

Dossier de l'



Institut
Européen de
Bioéthique

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

Table des matières

Introduction.....	2
1. Le cadre historique de la loi	2
2. Résumé du cadre juridique de la loi	3
2.1 Une dépénalisation partielle.....	3
2.2 La condition principale : l'état de détresse.....	4
2.3 Les conditions de lieu et d'information.....	4
2.4 La personne qui pratique l'avortement.....	5
2.5 Les délais.....	5
2.6 La clause de conscience.....	6
2.7 L'évaluation et le contrôle.....	6
3. La réalité de l'avortement en Belgique	7
3.1 Les chiffres et leur évolution.....	7
3.2 Quelles sont les causes de détresse invoquées et pour justifier un avortement ?.....	8
3.3 Les lieux où doit être pratiqué l'avortement.....	9
3.4 Les méthodes pour procéder à un avortement.....	10
3.5 L'impossibilité d'évaluer et de contrôler la pratique de l'avortement.....	11
3.6 Les recommandations de la Commission et des établissements de soins.....	12
4. L'évolution de la pratique	13
4.1 L'état de détresse.....	13
4.2 Les aides proposées à la femme en détresse.....	14
4.3 L'IVG médicamenteuse.....	14
4.4 Quand des médecins annoncent ouvertement ne pas respecter la loi.....	15
5. Les propositions actuelles	16
6. Implications d'une sortie du Code pénal et d'une dépénalisation totale de l'avortement	18
6.1 Faire de l'avortement un droit : une perte d'équilibre.....	18
6.2 Les conséquences psychologiques de l'avortement : un tabou de plus en plus gênant.....	19
6.3 Ecart de l'objectif initial de réduire le nombre d'avortements.....	19
6.4 L'impact potentiel de ces réformes sur le nombre d'avortements.....	21
7. Conclusion	22

Introduction

L'avortement provoqué est la suppression volontaire de la vie de l'embryon ou du fœtus. 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 est l'aboutissement de longs et tumultueux débats au Parlement fédéral, qui s'était saisi de ce sujet depuis les années 70. Aujourd'hui encore, des voix se font entendre pour proposer d'élargir le champ d'application de la loi, afin de rejoindre la pratique qui tend de plus en plus à s'éloigner du texte.

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. Le cadre historique de la loi

Le **Code pénal de 1867** a 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.

Sous l'impulsion de **mai 68** en France, se développent des manifestations qui fondent le MLF (Mouvement de libération de la femme); avec des slogans tels que « mon corps mon choix », « il est interdit d'interdire », « avortement, les femmes décident », les membres du mouvement réclament l'avortement libre et gratuit (pétition des « 343 salopes » et procès de Bobigny) et créent le MLAC (Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception). Ces événements dans la suite de Mai 68 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.

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.

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.

2. Résumé du cadre juridique de la loi

L'avortement est encadré par les articles 348 à 352 du Code pénal. Selon le législateur de 1990, **l'encadrement de l'avortement par la loi pénale a une valeur de principe**. Il indique ainsi que **l'avortement est toujours un acte négatif**.² Au Parlement, Roger Lallemand a lui-même insisté sur le fait que l'avortement impliquait nécessairement un conflit grave et dramatique.³ 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 »**⁴. Le maintien de l'avortement dans le Code pénal a 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.

2.1 Une dépénalisation partielle

L'article 350 du Code pénal commence par punir d'emprisonnement et d'amende celui qui aura fait avorter une femme consentant à l'interruption de sa grossesse. S'ensuit l'exception à la règle : *« Toutefois, il n'y aura pas d'infraction lorsque la femme enceinte, que son état place en situation de détresse, a demandé à un médecin d'interrompre sa grossesse et que cette interruption est pratiquée dans les conditions suivantes : (...) »*. La suite de l'article énumère les conditions strictes qui doivent être respectées pour que l'avortement ne soit pas considéré comme

² 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.

³ 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.

⁴ 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.

une infraction. Le législateur a prévu que l'acte soit susceptible de poursuites pénales à l'encontre du médecin 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.

Cette dépénalisation partielle ne peut donc pas être invoquée comme faisant naître un droit à l'avortement, et encore moins un « droit fondamental » des femmes⁵.

2.2 La condition principale : l'état de détresse

La condition d'état de détresse est requise pour toute femme qui veut avorter, peu importe le stade d'avancement de sa grossesse. Cette notion, une nouveauté du point de vue légistique, doit se comprendre comme « *une détermination de la volonté* », « *un refus profond et persistant de la femme de laisser se poursuivre sa grossesse* ».⁶

La condition d'état de détresse est laissée à l'appréciation de la femme et du médecin, ce qui à l'époque avait entraîné un avis critique du Conseil d'Etat : « *[cette notion,] faute de pouvoir être définie de manière précise et objective, n'a aucune portée juridique* »⁷. Le législateur est donc

passé outre la remarque du Conseil d'Etat. On peut dès lors se demander si un réel contrôle de cette condition est possible, car sans critère objectivable pour estimer la détresse de la femme, l'appréciation devient inévitablement subjective. La notion couvre alors potentiellement n'importe quelle raison invoquée pour vouloir avorter.

Toujours est-il que la notion implique qu'un médecin, s'il hésite à propos de la détermination de la femme à avorter, a le droit de refuser de pratiquer l'avortement qu'elle demande.⁸

2.3 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* ».⁹ En effet, l'établissement est censé disposer d'un service d'information qui accueille la

⁵ Il n'y a aucun « droit à l'avortement » issu du droit international et européen, voir [Flash Expert IEB](#)

⁶ 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. 9.

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, *Avis du Conseil d'Etat*, sess. 1988-1990, nr. 247-8, p. 6-7.

⁸ 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. 106.

⁹ 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. 10.

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.¹⁰

2.4 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.

2.5 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.

Jusqu'à la **12^{ème} semaine** après la conception, soit la **14^{ème} semaine** d'aménorrhée¹¹, nulle autre condition que celles décrites jusqu'ici n'est requise pour pratiquer un avortement.¹²

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, 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

¹⁰ 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.*

¹¹ C'est-à-dire 14 semaines depuis les dernières menstruations.

¹² La raison du choix de ce délai est principalement conventionnelle. Le législateur dit s'être largement inspiré des délais en vigueur en France.

détresse.¹³ 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.¹⁴

2.6 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 en effet tenu de participer à une interruption de grossesse* ». Cette clause légale garantit la liberté de conscience des soignants face à ce type d'intervention.¹⁵ **La loi n'impose pas au médecin** qui s'en prévaut de renvoyer la femme vers un **autre médecin** qui pratique l'avortement.

2.7 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 la 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. **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

¹³ 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.

¹⁴ Voir Flash Expert IEB, [L'avortement d'un enfant presque à terme est bien possible](#)

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.

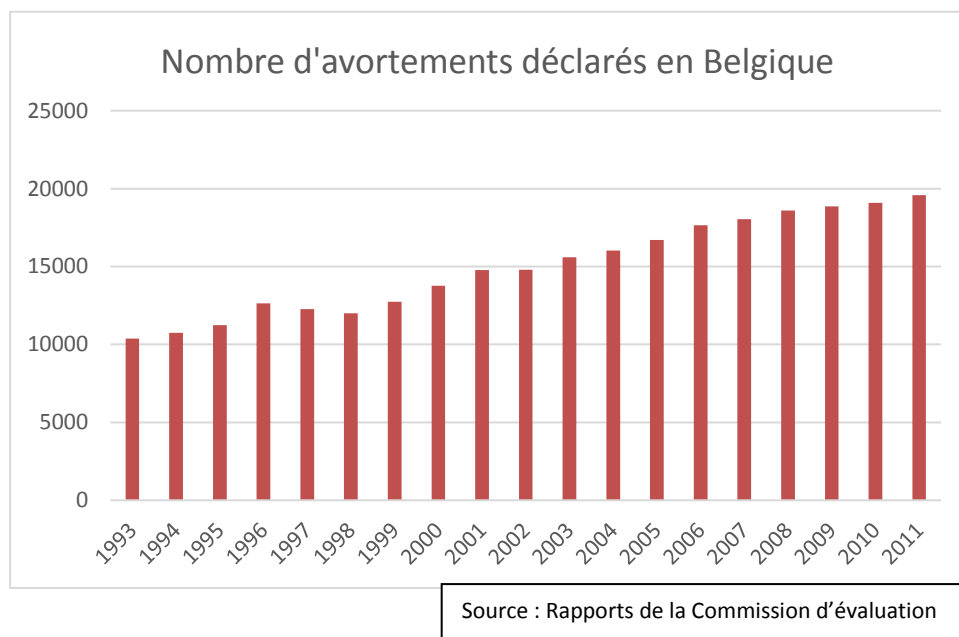
évalue l'application de la loi, décèle les raisons pour lesquelles la femme avorte, et formule des recommandations visant à réduire le nombre d'interruptions de grossesse et à améliorer la guidance et l'accueil des femmes en état de détresse.

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 rapport de 2012 de la Commission d'évaluation révèlent une augmentation constante du nombre d'avortements enregistrés par la Commission¹⁹ :



On relève **19.578 avortements** au cours de l'année 2011, soit une moyenne de 54 par jour. Ce chiffre a augmenté de 1.938 unités au cours des 5 années précédentes. Cela veut aussi dire qu'en

moyenne, en Belgique, **1 grossesse sur 7** se termine par un avortement.²⁰

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

L'étude de Nathalie Bajos en France²¹, 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 2004, le nombre d'avortements n'a pas chuté.

Le rapport de la Commission révèle en effet que, parmi les femmes qui utilisaient un moyen de contraception, 16 % affirment que la méthode a été inefficace. Le rapport indique que **30,80% des femmes recourant à une IVG prenaient la pilule** dans le mois précédant leur grossesse et que par ailleurs, il y avait, dans 14,89%, des cas utilisation du préservatif. L'enquête réalisée par Solidaris en 2017 sur la contraception²² 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 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 contraception, il faut tenir compte de la difficulté d'en assurer un usage parfait sur de longues périodes. Selon le rapport de la Commission, **32% des avortements** en 2011 étaient liés à un usage incorrect des méthodes de contraception.

Chez les femmes de 15 à 44 ans, la Commission belge observe un ratio de 14 - 15 avortements déclarés pour 100 naissances. Elle constate enfin que l'espoir du Parlement de **voir diminuer le nombre d'avortements ne s'est pas réalisé**.²³

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 27 ans. Parmi les femmes qui ont subi un avortement en 2011, **24% sont domiciliées à Bruxelles-Capitale, 42% en Flandre, 33% en Wallonie**.²⁴

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

Les raisons principales qui poussent les femmes à recourir à l'avortement et expliquent leur « **état de détresse** » sont nombreuses : détresse psychologique, pression de la famille ou du compagnon, motivations d'ordre social (la venue d'un enfant peut constituer un obstacle à la réalisation d'un plan de carrière), refus d'un enfant porteur d'un handicap, problèmes de santé, détresse matérielle et

²¹ 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.

²² 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* »

²³ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 72.

²⁴ <https://www.ieb-eib.org/fr/document/rapport-de-la-commission-devaluation-avortement-2012-316.html>

financière (exigüité du logement,...), détresse psychologique suite à un viol, même si ce dernier cas est heureusement rare (0,16% des cas d'avortements en 2011).²⁵

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 (due au 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.²⁶ 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 le fait qu'un bon tiers des femmes qui viennent les consulter ont déjà subi un avortement précédemment.²⁷

3.3 Les lieux où doit être pratiqué l'avortement

En 2011, selon les données officielles, 18,73 % des avortements ont lieu en hôpital et 81,27 % en centre extra-hospitalier.

En Belgique francophone, il existe **29 centres et 26 hôpitaux ou cliniques, et 7 centres et 11 hôpitaux ou cliniques du**

côté néerlandophone.²⁸ 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 ».

Expression de la "détresse de la femme"

- ✓ *Pas de souhait d'enfant pour le moment : **18,36%**, 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 ne doive être mentionnée.*
- ✓ *La famille est complète : **11,09%***
- ✓ *La femme se sent trop jeune : **11,07%***
- ✓ *Problèmes financiers : **8,32%***
- ✓ *La femme est étudiante : **7,92%***

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.²⁹

La Commission note que les chiffres transmis par les établissements



²⁵ https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/fiche_didactique-fiche-avortement-provoque.pdf

²⁶ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56.

²⁷ Le même constat est fait aux Pays-Bas, où plus d'un tiers des 30.803 avortements concernaient des femmes ayant déjà vécu un avortement auparavant. L'étude de l'Association néerlandaise des médecins pratiquant l'avortement montre que certaines femmes avortent jusqu'à 13 fois. Voir « [Avortements à répétition chez les femmes célibataires aux Pays-Bas](#) ».

²⁸ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 52.

²⁹ https://www.perfeval.pol.ulaval.ca/sites/perfeval.pol.ulaval.ca/files/2002_crisp_eval_belgique.pdf, p. 39.

correspondent rarement à ceux que déclarent individuellement les médecins : elle constate un décalage de plus de 1.000 enregistrements en 2011.³⁰ A cela s'ajoutent les avortements que certains hôpitaux ne déclarent pas, malgré les rappels répétés de la Commission.³¹

3.4 Les méthodes pour procéder à un avortement

Les méthodes sont choisies 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 inférieur à 22 semaines d'aménorrhée ou un poids inférieur à 500 g.³² Avant ce seuil, l'avortement peut se faire en provoquant le travail, l'enfant à naître n'étant pas viable. Une fois dépassé ce seuil et dans le cas d'avortements tardifs et « thérapeutiques », 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 (72%). La méthode consiste à aspirer l'embryon ou le fœtus préalablement démembré 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 après 10 semaines de grossesse, qui consiste à

détruire le fœtus à la curette en récupérant les débris dans l'utérus.

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 par injection : l'injection d'anesthésiant puis de lidocaïne par le cordon ombilical ou l'injection de chlorure de potassium dans le cœur du fœtus provoquent sa mort. Suite au fœticide, les contractions sont induites pour expulser le fœtus.³³ Une autre méthode consiste à injecter une solution hypertonique dans le liquide amniotique, qui va tuer le fœtus en plusieurs heures et provoquer ensuite un accouchement. Ce type d'avortement est utilisé pour les avortements allant jusqu'à 9 mois de gestation.

La prise de la pilule du lendemain (ex : Norvelo) qui, selon le moment du cycle féminin, peut empêcher la nidation de l'embryon déjà conçu, puisqu'elle a un effet sur la paroi de l'utérus.

Le stérilet : dispositif placé dans la cavité utérine qui, en plus de son effet spermicide, peut parfois provoquer un

³⁰ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 51, 53 et 69.

³¹ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 67.

³² Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des maladies, révision 1975, OMS, Genève, 1977.

³³ Avortement sécurisé : directives techniques et stratégiques à l'intention des systèmes de santé, Organisation Mondiale de la Santé, p. 41.

avortement très précoce en empêchant la nidation de l'embryon déjà conçu.

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

La loi prévoit que ne pas déclarer un avortement est punissable.³⁴ La Commission doit d'abord adresser un rappel aux médecins et aux institutions défaillantes. Or, l'arrêté royal 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. 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.³⁵ A noter qu'on ne relève aucune condamnation de médecin pour n'avoir pas respecté les conditions légales. Un procès a abouti à l'acquittement des médecins et moins d'une dizaine de poursuites au classement sans suite.³⁶ Or, certains

médecins affirment publiquement agir en violation de la loi (cf. infra point 4.4).

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

« La Commission est sans pouvoir pour vérifier si les données communiquées par les médecins et par les institutions correspondent à une réalité scientifiquement établie; elle est même sans pouvoir pour vérifier si les documents qui lui sont communiqués ont été correctement remplis ; et elle n'a pas davantage le pouvoir d'exiger d'une institution ou d'un médecin qu'ils fassent des déclarations. Bref, la Commission est complètement tributaire des données qui lui sont fournies. »¹

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).³⁷ La stabilité apparente du nombre d'IMG est trompeuse, selon la Commission, puisqu'elle ne correspond pas aux données

³⁴ 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.

³⁵ <http://www.dhnet.be/actu/belgique/pres-de-30-000-avortements-ont-lieu-chaque-annee-en-belgique-59ce457ecd70461d26570a9c>

³⁶ <http://www.lalibre.be/actu/politique-belge/comment-le-cdh-veut-sortir-l-avortement-du-code-penal-mais-garder-des-sanctions-5afb2ca6cd70c60ea7018708>

³⁷ 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>

scientifiques qui indiquent que ce nombre a doublé depuis 1990.³⁸

Alors que l'évaluation de la loi par la Commission est censée garantir le respect des conditions légales, on doit constater que, depuis 2012, la Commission n'a plus émis de rapport. Certains auteurs expliquent la « panne » de la commission par le fait que le cadre juridique de la loi relative à celle-ci n'est pas adapté à la structure fédérale : ce sont les régions et les communautés qui gèrent la prévention et la pratique de l'avortement, or la Commission est nationale. La raison officielle serait le défaut de candidats pour en faire partie³⁹. En 2016, le législateur a par conséquent ouvert la possibilité de faire partie de la Commission, aux chargés de cours et aux professeurs émérites de droit ou de médecine.⁴⁰ Que révèle ce retard de plus de 6 ans sinon un manque de volonté politique d'évaluer sérieusement la pratique de l'avortement ?

L'absence totale d'évaluation et de contrôle pose la question d'une nouvelle forme de pratique clandestine qui ne respecte pas les conditions posées par la loi. Il est en effet très étonnant, nous l'avons dit, 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 disent publiquement ne pas respecter les conditions légales. Cela ne peut résulter

que de l'absence de contrôle ou d'une réalité incontrôlable.

La question parlementaire de la députée Christie Morreale (PS) révèle l'urgence de la situation : « *Nous sommes depuis lors (NDLR : depuis 2011) devant une situation grave, où la loi ne peut plus être appliquée et respectée. Les chiffres officiels ne sont donc plus disponibles depuis plusieurs années, ce qui ne permet pas une évaluation juste et efficace de la pratique de l'IVG, comme le recommande pourtant la loi ci-mentionnée* ». ⁴¹

3.6 Les recommandations de la Commission et des établissements de soins

Dans son rapport de 2012, la Commission reconnaît que, contrairement à l'intention initiale du législateur, le nombre d'interruptions de grossesse ne diminue pas. Mais pour la première fois, elle exprime qu'il y a eu des débats en son sein pour savoir s'il fallait s'en inquiéter, et continuer à examiner des moyens permettant de faire baisser le nombre d'avortements. Soulignons une des nouvelles suggestions de la Commission qui demande de rendre plus facilement compatible la situation d'étudiante avec la possibilité de mener à terme sa grossesse à terme et de s'occuper ensuite de son

³⁸ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 72.

³⁹ [Question écrite n° 6-660](#) du 2 juin 2015.

⁴⁰ Loi du 16 juin 2016 modifiant la loi du 13 août 1990 visant à créer une commission d'évaluation de la loi du 3 avril 1990 relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code, en ce qui concerne la composition de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse, *M.B.*, 30 juin 2016.

⁴¹ [Question écrite n° 6-660](#) du 2 juin 2015.

enfant, à l'exemple de ce qui se pratique dans certains pays scandinaves.⁴²

La Commission suggère de modifier la loi pour que des données plus complètes soient recueillies sur les femmes qui recourent à l'avortement (sur leur situation de fait, leur situation socio-économique et leur nationalité), afin de « contribuer à mieux cibler le travail spécifique de prévention. »⁴³

Si les établissements mettent tous l'accent sur la contraception en matière de prévention des grossesses non désirées, ils demandent également « d'améliorer l'accompagnement de la femme pour favoriser la poursuite de la grossesse dans un environnement social, économique et psychologique propice », et de « systématiser le suivi psychologique de la femme pour éviter des interruptions répétées. »⁴⁴

4. L'évolution de la pratique

4.1 L'état de détresse

(Voir encadré ci-dessus)

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.⁴⁵ Alors que la détresse de ces femmes faisant face à une grossesse non prévue est bien réelle, et risque de diminuer leur faculté à 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, questionnées, et 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.

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

⁴² Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 69-75.

⁴³ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 71.

⁴⁴ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 59.

⁴⁵ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56.

entrer en ligne de compte dans la prise de décision.⁴⁶

L'absence totale d'évaluation de la pratique depuis 2011 n'entrave-t-elle pas la possibilité d'assurer des aides adaptées aux femmes enceintes qui sont en situation de détresse ? En effet, elle rend impossible un travail réaliste sur les causes de la détresse qui poussent les femmes à avorter. Le risque est alors de verser dans une simple organisation d'un acte pratiqué par un médecin sans se préoccuper de la détresse de la femme.

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* ».⁴⁷ De même,

⁴⁶ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 74.

⁴⁷ « [Sortir l'avortement du Code pénal belge](#) », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 13.

⁴⁸ « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 36.

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 « *totalemt inconcevable* » de proposer l'adoption comme alternative à l'avortement.⁴⁸

4.3 L'IVG médicamenteuse

Le législateur de 1990 tenait à ce que l'avortement soit pratiqué dans un **établissement de soin**, afin d'assurer les bonnes conditions médicales et le soutien psychologique de la femme. Cependant, nous assistons aujourd'hui à une augmentation des avortements dits médicamenteux ou chimiques (de 15% des avortements en 2008 à 18 % en 2011 dans les centres, et de **16% en 2008 à 33% en 2011 en hôpital**⁴⁹) où la femme avorte souvent seule chez elle, après une deuxième prise de médicaments, 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 2011.⁵⁰

Certains hôpitaux souhaitent développer les avortements à domicile et assouplir les délais de référence pour

⁴⁹ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 44 et Rapport de 2010, p. 42.

⁵⁰ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 54.

l'avortement médicamenteux. Cette réforme permettrait, selon un hôpital, « de répondre aux demandes croissantes d'interruptions de grossesse ». ⁵¹

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. ⁵² On peut dès lors se demander si les risques physiques et psychologiques ne sont pas trop lourds pour les femmes qui avortent dans ces conditions. L'avortement médicamenteux ne serait-il pas dès lors contraire à la loi, qui dispose que l'avortement doit être pratiqué dans un établissement de soin ? 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. ⁵³

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. ⁵⁴ « *La désobéissance civile, l'illégalité font partie de l'histoire des plannings, et le militantisme doit persister* ». ⁵⁵

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. ⁵⁶

D'autres interprètent la loi de manière à étendre à la problématique sociale grave les critères justifiant un avortement tardif. ⁵⁷ **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

⁵¹ Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 59.

⁵² Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56

⁵³ [Voir ce tableau comparatif des propositions de loi](#)

⁵⁴ 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.

⁵⁵ Valérie Piette, historienne, dans « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 44.

⁵⁶ « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 37.

⁵⁷ Dr. Verougstraete, dans « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 39.

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.⁵⁸ 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.⁵⁹

Ainsi, les rapports de la Commission d'évaluation mentionnent la surdité congénitale parmi les motifs invoqués, 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 cytomégalovirus (dont 90% sont asymptomatiques à la naissance, et 75% asymptomatiques au cours de la vie de l'enfant), etc...⁶⁰

5. Les propositions actuelles

Malgré le fait qu'il n'y ait, depuis 2012, plus aucune évaluation ni contrôle de la pratique de l'avortement, des propositions de modifier la loi de 1990 ont été déposées ces trois dernières années.⁶¹ On peut se demander comment le législateur pourrait l giferer en connaissance de cause dans de telles circonstances, sans avoir approfondi le vécu récent des femmes par rapport à l'avortement. Tout en gardant la répression pénale de l'avortement non consenti, ces textes proposent dans l'ensemble de :

- Supprimer la condition générale d'état de détresse (*Open Vld, sp.a, Défi, PS, Ecolo/Groen*);

- Allonger le délai pour avorter, de 12 à 14 semaines (*PS*), à 16 semaines (*Ecolo/Groen*)   18 semaines (*Open VLD*) ou à 20 semaines (*PTB et sp.a*) ;
- Réduire le délai de réflexion de 6 jours à 48 heures (*Ecolo/Groen, PTB, sp.a et Open Vld*) ou le raccourcir en cas d'urgence (*PS*). Cette demande vient notamment des centres de planning familial, alors même qu'ils constatent l'incapacité de certaines femmes à prendre une décision sereinement,

⁵⁸ <http://bruxelles-j.be/amour-sexualite/interrompre-sa-grossesse/>

⁵⁹ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20170626-fe-avortement-tardif.pdf>

⁶⁰ 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>

⁶¹ Pour un tableau comparatif des différentes propositions de loi et les liens vers les textes de propositions, voir <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20180503-tableau-comp-prop-lois.pdf>

à l'abri des pressions qui s'exercent sur elles à ce moment-là,⁶²

- Obliger le médecin qui fait valoir son droit à l'objection de conscience, à renvoyer la personne qui demande l'avortement vers un confrère, un centre d'interruption de grossesse et/ou service hospitalier à qui elle peut adresser à nouveau sa demande (*sp.a., PS et Open VLD*);
- Maintenir les sanctions pénales (emprisonnement ou amende, dans une rubrique « **dispositions pénales** »), si les conditions de la loi ne sont pas respectées (*Open VLD*), les supprimer totalement (*PS*) ou sanctionner pénalement la violation de certaines conditions seulement (proposition du cdH annoncée le 24 avril 2018⁶³).
- En cas d'IMG : au lieu d'exiger la « certitude » que l'enfant sera touché par une affection, se contenter d'un « **risque sérieux** » dans le cas d'avortements tardifs (*Open VLD et PS*);⁶⁴
- Sortir l'avortement du Code pénal pour en faire un simple acte médical, qui relèverait de la Santé et non plus de la Justice. (*PS, Ecolo/Groen, Open VLD, sp.a, Défi, PTB*). Cette loi partirait du principe que l'avortement est permis, dans certaines conditions. Cela rejoindrait la loi française qui a

érigé l'IVG en droit en 2001, passant ainsi de l'infraction par principe à l'infraction par exception.

Actuellement, nous l'avons vu, l'avortement est inscrit au titre VII du Code pénal, intitulé « *Des crimes et délits contre l'ordre des familles et la moralité publique* ». Le Centre d'Action Laïque et le Colloque académique du campus VUB-ULB ont tous deux émis des rapports visant à sortir l'avortement du Code pénal, pour 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* ». ⁶⁵ Selon eux, la possibilité de poursuites pénales est une preuve que la liberté de la femme n'est pas totale. ⁶⁶ Cette révision, qui se veut symbolique, **fragiliserait à plusieurs points de vue l'objection de conscience** garantie par la loi actuelle, notamment de par l'obligation qu'aurait le médecin à renvoyer la personne qui demande l'avortement vers un service qui le propose. **De plus, passer d'une dépenalisation partielle à un droit de santé publique impliquerait un tout autre cadre de réflexion, lié exclusivement à la santé et non plus à la justice**, pour les futures modifications quant au délai pour avorter ou à l'objection de conscience du médecin.

⁶² Rapport de 2012 de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse, p. 56.

⁶³ <http://www.lalibre.be/actu/politique-belge/le-cdh-accorde-ses-violons-sur-la-depenalisation-de-l-ivg-voici-la-position-du-parti-5ade2139cd709bfa6b787f8a>

⁶⁴ Proposition de loi du 17 juin 2017 relative à l'avortement, *Doc. Parl.* Chambre 2016-2017, nr. 2527.

⁶⁵ Proposition de loi du 17 juin 2017 relative à l'avortement, citée supra.

⁶⁶ « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 29.

L'argument de la culpabilisation : « Les femmes se sentent coupables d'avorter parce que l'avortement est dans le Code pénal. »

Le principal argument qui soutient ces propositions de loi et surtout la sortie du Code pénal est en effet celui de la culpabilisation des femmes. De plus, la pénalisation de principe, le délai de réflexion, le délai de 12 semaines etc., seraient source de pressions psychologiques pour elles.

Autant le législateur de 1990 s'appuyait sur l'état de détresse et la souffrance de la femme, autant les voix actuelles mettent l'accent sur la culpabilisation due à la qualification de l'avortement comme délit. La culpabilisation se ressentirait par la difficulté de recueillir des témoignages de femmes qui ont avorté.¹ 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.¹

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?

6. Implications d'une sortie du Code pénal et d'une dépénalisation totale de l'avortement

6.1 Faire de l'avortement un droit : une perte d'équilibre

Le maintien de l'avortement dans le Code pénal, comme nous l'avons vu plus haut, tient à souligner que l'avortement **touche plusieurs intérêts fondamentaux** qu'il convient de mettre en balance. La législation actuelle évite ainsi que l'intérêt fondamental protégé 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 naître⁶⁷, 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

⁶⁷ A propos du statut de l'embryon : voir <https://www.ieb-eib.org/fr/document/statut-de-lembrion-la-question-interdite-184.html>.

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.⁶⁸

Ces intérêts sont aussi mentionnés par les textes de droit international et la jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme.⁶⁹ 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.

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

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.⁷⁰

L'absence d'intérêt des pouvoirs publics et le relatif déni des cliniciens de la santé mentale pour les conséquences

⁶⁸ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/201702-flash-expert-avortement.pdf>

⁶⁹ <https://www.ieb-eib.org/fr/pdf/20170621-flash-expert-droit-avortement.pdf>

⁷⁰ 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

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 cesser la banalisation de cet acte.⁷¹



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

Les propositions actuelles de modifier la loi ne visent en rien un des premiers objectifs du législateur en 1990, à savoir la réduction du nombre

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

⁷¹ <https://www.ieb-eib.org/fr/document/etudes-scientifiques-syndrome-post-avortement-249.html>

d'avortements en Belgique. Alors que d'autres pays d'Europe peuvent se féliciter d'une **nette baisse de ce nombre**, la Belgique affichait **une augmentation de 22% en à peine 7 ans**, de 2004 à 2011.

Le tableau comparatif ci-dessous montre l'évolution des avortements en Europe. La Belgique est le pays où le nombre d'avortements augmente le plus après l'Espagne.

Comparaison sur 10 ans du nombre d'avortements

Pays	2004	2014	Variation en %
Belgique ^[1]	16 024	19 578*	+22,18
Bulgarie	47 223	28 145	-40,40
Croatie	5 232	3 020	-42,28
Rép Tchèque	27 574	21 893	-20,60
Danemark	15 231	15 097	-0,88
Estonie	10 074	6 901	-31,50
Finlande	11 162	9 780	-12,38
France	209 907	211 764	+0,88
Allemagne	129 650	99 715	-23,09
Hongrie	52 539	32 663	-37,83
Islande	889	980	+10,24
Italie	137 140	103 191	-24,75
Lettonie	13 723	5 318	-61,25
Lituanie	10 664	5 231	-50,95
Monténégro	1 952	943	-51,69
Norvège	14 071	15 343	+9,04
Roumanie	191 038	78 371	-58,98
Féd. De Russie	1 797 567	929 963	-48,27
Serbie	29 650	22 867	-22,88
Slovaquie	15 307	10 582	-30,87
Slovénie	6 403	4 106	-35,87
Espagne	84 985	108 690	+27,89
Suède	34 454	37 696	+9,41
Suisse	10 959	9 990	-8,84
Ukraine	289 065	116 104	-59,83
Royaume-Uni	206 960	203 419	-1,71

Source : Eurostat / Institut Européen de Bioéthique (Bruxelles)- 20/08/2017

*derniers chiffres disponibles de 2011

Face à ce constat, **on peut se demander en quoi la sortie de l'avortement du Code pénal,**

dépénalisation totale de l'IVG ou l'allongement des délais, pour ne citer que quelques éléments des propositions

actuelles, **concourraient 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. Au contraire, ces réformes présagent davantage une augmentation des avortements.

6.4 L'impact potentiel de ces réformes sur le nombre d'avortements

La Commission d'évaluation de l'interruption volontaire de grossesse a mis en garde, dans son dernier rapport, contre la banalisation de l'avortement **et le fait que les chiffres ne baissent pas**. Elle a également souligné le paradoxe selon lequel avorter coûte moins cher que d'utiliser la contraception, ce qui freine la prévention.⁷² En effet, le coût assumé par la femme après remboursement par la mutuelle s'élève en général à **3,60 euros**.⁷³

Le Professeur Leonardo Gucciardo, gynécologue à **l'UZ Brussel**, prévoit aujourd'hui une augmentation des avortements si la loi est modifiée selon les propositions actuelles : « *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. Si les trois premiers points sont modifiés, je prévois une augmentation du nombre d'interventions par an, ce qui implique que je devrai prévoir de la place pour de nouvelles patientes et de nouveaux rendez-vous, et que les décisions seront prises plus rapidement. » Selon lui, cela ira également 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.* »⁷⁴

Il est intéressant de confronter ces prévisions au souhait initial du législateur, à savoir la baisse progressive du nombre d'avortements. A noter aussi que selon ce même médecin, les grossesses interrompues tardivement présentent davantage de risques de complications que celles interrompues à un stade précoce.⁷⁵

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

⁷³

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

⁷⁴ 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.

⁷⁵ Professeur Leonardo Gucciardo, « Sortir l'avortement du Code pénal belge », *Actes du colloque académique Campus VUB-ULB* du 30 septembre 2016, p. 37.

7. Conclusion

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

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

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

Il existe actuellement, au vu des dernières propositions de loi, 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 ?