

Dossier de l'



Institut
Européen de
Bioéthique

Avortement : 28 ans d'application de la loi en Belgique

Novembre 2018

Dernière mise à jour : avril 2020

Table des matières

Introduction	2
1. Le cadre historique de la loi	3
2. Résumé du cadre juridique de la loi	4
2.1 Une dépénalisation partielle	4
2.2 Les conditions de lieu et d'information	4
2.3 La personne qui pratique l'avortement	5
2.4 Les délais	5
2.5 La clause de conscience	7
2.6 L'évaluation et le contrôle	7
3. La réalité de l'avortement en Belgique	8
3.1 Les chiffres et leur évolution	8
3.2 Quelles sont les causes de détresse invoquées pour justifier un avortement ?	10
3.3 Les lieux où est pratiqué l'avortement	11
3.4 Les méthodes pour procéder à un avortement	11
3.5 Les conséquences psychologiques de l'avortement : un tabou de plus en plus gênant	13
3.6 L'impossibilité d'évaluer et de contrôler la pratique de l'avortement	13
3.7 Les recommandations de la Commission et des établissements de soins	14
4. L'évolution de la pratique	16
4.1 L'état de détresse	16
4.2 Les aides proposées à la femme en détresse	17
4.3 L'IVG médicamenteuse	17
4.4 Quand des médecins annoncent ouvertement ne pas respecter la loi	18
5. Implications de la nouvelle loi du 15 octobre 2018	20
5.1 Sortie de l'avortement du Code pénal	20
5.2 L'avortement est-il devenu un droit ?	21
5.3 Le délai de réflexion n'est plus totalement garanti	22
5.4 Objection de conscience moyennant obligation de renvoi	23
5.5 Le délit d'entrave à l'avortement	23
5.6 Autorisation de la publicité en matière d'avortement	24
5.7 Ecart de l'objectif initial de réduire le nombre d'avortements	24
Conclusion	27

Introduction

L'avortement provoqué est la suppression volontaire de la vie de l'embryon ou du fœtus humain. On parle aussi couramment d'interruption volontaire de grossesse (IVG). La loi relative à l'interruption volontaire de grossesse¹ qui vise à dépénaliser partiellement l'avortement en Belgique, est entrée en vigueur le 15 avril 1990. Cette loi fut l'aboutissement de longs et tumultueux débats au Parlement fédéral, qui s'était saisi de ce sujet depuis les années 70. Ces dernières années, des voix se sont fait entendre pour proposer d'élargir le champ d'application de la loi, afin de rejoindre la pratique qui tendait de plus en plus à s'éloigner du texte. Le Parlement a finalement voté la loi du 15 octobre 2018² qui modifie celle de 1990 en plusieurs points fondamentaux.

Ce dossier synthétise d'abord ce que prescrit la loi sur l'interruption volontaire de grossesse. Il se penche ensuite sur les données concrètes de la réalité de l'avortement puis sur l'évolution de la pratique des avortements en Belgique.

¹ Loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, *M.B.*, 5 avril 1990.

² Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire 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, *M.B.*, 29 octobre 2018.

1. Le cadre historique de la loi

Le **Code pénal de 1867** avait placé l'avortement sous le titre des « Crimes et délits contre l'ordre des familles et la moralité publique ». Il punissait d'un emprisonnement de 2 à 5 ans, tant la femme qui y a recours, que la personne qui pratique l'avortement.

Dès **mai 68** en France, s'organisent des manifestations : le MLF (Mouvement de libération de la femme) voit le jour, avec des slogans tels que « ***mon corps mon choix*** », « *il est interdit d'interdire* », « *avortement, les femmes décident* ». Les militants réclament l'avortement libre et gratuit (pétition des « **343 salopes** »), rejoints en cela par le MLAC (*Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception*). Ces événements sont observés de près par d'autres pays européens dont la Belgique, et auront des répercussions bien au-delà de la France.

L'affaire Willy Peers en 1973 : le Docteur Peers est arrêté pour avoir pratiqué un avortement chez une jeune femme présentant un handicap mental. La justice découvre qu'il avait pratiqué pas moins de 300 avortements sur une période de 9 mois. Son arrestation soulève une contestation, suscite des manifestations et des pétitions. Il est finalement libéré après 36 jours de détention.

En France, la loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite **loi Veil**, dépénalise

l'avortement sous certaines conditions. Les partisans de la dépénalisation de l'avortement en Belgique s'en inspireront largement.

1975-1989 : une période de désobéissance civile s'ensuit avec les premiers centres qui pratiquent illégalement l'avortement, mais de façon non clandestine. Certains procureurs refusent de poursuivre et certains juges, de punir.

La loi du 3 avril 1990 : après de multiples propositions, est adoptée une loi dépénalisant à certaines conditions l'avortement, fruit d'un compromis difficile à atteindre. Le Roi Baudouin refusant de sanctionner la loi en raison de sa conscience, est mis en impossibilité morale de régner le temps que le gouvernement signe la proposition de loi.

La loi du 13 août 1990 : une Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse est créée pour évaluer la pratique de l'avortement.

La loi du 15 octobre 2018 : l'avortement ne figure plus dans le Code pénal mais est réglementé par une loi indépendante. Certaines conditions pour le pratiquer sont modifiées ou supprimées. Les sanctions pénales demeurent.

2. Résumé du cadre juridique de la loi

Selon le législateur de 1990, **l'encadrement de l'avortement par la loi pénale avait une valeur de principe**. Il indiquait ainsi que **l'avortement est toujours un acte négatif**.³ Au Parlement, Roger Lallemand a lui-même insisté sur le fait que l'avortement impliquait nécessairement un conflit grave et dramatique.⁴ Le rapporteur de la Commission parlementaire en charge de la proposition de loi a rappelé quant à lui que la pénalisation de l'IVG avait une valeur fondamentale : « **elle exprime le respect pour la vie humaine en devenir** ».⁵ Le maintien de l'avortement dans le Code pénal et la dépénalisation partielle de l'avortement avaient donc pour objectif de rappeler la **gravité de cette question de vie ou de mort** de « *l'enfant à naître* », selon les termes de la loi.

Depuis la loi de 2018, seul l'avortement forcé figure encore aux articles 348, 349 et 352 du Code pénal. L'avortement volontaire est réglementé par une loi distincte mais qui maintient les

dispositions pénales en cas de non-respect des conditions légales pour avorter.

2.1 Une dépénalisation partielle

L'article 2 de la loi stipule qu'une femme **enceinte peut demander à un médecin d'interrompre sa grossesse dans certaines conditions**. La suite de l'article énumère ces conditions strictes qui doivent être respectées pour que l'avortement ne soit pas considéré comme une infraction. Le législateur a prévu que l'acte soit susceptible de poursuites pénales à l'encontre du médecin et de la femme dès que l'une de ces conditions fait défaut, et ceci en raison de la volonté d'encadrer et de contrôler la pratique de l'avortement.

2.2 Les conditions de lieu et d'information

L'interruption de grossesse doit être pratiquée dans un **établissement de soins**. Vu les conditions dans lesquelles étaient pratiqués les avortements clandestins avant la loi et les dangers qu'ils supposaient, cette exigence se comprend aisément. Elle est également liée à « *la nécessité d'assurer à la femme une information complète et circonstanciée sur les problèmes qui la déterminent à solliciter une intervention* ».⁶ En effet, l'établissement est censé

³ Proposition de loi relative à l'interruption de grossesse, tendant à modifier les articles 348, 350 et 351 du Code pénal et à abroger les articles 352 et 353 du même Code, *Ann. parl. Sénat*, séance du 24 octobre 1989, nr. 5, p. 100.

⁴ Roger Lallemand, proposition de loi relative à l'interruption de grossesse, tendant à modifier les articles 348, 350 et 351 du Code pénal et à abroger les articles 352 et 353 du même Code, *Ann. parl. Sénat*, séance du 24 octobre 1989, nr. 6, p. 115.

⁵ Rapporteur de la Commission Justice, proposition de loi relative à l'interruption de grossesse, tendant à modifier les articles 348, 350 et 351 du Code pénal et à abroger les articles 352 et 353 du même Code, *Ann. parl. Sénat*, séance du 24 octobre 1989, nr. 5, p. 105.

⁶ Proposition de loi relative à l'interruption de grossesse, tendant à modifier les articles 348, 350

disposer d'un service d'information qui accueille la femme enceinte et lui donne des informations circonstanciées. Celles-ci concernent notamment les droits, aides et avantages garantis par les lois et décrets aux familles, aux mères célibataires, et à leurs enfants, ainsi que les possibilités offertes par l'adoption de l'enfant à naître. A la demande du médecin ou de la femme, ce service accordera à cette dernière une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle pourra avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

Ce **souci d'information** vise, selon le législateur, à permettre à la femme de prendre sa décision en pleine connaissance de cause et à éviter que soit pratiqué un avortement alors que la femme y aurait renoncé si elle avait reçu en temps utile des informations sur les possibilités d'accueil de son enfant à naître.⁷

2.3 La personne qui pratique l'avortement

Seul un **médecin** peut pratiquer l'avortement. Le médecin sollicité doit en outre informer la femme de tous les risques médicaux actuels ou futurs qu'elle

encourt à cause de son avortement. Il doit s'assurer de la détermination de la femme à avorter et **lui rappeler les possibilités d'accueil de l'enfant à naître**. Il est également tenu d'assurer une information suffisante en matière de contraception.

Il est important que le médecin respecte les conditions fixées par la loi, sous peine d'être poursuivi pénalement : *« Aujourd'hui, nous devons examiner le niveau d'urgence avec les patientes, respecter le délai de six jours entre la première consultation et l'intervention en tant que telle, évaluer l'avancement de la grossesse et faire signer aux patientes un consentement éclairé concernant les possibles complications et conséquences de l'intervention. Tout cela est obligatoire. Si nous ne respectons pas ces étapes, les patientes peuvent se retourner contre nous en cas de complications »*, précise le Professeur Leonardo Gucciardo, gynécologue à l'UZ Brussel.⁸

2.4 Les délais

Un **délai de réflexion de 6 jours** est obligatoire après la première consultation chez le médecin afin de permettre à la femme de prendre sa décision en pleine connaissance de cause.

Par **exception**, s'il existe une raison médicale urgente pour la femme d'avancer l'interruption de grossesse, ce délai n'est pas obligatoire. Si la première

et 351 du Code pénal et à abroger les articles 352 et 353 du même Code, *Doc. Parl.* Sénat sess. extr. 1988, nr. 247-1, p. 10.

⁷ Proposition de loi relative à l'interruption de grossesse, tendant à modifier les articles 348, 350 et 351 du Code pénal et à abroger les articles 352 et 353 du même Code, *Doc. Parl.* Sénat sess. extr. 1988, nr. 247-1, p. 11.

⁸ Professeur Leonardo Gucciardo, gynécologue à l'UZ Brussel VUB, « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 32 et 40.

consultation a lieu moins de six jours avant l'échéance des 12 semaines après la conception, ce délai est prolongé au prorata du nombre de jours non écoulés du délai de six jours.

Jusqu'à la **12^{ème} semaine** après la conception, soit la **14^{ème} semaine** d'aménorrhée⁹, nulle autre condition que celles décrites jusqu'ici n'est requise pour pratiquer un avortement.¹⁰

Au-delà de ce délai par contre, l'avortement ne peut être pratiqué que dans **deux situations** : 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, l'accord d'un deuxième médecin est nécessaire.

Dans les travaux préparatoires de la loi, le législateur précise que **la notion de la santé de la mère n'implique pas la détresse sociale mais concerne la santé physique ou psychique**. Il explique également que la gravité de l'affection de l'enfant peut être soumise à l'appréciation des cours et tribunaux, car la notion d'atteinte à la santé est selon lui objectivable, et donc contrôlable, contrairement à l'état de détresse.¹¹

⁹ C'est-à-dire 14 semaines depuis les dernières menstruations.

¹⁰ La raison du choix de ce délai est principalement conventionnelle. Le législateur dit s'être largement inspiré des délais en vigueur en France.

¹¹ Proposition de loi relative à l'interruption de grossesse, tendant à modifier les articles 348, 350 et 351 du Code pénal et à abroger les articles 352 et 353 du même Code, Ann. parl. Sénat, séance du 24 octobre 1989, nr. 5, p. 103.

Cependant, si l'incurabilité est facile à objectiver, le législateur n'a pas jugé bon de spécifier ce qu'il entend par une «*affection d'une particulière gravité*». Or, ce qui est «*grave*» pour un médecin ne l'est pas nécessairement pour un autre, et certainement pas pour la totalité des praticiens. Il n'existe **aucune liste** des pathologies pouvant justifier un avortement jusqu'au 9^{ème} mois (une telle liste serait légitimement perçue comme stigmatisante par les patients atteints de ces affections). Il appartient donc à chaque patient et médecin d'en décider, ce dernier ayant l'obligation de demander un deuxième avis.¹²

A noter aussi que selon le Prof. Leonardo Gucciardo, gynécologue à l'**UZ Brussel**, les grossesses interrompues tardivement présentent davantage de risques de complications que celles interrompues à un stade précoce.¹³ Le Prof. Pierre Bernard, chef de service aux Cliniques universitaires Saint-Luc, a lui aussi insisté sur les «*risques médicaux accrus et prouvés des interruptions au-delà de 14 semaines en matière hémorragique, traumatique utérine et infectieuse lors ou dans le décours de l'intervention mais aussi et surtout lors des grossesses ultérieures en matière de fausse-couches tardives et d'accouchements prématurés et*»

¹² Voir Flash Expert IEB, [L'avortement d'un enfant presque à terme est bien possible](#)

¹³ Professeur Leonardo Gucciardo, «*Sortir l'avortement du Code pénal belge*», Actes du colloque académique Campus VUB-ULB du 30 septembre 2016, p. 37. Point de vue partagé par le Prof. Jean-Jacques Amy, auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 74.

également en matière d'anomalie d'insertion du placenta et de rupture utérine responsables de morbidité augmentée des patientes. »¹⁴

2.5 La clause de conscience

L'avortement n'est pas un droit que la femme peut faire valoir à l'encontre de son médecin. La loi prévoit qu'« *aucun médecin, infirmier, infirmière ou auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse* ». Cette clause légale garantit la liberté de conscience des soignants face à ce type d'intervention.¹⁵

La loi impose au médecin qui s'en prévaut d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention. Il est aussi tenu **d'indiquer 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. Enfin, le médecin qui refuse l'interruption volontaire doit transmettre le « *dossier médical* » au nouveau médecin consulté par la femme.

2.6 L'évaluation et le contrôle

Une des principales exigences conditionnant l'adoption de la loi était celle de prévoir un contrôle et une évaluation de la pratique d'avortements

par une Commission nationale officielle.¹⁶ Or, cette Commission n'a pas reçu le pouvoir de *contrôler* la pratique en transmettant au parquet les cas d'avortements contraires à la loi.¹⁷ Elle a reçu de la loi¹⁸ la **compétence d'enregistrer les avortements sur base d'un document que le médecin est tenu de compléter** après chaque avortement pratiqué. Elle réceptionne également les rapports annuels des établissements de soins qui pratiquent l'avortement.

Si le médecin ou l'établissement, soit par négligence, soit par mauvaise volonté, omet de transmettre les documents d'enregistrement ou les rapports annuels à la Commission d'évaluation dans les délais prévus, un rappel devra lui être adressé avant de procéder aux poursuites pénales à son encontre. Or, la loi ne précise pas comment et par qui ce rappel doit être adressé, laissant la Commission dans l'impossibilité d'accomplir effectivement sa mission d'évaluation. En effet, **aucun arrêté royal n'a été pris à ce sujet**.

Sur la base des données qui lui sont transmises, la Commission est chargée de publier tous les deux ans un rapport qui évalue l'application de la loi, décèle les raisons pour lesquelles la femme avorte,

¹⁴ Auditions du 23 mai 2018, *op.cit.*, p. 124.

¹⁵ Pour une explication détaillée des clauses de conscience au profit des professionnels de la santé et notamment en ce qui concerne l'avortement, voir la [brochure publiée](#) par l'Institut Européen de Bioéthique.

¹⁶ Cette Commission est composée de huit docteurs en médecine, quatre professeurs de droit ou avocats, et quatre membres issus de milieux chargés de l'accueil et de la guidance des femmes en état de détresse.

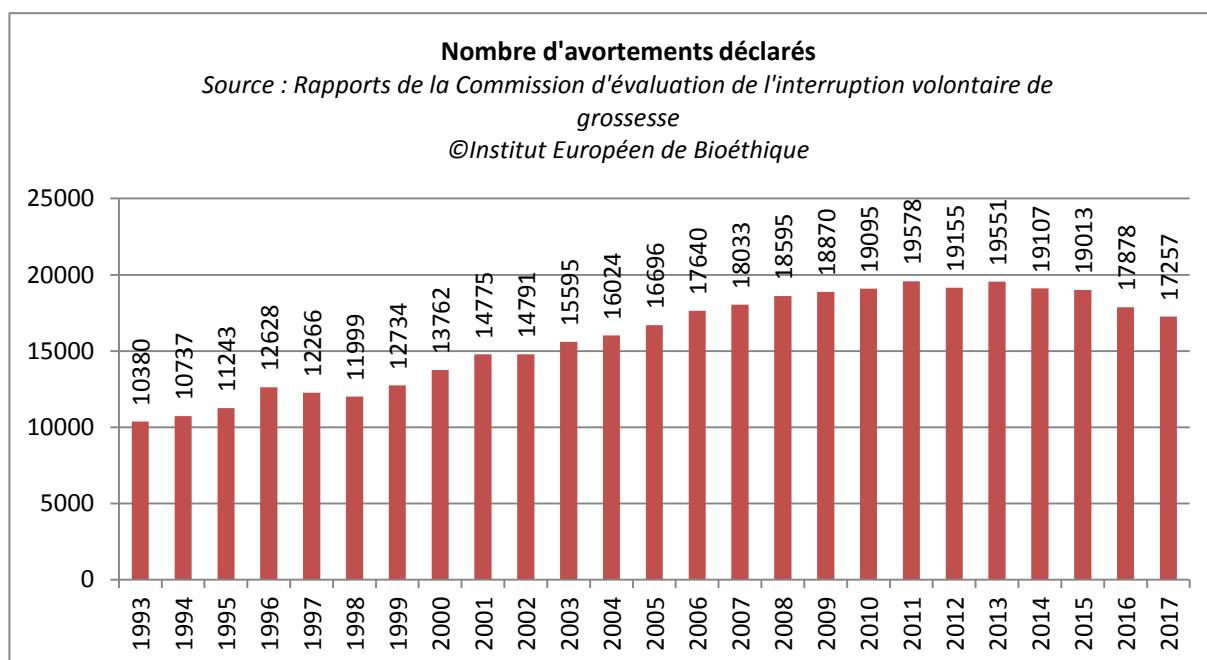
¹⁷ Contrairement à la Commission fédérale de contrôle et d'évaluation de l'euthanasie.

¹⁸ 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, *M.B.*, 20 octobre 1990.

et formule des recommandations visant à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse. Ce rapport est présenté à la Chambre des représentants.

3. La réalité de l'avortement en Belgique

3.1 Les chiffres et leur évolution



Les chiffres *officiels* du dernier rapport en date de la Commission d'évaluation (années 2016-2017) révèlent une augmentation constante du nombre d'avortements enregistrés par la Commission jusqu'en 2013, et une légère diminution de 2013 à 2017.¹⁹

On relève 17.257 **avortements** au cours de l'année 2017, soit une moyenne de 47 par jour. Chez les femmes de 15 à 44 ans, la Commission belge observe pour cette année-là un ratio de 14,5 - 15 avortements déclarés pour 100 naissances. Etant donné le nombre de naissances en Belgique en 2017 (119.102²⁰), cela veut aussi dire qu'en

¹⁹ Les rapports de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse sont disponibles sur le site de la Chambre des représentants.

²⁰ <https://statbel.fgov.be/>

moyenne, en Belgique, on compte **1 avortement pour 7 naissances**.²¹

L'étude de Nathalie Bajos en France²², citée par la Commission belge d'évaluation de l'IVG comme pouvant dans une certaine mesure s'appliquer à la situation belge, pose les constats paradoxaux suivants. **Le nombre de grossesses non prévues** qui se terminent par un avortement est passé de **41% (en 1975) à 61% (en 2004)**. Au vu de cette évolution, on estime que **40 femmes sur 100** auront recours à l'avortement au cours de leur vie. De plus, malgré la forte augmentation de l'utilisation de moyens de contraception de 52% de la population en 1978 à 82% en 2004²³, le nombre d'avortements n'a pas chuté.

Le rapport de la Commission révèle en effet que 15 % des femmes qui ont avorté, utilisaient correctement un moyen de contraception, mais affirment que la méthode a été inefficace. Il indique que **27% des femmes recourant à une IVG prenaient la pilule** dans le mois précédant leur grossesse et que par ailleurs, il y avait, dans 15% des cas, utilisation du préservatif. L'enquête réalisée par

Solidaris en 2017 sur la contraception²⁴ montre que 65% des grossesses non-planifiées sont survenues alors que la femme prenait la pilule, 14% avec le stérilet. En parallèle, on observe une recrudescence du recours à l'avortement : 16% des femmes interrogées contre 13% en 2010. **Faut-il par conséquent voir un lien entre le manque d'efficacité de la contraception et le recours à l'IVG ?**

Au-delà du manque d'efficacité de certaines méthodes de contraception²⁵, il faut tenir compte de la difficulté d'en assurer un usage parfait sur de longues périodes. Selon le rapport de la Commission, **30% des avortements** en 2017 étaient liés à un usage incorrect des méthodes de contraception.

Si l'on étudie les derniers chiffres disponibles auprès de la Commission d'évaluation, on voit que l'âge moyen des femmes ayant recours à l'avortement est de 28,5 ans, contre 27 ans en 2011. L'âge des femmes qui avortent est donc de plus en plus avancé. Parmi les femmes qui ont subi un avortement en 2017, **21% sont domiciliées à Bruxelles-Capitale, 46% en Flandre, et 33% en Wallonie**.²⁸ Confrontés à la répartition de la population entre les

²¹ Voir [Fiche Didactique de l'IEB](#), *L'avortement provoqué*.

²² Nathalie Bajos : « Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans », in « Populations et sociétés », n°407, décembre 2004.

²³ La Belgique, avec la France, figure au premier rang pour ses politiques publiques d'accès à et d'information sur la contraception, selon l'*Atlas 2019 de la contraception*, réalisé par le Forum Parlementaire européen sur la population et le développement, <https://www.contraceptioninfo.eu/node/7>.

²⁴ http://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf. Pour une analyse détaillée de ce rapport, voir [« Belgique : enquête sur la contraception »](#)

²⁵ Prof. Jean-Jacques Amy, représentant de la Fédération Laïque des centres de Planning Familial, Auditions du 23 mai 2018, *op.cit.* : « *Aucun moyen contraceptif n'est fiable à 100%* ».

²⁸ <https://www.ieb-eib.org/fr/document/rapport-de-la-commission-devaluation-avortement-2012-316.html>

trois régions²⁹, ces chiffres indiquent une plus forte proportion du nombre d'avortements en région bruxelloise.

3.2 Quelles sont les causes de détresse invoquées pour justifier un avortement ?

La femme est tenue d'indiquer la cause de détresse (depuis 2019, la « raison ») qui motive sa demande d'avortement. Nous reprenons ci-dessous les raisons principalement invoquées en 2017 :

- **Pas de souhait d'enfant pour le moment : 27%**, soit la plus large catégorie. Le simple fait de ne pas vouloir garder l'enfant est attesté comme étant en soi une détresse, et sans qu'une autre raison doive être mentionnée.
- **La famille est complète : 13%**

La proportion attachée à ces deux premières raisons a augmenté ces dernières années. Par exemple, **en 2013, 18%** des femmes invoquaient le fait de ne pas vouloir d'enfant pour le moment, **contre 27% en 2017**. Pour les trois raisons suivantes en revanche, la proportion a diminué.

- **La femme se sent trop jeune : 9%**
- **La femme est étudiante : 6%**
- **Problèmes financiers : 5%**

Les raisons principalement invoquées semblent donc de moins en moins relever de l'âge ou de conditions matérielles, mais

tout simplement du fait que **l'enfant ne fait pas partie du "projet" de la femme ou du couple**.

Les centres signalent une réelle **complexification des situations rencontrées**, qui rend plus difficile le soutien à apporter à la femme. Ils pointent notamment la fragilisation des structures familiales et conjugales (divorce, familles recomposées, monoparentales, instabilité...). Ils s'inquiètent également des fréquentes **pressions familiales** face à la question de l'avortement et soulignent l'incapacité de certaines femmes de prendre une décision et de visualiser les conséquences de leur choix sur le long terme.³⁰ Ceci pose question par rapport au fait que la femme, pour avorter, doit être déterminée à ne pas vouloir garder l'enfant.



Les centres déplorent également des **avortements successifs** chez certaines femmes (jusqu'à 21 avortements), le **risque de suicide** après un avortement comme conséquence d'une fragilité psychologique, l'augmentation de la

²⁹ Voir <http://www.ibz.rn.fgov.be>

³⁰ Rapport 2016-2017 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 67-68.

violence conjugale et de la **déception** de femmes face au manque de soutien de leur compagnon ou de leurs proches, de plus en plus d'avortements suite à la **menace d'un licenciement** ou de ne pas reconduire un contrat de travail en cas de grossesse³¹. Enfin, on rapporte deux demandes d'avortements sur base **du sexe de l'enfant**, qui ont été refusées.

3.3 Les lieux où est pratiqué l'avortement

En 2017, selon les données officielles, 16% des avortements ont eu lieu en hôpital et 84% en centre extra-hospitalier.³³ Par rapport aux années précédentes, on peut noter une augmentation des avortements pratiqués en centre d'avortement ou de planning familial.

En Belgique francophone, il existe **29 centres et 28 hôpitaux ou cliniques, et 7 centres et 12 hôpitaux ou cliniques du côté néerlandophone, qui pratiquent des avortements.**³⁴ Si les centres spécialisés sont moins nombreux en Flandre, ils

pratiquent pourtant plus de 90% des avortements en Belgique néerlandophone. Ils se présentent comme « centre d'avortements » et se disent totalement centrés sur « l'aide à l'avortement ».

Ce sont les Régions et les Communautés qui ont la tâche de gérer les matières relatives à la prévention et à la pratique de l'avortement.³⁵

3.4 Les méthodes pour procéder à un avortement

Pour interrompre une grossesse et procéder à un avortement, il y a des méthodes médicales et des méthodes chirurgicales. Le médecin doit choisir en fonction du stade de développement du fœtus.

Selon l'OMS, le seuil de viabilité du fœtus humain (la viabilité étant comprise ici comme la capacité de survie du fœtus dans un environnement extra-utérin) est un âge supérieur à **22 semaines** d'aménorrhée ou un poids supérieur à **500 g**.³⁶ Il s'agit là d'une limite plus épidémiologique que clinique.³⁷ Avant ce

³¹ "Selon une étude de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes - IEFH - publiée en 2017, 3 travailleuses sur 4 ont été confrontées à au moins une forme de discrimination, préjudice, inégalité de traitement et tensions au travail, sur base de leur grossesse ou maternité. 22% des travailleuses enceintes ont été confrontées à des discriminations directes et 69% ont subi de la discrimination indirecte." Memorandum à l'attention du Parlement, Recommandations et conclusions faisant suite aux rapports bisannuels de 2014, 2016 et 2018, p. 24.

³³ Rapport de 2018 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 23.

³⁴ Ibidem, p. 62-63.

³⁵

https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/2002_crisp_eval_belgique.pdf, p. 39.

³⁶ Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des maladies, révision 1975, OMS, Genève, 1977.

³⁷ Ce seuil est en outre susceptible de baisser en fonction des progrès de la médecine en néonatalogie. Voir l'exposé des motifs du projet de loi modifiant l'article 4 de la loi du 18 juin 2018 portant dispositions diverses en matière de droit civil et des dispositions en vue de promouvoir des formes alternatives de résolution des litiges, concernant l'acte d'enfant sans vie, *Doc. Parl.* 54-3271/1, p. 4.

seuil, l'avortement peut se faire soit en provoquant l'accouchement soit par curetage avec morcellement du fœtus. Une fois dépassé ce seuil et dans le cas d'avortements tardifs (*interruption médicale de grossesse* ou IMG), l'interruption de grossesse consiste dans un premier temps à tuer le fœtus et ensuite à provoquer l'accouchement.

L'aspiration : la méthode chirurgicale la plus couramment utilisée pour l'avortement est l'aspiration (68%). La méthode consiste à démembrer l'embryon ou le fœtus par aspiration à l'aide d'une canule introduite dans l'utérus. Elle est habituellement utilisée pour les avortements avant 12 semaines de grossesse.

Le curetage : c'est une autre méthode d'IVG chirurgicale, assez fréquente de 10 à 12 semaines de grossesse, qui consiste à détruire le fœtus à la curette en récupérant les débris dans l'utérus. Pour 2017, cela représentait 4% des avortements.

L'avortement médicamenteux : la prise de Mifépristone (RU 486) associée à des prostaglandines met fin à la vie de l'embryon et rend la muqueuse utérine impropre à la survie de l'embryon déjà implanté. Cet avortement chimique s'opère par une première prise de pilule abortive, suivie d'une seconde prise de Misoprostol (24 ou 48 heures plus tard) qui augmente les contractions et provoque l'avortement. Il est possible jusqu'à 7 semaines de grossesse. L'avortement médicamenteux représentait **28% des cas en 2017, contre**

21% en 2011. On observe donc une **nette augmentation du recours à cette méthode**. Notons, à ce propos, que selon un centre, il en résulte une augmentation des cas de rétention de placenta, complication plus fréquentes suite à un avortement médicamenteux.³⁸

L'injection d'un anesthésiant comme la Lidocaïne et d'un sédatif, puis d'une substance létale comme le chlorure de potassium, constitue un **foeticide**, c'est-à-dire l'interruption de la vie fœtale avant d'interrompre la grossesse. Elle se pratique quand on est à un âge gestationnel où l'on redoute que le travail d'accouchement que l'on va induire ne résulte en la naissance d'un être très prématuré mais qui pourrait avoir survécu au travail et naître vivant.³⁹



³⁸ Rapport 2018 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 69.

³⁹ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Organisation Mondiale de la Santé, p. 41.

3.5 Les conséquences psychologiques de l'avortement : un tabou de plus en plus gênant

Les récits des associations d'aide aux femmes enceintes en difficulté témoignent du fait que *« les femmes ne voient pas l'avortement comme une intervention purement médicale, mais qu'elles butent sur le sens profond que revêt chaque grossesse »*⁴⁰.

En effet, l'impression de soulagement momentané qui suit l'avortement, fait souvent place à certains troubles psychologiques. On observe régulièrement chez les femmes qui ont avorté, un état dépressif et des souffrances diverses : culpabilité, perte de l'estime de soi, tentation de suicide, anxiété, troubles sexuels, insomnies, violence envers l'entourage, colère... De nombreuses études scientifiques l'attestent aujourd'hui.⁴¹

De plus, *« l'accent mis sur l'autodétermination et l'autonomie a pour effet que la responsabilité du choix incombe exclusivement à la femme. Cela*

*augmente le risque que les femmes ne se sentent plus soutenues. »*⁴²

L'absence d'intérêt des pouvoirs publics et le relatif déni des cliniciens de la santé mentale pour les conséquences psychologiques de l'avortement sont inquiétants car les personnes vivant un deuil périnatal ont besoin de voir leur parole entendue et reconnue. C'est, entre autres, par des études scientifiques objectives décrivant la clinique des troubles psychologiques parfois vécus à la suite d'un avortement que le grand public sera alerté des conséquences et des dangers de l'avortement. Seules des femmes guéries, pouvant exprimer leurs souffrances passées et témoigner aux générations futures des enjeux de l'avortement pourront faire baisser les occurrences d'avortement et faire cesser la banalisation de cet acte.⁴³

3.6 L'impossibilité d'évaluer et de contrôler la pratique de l'avortement

La loi prévoit que ne pas déclarer un avortement est punissable.⁴⁴

La Commission doit d'abord adresser un rappel aux médecins et aux institutions défaillantes. Or, l'arrêté royal

⁴⁰ Silke Brants, représentante de Fara vzw, auditions à la Chambre du 23 mai 2018, *op.cit.*, p. 64

⁴¹ Voir l'annexe <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/dossier-liste-etudes-csqces-avortement.pdf> pour les études sur les conséquences psychologiques de l'avortement, et le dossier principal: <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/etudes-consq-psych-avortement.pdf> Voir également https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/fiche_didactique-fiche-avortement-provoque.pdf

⁴² Silke Brants, représentante de Fara vzw, auditions à la Chambre du 23 mai 2018, *op.cit.*, p. 64.

⁴³ <https://www.ieb-eib.org/fr/document/etudes-scientifiques-syndrome-post-avortement-249.html>

⁴⁴ Art. 6 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, *M.B.*, 20 octobre 1990.

permettant à la Commission d'adresser ce rappel n'a étonnamment jamais été pris.

Il est de notoriété publique que les analyses statistiques de la Commission sont très approximatives, puisque **plusieurs hôpitaux ne déclarent pas les avortements pratiqués en leur sein.**⁴⁵

Sylvie Lausberg, vice-présidente du Conseil des femmes francophones de Belgique (CFFB), confiait en septembre 2017 au quotidien la *Dernière Heure* qu'environ un tiers des avortements en Belgique n'était pas déclaré.⁴⁶

De la littérature internationale, il ressort également que les avortements au-delà de 12 semaines ne sont que très peu déclarés à la Commission (EUROCAT, observatoire européen de surveillance des malformations, mentionne, pour les seules régions du Hainaut et Namur, des chiffres d'avortements pour raisons médicales supérieurs à ceux qui furent déclarés à la Commission pour l'ensemble du pays).⁴⁷ La Commission estime qu'il faut **multiplier par 6** le nombre d'interruptions médicales de grossesse pour malformations fœtales déclarées.⁴⁸

De plus, la Commission note que

⁴⁵ Voir Rapport 2018 de la Commission, *op. cit.*, p. 62 : 4 hôpitaux n'ont pas déclaré les avortements qu'ils avaient pratiqués en 2017.

⁴⁶ <http://www.dhnet.be/actu/belgique/pres-de-30-000-avortements-ont-lieu-chaque-annee-en-belgique-59ce457ecd70461d26570a9c>

⁴⁷ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 71. RAPPORT D'ACTIVITES 2010 - *European Registration of Congenital Anomalies*, Hainaut – Namur disponible sur <http://www.eurocat-network.eu/pubdata>

⁴⁸ Memorandum à l'attention du Parlement, Recommandations et conclusions faisant suite aux rapports bisannuels de 2014, 2016 et 2018, p. 20.

les chiffres transmis par les établissements correspondent rarement à ceux que déclarent individuellement les médecins. A cela s'ajoutent les avortements que certains hôpitaux ou médecins ne déclarent pas, malgré les rappels répétés de la Commission.⁴⁹

Par ailleurs, il est très étonnant que depuis l'entrée en vigueur de la loi en 1990, aucun médecin n'ait été condamné pour violation de la loi sur l'IVG, alors que des médecins affirment publiquement agir en violation de la loi (cf. *infra* point 4.4). Un seul procès a abouti à l'acquittement d'un médecin et moins d'une dizaine de poursuites, au classement sans suite.⁵³ Cela ne peut résulter que de **l'absence de contrôle ou d'une réalité incontrôlable.**

3.7 Les recommandations de la Commission et des établissements de soins

Les recommandations des établissements de soins et de la Commission suite aux rapports 2014-2016-2018 vont presque exclusivement dans un même sens : **renforcer la mise à disposition de moyens de contraceptifs**, notamment par leur remboursement intégral ; privilégier la prescription d'autres moyens contraceptifs que la contraception orale (stérilets, implants, ..) On peut toutefois lire la recommandation d'un hôpital de **créer des canaux simples d'informations sur le cycle féminin.**

⁴⁹ Rapport 2018 de la Commission, *op. cit.*, p. 89.

⁵³ <http://www.lalibre.be/actu/politique-belge/comment-le-cdh-veut-sortir-l-avortement-du-code-penal-mais-garder-des-sanctions-5afb2ca6cd70c60ea7018708>

On perçoit d'autre part l'inquiétude des centres face à la **pénurie de médecins disposés à pratiquer l'avortement**, probablement liée au fait que pour certains praticiens, comme le dit le rapport, "c'est parfois émotionnellement difficile de pratiquer des avortements de façon récurrente"⁵⁸.

Pour la première fois, le rapport de la Commission est assorti d'une **position minoritaire**, rédigée par le **Dr Chantal Kortmann**.⁵⁹ La position n'est pas soutenue par les autres membres de la Commission, mais mérite qu'on y relève quelques recommandations que le Dr Kortmann adresse au Parlement. Concernant la prévention des grossesses non désirées, l'auteur conseille de faire connaître davantage la méthode *Sensiplan*, **méthode symptothermique fiable de régulation de des naissances**. D'autre part, l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle à l'école devrait, selon le Dr Kortmann, "accorder plus d'attention à la **construction de relations durables et sûres** et à la fiabilité des différentes formes de contraception". Elle déplore par ailleurs le fait qu'il n'existe pas **d'enregistrement systématique des effets secondaires** ou complications suite à un avortement.



On apprend aussi que **dans certaines universités belges, (VUB, ULB, ULiège) les assistants en gynécologie sont tenus de pratiquer des avortements pour valider leur stage**, ce qui porte manifestement atteinte à leur liberté de conscience.

Le Dr Kortmann souligne enfin que la promotion de la contraception ne peut constituer l'unique moyen de faire baisser le nombre d'avortements, car on estime que **80% des avortements pour lesquels il a été indiqué que la contraception n'était pas utilisée, étaient en fait des grossesses désirées au départ**. Des événements peuvent en effet surgir une fois la grossesse entamée, et pousser la femme à avorter. De façon générale, le Dr Kortmann regrette qu'on ne prenne pas assez le temps « d'examiner les problèmes sous-jacents de la femme et de voir si une autre solution n'est pas envisageable »⁶⁰.

⁵⁸ Rapport 2016-2017 de la Commission, *op. cit.*, p. 74.

⁵⁹ Dr Chantal Kortmann, Memorandum à l'attention du Parlement, Recommandations et conclusions faisant suite aux rapports bisannuels de 2014, 2016 et 2018, p. 29 et suivantes.

⁶⁰ Dr Chantal Kortmann, *op. cit.*, p. 35.

4. L'évolution de la pratique

4.1 L'état de détresse

Comme mentionné plus haut, le législateur entendait par « état de détresse », la **détermination profonde** de la femme à avorter. Pourtant, les centres témoignent de **l'équilibre psychique et émotionnel parfois altéré** de certaines femmes qui se retrouvent par conséquent incapables de prendre une décision et d'en visualiser les conséquences sur le plus ou moins long terme.⁶¹

Alors que la détresse de ces femmes faisant face à une grossesse non prévue est bien réelle, et risque de diminuer leur faculté de poser un choix, leur décision d'avorter ne sera pas interrogée dans un centre de planning familial. En effet, les centres considèrent que sauf ambivalence flagrante, les femmes ont déjà pris une ferme décision, alors que bien souvent elles attendent d'être écoutées et questionnées, informées des aides qui s'offrent à elles et rassurées sur l'accompagnement disponible si elles décident de mener leur grossesse à terme, pour s'ouvrir à d'autres possibilités que l'avortement. Aussi, dans les centres d'avortements en Flandre, seuls 5% des femmes qui se présentent à

la consultation décident de poursuivre leur grossesse.⁶²

La Commission recommande donc de garantir le choix libre de la femme, notamment en la mettant en mesure de résister aux pressions qui tendent à l'inciter à avorter et en la mettant en contact avec toutes les structures d'aide aux personnes en détresse. Elle insiste sur le fait que les circonstances financières ne devraient pas entrer en ligne de compte dans la prise de décision.⁶³

Avec la loi de 2018, la suppression de l'obligation de justifier d'un état de détresse de la femme n'entrave-t-elle pas la possibilité d'assurer des aides adaptées aux femmes enceintes qui sont en situation de détresse ? A noter cependant que la Commission a établi en 2019 un **nouveau document d'enregistrement**⁶⁴ d'un avortement à remplir obligatoirement par le médecin. Celui-ci contient des questions bien plus précises que le précédent. Il énumère pas moins de **39 raisons possibles pour l'avortement**, ce qui permettra une **analyse plus fine** des causes de l'avortement. Il amène aussi le déclarant à être plus précis quant à **l'utilisation ou l'absence d'utilisation de la contraception**.

⁶¹ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56.

⁶² Auditions à la Chambre du 23 mai 2018, *op.cit.*, p. 92.

⁶³ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 74.

⁶⁴ Document disponible sur www.health.belgium.be

4.2 Les aides proposées à la femme en détresse

Une des premières raisons invoquées pour l'adoption de la loi de 1990 était de garantir que chaque femme reçoive une information circonstanciée sur les aides disponibles, pour lui permettre de poursuivre sa grossesse. Pourtant, lors du colloque académique de l'ULB et de la VUB tenu en septembre 2016, le président du Centre d'Action Laïque, Henri Bartholomeeusen, a présenté cette **obligation d'informer les femmes sur les possibilités d'adoption et sur les risques actuels et futurs liés à l'avortement**, comme des « *entraves insidieuses qui les infériorisent, les culpabilisent pour les dissuader d'avorter* », visant à « *apeurer les femmes* » et à les « *alarmer* ». ⁶⁵ De même, Nicole Gallus, avocate et professeur à l'ULB, perçoit l'information de la femme sur les alternatives d'accueil de l'enfant comme « *des possibilités susceptibles de l'amener à revenir sur son choix, un traitement infantilisant et culpabilisant* ». Certains médecins, comme le docteur Anne Verougstraete, jugent même « *totalement inconcevable* » de proposer l'adoption comme alternative à l'avortement. ⁶⁶

Dans le commentaire des rapports 2014-2016-2018 de la Commission et la description de la prise en charge par les centres d'avortements en Flandre, il

⁶⁵ « [Sortir l'avortement du Code pénal belge](#) », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 13.

⁶⁶ « [Sortir l'avortement du Code pénal belge](#) », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 36.

n'apparaît nulle part que des aides matérielles ou psychologiques sont proposées à la femme pour poursuivre sa grossesse. ⁶⁷ Les hôpitaux quant à eux précisent que « les différentes alternatives sont présentées : adoption, soutien social et pédagogique, famille d'accueil,... » ⁶⁸

4.3 L'IVG médicamenteuse

Le législateur de 1990 tenait à ce que l'avortement soit pratiqué dans un **établissement de soins**, afin d'assurer les bonnes conditions médicales et le soutien psychologique de la femme. Cette condition n'a pas été modifiée par la loi de 2018. Cependant, nous assistons aujourd'hui à une augmentation des avortements dits médicamenteux ou chimiques (de 15% des avortements en 2008 à 24% en 2017 dans les centres, et de **16% en 2008 à 46% en 2017 en hôpital** ⁶⁹) où la femme avorte parfois seule chez elle, après la deuxième prise de pilules, la première se faisant en présence d'un médecin. A noter que le nombre total de consultations du service d'information des centres en relation avec des **problèmes causés par une interruption de grossesse** s'élève en moyenne, par centre, à 1.083 en 2010 et à 1.237 en 2011. ⁷⁰ Etrangement, cette donnée n'apparaît plus dans les derniers rapports.

⁶⁷ Rapport de 2018 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 78-79.

⁶⁸ Rapport de 2018 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 85.

⁶⁹ Rapport de 2018 de la Commission, p. 48 et Rapport de 2010, p. 42.

⁷⁰ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 54.

Malgré ces données préoccupantes, certains hôpitaux souhaiteraient développer les avortements à domicile et assouplir les délais de référence pour l'avortement médicamenteux. Cette réforme permettrait, selon un hôpital, « *de répondre aux demandes croissantes d'interruptions de grossesse* ». ⁷¹

L'avortement chimique peut se pratiquer jusqu'à **7 semaines** de grossesse (9 semaines d'aménorrhée). Il se révèle souvent douloureux et ses conséquences sont difficiles à gérer par les centres. ⁷² On peut se demander si les risques physiques et psychologiques ne sont pas trop lourds pour les femmes qui avortent dans ces conditions. L'avortement médicamenteux qui se termine à domicile ne serait-il pas dès lors contraire à la loi, qui dispose que l'avortement doit être pratiqué dans un établissement de soins ? Il demeure donc un malaise autour de cette forme d'avortement. Des propositions de loi ont été déposées, visant à l'autoriser en cabinet médical à condition qu'il y ait une convention avec un hôpital qui dispose d'un service d'urgence. ⁷³ Il est regrettable que les travaux parlementaires et la loi de 2018 n'abordent aucunement la problématique.

⁷¹ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 59.

⁷² Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56

⁷³ [Voir le tableau comparatif des propositions de loi](#)

4.4 Quand des médecins annoncent ouvertement ne pas respecter la loi

Dans les faits et particulièrement pour ce qui concerne les délais, la loi n'est pas toujours respectée : « *Dans la pratique, dans notre prise en charge et notre approche des patientes, nous ne tenons pas compte des nombreuses idioties contenues dans cette loi* », affirme Carine Vrancken, Présidente de l'union des centres d'avortements néerlandophones et nouvellement nommée experte à la Commission d'évaluation. ⁷⁴ Selon Valérie Piette, historienne, « *la désobéissance civile, l'illégalité font partie de l'histoire des plannings, et le militantisme doit persister* ». ⁷⁵

Lorsque le délai de 12 semaines est dépassé, certains médecins disent eux aussi « s'arranger » pour « ne pas envoyer les femmes en Hollande » en leur permettant d'avorter malgré le fait que les conditions strictes pour un avortement tardif ne soient pas respectées. ⁷⁶ Auditionné par le Parlement en mai 2018, un médecin a ainsi révélé que son service avait fait avorter une adolescente de 16

⁷⁴ Carine Vrancken, présidente de l'Union des centres d'avortements néerlandophones, dans « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 51.

⁷⁵ Valérie Piette, historienne, dans « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 44.

⁷⁶ « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 37.

ans à 16 semaines de grossesse. Aucune poursuite ne s'en est suivie.⁷⁷

D'autres interprètent la loi de manière à étendre à la problématique sociale grave les critères justifiant un avortement tardif.⁷⁸ **Une grossesse sans désir d'enfant suffit selon eux à attenter gravement à la santé psychique de la femme.** Une telle interprétation de la loi conduirait certains médecins à pratiquer des avortements tardifs du moment que la femme ne souhaiterait pas poursuivre sa grossesse pour des raisons sociales.

La Commission s'autorise elle-même quelques écarts. Alors que la loi n'admet les avortements tardifs pour raisons médicales que s'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, les rapports de la Commission parlent de maladie grave **ou** incurable. De même, les sites d'informations sur l'avortement ne mentionnent plus les deux conditions conjointement.⁷⁹ Or selon cette interprétation, une affection grave, mais parfaitement curable justifierait une IMG. Une autre sera incurable, mais pas nécessairement grave, et beaucoup

d'autres seront possibles, mais non certaines.⁸⁰

Ainsi, les rapports de la Commission d'évaluation mentionnent, parmi les motifs invoqués, la surdité congénitale, l'absence du bras gauche (motif pour lequel l'avortement n'est pourtant pas autorisé en France en raison des grands progrès en matière de prothèses), l'hémophilie (de mieux en mieux prise en charge), des infections au cytomégalo virus (dont 90% sont asymptomatiques à la naissance, et 75% asymptomatiques au cours de la vie de l'enfant), etc.⁸¹

⁷⁷ Yannick Manigart, chef de clinique au CHU Saint-Pierre, auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 127.

⁷⁸ Dr. Verougstraete, dans « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 39.

⁷⁹ <http://bruxelles-j.be/amour-sexualite/interrompre-sa-grossesse/>

⁸⁰ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20170626-fe-avortement-tardif.pdf>

⁸¹ Rapports de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse de 2006 et de 2012, disponibles sur <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be>

5. Implications de la nouvelle loi du 15 octobre 2018

Le 15 octobre 2018, le Parlement a adopté une loi relative à l'avortement, qui désormais ne figure plus dans le Code pénal. Certaines conditions pour le pratiquer, que nous détaillerons dans ce chapitre, sont modifiées ou supprimées. Cela concerne principalement l'état de détresse, le délai de réflexion, la clause de conscience, le délit d'entrave et l'autorisation de la publicité en matière d'avortement. Les sanctions pénales en cas de violation des conditions légales, quant à elles, demeurent.

5.1 Sortie de l'avortement du Code pénal

L'avortement est désormais réglé par une loi distincte, ce qui entraîne des conséquences à la fois symboliques et pratiques.

Dans leurs rapports à propos de la sortie de l'avortement du Code pénal, le Centre d'Action Laïque et les intervenants au Colloque académique du campus VUB-ULB voulaient que l'avortement devienne « ainsi clairement **un acte médical** assorti des conditions et garanties nécessaires pour les intéressées », une « mesure de santé publique » et un « droit de la femme à disposer de son corps ».⁸²

Or, passer d'une dépenalisation partielle à un droit de santé publique

⁸² Proposition de loi du 17 juin 2017 relative à l'avortement, citée supra.

implique un tout autre cadre de réflexion pour de futures modifications de la loi, lié exclusivement à la santé et non plus à la justice.

L'argument de la culpabilisation a été souvent invoqué pour justifier ce basculement: « *Les femmes se sentent coupables d'avorter parce que l'avortement est dans le Code pénal.* »⁸³ La pénalisation de principe, le délai de réflexion, le délai de 12 semaines etc., seraient source de pressions psychologiques sur elles.

Autant le législateur de 1990 s'appuyait sur l'état de détresse et la souffrance de la femme, autant les voix actuelles ont mis l'accent sur la nécessité de sortir de la culpabilisation due à la qualification de l'avortement comme délit. Or, « *la dépenalisation de l'avortement ne permettra pas, à elle seule, de diminuer le sentiment de culpabilité qui l'accompagne car les femmes concernées seront toujours l'objet de tensions sur le plan éthique* », comme le disait Pascal Borry, bioéthicien, aux auditions parlementaires de mai 2018.⁸⁴

Selon certains, la culpabilisation se ressentirait par la difficulté de recueillir

⁸³ « [L'avortement et le Code pénal en Belgique – 1867-2017](#) », Centre d'Action Laïque, p. 22-23.

⁸⁴ Auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 51. Voy. Aussi les propos de M. Hiele, président de la commission d'éthique à l'UZ Leuven, ibid. p. 88, et du prof. W. Lemmens, p. 133.

des témoignages de femmes qui ont avorté. Pourtant, une simple recherche sur internet suffit à dresser une liste de nombreux blogs, sites ou vidéos YouTube où des femmes parlent ouvertement de leur avortement et de ses conséquences parfois douloureuses.⁸⁵ La difficulté qu'ont certaines femmes à témoigner ne vient-elle pas du peu de place laissée à l'expression de la souffrance vécue pendant et après un avortement ? La négation des conséquences psychologiques de l'avortement par exemple, ne serait-elle pas encore plus culpabilisante que la qualification de l'avortement comme délit ?

5.2 L'avortement est-il devenu un droit ?

Le maintien de l'avortement dans le Code pénal, comme nous l'avons vu plus haut, tenait à souligner que l'avortement **touche plusieurs intérêts fondamentaux** qu'il convient de mettre en balance. Il permettait d'éviter que l'intérêt fondamental protégé ne devienne, en définitive, exclusivement **« l'autodétermination de la femme »**.

Parmi ces intérêts, on peut mentionner la reconnaissance sociale de l'état de grossesse, une certaine

protection due à l'enfant à naître⁸⁶, l'intérêt de la femme qui, placée dans un état de détresse, doit pouvoir être aidée par d'autres voies que celle de l'avortement – voies que les circonstances semblent parfois imposer à la femme, malgré elle -, l'intérêt du père, auteur de l'enfant à naître, ainsi que celui du personnel médical et, le cas échéant, de l'institution de soins, souhaitant, pour diverses raisons, ne pas prêter son concours à un avortement.⁸⁷

Ces intérêts sont aussi mentionnés par les textes de droit international et la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme.⁸⁸ Ces textes prescrivent une certaine **protection juridique de l'enfant à naître et ne mentionnent en aucun cas un quelconque « droit » à l'avortement**, prenant soin de maintenir cette balance d'intérêts.

Bien que l'avortement ne figure plus dans le Code pénal, on peut douter qu'il existe un véritable droit à l'avortement. Ce n'est que par exception, et sous conditions, que l'interruption de grossesse n'est pas érigée en infraction pénale. L'article 3 de la loi du 15 octobre 2018 est libellé comme suit : « *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*

⁸⁵ Voyez par exemple : <https://www.parlerdemonivg.com/> et sur Facebook <https://www.facebook.com/parlerdemonivg/> ou encore <https://www.sosbebe.org/testimonials-category/apres-une-ivg/>

⁸⁶ A propos du statut de l'embryon : voir <https://www.ieb-eib.org/fr/document/statut-de-lembrion-la-question-interdite-184.html>.

⁸⁷ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/201702-flash-expert-avortement.pdf>

⁸⁸ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20170621-flash-expert-droit-avortement.pdf>

euros ». **On peut lire dans le maintien des sanctions pénales que le législateur continue de réprouver l'avortement, mais que, par exception et sous conditions, il octroie à la femme la liberté de le demander.** Il n'y a donc pas de droit à faire valoir à l'encontre des soignants ou des établissements de soins. Le législateur s'aligne ainsi prudemment sur la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme, qui continue d'affirmer que la Convention européenne des droits de l'homme ne consacre pas de droit à l'avortement.⁸⁹

5.3 Le délai de réflexion n'est plus totalement garanti

La nouvelle loi maintient le délai de réflexion de 6 jours « *sauf s'il existe une raison médicale urgente pour la femme enceinte d'avancer l'interruption de grossesse* ».

Laissé à la libre appréciation du médecin, un tel critère fragilise inévitablement la garantie qu'offrait un délai fixe de réflexion. Or, quelle pourrait être la raison médicale urgente d'interrompre une grossesse (avant 12 semaines) dès lors que le délai de réflexion n'est plus susceptible d'entraîner le dépassement du délai légal et d'empêcher ainsi la femme d'avorter dans les temps ?

⁸⁹ Cour eur. D.H., 16 déc. 2010, affaire *A., B. et C. c. Irlande*, req. n° 25579/05.

Cour eur. D.H., 30 oct. 2012, affaire *P. et S. c. Pologne*, req. n° 57375/08.

[Brochure](#) sur les clauses de conscience au profit des professionnels de la santé.

En effet, si la première consultation intervient moins de 6 jours avant l'échéance des 12 semaines de grossesse, le délai de réflexion est prolongé au *prorata* du nombre de jours non écoulés du délai de 6 jours, ce qui aboutit **potentiellement à un délai de 12 semaines et 6 jours.**

Une des raisons possibles, et qui fut évoquée lors des auditions parlementaires, est **l'obstacle que poserait le respect de ce délai pour l'avortement médicamenteux**, qui n'est possible que dans les 7 premières semaines de grossesse et qui nécessite donc une réaction rapide.⁹⁰ De fait, des hôpitaux demandent à ce que soit « repensé les délais de procédure » afin que les demandes d'avortements soient traitées plus rapidement, « pour pouvoir satisfaire l'attente des femmes qui, jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, peuvent encore avorter par voie médicamenteuse ». ⁹¹

Des professeurs de droit médical plaident déjà pour que l'exception devienne la règle, et que les raisons psychosociales graves (comme l'angoisse) suffisent pour échapper au délai de réflexion.⁹² Pourtant, pour des femmes qui

⁹⁰ Dominique Roynet, représentante du "Groupe d'action des centres extra-hospitaliers pratiquant l'avortement", auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 132.

⁹¹ Rapport bisannuel 2016-2017, *op. cit.*, p. 74.

⁹² Th. Vansweevelt et K. Van Assche, "De nieuwe abortuswet: over symboliek en knelpunten", *De Morgen*, 8 november 2018.

sont sous la pression de leur entourage, un cadre fixe de 6 jours « *peut offrir un sentiment de sécurité tant aux personnes qui demandent une aide qu'à celles qui y pourvoient.* »⁹³

5.4 Objection de conscience moyennant obligation de renvoi

La loi de 2018 garantit la liberté du médecin et des auxiliaires médicaux de ne pas devoir concourir, directement ou indirectement, à un avortement. Elle oblige néanmoins le médecin à **indiquer à la femme les coordonnées** d'un autre médecin, d'un centre d'interruption de grossesse ou d'un service hospitalier, **sans pour autant exiger que cet autre médecin ou ce service hospitalier ne pratiquent l'avortement.** En effet, pareille obligation représenterait une violence à l'encontre du médecin objecteur qui se serait ainsi vu contraint de coopérer indirectement à l'interruption de grossesse à laquelle il est pourtant opposé. Selon la loi, c'est à la femme que revient la responsabilité d'adresser une nouvelle demande. C'est aussi à l'Etat qu'il appartient d'assurer par d'autres moyens efficaces l'information des intéressées, sans grever davantage la conscience des professionnels de la santé qui se trouve quelque peu entaillée par cette nouvelle obligation d'indication.⁹⁴



On peut se demander quelle est la raison d'une telle réforme, car les experts auditionnés en mai 2018 s'accordaient pour dire que l'accès à l'avortement en Belgique n'était pas un problème en soi, et qu'aucune femme n'avait encore été empêchée d'avorter du fait de l'objection de conscience – sans renvoi - de son médecin.⁹⁵

5.5 Le délit d'entrave à l'avortement

La nouvelle loi punit « *celui qui tente d'empêcher une femme d'accéder librement à un établissement de soins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse d'un emprisonnement de trois mois à un an et à une amende de cent euros à cinq cents euros.* » C'est ce qu'on appelle le « délit d'entrave à l'avortement », curieusement établi alors que la Belgique n'a encore connu aucun cas de ce genre.⁹⁶

⁹³ Silke Brants, représentante de Fara vzw, auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 65.

⁹⁴ Voir la [Brochure](#) de l'Institut Européen de Bioéthique sur des clauses de conscience au profit des professionnels de la santé.

⁹⁵ Auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 75 et 90. "L'absence d'une telle obligation ne pose aucun problème en pratique", Carine Vrancken, coordinatrice des centres d'avortements en Flandre, p. 92.

⁹⁶ Th. Vansweevelt et K. Van Assche, *op. cit.*

Si l'exposé des motifs de la loi mentionne bien le **caractère physique** que doit revêtir l'entrave à l'avortement, le texte de loi lui-même omet de le préciser, laissant un flou juridique préoccupant pour les personnes qui tenteraient de dissuader une femme de subir un avortement, par des mots, des images ou toute autre forme d'expression que le fait *d'obstruer physiquement l'accès* à un endroit où se pratique l'avortement.⁹⁷ Si l'on s'en tient à l'esprit du texte tel que l'indique l'exposé des motifs de la loi, une telle interprétation ne saurait pévaloir, sauf à méconnaître la liberté d'expression et de communication.⁹⁸

5.6 Autorisation de la publicité en matière d'avortement

La loi de 2018 a supprimé l'interdiction de vente et de publicité pour les substances et moyens abortifs ainsi que la publicité pour les personnes qui pratiquent l'avortement, anciennement incriminées par l'article 383 du Code pénal comme « outrages aux bonnes mœurs ». En toute légalité, l'Etat ou des entreprises privées pourraient donc promouvoir l'usage de tels moyens abortifs ou recommander des personnes et des centres qui pratiquent l'avortement, par le

biais de publicités ou autres campagnes publiques d' « information ».⁹⁹

Cette évolution marque un tournant clair dans la libéralisation de l'avortement. Dans son dernier rapport, la Commission n'a d'ailleurs pas hésité à recommander au législateur de développer des campagnes régulières d'information sur l'avortement, via la presse, l'affichage dans l'espace public et les transports en commun, la radio, la télévision, internet et les réseaux sociaux.¹⁰⁰

5.7 Ecart de l'objectif initial de réduire le nombre d'avortements

La Commission d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse a mis en garde, dans son rapport de 2012, contre la banalisation de l'avortement **et le fait que les chiffres ne baissaient pas**. Depuis 2013, les chiffres sont légèrement en baisse mais le taux d'avortement par rapport au nombre de naissances ne diminue toujours pas. La Commission a également souligné le paradoxe selon lequel avorter coûte moins cher que d'utiliser la contraception, ce qui freine la prévention.¹⁰¹ En effet, le coût assumé par la femme pour une interruption de

⁹⁷ F. Keuleneer, "Hoe de nieuwe abortuswet inhakt op ons rechtssysteem", De Morgen, 12 juli 2018.

⁹⁸ Voir à ce sujet la décision du Conseil constitutionnel français du 16 mars 2017 et ses réserves d'interprétation sur la loi du 1^{er} décembre 2016 relative à l'extension du délit d'entrave à l'interruption volontaire de grossesse.

⁹⁹ Prof. Jean-Jacques Amy, auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, p. 75.

¹⁰⁰ Memorandum à l'attention du Parlement, recommandations et conclusions faisant suite aux rapports bisannuels 2014, 2016 et 2018.

¹⁰¹ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56.

grossesse après remboursement par la mutuelle, s'élève en général à **3,60 euros**.¹⁰²

Il est intéressant de confronter ces prévisions au souhait initial du législateur, à savoir la baisse progressive du nombre d'avortements.

La révision de la loi en 2018 n'a en rien visé un des premiers objectifs du législateur en 1990, à savoir la réduction du nombre d'avortements en Belgique. Au contraire, du fait de l'allongement potentiel du délai de 12 semaines à 12 semaines et 6 jours, du caractère facultatif du délai de réflexion en cas de « *situation médicale urgente* », mais aussi et surtout de l'autorisation de publicité sur l'utilisation de médicaments et autres moyens pour pratiquer un avortement, la nouvelle loi risque de mener à une augmentation des avortements. Alors que d'autres pays d'Europe peuvent se féliciter d'une **nette baisse de ce nombre**, la Belgique affichait **une augmentation de 12% en 12 ans**, de 2004 à 2016.

Le tableau comparatif ci-dessous montre l'évolution des avortements en Europe. La Belgique est un des pays où le taux d'avortements pour 1000 femmes en âge de procréer est loin d'être le plus bas.

Face à ce constat, **on peut se demander en quoi la nouvelle loi va concourir à la prévention et à la réduction du nombre d'avortements**, ce qui manifestement constitue une urgence en Belgique si on regarde la situation des autres pays d'Europe. C'était aussi la

¹⁰² <http://www.planningsfps.be/activites/Avortement/Pages/Combien-coute-un-avortement.aspx>

demande de plusieurs experts auditionnés au Parlement en mai 2018.¹⁰³ Sans oublier que, selon le Professeur Leonardo Gucciardo, gynécologue à l'**UZ Brussel**, une augmentation du nombre d'avortements ira de pair avec une augmentation du budget de l'Etat dédié à la pratique de l'avortement : « *Si le nombre d'interventions augmente, le budget devra en tenir compte.* »¹⁰⁴

¹⁰³ Auditions du 23 mai 2018 à la Chambre des représentants, proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, 54-3216/003, notamment le prof. Pascal Borry, p.52.

¹⁰⁴ Professeur Leonardo Gucciardo, gynécologue à l'UZ Brussel VUB, « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 32 et 40.

Nombre d'avortements déclarés par pays européen et évolutions¹⁰⁵

Pays	2004	2016	Variation en %	Ratio pour 1000 femmes en âge de procréer (2016)
Russie	1 797 567	929 963**	-48,27	37,4
Suède	34 454	37 000	7,39	20,8
Estonie	10 074	6 248	-37,98	17,1
France	209 907	216 061	2,93	14,6
Bulgarie	47 223	26 412	-44,06	13,6
Islande	889	1 021**	14,85	13
Danemark	15 231	15 097**	-0,88	11,4
Roumanie	191 038	63 518	-66,75	11,3
Norvège	14 071	15 343**	9,04	11
Hongrie	52 539	30 439	-42,06	10,8
Serbie	29 650	22 867**	-22,88	10,7***
Royaume-Uni	206 960	190 406	-8	10,4
Espagne	84 985	93 131	9,59	10,36
Belgique	16 024	17 878	11,57	8,9
Pays-Bas	33 342	30 144	-9,59	8,6
Lettonie	13 723	4 366	-68,18	8
Rép. Tchèque	27 574	20 406	-26	6,9
Slovénie	6 403	3 736	-41,65	6,6
Finlande	11 162	9 387	-15,9	6,4
Slovaquie	15 307	9 390	-38,64	5,8
Lituanie	10 664	4 502	-57,78	5,5
Portugal	4 325***	15 959	267,26	5,3
Italie	137 140	84 874	-38,11	5
Allemagne	129 650	98 721	-23,86	4,4
Monténégro	1 952	763	-60,91	4,1
Suisse	10 959	10 085	-7,98	4,1
Croatie	5 232	2 520	-51,83	2,2
Pologne	193	1098	468,91	0,1

*chiffres de 2011 **chiffres de 2014

***chiffres de 2007, année de la légalisation de l'avortement au Portugal.

¹⁰⁵ Pour l'analyse de ce tableau, voir le Flash Expert de l'IEB ici : <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20190110-fe-avortement-europe.pdf>

Sources institutionnelles et gouvernementales:

Eurostat (pour la plupart des pays):

www.appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_fabort&lang=en

Pour les autres pays :

Institut national des études démographiques (INED) (France)

www.mscbs.gob.es (Espagne)

www.orka.sejm.gov.pl (Pologne)

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (Pays-Bas)

www.gov.uk (Verenigde-Koninkrijk) - Socialstyrelsen.se (Suède)

www.un.org (World Abortion Policies 2013)

www.stat.ee/34285 (Estonie)

www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2019/liitetaulukot/Tr04_19_Liitetaulukot.pdf (Islande, Norvège, Danemark)

Conclusion

Un regard sur **l'esprit de la loi du 3 avril 1990** permet de constater que la pratique de l'avortement en Belgique aujourd'hui **s'écarte manifestement de la volonté initiale du législateur**.

Des conditions restrictives sanctionnées pénalement furent établies pour permettre, d'abord à la femme de prendre sa décision en pleine connaissance de cause, dûment informée des aides disponibles, ensuite au médecin de faire valoir librement son objection de conscience, et enfin à l'enfant à naître d'être protégé dans une certaine mesure. La pratique montre que ces conditions ne sont pas toujours respectées.

La Commission d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, devant son incapacité d'une part et l'absence de volonté politique de contrôle des avortements d'autre part, se plaint elle-même de ne pas avoir reçu les outils nécessaires pour assurer sa mission.

Il existe actuellement, au vu de la nouvelle loi de 2018, une volonté de se démarquer de l'interdit pénal initial pour **faire de l'avortement un droit à part entière**, relevant exclusivement du domaine de la Santé. Cette volonté s'éloigne clairement des objectifs directeurs à l'époque, à savoir de réduire le nombre d'avortements en encadrant leur pratique, et de mettre en exergue les aides disponibles pour poursuivre une grossesse malgré les difficultés. Au vu de **l'évolution préoccupante des chiffres de l'avortement** en Belgique et des constats de la Commission par rapport aux difficultés grandissantes des femmes faisant face à une grossesse non prévue, l'urgence n'est-elle pas de réinvestir pleinement ces deux objectifs ?