



**DROIT À
L'AVORTEMENT
EN BELGIQUE**

Etat des lieux 2013



Table des matières

Avant-propos	
1. Mythes autour de l'avortement	p. 4
Françoise Kruyen	
2. IVG et contraception	p. 6
Anne Verougstraete et Christine Kirkpatrick	
3. Le pharmacien et la pilule du lendemain	p. 7
Christian Elsen	
4. La clause de conscience	p. 8
Jean-Jacques Amy	
5. Pénurie de praticiens pratiquant l'avortement	p. 11
Dominique Roynet	
6. Violence envers les femmes et grossesses non désirées	p. 12
Anne Verougstraete	
7. Guidance psychosociale : une spécificité belge	p. 13
Joke Vandamme et Elia Wyverkens	
Conclusion	

Avant-propos

« Construire une société juste, progressiste, garante de la dignité de la personne et des droits humains assurant à chacun l'égalité de tous devant la loi sans distinction de sexe » Article 4 des statuts du Centre d'Action Laïque

L'engagement en faveur de l'autonomie des femmes est une priorité du Centre d'Action Laïque. Le combat en faveur du choix des femmes est un combat laïque par excellence, en ce sens qu'il revendique de façon claire les valeurs essentielles de la laïcité que sont l'émancipation, le libre choix de la personne sur son corps et les conditions de son existence, la responsabilité individuelle et celle du couple, l'égalité des femmes et des hommes, le respect de l'intégrité physique et psychique, la liberté sexuelle et le droit au plaisir.

Depuis le vote de la loi sur la dépénalisation de l'IVG, votée il y a vingt-trois ans, le CAL n'a eu de cesse d'exercer sa vigilance en la matière et a multiplié les prises de position pour assurer le respect des conditions permettant de faire ce choix dans de bonnes conditions. Des documents audiovisuels, des dossiers pédagogiques ont été récemment réalisés pour rencontrer nos préoccupations et notre souci d'information. En 2013, nous avons souhaité faire le point sur quelques aspects qui méritent une attention soutenue, tant de la part des pouvoirs publics que de chacun-e d'entre nous.

Le CAL remercie les experts, médecins et professeurs qui, dans les pages ci-après, ont accepté de partager leur expérience et leurs connaissances. Quand les uns soulignent des lacunes, des points de vigilance ou des enjeux, d'autres mettent en évidence les modalités positives de la pratique de l'avortement en Belgique. Défendre ce droit ne peut se résumer à faire échec à ses opposants, cela peut être aussi de continuer à mieux comprendre et soigner les femmes confrontées à une grossesse non désirée, dans un but de santé publique et afin de garantir à toutes les femmes la jouissance de ce droit fondamental.

C'est dans cette même perspective que le CAL milite pour que l'EVRAS (l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle) soit effectivement réalisée dans toutes les écoles, à tous les niveaux d'enseignement, et assurée par les personnes disposant des compétences spécifiques requises.



Pierre Galand
Président du Centre d'Action Laïque

1. Mythes autour de l'avortement

Le dernier rapport rédigé par la Commission Nationale d'Evaluation de l'Interruption de Grossesse à l'attention du Parlement¹ en août 2012 contient les statistiques 2010-2011 ainsi que leur analyse. On y trouve également les propositions des centres extra hospitaliers et hôpitaux en vue de diminuer le nombre des grossesses non désirées dans notre pays, ainsi qu'une note des centres néerlandophones extra-hospitaliers pratiquant l'avortement qui dénonce et déconstruit quelques mythes concernant l'IVG, en s'appuyant sur des informations scientifiques référencées².

Ces mythes procèdent d'une désinformation orchestrée par les opposants à l'avortement dans le but de discréditer l'IVG en utilisant des arguments malhonnêtes et/ou non valides.

Mythe 1 Le nombre d'avortements ne cesse d'augmenter en Belgique depuis la loi votée en 1990

S'il y a une augmentation du nombre absolu d'IVG enregistrées, elle doit être pondérée par les éléments suivants :

- Au fil des années, les équipes médicales se montrent de plus en plus diligentes à remplir les formulaires d'enregistrement des IVG.
- Aujourd'hui, la Belgique répond mieux que par le passé aux demandes d'avortement de ses ressortissantes. Le nombre de femmes belges qui ont avorté en Hollande (chiffre non repris dans les statistiques belges) a donc fortement diminué. Il est passé de 2.794 en 1993 à 681 en 2010.
- La population globale de la Belgique a augmenté depuis le vote de la loi dépénalisant l'IVG. Le nombre d'accouchements a également augmenté, de sorte que le nombre d'IVG pour 100 naissances est resté stable : 14 à 15 %. Ce taux belge est particulièrement bas ; il est de 24% aux USA et grimpe à 58% en Guadeloupe.
- Sur les 11 millions d'habitants que compte actuellement la Belgique, la population précarisée est de plus en plus nombreuse. Le lien entre précarité et avortement est indéniable, comme le démontrent les études internationales.

Mythe 2 Les grossesses non désirées et avortements concernent surtout des jeunes filles

Depuis l'année 2000, le pourcentage d'avortements pratiqués sur des femmes de moins de 20 ans est totalement stable en Belgique : 13 à 14 %. On est loin d'une surreprésentation des jeunes en matière d'avortement.

1. <http://tinyurl.com/cjshbzu>

2. Rapport de la Commission, p.63 à 67, point 3.2.A.4.2

Mythe 3 Si les lois sur l'avortement étaient abrogées ou s'il devenait très compliqué de se faire avorter, le nombre d'interruptions de grossesse diminuerait

Le nombre d'avortements est le plus faible dans les régions où la législation est libérale. En Europe occidentale, le nombre d'avortements pour 1.000 femmes en âge de procréer est de 12 alors qu'il atteint 32/1000 en Amérique Latine. Les lois restrictives en matière d'avortement n'ont pas pour conséquence de diminuer le nombre d'IVG, mais vont généralement de pair avec une mauvaise disponibilité de moyens contraceptifs efficaces.

Mythe 4 L'avortement rend infertile

L'infertilité résulte des complications infectieuses qui accompagnent les avortements clandestins.

Mythe 5 Si tout le monde utilisait un moyen contraceptif sûr, l'avortement ne serait plus nécessaire

La disponibilité de moyens contraceptifs efficaces fait chuter le nombre d'avortements, mais la nécessité des interruptions de grossesse ne disparaît pas pour autant. L'OMS a calculé que même si tout le monde utilisait parfaitement (sans erreur de l'utilisateur) le moyen contraceptif choisi, il y aurait malgré tout chaque année 5,9 millions d'avortements en raison des échecs inévitables de la contraception.

Mythe 6 Un avortement perturbe la santé mentale

L'American Psychological Association (APA), dans son 'Report of the APA Task Force on Mental Health and Abortion' de 2008, affirme que la prévalence de problèmes de santé mentale auprès de femmes ayant subi, une seule fois, un avortement légal au cours du premier trimestre (pour un motif non thérapeutique) est comparable à la fréquence de problèmes de santé mentale dans la population générale.

Mythe 7 L'avortement provoque le cancer du sein

Au fil du temps, divers instituts réputés ont officiellement déclaré qu'il n'existe aucun lien causal entre un avortement et le développement d'un cancer du sein.



Françoise Kruyen, gynécologue au CHU Tivoli à La Louvière, en centres de planning et centres extra-hospitaliers – Membre de la Commission Nationale d'Evaluation de la loi concernant l'Avortement

2. IVG et contraception

Pourquoi 45% des femmes qui demandent une IVG n'ont-elles pas utilisé de contraception ?

La réponse à cette question est multiple, à l'image des parcours diversifiés des femmes qui ont recours à l'avortement :

- Certaines femmes avaient planifié cette grossesse, mais des difficultés dans le couple, une rupture, de gros problèmes financiers ont mis à mal ce projet.
- D'autres ont une longue histoire d'infertilité et pensent qu'il est inutile d'utiliser une contraception.
- La majorité de ces femmes ont déjà pris une contraception fiable, mais elles l'ont arrêtée temporairement pour diverses raisons (effets secondaires, en attente de débiter une autre contraception, plus de prescription, manque d'argent...)
- La moitié des femmes de 15-45 ans a déjà eu un rapport non protégé sans vouloir un enfant. Certaines ont eu de la chance, d'autres, plus fertiles, en payent les frais. Les rapports sexuels ne sont pas toujours planifiés ; la spontanéité, ça existe et tant mieux ! Mais la fièvre du samedi soir, la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues ne facilitent pas l'utilisation correcte du préservatif.
- Après une séparation, les femmes ont tendance à arrêter leur contraception. Quand, après une période de célibat, elles ont un rapport sexuel non prévu, elles se retrouvent non protégées. Elles n'ont souvent aucune expérience du préservatif et ne pensent même pas à la possibilité d'utiliser la contraception d'urgence.
- Après avoir pris la pilule pendant plusieurs années, certaines jeunes adultes expriment leur ras-le-bol de prendre *toutes ces hormones*. Elles craignent un effet nocif sur leur fertilité future, sur leur santé, et veulent sentir vivre leur corps au naturel en accord avec un mode de vie plus *bio*. Celles qui décident d'utiliser les méthodes dites *naturelles* en ignorent souvent les règles strictes et le taux d'échec, avec toutes les conséquences qui en découlent...
- Beaucoup de couples ont des difficultés à utiliser le préservatif de façon assidue.
- Utiliser une contraception, c'est avoir des rapports sexuels avec préméditation. Si les rapports sexuels sont interdits culturellement, il est difficile d'avoir une attitude préventive.
- Certains parents fouillent les sacs de leurs filles à la recherche d'indices d'une activité sexuelle interdite. Ceci n'est pas propice à l'utilisation d'une pilule !
- Enfin, et cela ne concerne qu'un petit pourcentage, certaines femmes rejettent la *norme contraceptive* qui prévoit d'être protégée à tout moment : « *On verra bien où la vie nous mène* ».



Anne Verougstraete, gynécologue à l'Hôpital Érasme (ULB) et à Sjerp-Dilemma (planning familial VUB)



Christine Kirkpatrick, gynécologue à l'Hôpital Érasme (ULB)

3. Le pharmacien et la pilule du lendemain

Les femmes qui se rendent en pharmacie pour demander la pilule d'urgence essaient d'assumer au mieux leurs responsabilités après un *petit accident sexuel*. Elles doivent se sentir soutenues. Leur premier souci est de prévenir une grossesse non désirée ; elles ont donc besoin d'informations correctes, notamment sur le risque de grossesse persistant, qui est de 1%.

- 1** Le pharmacien doit d'abord s'assurer du temps écoulé depuis le contact sexuel non protégé. Après 72 heures, la « pilule du lendemain »¹ n'est plus efficace. La patiente devra, dans les cinq jours, consulter son médecin traitant pour une autre contraception d'urgence.
- 2** Le pharmacien doit également être attentif au contexte dans lequel a eu lieu le rapport sexuel non protégé pour aborder avec tact la question des maladies sexuellement transmissibles et déceler une éventuelle relation sexuelle non consentante.
- 3** Au moment de la délivrance de la contraception d'urgence, il doit insister sur l'importance d'une contraception fiable ainsi que sur la nécessité de prendre contact sans tarder avec un médecin. Le pharmacien peut aussi renforcer ses conseils en remettant des dépliants d'information qui peuvent être lus à tête reposée. La patiente de moins de 14 ans sera toujours renvoyée vers un médecin. Si nécessaire, le pharmacien peut l'aider en lui communiquant des adresses de contact.
- 4** Il est également important que le pharmacien vérifie à qui la pilule est destinée ; la pilule d'urgence devrait idéalement être donnée à la patiente elle-même, même si dans certains cas elle peut être délivrée à quelqu'un de son entourage. En effet, il est également du devoir du pharmacien de parler des effets secondaires possibles, des interactions avec d'autres médicaments, des modalités à respecter en cas d'allaitement, etc.
- 5** Certaines patientes souhaitent constituer une réserve afin de pouvoir ingérer la contraception d'urgence directement après un rapport non protégé, sans passer par l'officine. Cette demande devrait être évaluée individuellement, toujours compte tenu d'une contraception fiable et régulière.
- 6** La pilule d'urgence est en vente libre et son prix est inférieur à 10 €. Elle est cependant gratuite pour les moins de 21 ans en ordre de mutuelle avec une ordonnance. Dans le cas contraire, le pharmacien peut remettre un document pour un remboursement ultérieur. Signalez que la pilule d'urgence s'obtient gratuitement dans un Centre de Planning Familial.



Christian Elsen, pharmacien, Vice-Président de l'Association Pharmaceutique Belge.

¹ dont le principe actif est le Lévonorgestrel (nom du médicament : Norlevo ou Postinor)

4. La clause de conscience

La clause de conscience est digne de respect pour autant qu'elle soit invoquée sur base d'une réflexion morale sérieuse. Le refus de pratiquer un avortement chez une femme en situation de détresse, de plus en plus fréquent, représente une menace pour la santé publique. Si, à première vue, il y a conflit entre les droits de la femme et ceux de certains membres du personnel soignant, en réalité l'attitude de ces derniers découle d'un manque de formation, tant civique que médicale. Un meilleur encadrement devrait pouvoir y remédier.

! L'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas une intervention banale, ni une solution de facilité. Dans une minorité de cas, l'intervention est dictée par un problème de santé grave ou par une anomalie décelée chez l'embryon ou le fœtus. La plupart du temps, cependant, elle répond à un besoin contraignant de la femme que sa grossesse met en situation de détresse. Les éléments du problème ont été pesés en conscience et le choix mûrement réfléchi et éthiquement justifié. Rationnelle, cette décision est l'aboutissement d'un long questionnement au terme duquel est ressentie une nécessité impérieuse. Aucune autre solution ne peut être envisagée. Les femmes, il y a peu, n'hésitaient pas à s'exposer aux dangers de l'avortement clandestin pour arriver à leurs fins. Le personnel soignant doit s'assurer de l'absence d'ambivalence dans le chef de la femme, mais il ne lui appartient pas de remettre en question sa décision d'avorter: elle seule est à même de juger.

? Chacun des membres du personnel soignant a sa conscience morale propre qui lui enjoint d'agir ou de s'abstenir, en fonction des circonstances. Il ou elle interviendra en réponse à la décision de la femme, dans la mesure où son intervention ne transgresse pas les limites de son système éthique. Certains - le plus souvent pour des motifs religieux - attribuent une valeur intangible au produit de la conception et refusent de prendre part à un geste qu'ils réprouvent. A l'autre extrême, on trouve des professionnels prêts à pratiquer un foeticide à un stade où la viabilité est depuis longtemps atteinte, et en l'absence de problème de santé grave chez la femme ou d'anomalie fœtale incompatible avec la survie de l'enfant qui viendrait à naître.

Pareille attitude est inacceptable pour la majorité du personnel impliqué dans la pratique de l'avortement, qui considère qu'il « *faut attribuer une valeur relative à la vie débutante d'une part, à la qualité de la vie de la femme et du couple, d'autre part et agir ensuite, en conformité avec le bilan dressé au terme de cette évaluation* » (Amy, 1993). Les limites prises en considération en matière d'âge gestationnel et des raisons invoquées à l'appui de la demande d'IVG varient mais, grosso modo, on peut affirmer qu'au-delà des quatorze semaines de grossesse des raisons de plus en plus impérieuses devront être présentes pour justifier son interruption.

▶ Un exemple concret illustre la complexité de la problématique. En Italie, le recours à la clause de conscience est passé de 59 % en 2005 à 70 % en 2011 ; dans le sud, plus de 80 % des gynécologues refusent de pratiquer des avortements. Le gouvernement italien considère qu'il ne lui appartient pas de limiter le nombre de médecins et de professionnels de la santé revendiquant leur opposition à la pratique de l'IVG. La loi italienne permet l'avortement, mais n'indique pas quelles mesures doivent être prises afin de garantir un personnel suffisant et l'accès à l'IVG dans les structures sanitaires publiques. Selon l'International Planned Parenthood Federation (IPPF-EN), cette situation porte atteinte au droit à l'avortement consacré par la loi et discrimine les femmes, particulièrement les plus démunies. En conséquence, l'IPPF-EN a introduit un recours contre l'Italie déclaré recevable par le Comité européen des Droits sociaux.



Jean-Jacques Amy, Professeur émérite et Chef de service honoraire à l'Hôpital universitaire de la V.U.B.
Rédacteur en chef, the European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.

La clause de conscience en débat



L'OMS recommande de rappeler à tout membre du personnel de santé voulant exercer son droit à l'objection de conscience de se conformer aux normes de la déontologie et de l'éthique professionnelles. « Les agents de santé ont le droit d'objecter en conscience à la pratique de l'avortement, mais ils ont l'obligation de suivre les codes d'éthique professionnelle, qui exigent qu'ils orientent les patientes vers des collègues qualifiés qui ne sont pas, par principe, opposés à une interruption de grossesse autorisée par la loi. Si aucun opérateur ne peut le remplacer, l'agent de santé **doit** pratiquer l'avortement pour sauver la vie de la femme ou pour éviter de nuire durablement à sa santé, en accord avec les lois nationales. »

Nouveaux principes directeurs de l'Organisation Mondiale de la Santé sur l'avortement médicalisé – juillet 2012



Selon l'article L2212-8 du Code français de santé publique, « un médecin n'est jamais tenu de pratiquer une interruption volontaire de grossesse ». Cependant, la faculté offerte au praticien d'user de la clause de conscience ne peut constituer une entrave à la pratique de l'avortement. La loi impose donc au membre du personnel soignant qui refuse de prêter son concours d'informer **sans délai** la femme de sa décision ainsi que de l'identité de praticiens susceptibles de lui venir en aide. La loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 a, en outre, supprimé la possibilité pour les chefs de service des établissements publics de santé de s'opposer à ce que les IVG soient pratiquées dans leur service. La clause de conscience peut être invoquée à titre personnel, et non de manière collective.



En 2010, la Résolution 1763 du Conseil de l'Europe a étendu le droit à l'objection de conscience aux institutions et hôpitaux !

« Nul hôpital, établissement ou personne ne peut faire l'objet de pressions, être tenu responsable ou subir des discriminations d'aucune sorte pour son refus de réaliser, d'accueillir ou d'assister un avortement, une fausse couche provoquée ou une euthanasie, ou de s'y soumettre, ni pour son refus d'accomplir toute intervention visant à provoquer la mort d'un fœtus ou d'un embryon humain, quelles qu'en soient les raisons. »

5. Pénurie de praticiens pratiquant l'avortement

Pour accéder à l'avortement dans de bonnes conditions, une bonne loi ne suffit pas et parmi les différents facteurs limitant son application le manque de praticiens est déterminant.

Constats

En Belgique, quelque 15.000 avortements par an sont pratiqués dans des centres extra hospitaliers par environs 80 généralistes, dont la majorité ont 50 ans et plus. Depuis la génération militante des années '70-'80, la relève a été très mal assurée et la formation "sur le tas" de quelques médecins motivés a souvent abouti à leur abandon de la pratique.

Faire des avortements ne s'improvise pas; outre une expertise de la technique de vacu-aspiration sous anesthésie locale, il faut maîtriser la dimension relationnelle et émotionnelle de cet acte peu banal dans la vie d'une femme, pouvoir travailler en équipe pluridisciplinaire et accepter d'être mal payé! Entre 7 et 14 semaines de grossesse, l'aspect pratique et émotionnel de l'IVG varie beaucoup; la plupart des praticiens fixent leur limite à 12 semaines.

Formation

Depuis huit ans, le Département de Médecine Générale de l'ULB, en collaboration avec le GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extra Hospitaliers Pratiquant l'Avortement), propose aux étudiants et assistants motivés une formation sur trois années. En 4^e master, une formation impliquante de 2 journées, des cours théoriques et des stages d'observation permettent au candidat d'évaluer son intérêt et ses limites avant d'entreprendre des stages pratiques, à raison d'une demi-journée par semaine durant deux ans, dans quatre centres IVG différents, avec des maîtres de stage *seniors* distincts et un plan pédagogique précis. Une dizaine de jeunes généralistes bien formés ont actuellement pris la relève.

 L'avortement médicamenteux – disponible en Belgique depuis l'an 2000 et qui concerne 20 % des demandes – ne peut pas être une réponse au manque de praticiens. Cette méthode qui n'est ni simple ni indolore est réservée aux grossesses jeunes. Elle s'apparente à une fausse couche provoquée. Son utilisation pour interrompre des grossesses tardives (c'est déjà le cas dans des pays voisins et dans certains hôpitaux en Belgique) est irrespectueuse de la fragilité psychologique des femmes.

Il est urgent que d'autres universités s'impliquent dans la formation des jeunes généralistes, la plupart des gynécologues hospitaliers, de moins en moins nombreux, semblent avoir, quant à eux, "bien mieux à faire" !



Dominique Roynet, médecin généraliste
Planning Familial Rochefort - administratrice GACEHPA
chargée de cours et maître de stage au DMG de l'ULB

6. Violence envers les femmes et grossesses non désirées

Nous savons depuis longtemps que les femmes qui subissent violence conjugale ou abus de pouvoir ont plus fréquemment des grossesses non désirées et des IVG répétées. Actuellement, grâce aux études réalisées, nous comprenons mieux pourquoi. Cette violence peut s'exercer soit pour obliger la femme à avorter soit, au contraire, pour l'obliger à avoir un enfant qui constituera un lien indéfectible avec son partenaire.

Avortement forcé

Pour déceler les cas où la femme est obligée d'avorter sous la contrainte, il est important de proposer de la voir seule au cours de la procédure d'IVG, afin de lui permettre de parler d'un éventuel avortement forcé.

Refus de la contraception

Certains hommes refusent de mettre le préservatif, même si leur compagne a oublié sa pilule ou qu'elle n'utilise pas de contraception. De très jeunes filles sont souvent incapables d'imposer l'utilisation du préservatif à un partenaire plus âgé. Certains hommes refusent que leur compagne utilise un moyen de contraception moderne: ils promettent de *faire attention*. D'autres hommes interdisent l'utilisation d'une contraception et fouillent les affaires de leur femme à la recherche de plaquettes de pilules. C'est une manière de garder le pouvoir, qu'on peut résumer par la formule : « *Je vais te coller un gosse, comme ça tu ne pourras pas suivre ta formation et trouver un travail...* »

Grossesse forcée

Pour obliger une fille à se marier, certains hommes font des trous dans les préservatifs. Une fois qu'elle est enceinte, le but est d'avertir les parents afin que le mariage soit inévitable.

Interruptions de grossesse répétées

Des femmes qui consultent pour des IVG répétées sont plus fréquemment victimes de violences conjugales et sexuelles. De même, les femmes abusées dans leur enfance sont, elles-aussi, plus exposées à des IVG multiples.

Il faut donc être particulièrement attentif pour détecter les femmes qui ont besoin d'aide.



Anne Verougstraete, gynécologue à l'Hôpital Erasme (ULB), Sjerp-Dilemma (planning familial VUB)



Joke Vandamme et Elia Wyverkens, Master Degree en Psychologie Clinique (Université de Gand) et doctorantes



7. Guidance psychosociale : une spécificité belge

En Belgique, la loi prévoit qu'en cas d'avortement, les femmes doivent participer à un entretien psychosocial, puis attendre six jours avant que l'IVG ne soit pratiquée. En Europe, différents partis politiques ont posé la question de la valeur ajoutée de cet entretien, certains l'estimant peu utile.

En 2010, l'Université de Gand a donc mené une étude auprès de 971 femmes afin de connaître leur sentiment sur l'utilité de cet entretien. Chacun des cinq centres où se pratique l'avortement en Flandre a reçu un questionnaire qui a ensuite été soumis aux femmes en demande d'avortement. Les réponses fournies démontrent qu'avant l'entretien, les femmes sont stressées, traversées par des doutes, et dans le même temps décidées à avorter.

En revanche, après l'entretien de guidance psychosociale, elles se disent rassurées sur le respect de leur choix et se sentent mieux. Le plus souvent même leur détermination s'est renforcée, car elles ont pu partager avec les professionnels tous leurs questionnements et envisager les alternatives possibles afin de choisir en pleine connaissance de cause. En outre, les femmes interrogées déclarent avoir apprécié tant le contenu de la conversation que le processus de guidance. En plus de ces appréciations positives, les résultats de l'enquête ont également permis de mettre à jour les différents sujets abordés lors de l'entretien.

On constate que le processus de décision, l'usage de moyens contraceptifs et les détails de l'intervention ont été systématiquement pris en considération, que la femme le veuille ou non. La plupart des conversations ont bien tenu compte de chaque situation particulière, en évoquant par exemple l'âge de la femme, mais aussi en abordant des questions que celle-ci souhaitait poser. Ces conversations psychosociales avant l'avortement sont donc à la fois standardisées et personnalisées.

En conclusion, on peut dire que cette conversation préliminaire à l'avortement, avec des professionnels avertis, est une mesure considérée comme très positive par les femmes. Cela ne peut que renforcer la confiance des intervenants quant à la valeur ajoutée de cet entretien de guidance psychosociale rendu obligatoire par la loi belge.

Conclusion

La défense du droit à l'avortement suppose que notre société puisse sortir du débat idéologique afin d'envisager le recours à l'IVG comme une question de santé publique et de respect du libre choix des femmes de poursuivre ou non une grossesse.

Le législateur a d'ailleurs clairement indiqué que la loi de dépénalisation de l'IVG est basée sur ces deux principes.

Il est évident que personne ne peut obliger quiconque à avorter; ce délit est d'ailleurs sanctionné sévèrement par l'article 1 de cette loi.

Nous nous battons pour que, dans les conditions requises, personne ne puisse pas non plus – activement ou passivement – empêcher une femme d'avoir recours à l'avortement.

S'interroger sur la pratique, rester vigilant sur les conditions d'accès, le nombre d'infrastructures médicales et de médecins disponibles ainsi que mener des études pour mieux comprendre les raisons qui décident les femmes à avorter; informer la population sur les moyens de contraception, agir pour que des questions financières n'entrent pas en ligne de compte en matière de contraception et d'IVG, tout cela participe d'un mouvement qui vise à l'émancipation des individus.

Cette réflexion permanente doit permettre une prise en charge toujours meilleure, adaptée au profil des femmes ainsi qu'à leurs conditions de vie sociales et économiques.

Avoir un enfant doit rester un choix, un choix libre et éclairé.



Manifestation de la plateforme *Abortionright*
Bruxelles, 24 mars 2012



CAL

Libres, ensemble

www.laicite.be

+32 2 627 68 11
cal@laicite.net