politique belge [...], les forces réactionnaires qui ont voulu s'y opposer, ont été contraintes au débat. L'ouverture qui en a résulté a permis que d'autres débats éthiques – sur l'euthanasie, le mariage homosexuel – se déroulent plus tard, dans une grande sérénité et aboutissent rapidement. La Belgique est aujourd'hui l'un des pays les plus progressistes en matière d'éthique." J-J Amy

Abréviations

AG : Anesthésie Générale

AL : Anesthésie Locale

CEH : Centre Extra-Hospitalier

COCOF : Commission Communautaire Française

CPEF : Centre de Planification et d'Education Familiale

CPF : Centre de Planning Familial

FLCPF : Fédération Laïque des Centres de Planning Familiaux

GACEHPA : Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortemen

INAMI : Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

ULB : Université Libre de Bruxelles

Bibliographie

Publications :

- Jean-Jacques Amy ; *Willy Peers, Pierre-Olivier Hubinont et Jo Boute, trois figures emblématiques d'un combat pour la dignité humaine.*
<http://www.asph.be/NR/rdonlyres/807E1A41-E80B-4DA0-88E2-E756C0AD72F6/0/TekstAmyDEFINITIF.pdf>
- Joke Vandamme ; *Pre-abortion counselling from women's point of view*, Université de Gand ; 2010.
- Anne Vergoustreate ; *L'IVG aujourd'hui, état des lieux* ; Dossier IVG 20 ans de choix pour les femmes ; Espace de Libertés ; mars 2010.
- *L'Avortement* ; Repères Sociaux et Culturels, Sexualité ; Ouvrage Collectif de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familiaux ; 2010.
- *Dossier IVG : 20 ans après* ; Université des Femmes ; Chronique Féministe n°105 ; Janvier 2010.
- *Dossier IVG 20 ans de choix pour les femmes* ; Magazine du Centre d'Action Laïque, Espace de Libertés ; n°384 ; mars 2010.
- *Droit à l'avortement en Belgique, Etat des lieux 2013* ; Centre d'Action Laïque.
- *Le Point sur l'avortement en France* ; Population et Société, INED ; Juin 1997 ; Numéro 325.

Documents officiels, textes de lois et textes réglementaires :

- Loi du 3 avril 1990 relatif à l'interruption de grossesse.
http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2law/7466400_fr.pdf
- Loi du 13 août 1990 relatif à création d'une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990.
http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2law/7466397_fr.pdf
- Loi du 22 août 2002 relatif aux droits des patients.
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002082245

- INAMI, Convention de Rééducation concernant l'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée.
<http://www.riziv.fgov.be/care/fr/revalidatie/convention/pregnancy/pdf/agreement.pdf>
- Rapport de la commission d'évaluation de l'avortement 2012.
<http://www.ieb-eib.org/fr/document/rapport-de-la-commission-devaluation-avortement-2012-316.html>
- Document d'enregistrement d'une interruption de grossesse.
<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2form/19082230.pdf>
- Les subventions et subsides en faveur des pouvoirs locaux bruxellois : Centres de planning familial, subsides de fonctionnement.
http://www.avcb-vsgb.be/fr/subsides.html?sub_id=195

Sites internet :

- Fédération des Centres de Planning Familial des Femmes Prévoyantes Socialistes.
www.planningsfps.be
- Fédération Laïque des Centres de Planning Familial.
<http://www.planningfamilial.net/>
- GACEPHA - Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement.
<http://www.gacehpa.be/>
- Love Attitude – Portail des CPF Francophones
<http://www.loveattitude.be/>
- LUNA - Fédération des centres néerlandophones extra-hospitaliers pratiquant l'avortement
<http://www.abortus.be>
- Sensoa – Centre flamand d'expertise de la santé sexuelle
<http://www.sensoa.be/>
- Université Libre de Bruxelles
<http://www.ulb.ac.be/ulb/presentation/hist.html>

ANNEXE 1 : COMMENT LES LOIS SONT-ELLES FAITES EN BELGIQUE ?²⁹

1. Dépôt

Un député ou un sénateur dépose une proposition de loi. Le Gouvernement dépose un projet de loi. Une proposition de loi qui a été adoptée à la Chambre ou au Sénat est aussi appelée projet de loi.

2. Prise en considération

Les propositions de loi doivent d'abord faire l'objet d'une prise en considération, c'est-à-dire que l'on décide si l'on examinera la proposition. Les projets de loi ne doivent pas faire l'objet d'une prise en considération.

3. Examen en commission

Une commission se compose d'un nombre réduit de membres et sa composition est le reflet des rapports de force politiques de l'assemblée plénière. Sa mission principale est, dans les matières relevant de sa compétence, d'examiner des projets et des propositions de loi. La commission peut adopter le texte avec ou sans modifications (= amendements) ou le rejeter.

4. Examen en séance plénière

En séance plénière, tous les sénateurs peuvent se prononcer sur le texte. Ils peuvent l'adopter avec ou sans modifications (amendements) ou le rejeter.

5. Sanction et promulgation royale

Pour devenir une loi, le texte adopté doit être signé par le Roi, c'est la sanction royale, elle s'accompagne de la promulgation par le Roi.

6. Publication au Moniteur belge

La loi entre en vigueur le 10^e jour qui suit sa publication au Moniteur belge, sauf lorsque la loi fixe elle-même une autre date d'entrée en vigueur.

²⁹ www.senat.be

ANNEXE 2 : ARTICLE 350 DU CODE PENAL

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=1867060801

L'article 350 du code pénal, qui résulte de la loi du 3 avril 1990, précise les conditions dans lesquelles l'avortement ne constitue pas une infraction.

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 à cinq cents euros.

Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en **situation de détresse**, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes : 1°

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

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

- a) informer celle-ci des risques médicaux actuels ou futurs qu'elle encourt à raison de l'interruption de grossesse ;
- b) rappeler les diverses possibilités d'accueil de l'enfant à naître et faire appel, le cas échéant, au personnel du service visé au 1°, b), du présent article pour accorder l'assistance et donner les conseils qui y sont visés ;
- c) s'assurer de la détermination de la femme à faire pratiquer une interruption de grossesse.

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

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

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

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

6° Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse.

Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention.

Les mineures

La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse n'évoque pas l'âge de la femme. Par conséquent, ce sont les dispositions légales régissant l'intervention d'un médecin à l'égard des mineurs qui s'appliquent.

En principe, les mineurs ne peuvent donner leur consentement à un traitement médical, et le consentement des parents ou des représentants légaux est obligatoire.

Toutefois, le Conseil national de l'Ordre des médecins a émis un avis dans lequel il fait une distinction selon que les mineurs ont atteint ou non " l'âge de raison ". Ce dernier n'est pas exprimé en années, mais dépend de la **faculté de discernement** du mineur, qu'il appartient au médecin d'apprécier.

Dans la pratique, en matière d'avortement, si l'accord parental -ou celui d'une personne de confiance faisant partie de l'entourage de la mineure- est exigé pour les mineures de moins de quatorze ans, **aucune autorisation n'est demandée pour les mineures de plus de quatorze ans.**

ANNEXE 3 : DOCUMENT D'ENREGISTREMENT D'UNE INTERRUPTION DE GROSSESSE

<http://www.health.fgov.be/internet2Prd/groups/public/@public/@dg1/@acutecare/documents/ie2form/19082230.pdf>

ANNEXE 4 : CHARTE DU GACEHPA

1. Le GACEHPA est un mouvement qui a pour objectif de rendre l'avortement accessible à toutes les femmes dans de bonnes conditions en l'intégrant dans une politique de liberté d'accès à la contraception et à l'épanouissement sexuel et dans un souci de défense du droit des femmes.
2. Les centres qui y adhèrent sont des centres de planning familial.
3. Ils pratiquent des avortements dans de bonnes conditions médicales, psychologiques et sociales, dans le respect de la libre décision de la femme et sans esprit de lucre.
4. Ils offrent un accueil non directif et non culpabilisant dénué de tout jugement moral ou religieux.
5. Ils donnent aux femmes et aux couples toutes les informations concernant les méthodes de contraception et d'avortement et les aident à envisager les options possibles.
6. Ils inscrivent leur travail dans une réflexion continue sur l'avortement, s'accordent sur les critères de qualité et font évoluer leur pratique avec l'accord de l'AG.
7. Ils s'engagent à participer activement au fonctionnement du GACEHPA, à respecter sa charte et son protocole de fonctionnement.
8. Ils respectent la liberté individuelle et professionnelle des travailleurs.
9. Ils sont solidaires les uns avec les autres et encouragent la solidarité entre les femmes.
10. Ils s'engagent à défendre les principes de cette charte tant au niveau national qu'international.

ANNEXE 5 : CONVENTION DE REEDUCATION CONCERNANT L'ACCOMPAGNEMENT MEDICO-PSYCHO-SOCIAL EN CAS DE GROSSESSE NON DESIREE.

<http://www.riziv.fgov.be/care/fr/revalidatie/convention/pregnancy/pdf/agreement.pdf>

ANNEXE 6 : LES DATES CLES

	Belgique	France
1920		Interdiction de la contraception
1923	Interdiction de l'exposition, publicité et information sur la contraception. La vente est autorisée	
1942		Gouvernement Vichy vote la peine de mort pour les avorteuses-eurs
1956		Création de "Maternité Heureuse"
1960	Création du premier Centre de Planning Familial à Gand	
1961		Création du premier Planning Familial à Grenoble
1962	Création de l'association "Famille Heureuse" et ouverture du premier centre francophone à Bruxelles	
1967		Loi Neuwirth
1968		Création du MLF
1971		Manifeste des 343
1972		Procès Bobigny
1973	Affaire Peers et abrogation de la loi sur la contraception	Introduction de l'éducation sexuelle dans les lycées
1975	Début de la pratique des avortements en CPF	Loi Veil
1979	Création du Gacepha	
1980		Vote définitif de la loi sur l'avortement
1981	Premier procès collectif	
1982		Remboursement de l'IVG par la sécurité sociale
1988		Mise sur le marché du misoprostol
1990	Dépénalisation de l'avortement	
1993		Création du délit d'entrave à l'IVG
2000	Mise sur le marché du misoprostol	Contraception d'urgence en vente libre en pharmacie
2001	Contraception d'urgence en vente libre en pharmacie	
2004		IVG médicamenteuse autorisée chez le médecin de ville
2009		Décret d'application sur l'IVG médicamenteuse en CPEF ou Centre de Santé (loi de décembre 2007)

