

Faculté de santé publique

Les représentations des acteurs de la santé génésique concernant les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse

Mémoire réalisé par
Meriem Bouzar

Promoteur·rice(s)
Vincent Laurent

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Faculté de santé publique

Les représentations des acteurs de la santé génésique concernant les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse

Mémoire réalisé par
Meriem Bouzar

Promoteur·rice(s)
Vincent Laurent

Année académique 2022-2023
Master en sciences de la santé publique, finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, merci au Professeur Vincent Lorant pour son accompagnement, ses conseils et sa présence, même à distance. Merci de m'avoir permis de faire vivre ce projet fou, si important pour moi.

Merci également à la lectrice de ce mémoire, le Docteur Aurélie Joris.

Merci à chaque professionnel interviewé ! Merci pour votre accueil, votre disponibilité, le temps que vous m'avez accordé et le partage de vos expériences, aussi riches qu'unique. Sans vous, ces pages seraient blanches.

Merci Maman, Alain, Kahina, Titou.

Merci Nora, pour ton amitié et ton soutien sans faille, depuis déjà plus de 15 ans.

Merci à mes collègues de m'avoir permis de combiner vie professionnelle et retour à la vie étudiante. Merci Laura, mon précieux binôme, tant sur notre lieu de travail qu'à l'université !

À toi, papa

À tous ces hommes et ces femmes qui sont, seront, voudraient ou pourraient devenir

les « mains des femmes », merci !

(Grando, 2020)

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été écrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux, ...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

Lexique

Liste des abréviations

Liste des tableaux

I.	Introduction	p.1
II.	Fondements théoriques	p.2
1.	Éléments de définition	p.2
1.1.	Avortement & IVG	p.3
1.2.	Les méthodes d'avortement	p.3
2.	Normes & avis en matière d'avortement	p.4
2.1.	L'avortement considéré comme un droit	p.4
2.2.	L'avortement considéré comme un enjeu de santé publique	p.5
3.	L'ampleur des avortements à travers le monde	p.7
4.	L'avortement au sein de l'Union européenne	p.9
4.1.	Législation concernant l'avortement dans les pays de l'Union européenne	p.10
4.2.	La pratique de l'avortement en Belgique	p.12
4.2.1.	L'organisation de l'offre de soins de santé relatifs à l'avortement	p.12
4.2.2.	Le déroulement d'un avortement	p.13
4.2.3.	L'avortement en Belgique en quelques chiffres	p.14
4.2.4.	Les difficultés rencontrées sur le terrain et les pistes de solution	p.15
5.	Les compétences des sages-femmes en matière d'avortement	p.16
5.1.	Les compétences actuelles des sages-femmes belges	p.16
5.2.	L'extension des compétences des sages-femmes en matière d'avortement	p.17
III.	Raisonnement	p.18

IV. Méthode	p.19
V. Résultats	p.22
1. La perception de l'IVG	p.22
2. L'IVG médicamenteuse en Belgique	p.23
2.1 La pratique de l'IVG médicamenteuse	p.23
2.2 L'accompagnement pluridisciplinaire de l'IVG médicamenteuse	p.24
3. Les difficultés rencontrées dans la pratique de l'IVG	p.24
3.1 La pénurie de médecins	p.25
3.2 L'IVG passée sous silence dans les universités	p.25
3.3 La faible reconnaissance des praticiens de l'IVG	p.27
3.4 Les différences d'organisation dans l'offre des soins de santé liés à l'IVG	p.28
3.5 L'accessibilité géographique et financière	p.29
3.6 L'accès à une information de qualité	p.30
3.7 Les restrictions légales	p.30
4. Les sages-femmes et l'IVG médicamenteuse	p.32
4.1 L'accompagnement de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes	p.32
4.2 L'identité professionnelle des sages-femmes	p.34
4.3 La place des sages-femmes dans les centres de planning familial	p.35
4.4 L'extension des compétences des sages-femmes à l'IVG médicamenteuse	p.36
VI. Discussion	p.41
1. Synthèse des résultats en regard de la littérature	p.41
2. Atouts et limites de cette recherche	p.47
VII. Perspectives & conclusions	p.49
Bibliographie	p.51
Annexes	p.62

Lexique

Tous les termes repris dans cette section sont, dans le corps de texte, suivis d'un « * ».

- Droits sexuels : « L'exercice de la santé sexuelle est lié au degré de respect, de protection et d'application des droits humains. Les droits sexuels englobent certains droits humains qui sont déjà reconnus dans des documents internationaux et régionaux sur les droits humains et d'autres documents faisant l'objet d'un consensus, ainsi que dans des lois nationales. Au nombre des droits essentiels à la jouissance de la santé sexuelle figurent :
 - les droits à l'égalité et à la non-discrimination ;
 - le droit à ne pas être soumis à la torture et à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ;
 - le droit au respect de la vie privée ;
 - les droits au plus haut niveau de santé possible (y compris la santé sexuelle) et à la sécurité sociale ;
 - le droit de se marier et de fonder une famille, de se marier avec le consentement libre et total des époux qui ont l'intention de le faire, ainsi que d'être traité sur un pied d'égalité dans le mariage et en cas de dissolution de ce dernier ;
 - le droit de décider du nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et de l'espacement de ses grossesses ;
 - les droits à l'information, ainsi qu'à l'éducation ;
 - les droits à la liberté d'opinion et d'expression ;
 - le droit à un recours effectif en cas de violations des droits fondamentaux.

L'exercice responsable des droits humains suppose que toutes les personnes respectent les droits d'autrui » (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2023).

- Maïeutique : « Discipline médicale, exercée par les sages-femmes, concernant la grossesse et l'accouchement » (Académie Nationale de Médecine, 2021b).
- Nullipare : « Femme qui n'a jamais accouché. » (Académie Nationale de Médecine, 2021c).
- Parité : « En obstétrique, nombre d'enfants dont une femme a accouché » (Académie Nationale de Médecine, 2021d).

- Santé génésique : « Par santé génésique, on entend l'ensemble des systèmes, des fonctions et des processus de reproduction, à tous les stades de la vie. Cette notion suppose que les individus et les couples puissent mener une vie sexuelle responsable, satisfaisante et exempte de dangers et qu'ils aient la capacité et la liberté de procréer quand ils le désirent et autant de fois qu'ils le désirent » (Comité régional du Pacifique occidental, 1995, p.2).
- Soins complets d'avortement : « Les soins complets d'avortement comprennent la fourniture d'informations, la gestion des avortements (y compris les avortements provoqués et les soins liés aux fausses couches/avortements spontanés et aux soins après avortement) » (OMS, 2022, p.1).
- Stérilité secondaire : « Incapacité à concevoir à nouveau pour un couple dans lequel une grossesse est déjà survenue, ne serait-ce qu'une fausse couche, une interruption volontaire de grossesse ou une grossesse extra-utérine » (Académie Nationale de Médecine, 2021e).
- Taux d'avortement : « Il correspond au nombre d'avortements [sur] une année (ou période) donnée pour 1000 femmes d'âge fécond (15-44 ans ou 15-49 ans) » (Guillaume & Rossier, 2018, p.295).
- Taux de létalité : « Le taux de létalité est le nombre de décès pour cause d'avortement rapporté au nombre d'avortements » (Guillaume & Rossier, 2018, p.296).
- Unintended pregnancy : « A pregnancy was considered unintended if it occurred sooner than desired or if it was not wanted at all » (Traduction : Une grossesse était considérée comme non désirée si elle arrivait plus tôt que voulu ou si elle n'était pas voulue du tout) (Bearak et al., 2020, pp.1153-1154).

Liste des abréviations

- AG : Âge gestationnel.
- CFSF : Conseil Fédéral des Sages-Femmes.
- CPAS : Centre public d'action sociale.
- CPN : Consultation prénatale.
- CRGOLFB : Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique.
- EDS : Éducation à la santé.
- GACEHPA : Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement.
- ICM : International Confederation of Midwives.
- IMG : Interruption médicale de grossesse.
- INAMI : Institut national d'assurance maladie-invalidité.
- IVG : Interruption volontaire de grossesse.
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.
- ONE : Office de la naissance et de l'enfance.
- PMA : Procréation médicalement assistée.
- SA : Semaines d'aménorrhée.
- UCL : Université Catholique de Louvain.
- ULB : Université Libre de Bruxelles.

Liste des tableaux

Tableau 1 – « Rates of unintended pregnancy and abortion, and proportion of unintended pregnancies ending in abortion, globally and for SDG regions between 1990-1994 and 2015-2019 » (Taux de grossesses non désirées et d'avortement, et proportion des grossesses non désirées interrompues, globalement et pour chaque SDG region entre 1990-1994 et 2015-2019) (Bearak et al., 2020, p.1156) p.8

Introduction & Fondements théoriques

I. Introduction

Le sujet de l'avortement est universel. À la fois vieux comme le monde et pleinement d'actualité, à la fois tabou et à l'agenda politique, il continue de faire débat. Mais quoi qu'en disent les débats ou la loi, les femmes continuent d'avoir recours, de manière plus ou moins sécurisée, aux méthodes d'avortement (Guillaume & Rossier, 2018). La question de l'interruption volontaire de grossesse [IVG] s'observe alors sous le prisme de la santé publique et des droits sexuels (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 2021 ; OMS, 2022). Puisqu'il semble impossible d'empêcher une femme d'avorter, comment s'assurer qu'elle ait accès à des soins sûrs et de qualité ? Cette question ne se limite pas aux contextes où l'avortement est illégal (Guillaume & Rossier, 2018). En effet, même lorsqu'une législation autorise le recours à l'avortement, de nombreuses barrières, tant légales que pratiques, peuvent entraver l'accès à des soins sûrs en la matière. Parmi elles, figurent la stigmatisation dont les femmes et les praticiens peuvent faire l'objet, la clause de conscience invoquée par certains professionnels pour ne pas en pratiquer, la limitation des IVG à un certain âge gestationnel [AG] ou à certaines raisons, le délai d'attente obligatoire entre la demande et l'acte, la fourniture de mauvaises informations sur le sujet, l'autorisation d'une tierce personne pour y avoir accès, la limitation à certains types de professionnels et des difficultés d'accessibilité financière (OMS, 2021).

En Belgique, bien qu'elle soit partiellement dépénalisée depuis 1990 (Moniteur belge, 1990), l'IVG et son accessibilité effective questionnent les professionnels de la santé génésique*. Face à plusieurs des difficultés citées plus haut (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023), certains en viennent à se demander si, dans les circonstances actuelles, l'accès à cet acte médical restera effectif (Malcourant, 2016). L'OMS (2022) recommande notamment que l'IVG puisse être réalisée par des sages-femmes. La France et la Suède, qui figurent parmi les 3 pays de l'Union européenne les plus progressistes en matière de législation sur l'IVG (Datta et al., 2021), se sont alignées à ces recommandations (Abortion Right, 2022 ; Endler et al., 2020). Et chez nous, qu'en est-il ? Quel est leur rôle en matière d'IVG médicamenteuse ? Quel pourrait-il être ?

Au travers d'une revue de la littérature, nous définirons dans un premier temps ce qu'est l'IVG et nous nous intéresserons à la manière dont elle est perçue. Ensuite, nous aborderons l'aspect légal et pratique de l'IVG en Belgique ainsi que les difficultés rencontrées sur le terrain. Nous tenterons également de faire un état des lieux de sa pratique à travers l'Union européenne et de

mettre en évidence les différences entre les pays qui la composent. Enfin, nous nous intéresserons aux compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse. C'est le lien entre ce professionnel de la santé et cette pratique qui sera notre fil conducteur. Dans un second temps, grâce à des entretiens qualitatifs menés auprès de 18 professionnels de la santé génésique, nous essayerons de répondre à la question suivante :

Quelles sont les représentations des acteurs de la santé génésique concernant les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse ?

Vous l'aurez compris, je suis sage-femme. Dans ma pratique, je suis amenée à accompagner des femmes faisant une fausse couche ou ayant recours à une interruption médicale de grossesse [IMG]. Le sujet de l'IVG, quant à lui, m'intéresse depuis longtemps. Au sortir de l'enseignement secondaire, je défendais un travail de fin d'études intitulé « L'avortement et l'Église, un éternel conflit... ». Toutefois, il est important de souligner que ce travail n'a nullement pour but de remettre en question le droit à l'IVG ou, au contraire, d'en faire le plaidoyer. Respectueux du droit qu'est l'IVG et de la clause de conscience, mais également conscient de certaines difficultés rencontrées sur le terrain (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023), il se propose de s'intéresser au rôle qu'ont et pourraient endosser les sages-femmes dans l'accompagnement de l'IVG médicamenteuse et à la perception qu'en ont les professionnels de santé. Tout simplement, il se propose de s'interroger sur une des manières d'assurer, concrètement, ce droit octroyé aux femmes en Belgique il y a maintenant 33 ans (Moniteur belge, 1990).

II. Fondements théoriques

1. Éléments de définition

Avant d'entrer dans le vif du sujet, poser les fondations s'impose. Ainsi, dans cette partie, nous commencerons par définir ce que sont l'avortement et l'IVG. Nous aborderons également les méthodes utilisées pour interrompre une grossesse ainsi que leurs risques et complications.

1.1. Avortement & IVG

Le dictionnaire de l'Académie Nationale de Médecine (2021a) définit l'avortement comme une « interruption de grossesse accidentelle, volontaire, médicale ou thérapeutique avant le terme légal de viabilité, soit 22 semaines d'aménorrhée [SA] ». Cette définition décrit à la fois l'avortement spontané ou fausse couche ainsi que l'avortement provoqué, quelle qu'en soit la raison. L'OMS (2022) utilise le terme 'interruption volontaire de grossesse' lorsque l'avortement est provoqué. La loi belge, quant à elle, ne donne pas de définition précise de ce que sont l'avortement ou l'IVG (Moniteur belge, 2018).

Nous avons tous déjà entendu quelqu'un dire 'je suis pour/contre l'avortement' ou 'elle a avorté'. En effet, dans le langage courant, il est d'usage d'utiliser les termes 'avortement' et 'IVG' de manière indifférenciée. C'est également ce qui apparaît dans la littérature (Guillaume & Rossier, 2018 ; OMS, 2021). Bien que certaines nuances existent entre ces termes, nous nous alignerons à ce que dit la littérature et, dès lors, les termes 'IVG' et 'avortement' seront utilisés pour décrire l'interruption de grossesse provoquée.

1.2. Les méthodes d'avortement

L'avortement existe depuis toujours. Les méthodes utilisées ont évolué au cours du temps et varient en fonction du contexte législatif, de l'accessibilité et de la disponibilité des technologies ainsi que de l'AG auquel l'acte est pratiqué (Guillaume & Rossier, 2018).

Les méthodes d'avortement sont scindées en 2 grandes catégories : les méthodes dites traditionnelles et les médicalisées. La première regroupe tout un tas de pratiques, comme l'utilisation de plantes, de produits chimiques, de médicaments contre-indiqués pendant la grossesse, de coups et d'introduction d'objets dans le corps utérin afin de provoquer un avortement (Guillaume & Rossier, 2018). Parmi les méthodes médicalisées, 3 sont aujourd'hui recommandées par l'OMS. La méthode médicamenteuse consiste en la prise unique de 800µg de Misoprostol par voie orale, sublinguale ou vaginale (OMS, 2022). Ce médicament a pour but d'entraîner la contraction du corps utérin, afin qu'il en expulse son contenu (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021). Pour en augmenter l'efficacité, elle peut être précédée, 24 à 48 heures avant, de l'administration de 200mg de Mifépristone per os (OMS, 2022). Dans le registre des méthodes chirurgicales, la première est la méthode par

aspiration. Après une dilatation mécanique du col, elle consiste en l'évacuation du contenu utérin par une aspiration manuelle ou électrique. Elle se pratique sous anesthésie générale ou locale (Guillaume & Rossier, 2018). Ces méthodes sont recommandées pour des avortements jusqu'à 14 et 16 SA respectivement. Au-delà, l'OMS (2022) recommande le recours à la dilatation et évacuation.

Les méthodes traditionnelles sont celles qui comportent le plus de risques pour les femmes. Ces techniques sont susceptibles d'entraîner différentes complications, dont les plus courantes sont l'échec de l'avortement, l'avortement incomplet, l'hémorragie, l'infection pouvant se compliquer en choc septique, la perforation utérine et intestinale, et plus rarement le décès. La littérature rapporte également des conséquences à long terme, telles que la stérilité secondaire*, des douleurs persistantes et des infections chroniques (Guillaume & Rossier, 2018). Bien qu'ils soient beaucoup plus rares, les méthodes médicalisées comportent également des risques. Les plus fréquents sont la rétention ou l'échec d'avortement, l'hémorragie, la perforation et la déchirure (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023). Au-delà des conséquences physiques, des conséquences psychologiques sont parfois évoquées (Guillaume & Rossier, 2018).

2. Normes & avis en matière d'avortement

S'intéresser à l'IVG, à sa pratique puis à son cadre légal, sans prendre en compte la manière dont elle est perçue, perd de son intérêt. En effet, la perception de cette pratique a un impact sur les lois promulguées à son sujet (Guillaume & Rossier, 2018). Aujourd'hui, tant dans la sphère publique que privée, l'IVG reste un des plus grands sujets de controverse à travers le monde (Amnesty International, 2022) ; et cela, parce qu'il soulève de nombreuses questions d'ordre éthique, moral, philosophique, culturel et religieux. Se questionner sur l'IVG fait écho au droit des femmes et à leur statut ainsi qu'au droit de l'embryon (Guillaume & Rossier, 2018). Nous aborderons donc ici la manière dont l'IVG est perçue.

2.1. L'avortement considéré comme un droit

De manière générale, lorsque le sujet de l'IVG est abordé, 2 mouvements de pensée se dégagent. Le premier, qualifié de 'pro-avortement ou 'pro-choix', se veut être le défenseur du droit des femmes. Le deuxième, appelé 'pro-vie', défend la vie du potentiel enfant à naître (Guillaume

& Rossier, 2018). Un des acteurs principaux du premier groupe est l'OMS qui estime que l'accès aux soins d'avortement constitue un droit sexuel* (OMS, 2021) dont la définition stipule que toute personne devrait avoir « le droit de décider du nombre d'enfants que l'on souhaite avoir et de l'espacement de ses grossesses » (OMS, 2023, Droits sexuels). Il s'agit plus largement d'un droit fondamental puisqu'entraver l'accès à des soins d'avortement sûrs va à l'encontre du droit à la vie, à la sécurité et au respect de la vie privée (OMS, 2021). Différents organismes nationaux et internationaux, tels qu'Amnesty International (2022) et Abortion Right (2019) rejoignent cette idée. C'est également le cas du Fonds des Nations Unies pour la Population qui écrit que « chaque être humain a le droit de disposer de son corps, et dans l'exercice de ce droit, rien n'est plus fondamental que la capacité à décider de concevoir ou non un enfant, quand et avec qui devenir parent » (MacFarlane, 2022, p.4). Toutefois, l'avortement n'est à ce jour pas explicitement reconnu comme un droit fondamental à l'échelle internationale (Guillaume & Rossier, 2018).

2.2. L'avortement considéré comme un enjeu de santé publique

Quoi qu'en disent ces différents principes et leurs défenseurs, les femmes recourent à des méthodes d'avortement, de manière plus ou moins sécurisée, avec les risques que cela comporte. Ainsi, au-delà du débat qui tourne autour de la reconnaissance de l'accès à l'avortement comme un droit fondamental, se pose la question de l'offre de soins à des services d'avortement sûrs et de leur accessibilité effective (Guillaume & Rossier, 2018).

Au vu de la diffusion des méthodes d'avortement actuelles, notamment la médicamenteuse, et de la disparité d'accès à ces techniques même lorsque l'IVG est légale, l'OMS a élaboré en 2012 une nouvelle classification des avortements (Guillaume & Rossier, 2018). Elle y distingue 3 niveaux de sécurité :

Les avortements sécurisés ou sans risque (safe abortion) effectués par une personne qualifiée et avec une technique recommandée. Les avortements à risque modéré (less safe abortion) lorsque seule l'une de ces deux conditions est remplie. Les avortements à risque grave (least safe abortion) en l'absence des deux critères de sécurité. Les avortements à risque ou non sécurisés constituent l'ensemble des deux derniers groupes (Guillaume & Rossier, 2018, p.295).

Les avortements sécurisés représentent 55% des avortements pratiqués chaque année dans le monde. Les 45% restants sont répartis comme suit : 31% d'avortements à risque modéré et 14%

à risque grave (Guillaume & Rossier, 2018). On observe que les avortements à risque (risque modéré et risque grave) sont plus fréquents dans les pays aux lois restrictives (OMS, 2021).

Du fait des complications qui peuvent en découler, les avortements non sécurisés sont aujourd'hui reconnus comme une des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelle (Guillaume & Rossier, 2018). Les décès maternels attribués à un avortement représentent 4.7 à 13.2% des décès maternels chaque année (OMS, 2022).

Le taux de létalité* varie fortement d'une région à l'autre, allant de 30 décès maternels pour 100 000 avortements dans les pays développés à 220 pour 100 000 dans les pays en développement (OMS, 2021). Parallèlement à la mortalité maternelle, la mortalité liée aux avortements a diminué ces dernières décennies, grâce à l'amélioration du niveau de sécurité de certains avortements. Elle est elle-même liée à la légalisation de cette pratique dans certains pays, qui a permis une augmentation de l'accès aux méthodes recommandées. Ces complications ont également un impact financier sur les familles, les communautés et le système de santé (Guillaume & Rossier, 2018).

C'est pour toutes ces raisons que, dans la liste des services de santé considérés comme essentiels, l'OMS a inclus les soins complets d'avortement* (OMS, 2022). Ainsi, elle préconise que des soins d'avortement sûrs soient accessibles à toutes les femmes et liste un certain nombre d'obstacles qui devraient être levés : les difficultés d'accessibilité financière ou géographique, les préjugés dont les femmes qui ont recours à l'avortement font l'objet, le manque de professionnels acceptant de les pratiquer et la limitation de leur exercice à certaines professions. Concernant les lois, elles ne devraient pas criminaliser cet acte, prévoir un AG maximum auquel l'avortement peut être pratiqué, mettre en place un délai d'attente obligatoire, limiter le recours à cet acte pour des raisons précises ou nécessiter l'autorisation d'une tierce personne pour y avoir recours (OMS, 2021 ; OMS, 2022). Dans la même lignée, partant des conséquences néfastes que les avortements non sécurisés entraînent sur la santé et la vie des femmes qui y ont recours, les Nations Unies soulignent la nécessité d'assurer un accès à des services d'avortement sécurisés et à une prise en charge médicale en cas de complications. Elles insistent également sur l'importance de prévenir les grossesses non désirées (Nations Unies, 1994 ; Nations Unies, 2019 ; Nations Unies, s.d.).

Afin d'assurer un accès à des soins d'avortement sûrs dans les pays où l'accès y est restreint pour des raisons légales ou pratiques, différentes initiatives sont prises. Grâce à la diffusion de la méthode médicamenteuse, de sa facilité d'utilisation et des faibles risques qu'elle comporte,

la pratique de l'IVG à domicile s'est développée (Guillaume & Rossier, 2018). C'est notamment le cas aux États-Unis depuis que la Cour Suprême est revenue sur l'arrêt *Roe vs. Wade* (Jones et al., 2022), en Pologne où l'accès à l'IVG est particulièrement restreint depuis plusieurs années (Abortion Right, 2022) et en Belgique dans le cadre de la pandémie à la Covid-19 (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023). D'autres pays ont élargi la pratique des IVG à des 'mid-level providers' pour augmenter le nombre de professionnels compétents et améliorer l'accessibilité géographique de cette pratique (Barnard et al., 2015). C'est le cas de la France et de la Suède (Abortion Right, 2022 ; Endler et al., 2020).

3. L'ampleur des avortements à travers le monde

Un concept sous-jacent à celui de l'avortement est celui d' 'unintended pregnancy' (grossesse non désirée)*. En effet, 61% des grossesses non désirées sont interrompues chaque année. Lorsque ces 2 thématiques, leur évolution dans le temps et leur lien sont étudiés, différentes variables peuvent être prises en compte (Bearak et al., 2020). Ce sera l'objet de ce chapitre.

Le nombre de grossesses non désirées a augmenté ces dernières années, passant de 107.6 millions par an en 1990-1994 à 121 millions par an en 2015-2019. Le taux de grossesses non désirées a quant à lui baissé : pour ces mêmes périodes, il est passé de 79 grossesses non désirées pour 1000 femmes en âge de procréer à 64. Cette évolution indique une amélioration dans la capacité des personnes à choisir le moment de l'entrée en maternité (Bearak et al., 2020). On observe une relation inverse entre le taux de grossesses non désirées et le niveau de revenu du pays : il est plus élevé dans les pays ayant un faible niveau de revenu (93) que dans ceux à moyen et haut revenu, qui affichent respectivement des taux de 66 et 34 grossesses non désirées pour 1000 femmes en âge de procréer (Bearak et al., 2020).

Concernant la localisation géographique (selon les SDG regional groups), on observe de grandes différences, dont les extrêmes sont l'Europe et l'Amérique du Nord qui affichent un taux de 35 grossesses non désirées pour 1000 femmes en âge de procréer et l'Afrique Sub-Saharienne dont le taux est de 91. Pour toutes les régions, le taux de grossesses non désirées a diminué ces dernières années, particulièrement en Europe et en Amérique du Nord où il a chuté de 47% (Bearak et al., 2020). Les données complètes par région sont disponibles dans le Tableau 1 en page 8. En Belgique, le taux annuel de grossesses non désirées est passé de 16 en 1990-1994 à 21 pour 1000 femmes en âge de procréer en 2015-2019. (Guttmacher Institute, 2022).

Tableau 1 – « Rates of unintended pregnancy and abortion, and proportion of unintended pregnancies ending in abortion, globally and for SDG regions between 1990-1994 and 2015-2019 » (Taux de grossesses non désirées et d'avortement, et proportion des grossesses non désirées interrompues, globalement et pour chaque SDG region entre 1990-1994 et 2015-2019) (Bearak et al., 2020, p.1156).

	Unintended pregnancy rate per 1000 women aged between 15-49 years				Abortion rate per 1000 women aged between 15-49 years				Unintended pregnancies ending in abortion (%)			
	1990-94 (80% UI)	2015-19 (80% UI)	Change from 1990-94 to 2015-19 (80% UI)	Probability of change (%)	1990-94 (80% UI)	2015-19 (80% UI)	Change from 1990-94 to 2015-19 (80% UI)	Probability of change (%)	1990-94 (80% UI)	2015-19 (80% UI)	Change from 1990-94 to 2015-19 (80% UI)	Probability of change (%)
World	79 (74 to 84)	64 (60 to 70)	-18% (-24 to -11)	100%	40 (37 to 44)	39 (35 to 44)	-3% (-14 to 10)	62%	51 (48 to 54)	61 (58 to 63)	18% (12 to 26)	100%
Sub-Saharan Africa	103 (96 to 112)	91 (86 to 96)	-12% (-19 to -4)	97%	27 (20 to 34)	33 (29 to 38)	24% (-3 to 65)	87%	26 (21 to 31)	37 (34 to 40)	41% (18 to 76)	99%
West Asia and north Africa	126 (103 to 158)	86 (67 to 114)	-31% (-45 to -16)	99%	61 (40 to 91)	53 (34 to 78)	-14% (-40 to 21)	71%	48 (39 to 58)	61 (51 to 69)	25% (6 to 50)	96%
Central and south Asia	89 (76 to 107)	64 (59 to 70)	-28% (-40 to -15)	99%	40 (29 to 56)	46 (42 to 51)	15% (-17 to 60)	71%	45 (37 to 54)	72 (69 to 75)	59% (35 to 93)	100%
East and southeast Asia	60 (53 to 70)	58 (48 to 73)	-4% (-19 to 15)	61%	38 (35 to 42)	43 (34 to 54)	13% (-9 to 42)	74%	63 (54 to 70)	74 (65 to 80)	16% (7 to 29)	99%
Latin America	94 (88 to 100)	69 (61 to 79)	-27% (-35 to -16)	100%	35 (31 to 38)	32 (25 to 41)	-8% (-28 to 21)	66%	37 (34 to 40)	47 (41 to 53)	26% (9 to 45)	98%
Europe and northern America	67 (62 to 72)	35 (33 to 39)	-47% (-53 to -40)	100%	46 (42 to 50)	17 (15 to 20)	-63% (-67 to -56)	100%	69 (66 to 72)	49 (45 to 53)	-29% (-34 to -24)	100%
Australia and New Zealand	42 (36 to 48)	38 (32 to 45)	-9% (-21 to 5)	80%	19 (18 to 20)	15 (12 to 19)	-19% (-37 to 3)	87%	45 (39 to 53)	41 (33 to 50)	-11% (-27 to 7)	79%
Oceania (excluding Australia and New Zealand)	82 (61 to 116)	78 (58 to 113)	-4% (-21 to 16)	61%	22 (8 to 53)	34 (16 to 66)	51% (-8 to 161)	85%	28 (13 to 48)	44 (27 to 60)	54% (8 to 147)	95%
UI=uncertainty interval.												
Table 1: Rates of unintended pregnancy and abortion, and proportion of unintended pregnancies ending in abortion, globally and for SDG regions between 1990-94 and 2015-19												

Entre 1990-1994 et 2015-2019, le taux d'avortement* est resté stable : il était de 40 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer chaque année durant la première période et de 39 pour la deuxième (Bearak et al., 2020).

Contrairement au taux de grossesses non désirées, aucun lien n'a pu être établi entre le taux d'avortement et le niveau de revenu du pays. Il est de 15 dans les pays à haut revenu, de 44 dans les pays à moyen revenu et de 38 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer dans les pays à faible revenu (Bearak et al., 2020).

Le taux d'avortement, dont les données complètes sont disponibles ci-dessus dans le Tableau 1, varie également en fonction de la localisation géographique du pays : il varie entre 17 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer en Europe et Amérique du Nord et 53 dans les pays du Sud et du Centre de l'Asie. Entre les périodes 1990-1994 et 2015-2019, il a augmenté dans certains pays et diminué dans d'autres. La diminution la plus marquée s'observe dans les pays d'Europe et d'Amérique du Nord (Bearak et al., 2020). Le taux annuel d'avortement en Belgique, croissant jusqu'en 2011, a diminué à 8.4 avortements pour 1000 femmes en âge de procréer entre les périodes de 1990-1994 et 2015-2019 (Guttmacher Institute, 2022).

Au niveau mondial, la proportion des grossesses non désirées interrompues chaque année est passée de 51% en 1990-1994 à 61% en 2015-2019 (Bearak et al., 2020).

Cette proportion varie en fonction du niveau de revenu du pays : 43% des grossesses non désirées sont interrompues dans les pays à haut revenu, 66% le sont dans les pays à moyen revenu et 40% dans les pays à faible revenu (Bearak et al., 2020).

Selon les auteurs, la majorité des régions du monde ont vu leur pourcentage de grossesses non désirées interrompues augmenter, à l'exception de l'Europe et de l'Amérique du Nord (Bearak et al., 2020). Des données plus détaillées sont disponibles dans le Tableau 1 en page 7. En Belgique, 37% des grossesses non désirées ont été interrompues durant la période 2015-2019 (Guttmacher Institute, 2022).

Enfin, lorsqu'on s'intéresse au cadre légal de l'avortement, 2 éléments ressortent. Le premier est que plus la loi en la matière restreint l'accès à l'avortement, plus le taux de grossesses non désirées, le taux d'avortement et la proportion de grossesses non désirées interrompues augmentent. Le second est que ce sont les pays à haut revenu et où la loi en matière d'IVG est libérale qui affichent les taux d'avortement les plus bas. Selon les auteurs, cela reflète l'accès à des services de planification familiale (Bearak et al., 2020).

Le recours à l'avortement est également étudié en fonction de plusieurs caractéristiques des femmes qui y recourent. Concernant leur âge, près de 50% des avortements sont réalisés chez des femmes ayant entre 20 et 29 ans. L'âge varie légèrement selon les régions : les femmes sont généralement plus jeunes en Afrique Subsaharienne et plus âgées en Asie (Guillaume & Rossier, 2018).

Concernant la parité*, la majorité des femmes ayant recours à l'avortement en Afrique et en Europe sont nullipares*, afin de retarder l'entrée dans la parentalité. En Asie, les avortements sont majoritairement réalisés chez des femmes ayant au moins 2 enfants, afin de limiter la taille de leur famille (Guillaume & Rossier, 2018).

En Asie, en Amérique latine et en Europe, les femmes ayant recours à une IVG sont majoritairement en union (dans 70 à 80% des cas). En Afrique, en Amérique du Nord et en Océanie, il n'y a pas de différence observée entre les femmes qui sont en union et celles qui ne le sont pas (Guillaume & Rossier, 2018).

4. L'avortement au sein de l'Union européenne

Selon Guillaume & Rossier (2018), s'intéresser au cadre légal de l'avortement est primordial « car il est un déterminant important de l'offre de services, du droit des femmes et de leur

santé » (p.234). Ainsi, nous aborderons les législations en vigueur dans chaque pays qui compose l'Union européenne et nous nous intéresserons d'un peu plus près à la manière dont l'offre de services est organisée en Belgique.

4.1. Législation concernant l'avortement dans les pays de l'Union européenne

Au même titre que les Nations Unies et l'OMS et dans la continuité de la résolution du Conseil de l'Europe relative à l'accès à un avortement sans risque et légal (Assemblée parlementaire, 2008), l'Union européenne estime que l'accès effectif à des services d'avortement sûrs et légaux devrait être assuré dans tous les pays qui la composent. À ce titre, elle enjoint les États membres à dépénaliser cet acte et à s'assurer que les potentiels obstacles à sa pratique soient levés. Toutefois, les lois relatives à l'avortement étant de la compétence des instances nationales, cette résolution n'a que valeur de recommandation (Parlement européen, 2022). C'est ainsi que chaque pays édicte des lois à ce sujet qui lui sont propres.

Presque tous les pays de l'Union européenne rendent l'avortement accessible, à des AG et des conditions différentes. Ces pays ont vu apparaître un droit à l'avortement dans leurs lois entre 1950 et 1997, à 2 exceptions près : l'Irlande qui l'a autorisé en 2018 et Malte qui l'interdit toujours fermement (Exelgyn, 2022). La Belgique l'a partiellement dépénalisé en 1990 (Moniteur belge, 1990). Un historique de la loi belge et une explication plus détaillée sont disponibles à l'Annexe I.

Afin d'analyser et de comparer ces lois, plusieurs éléments sont à prendre en compte. Nous reprendrons pour cela les barrières d'accès citées par l'OMS : la criminalisation de l'acte, la restriction du recours à l'avortement pour des raisons précises, la limite d'AG auquel il peut être pratiqué, l'obligation d'un délai d'attente entre la demande et l'acte, l'accord d'un tiers nécessaire, les types de praticiens autorisés à pratiquer des IVG et la clause de conscience à laquelle ils peuvent faire appel pour ne pas en pratiquer (OMS, 2020 ; OMS, 2022). Un tableau reprenant ces éléments et le taux d'avortement pour chaque pays est disponible à l'Annexe II.

Parmi les 27 pays de l'Union européenne, seule Malte interdit formellement le recours à l'avortement. La Pologne ne l'autorise que dans certaines circonstances : lorsque la vie de la femme est compromise, en cas d'anomalie fœtale grave, de viol, ... Les 25 autres pays, dont la Belgique, permettent aux femmes d'accéder à un avortement sur 'simple' demande, jusqu'à un

certain AG. Toutefois, encore 8 d'entre eux incluent l'avortement dans leur Code pénal (Datta et al., 2021). Généralement, l'avortement à la demande est limité à 10 à 14 SA, sauf en Suède et aux Pays-Bas qui l'autorisent respectivement jusqu'à 20 et 24 SA. Au-delà de ce terme et plus ou moins tardivement, l'avortement est autorisé pour des raisons spécifiques, comme un risque pour la santé de la femme, une malformation fœtale, l'inceste ou le viol (Abortion Right, 2022). Sorti du Code pénal en 2018, l'avortement à la demande est autorisé jusqu'à 14 SA en Belgique. Lorsque l'avortement est réalisé pour des raisons médicales, il n'y a pas de terme maximum prévu (Moniteur belge, 2018). Certaines lois rendent obligatoire un délai entre la demande et l'acte, allant de 2 à 7 jours et/ou demandent le consentement d'un parent lorsque la fille demandant une IVG est mineure (Abortion Right, 2022 ; Datta et al., 2021). Le délai d'attente obligatoire est fixé à 6 jours en Belgique mais le consentement d'un tiers n'est pas requis (Moniteur belge, 2018). Concernant les types de professionnels de la santé autorisés à réaliser des IVG, presque tous les pays se limitent aux médecins, notamment la Belgique. Seules la France et la Suède autorisent des sages-femmes à en pratiquer (Datta et al., 2021 ; Endler et al., 2020). Dans ces 2 pays, moyennant une formation complémentaire, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer de manière autonome l'IVG médicamenteuse jusqu'à 9 SA. Depuis 2022, les sages-femmes françaises peuvent également pratiquer des IVG chirurgicales jusqu'à 16 SA en centre de santé (Endler et al., 2020 ; Gouvernement, 2023). Enfin, certaines lois peuvent prévoir une clause de conscience permettant aux professionnels de refuser de pratiquer des IVG. C'est notamment le cas en Italie où près de 75% des soignants refusent d'en pratiquer ainsi qu'en Belgique (Abortion Right, 2022).

Afin de permettre une comparaison plus aisée entre ces pays, Datta et al. (2021) ont catégorisé les pays européens selon divers critères auxquels ils ont accordé des points (Annexe III). Cela leur a permis de classer les législations des différents pays, des plus restrictives aux plus permissives, sur une échelle allant de 0 à 100. Les scores des pays de l'Union européenne sont très variables. Un score de 0 est attribué Malte et de 16 à la Pologne. Le reste des pays de l'Union européenne varie entre 43 en Hongrie et 94 en Suède. La Belgique se place en sixième position, en obtenant un score de 78.

4.2. La pratique de l'avortement en Belgique

4.2.1. L'organisation de l'offre de soins de santé relatifs à l'avortement

La loi dit seulement que l'IVG doit être pratiquée « dans un établissement de soins où existe un service d'information » (Moniteur belge, 2018, p.82140). En pratique, elle peut être réalisée à l'hôpital ou dans un centre extrahospitalier. Au total, 85 institutions belges ont pratiqué des avortements en 2021. Parmi les 67 institutions francophones, 33 étaient des centres extrahospitaliers et 34 des hôpitaux. Les institutions néerlandophones, au nombre de 18, étaient réparties comme suit : 7 centres extrahospitaliers et 11 hôpitaux. Toutes ces institutions prennent en charge l'avortement et l'accompagnement global de la femme qui en fait la demande. Pour cela, on dénombre dans chaque structure 2 à 58 travailleurs, de professions différentes : médecin, infirmier, sage-femme, assistant social, psychologue, juriste, personnel administratif, ... (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

Les communautés francophone et néerlandophone organisent différemment l'offre de soins d'avortement. Du côté francophone, les centres extrahospitaliers, appelés centres de planning familial, sont regroupés en 4 fédérations. Ils ne se limitent pas à la réalisation des IVG mais ont également pour mission la sensibilisation et la prévention (Région de Bruxelles-Capitale, 2023). Sur les 110 centres, 33 réalisent des IVG (LoveAttitude, s.d.). Du côté néerlandophone, 5 des 7 centres se sont regroupés sous l'appellation LUNA. Ils offrent un accompagnement global dans le cadre d'une demande d'interruption de grossesse (LUNA, 2023).

Des différences existent également entre les centres intra- et extrahospitaliers. Tandis que les centres extrahospitaliers sont prévus et ont du personnel pour l'accompagnement des femmes ayant recours à une IVG, ce n'est pas toujours le cas des structures hospitalières. Pour ces dernières, 2 cas de figure coexistent : soit l'hôpital dispose d'un service et du personnel dédiés à cette pratique, soit les IVG sont réalisées dans le service de gynécologie sociale. De plus, alors que les centres extrahospitaliers bénéficient de forfaits pour la réalisation des IVG, la nomenclature de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité [INAMI] ne prévoit pas de code spécifique pour l'accueil de ces femmes, ni pour les IVG réalisées en intra-hospitalier (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

Le coût d'une IVG s'élève à environ 450€. Depuis 2003, l'INAMI prend en charge les soins liés à une IVG et seul le ticket modérateur, de l'ordre de 4-5€, est à charge de la femme en ordre de mutuelle. (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021) Pour celles n'étant pas affiliées à un organisme assureur, le montant est plafonné à 200€. Dans ce cas, les frais peuvent être pris en charge par le centre public d'action sociale [CPAS] ou l'aide médicale urgente (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021).

Si le délai de 14 SA est dépassé, la femme désirant toujours interrompre sa grossesse peut se rendre dans un pays voisin, tel que les Pays-Bas ou la Grande-Bretagne ayant des délais légaux plus longs. Toutefois, l'INAMI ne prend pas en charge ces frais, qui sont de l'ordre de 900€ (Centre d'Action Laïque, 2015).

4.2.2. Le déroulement d'un avortement

La prise en charge d'une IVG se déroule classiquement en 3 temps. Le premier, avant la pratique de l'IVG, consiste en un entretien psycho-social et un examen médical. Sur rendez-vous, la femme est accueillie, généralement par un psychologue ou un assistant social, qui écoute sa demande d'IVG, lui présente les alternatives à l'avortement et les aides auxquelles elle peut avoir droit, ainsi que les méthodes d'interruption de grossesse. Cette personne s'occupe également du volet administratif et de la signature du consentement. Le même jour, un rendez-vous avec un médecin généraliste ou un gynécologue permet de diagnostiquer et de dater la grossesse par le biais d'un examen échographique et de dépister une infection ou une contre-indication à l'acte ou à une des méthodes (Commission d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023). Conformément à la loi (Moniteur belge, 2018), un second rendez-vous est fixé au moins 6 jours après. C'est à ce moment qu'a lieu l'IVG. À moins de 9 SA, la femme a le choix entre l'IVG médicamenteuse et la méthode par aspiration. Au-delà de ce délai, seule la deuxième peut avoir lieu. L'IVG par aspiration est réalisée par le médecin et un accueillant accompagne et soutient la femme. Réalisée sous anesthésie locale en centre extrahospitalier, elle peut être réalisée sous anesthésie générale à l'hôpital. D'autres intervenants, comme un anesthésiste, sont alors également présents. Enfin, un rendez-vous de contrôle a lieu dans le mois qui suit l'IVG. Il permet de s'assurer de l'évacuation totale du contenu utérin et peut être l'occasion de mettre en place une contraception, si cela n'a pas déjà été fait, et/ou un suivi psychologique (Commission d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

4.2.3. L'avortement en Belgique en quelques chiffres

On estime que le nombre d'avortements pratiqués chez des femmes résidant en Belgique chaque année est resté stable ces dernières années. En 2004, il était estimé à 16 932 et augmente jusqu'en 2011 où il atteint 20 299. Il diminue graduellement pour se stabiliser autour de 18 000 avortements par an (18 582 en 2018, 18 343 en 2019, 17 049 en 2020 et 17 095 en 2021). À titre de comparaison, en Belgique, 117 800 naissances ont eu lieu en 2018, 117 103 en 2019, 113 739 en 2020 et 117 914 en 2021 (Statbel, 2023).

En 2021, 371 femmes ont été aux Pays-Bas pour avoir recours à une IVG (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

Le taux d'avortement est en légère diminution. En 2011, année qui a enregistré le plus haut taux d'avortement en Belgique, il était de 9.6 avortements/1000 femmes en âge de procréer. Depuis, il diminue graduellement et atteint 8.4 en 2019. Ce taux est un des plus bas au monde (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021).

En 2021, 7834 avortements ont été réalisés en région flamande, 5851 en région wallonne et 2850 à Bruxelles (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023). La répartition entre les centres francophones et néerlandophones n'est pas disponible.

En 2021, une grande partie des femmes qui ont recours à l'IVG ont entre 25 et 34 ans (22.84% des IVG ont été réalisées chez des femmes ayant entre 25 à 30 ans et 22.62% chez des femmes de 31 à 34 ans) et non mariées (60.54% des IVG). Aussi, les femmes qui en font la demande sont pour souvent nullipares : 43.35% des IVG sont réalisées chez des femmes n'ayant pas d'enfant. Bruxelles est la région qui affiche le plus haut taux d'avortement : 10.47 IVG/1000 femmes en âge de procréer, suivie du Hainaut (9.93 IVG/1000 femmes) et d'Anvers (7.76 IVG/1000 femmes). Les raisons d'interruption de grossesse les plus couramment formulées sont l'occurrence d'une grossesse non désirée (19.81% des IVG) et l'absence de désir d'enfant (13.24% des IVG). 44.09% des femmes qui ont recours à l'IVG déclarent ne pas avoir utilisé de contraception durant le mois précédent la conception. Parmi celles qui en ont utilisé une, 36.84% des femmes utilisaient la pilule et 27.33% avaient recours au préservatif (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

La grande majorité des avortements a été réalisée en centre extrahospitalier (83.57%) et 92.59% des avortements ont été réalisés en ambulatoire. La méthode la plus utilisée est l'aspiration (61.79% des avortements), surtout réalisée sous anesthésie locale. Enfin, 98.45% des avortements n'ont été suivis d'aucune complication. Les complications survenues sont, dans

l'ordre d'importance : la rétention ou l'échec d'avortement, l'hémorragie, la perforation et la déchirure du col. Ces 2 dernières complications n'ont été constatées que lors d'IVG par aspiration (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

4.2.4. Les difficultés rencontrées sur le terrain et les pistes de solution

Plusieurs difficultés d'accès à l'IVG sont soulevées par les acteurs de terrain. D'abord, la loi actuelle fait l'objet de diverses critiques. Le terme légal de 14 SA et le délai de réflexion obligatoire de 6 jours sont tous 2 critiqués. Aussi, bien que la loi prévoie la possibilité pour le soignant d'invoquer une clause de conscience individuelle, elle ne fait pas mention d'une clause de conscience institutionnelle. Dans les faits, certaines structures hospitalières l'utilisent pour rendre l'IVG inaccessible en leur sein (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021). Enfin, bien que la loi de 2018 ait supprimé l'IVG du Code pénal, des sanctions pénales restent prévues à l'encontre des femmes ayant recours à un avortement et des médecins qui les pratiquent (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse 2021 ; Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023). Source de culpabilisation et de stigmatisation de l'acte, des bénéficiaires et des prestataires, les sanctions pénales sembleraient être un frein à l'engagement de certains médecins dans la pratique de l'IVG (Malcourant, 2019 ; Watillon, 2020). Or, diverses organisations déplorent déjà une pénurie de médecins qui pratiquent l'IVG ou craignent qu'elle ait des conséquences dans les années à venir. On estime que plus de 25% d'entre eux ont plus de 55 ans et que les médecins nouvellement formés ne suffiront pas pour les remplacer (Cueppens et al., 2021 ; Watillon, 2020). Cette pénurie de médecins n'est pas spécifique aux centres de planning familial ou à l'avortement, mais elle reste néanmoins préoccupante puisque plus de 80% des IVG en Belgique sont pratiquées dans des centres extrahospitaliers où travaillent principalement des médecins généralistes (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021 ; Watillon, 2020). Les sanctions pénales, le faible terme légal de recours à l'IVG et le délai de réflexion obligatoire, couplés à la pénurie de médecins, pourraient entraîner pour certaines femmes un rallongement du temps d'attente avant le premier rendez-vous et le dépassement du terme légal de 14 SA. Elles se verraient alors contraintes, comme c'est déjà le cas pour plusieurs centaines de femmes chaque année en Belgique, de recourir à une IVG à l'étranger, voire de recourir à une IVG clandestine ou non sécurisée (Malcourant, 2019).

Dans son rapport, la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2023) émet une série de recommandations. Elle préconise notamment d'améliorer l'information et la sensibilisation du grand public via un site internet officiel et des campagnes d'information. Concernant la contraception, elle recommande d'en améliorer l'accessibilité. Selon elle, toutes les universités de médecine devraient proposer une formation aux futurs médecins sur la contraception et l'avortement. Concernant les institutions réalisant des IVG, un numéro INAMI devrait être créé pour les IVG réalisées en intra-hospitalier et le statut particulier des médecins qui exercent en centre extrahospitalier devrait être reconnu. Enfin, elle recommande que le délai d'attente soit supprimé, que l'IVG médicamenteuse puisse avoir lieu à domicile et que les sages-femmes soient autorisées à réaliser les IVG médicamenteuses et par aspiration.

5. Les compétences des sages-femmes en matière d'avortement

C'est donc tout naturellement que les sages-femmes et leurs compétences en matière d'IVG feront l'objet de ce dernier chapitre. Nous y aborderons les compétences octroyées aux sages-femmes belges, ce que préconisent les organismes de recommandation et l'extension de leurs compétences.

5.1. Les compétences actuelles des sages-femmes belges

La sage-femme est un professionnel de santé dont les compétences s'étendent de la période préconceptionnelle à la petite enfance. Dans le cadre du processus périnatal normal, elle est autonome. En cas de pathologie, elle collabore avec un médecin et agit sous la responsabilité de ce dernier (Conseil Fédéral des Sages-Femmes [CFSF], 2016). La loi belge ne donne pas une définition de ce qu'est une sage-femme. Toutefois, elle liste les actes qu'elle peut réaliser : de manière autonome, la sage-femme peut notamment faire le diagnostic d'une grossesse et réaliser des échographies de type fonctionnel (Moniteur belge, 2015) et, sous certaines conditions, prescrire certains médicaments (Moniteur belge, 2013). Toujours selon le CFSF, « la sage-femme a un rôle essentiel de promotion de la santé reproductive [...]. Ce rôle inclut l'éducation pour la santé et la prévention, individuelle et/ou collective. Il s'étend de la santé maternelle [...] [à] la planification familiale, la santé sexuelle, reproductive » (de Koster, 2016, pp.5-6). À cette fin, il recommande que la liste des médicaments que la sage-femme peut prescrire soit étendue aux différentes méthodes contraceptives existantes. Aussi, il met en exergue le rôle que la sage-femme a à jouer dans l'IVG et propose qu'elle puisse prescrire les

médicaments utilisés dans le cadre d'une l'IVG médicamenteuse (de Koster, 2014). Toutefois, l'arrêté royal relatif à l'exercice de la profession de sage-femme leur interdit d'induire un avortement (Moniteur belge, 1991).

5.2. L'extension des compétences des sages-femmes en matière d'avortement

À une échelle plus globale, tant l'OMS (2022) que l'International Confederation of Midwives [ICM] (2019) estiment que la sage-femme a des compétences en matière d'IVG. Cela inclut notamment l'écoute, l'information et la promotion de la santé de la femme. Selon l'OMS (2022), la sage-femme fait partie des professionnels de santé compétents pour la réalisation des IVG médicamenteuses jusqu'à 14 SA et des chirurgicales jusqu'à 16 SA.

Envisager que les sages-femmes aient de telles compétences s'inscrit dans le partage ou le transfert des compétences des médecins vers des 'mid-level providers', que sont les infirmiers, les sages-femmes et les autres professionnels de la santé non-médecins (Barnard et al., 2015). Bien que ce partage de compétences soit monnaie courante dans le domaine des soins maternels et infantiles, il s'avère moins évident dans les soins d'avortement (Sorhaindo & Ganatra, 2020). Il s'est toutefois opéré dans certains pays dans le but d'augmenter le nombre de professionnels compétents et d'augmenter l'accessibilité et la qualité des soins d'avortement (Endler et al., 2020 ; Sjöström et al., 2016). Selon plusieurs auteurs, ce partage de compétences est bénéfique dans les soins d'avortement : un avortement médicamenteux pratiqué par une sage-femme est aussi efficace, sûr et acceptable par la femme que lorsqu'il est pratiqué par un médecin (Barnard et al., 2015 ; Endler et al., 2020 ; Kopp Kallner et al., 2015 ; Renner et al., 2013). Sjöström et al. (2016) rajoutent qu'un avortement médicamenteux pratiqué par une sage-femme est aussi efficace et moins coûteux que lorsqu'il est pratiqué par un médecin. Enfin, Yarnall et al. (2009, as cited in Mainey et al., 2020) démontraient que les sages-femmes accompagnant une grossesse normale possédaient déjà les compétences nécessaires. En effet, elles sont notamment capables d'administrer des médicaments, de déterminer l'AG et de prendre en charge des complications obstétricales.

Toutefois, l'extension du champ de compétences d'un soignant ne s'improvise pas. Afin que l'implémentation de l'extension du champ de compétences des 'mid-level providers' aux soins d'avortement atteigne son but, Glenton et al. (2017) insistent sur l'importance de disposer de soignants motivés. Cette motivation peut être notamment influencée par la méthode d'avortement et l'AG, les valeurs des soignants leur connaissance des lois en la matière. Enfin,

l'attitude des sages-femmes vis-à-vis de leur fonction, ainsi que celle de leurs collègues et responsables s'avèrent également des éléments essentiels à prendre en compte.

III. Raisonnement

Quelles qu'en soient les raisons et quoi qu'en dise la loi, les femmes ont recours aux méthodes d'avortement depuis toujours (OMS, 2022). La Belgique encadre légalement cet acte depuis 1990, permettant aux femmes d'y avoir recours de manière sécurisée (Moniteur belge, 1990 ; Moniteur belge, 2018). Toutefois, plusieurs difficultés sont identifiées (Cueppens et al., 2021 ; Watillon, 2020). Afin d'assurer un accès aux soins d'avortement sûrs, l'OMS (2022) recommande de ne pas limiter la pratique de l'IVG à certaines professions. Ainsi, comme cela se fait déjà dans d'autres pays (Mainey et al., 2020), une solution pourrait s'avérer être l'élargissement ou le transfert de compétences en matière d'IVG aux sages-femmes. Glenton et al. (2017) estiment qu'un des facteurs à prendre en compte avant d'amorcer ce changement est l'attitude des collègues et des managers. Il convient donc de s'interroger sur les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG et sur la perception qu'en ont différents acteurs. C'est ainsi qu'en guise de fil conducteur, nous formulons la question de recherche suivante :

Quelles sont les représentations des acteurs de la santé génésique concernant les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse ?

Méthode

IV. Méthode

Cette question principale s'accompagne de sous-questions :

- Quelles sont les difficultés rencontrées par les professionnels de la santé génésique dans le cadre de la pratique de l'IVG et concordent-elles avec celles évoquées dans la littérature ?
- Quel est le rôle actuel des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse et quel pourrait-il être ?
- Quelles sont les scénarii possibles pour élargir les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse ?

Dans le cadre de cette recherche, nous nous concentrerons sur la pratique de l'IVG médicamenteuse en Belgique. Cela, parce qu'il s'agit d'une méthode accessible, qu'elle comporte moins de risques et qu'elle peut être pratiquée au premier trimestre de la grossesse (Guillaume & Rossier, 2018). Aussi, bien que la revue de la littérature ait abordé l'interruption de grossesse pour différentes raisons, dont celles relevant d'une pathologie, nous parlerons exclusivement de l'avortement pratiqué à la demande. En effet, en cas de pathologie, il s'agit d'une IMG et la sage-femme travaille sous la responsabilité du médecin (CFSF, 2016).

Afin de répondre à ces questions, une analyse qualitative s'inscrivant dans une démarche exploratoire semblait plus appropriée pour capter, en profondeur, l'avis et l'expérience des différentes personnes interrogées. En effet, « through in-depth interviews, stakeholders' cognitive representations and mental models of outcomes can be analyzed through such methods » (Proctor et al., 2011, p.71). Concrètement, des entretiens ont été menés auprès d'un échantillon raisonné, composé de professionnels de la santé génésique en Belgique. Nous avons sélectionné 18 personnes, réparties en 3 groupes : des médecins pratiquant des IVG (gynécologues-obstétriciens et médecins généralistes formés à leur pratique), des sages-femmes accompagnant des IVG ainsi que des personnes proches d'organismes intéressés par la question de l'IVG et/ou représentant les différents types de professionnels interrogés. Les personnes interrogées ont été donc sélectionnées pour leurs compétences en matière d'IVG et/ou en matière de maïeutique*.

Plus précisément, entre le 30 janvier 2023 et le 18 mars 2023, ont été interrogés :

- un médecin se spécialisant en gynécologie-obstétrique,
- un médecin généraliste se formant à la pratique des IVG,

- deux gynécologues-obstétriciens pratiquant des IVG,
- un médecin généraliste pratiquant des IVG,
- six sages-femmes accompagnant des IVG,
- un membre de la Société Scientifique de Médecine Générale,
- un membre du Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement [GACEHPA],
- un membre de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse,
- un membre de la Fédération Laïque des Centres de Planning Familial,
- un membre du CFSF,
- un membre de l'Union Professionnelle des Sages-Femmes Belges et
- un membre de la Belgian Midwives Association.
-

Le recrutement s'est principalement opéré grâce à une snowball procedure. Connaissant quelques personnes exerçant dans ce milieu, elles nous ont permis d'entrer en contact avec d'autres professionnels intéressés et ayant un profil intéressant pour cette recherche. Parmi les personnes interrogées, d'âge variable, 2 sont des hommes et 16 sont des femmes. Elles ont une pratique intra- et/ou extrahospitalière. Afin de pouvoir saisir toutes les subtilités de leurs propos, seules des personnes s'exprimant en français ont été interviewées.

Un contact par mail a permis de joindre les personnes sélectionnées et de leur expliquer l'objet et les modalités de cette recherche. Ensuite, un seul entretien, enregistré avec leur accord, a été mené en face à face ou en visioconférence auprès de chaque personne. Ces entretiens, qui ont duré entre 30 et 90 minutes en fonction du temps dont disposaient les personnes interrogées, se sont basés sur des guides d'entretien différenciés, selon que l'entretien soit mené auprès d'un médecin (Annexe IV), d'une sage-femme (Annexe V) ou d'un membre d'un organisme (Annexe VI). Ils ont été développés dans une optique semi-directive, afin de permettre aux différents intervenants de s'exprimer librement et de partir de leur expérience, tout en mettant un cadre à la recherche afin de ne pas trop s'éloigner du sujet. Chaque personne interrogée a eu la possibilité de corriger ou de rajouter des éléments de réponse par la suite. Chaque entretien fut ensuite intégralement retranscrit sur Word et anonymisé. La démarche étant inductive, leur contenu fut analysé à l'aide de catégories et sous-catégories thématiques émergentes. Par la suite, nous avons tenté d'identifier des catégories plus conceptualisantes.

Cette recherche n'a pas nécessité l'accord préalable d'un comité d'éthique pour être menée.

Dans les prochaines pages, des verbatims repris des entretiens menés auprès de ces personnes seront utilisés pour en illustrer le contenu. Ils seront différenciés selon que la personne interrogée soit un médecin (*MD1, MD2, MD3, MD4, MD5*), une sage-femme (*SF1, SF2, SF3, SF4, SF5, SF6*) ou un membre d'un organisme (*Org1, Org2, Org3, Org4, Org5, Org6, Org7*).

Résultats

V. Résultats

1. La perception de l'IVG

L'IVG existe depuis la nuit des temps et est fréquente dans la vie d'une femme. *« C'est un acte de la vie, ça fait partie de la vie, enfin de la conception et cetera, de la vie reproductive. » (Org2)* Pourtant, ce droit fondamental semble encore aujourd'hui être constamment remis en cause et reste un sujet sensible. En effet, il soulève de nombreuses questions d'ordre culturel, éthique et religieux. Notre société, pourtant aujourd'hui multiculturelle et multiconfessionnelle, reste empreinte de la tradition judéo-chrétienne où le sujet de l'IVG fait écho au droit de vie et de mort sur les individus. Il soulève alors la question du statut juridique de l'embryon et de son droit à la vie. Il n'est d'ailleurs pas rare qu'un parallèle soit fait avec le sujet de l'euthanasie. Aussi, bien que légalement permis, il questionne le droit des femmes, leur autonomie et fait souvent peser sur elles une certaine culpabilité, de la honte ou de la solitude.

C'est aussi un sujet hautement politique, au cœur de nombreuses controverses. Il fut d'ailleurs un sujet épineux lors de la formation de notre gouvernement. Il est tellement difficile de l'aborder et de s'accorder sur le sujet, qu'il semble parfois plus simple d'en faire abstraction. *« Alors là, sur tout ce qui concerne l'IVG, ça ne bouge plus parce que le gouvernement s'est accordé pour dire 'on n'en parle pas pendant 4 ans'. Dans les négociations de formation du gouvernement, des partis ont dit 'on veut bien s'allier avec vous si vous enlevez les questionnements par rapport à l'avortement'. Et les partis, donc présentement au pouvoir, ont dit OK. [...] Tous ceux-là ont accepté que l'IVG, c'était pas un sujet pour 4 ans. » (Org2)*

La pratique de l'IVG reste aussi un point sensible dans le monde médical. À côté des institutions ou des professionnels qui disent ouvertement en pratiquer, d'autres réprouvent catégoriquement cette pratique. Enfin, nombreux sont ceux qui le disent à demi-mot ou qui tentent de le cacher. Pour certaines des personnes interrogées, cela s'apparente à de l'hypocrisie. *« Surtout si on travaille dans un hôpital qui ne fait pas d'IVG. Enfin, pas officiellement... Qui ne fait que des curetages de fausses couches. Incroyable leur taux de curetage dans certains hôpitaux ! » (Org2)* Toutefois, les mentalités changent peu à peu et certains hôpitaux qui refusaient auparavant catégoriquement d'en pratiquer ont doucement inclus cet acte médical dans leur pratique, jusqu'à le dire ouvertement sur leur site internet.

Bien que le tabou sur le sujet soit doucement levé, une appréhension générale à l'idée d'aborder un tel sujet dans notre société perdure. Et en parler ouvertement s'avère encore moins facile.

« Enfin, c'est ce qui m'a aussi beaucoup perturbé, parce qu'il y a peu de gens qui sont prêts à aller à la télé pour ça. Tu sais, quand t'es gynéco, comme je dis toujours, c'est plus classe de dire 'je fais de la PMA [procréation médicalement assistée], je fais des césariennes, je mets des bébés au monde'. T'arrives à un repas à dire 'Moi, j'avorte' ... Ça me fait rire en fait, ça fait un gros blanc. » (Org3) Ainsi, l'anonymat des personnes interrogées semble capital.

Sous le couvert de l'anonymat, ces hommes et ces femmes parlent de leur pratique et de leur accompagnement auprès des femmes qui ont recours à l'IVG. L'IVG, encore vue comme un acte militant, personne ne la réalise parce qu'elle aime ça, mais bien pour ses convictions personnelles et ses valeurs. *« Moi je fais ça vraiment pour mes convictions personnelles, pour mon engagement, pour le droit des femmes. C'est plutôt ce côté militant. » (SF2)* *« Enfin, je crois que le fait que si pour moi, quand je rencontre une nouvelle personne, c'est un petit passage de dire 'ouais, j'accompagne des avortements', si ce n'est pas une phrase banale, c'est qu'alors que c'est positif, je veux dire c'est que c'est militant. » (Org2)*

2. L'IVG médicamenteuse en Belgique

2.1. La pratique de l'IVG médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse, tout comme l'IVG par aspiration, peut se pratiquer dans des structures intra- ou extrahospitalières. L'accompagnement se fait classiquement en 3 temps. Un premier rendez-vous auprès d'une accueillante (sage-femme, infirmière, assistante sociale ou psychologue) permet à la femme de formuler sa demande, de la clarifier, de recevoir des informations sur les méthodes existantes et de poser ses questions. Ensuite, une entrevue avec un médecin permet de s'assurer que la grossesse est intra-utérine, de la dater, d'évaluer s'il existe des contre-indications à l'utilisation de la méthode, de mettre en évidence de potentiels antécédents médicaux significatifs et de réaliser des examens sanguins, notamment afin de dépister la présence d'infections sexuellement transmissibles. Le second temps consiste en l'IVG en tant que telle. En fonction de l'AG et des préférences de la femme, elle peut être réalisée par aspiration ou par voie médicamenteuse. Cette dernière est généralement utilisée jusqu'à 9 SA. Avant la pandémie de la Covid-19, les IVG médicamenteuses se réalisaient presque exclusivement dans les institutions. Depuis cette période particulière, la possibilité de réaliser une IVG médicamenteuse à domicile s'est largement développée. Chaque institution a mis en place une forme de protocole pour évaluer quelle femme peut y avoir recours. Enfin, le

troisième temps consiste en un troisième rendez-vous qui permet de s'assurer de la vacuité utérine, de l'absence de complications et de mettre en place une contraception ou un suivi psychologique pour les femmes qui le souhaitent. Toutefois, pour des raisons variées, il est fréquent que les femmes ne se présentent pas à ce rendez-vous. *« Mais il y en a plein qui ne viennent pas à leur rendez-vous post. C'est parce qu'elles sont rassurées, parce qu'elles savent que tout va bien, qu'elles ont plus de saignements, elles ont recommencé leur pilule ou ne veulent plus revenir ici. » (Org2)*

2.2. L'accompagnement pluridisciplinaire de l'IVG médicamenteuse

Un élément soulevé par l'ensemble des personnes qui pratiquent ou accompagnent des IVG est l'importance de la multidisciplinarité lors de l'accompagnement d'une femme ayant recours à l'IVG. Le fait qu'il y ait plusieurs intervenants permet à chacun d'assumer un rôle particulier, de mettre en place un accompagnement différent, en fonction des compétences qui lui sont propres : une personne adopte une posture d'accompagnement et de soutien tandis que l'autre peut se focaliser sur l'aspect médical de l'IVG. Aussi, elle permet aux soignants de recouper les informations qu'ils ont reçues, de discuter et de prendre une décision ensemble, ne laissant pas le poids de la décision sur une seule personne. Dans un contexte légal et sociétal sensible, cela s'avère être un réel gage de sécurité pour les professionnels impliqués. *« Je ne pense pas, même un médecin, que faire ça tout seul, c'est une bonne idée. Ça doit être une histoire d'équipe. Il y a des procès, il y a des gens qui regrettent et tout. Si vous êtes à 2 ou 3 à dire 'moi je vous ai vue, la sage-femme vous a vue ou un psychologue vous a vue'. [...] Je pense que c'est des choses qui peuvent être... On est mieux à 2 ou à 3 ou 4 que tout seul, quel que soit le lieu. Vous me diriez le médecin fait tout seul l'IVG... Le problème, c'est qu'il y en a qui le font. Oh pff pas une bonne idée d'une manière générale. » (MD1)*

3. Les difficultés rencontrées dans la pratique de l'IVG

Bien que l'IVG soit légalement permise depuis plusieurs années et que les soins de santé soient organisés de manière à la rendre accessible, les personnes interrogées identifient plusieurs difficultés sur le terrain. Elles estiment que ces difficultés constituent un frein à l'accès effectif aux soins d'avortement en Belgique.

3.1. La pénurie de médecins

Au premier plan des difficultés citées par les personnes interrogées, se place la pénurie de médecins pratiquant des IVG. Il s'avère difficile de trouver des médecins qui désirent dédier une partie de leur activité à la réalisation d'IVG, encore plus d'en trouver qui y sont formés, sans parler de la difficulté de les garder une fois qu'ils sont engagés. Cette pénurie s'inscrit dans le contexte plus large d'une pénurie de médecins en Belgique. Tout d'abord, la pénurie de gynécologues-obstétriciens : en nette diminution actuellement, le nombre de ces spécialistes sera amené, d'ici quelques années, à être encore plus réduit. *« Ça, il faut le savoir. À partir de 2027, on ne pourra plus avoir que X gynécos pour toutes les universités. Donc ça c'est une réduction drastique. Donc on sait que notre nombre de post-gradués, il va passer de 18 [...] à 5, 6, 7. »* (Org3) Ensuite, cette pénurie touche également les médecins généralistes. Leur trop faible nombre a à la fois un impact sur le nombre de cabinets de médecine générale, mais également sur des services de santé essentiels tels que l'Office de la naissance et de l'enfance [ONE] ou les centres de planning familial. Or, ce sont dans ces structures que sont pratiquées la majorité des IVG, par des médecins généralistes.

Au-delà de la pénurie globale de médecins, la pénurie de médecins pratiquant l'IVG semble être multifactorielle : la faible sensibilisation faite auprès des futurs médecins dans les universités, le manque de places de formation à l'IVG, les difficultés d'accès à cette formation, la faible reconnaissance des praticiens de l'IVG et le refus de certains d'en pratiquer.

3.2. L'IVG passée sous silence dans les universités

La majorité des personnes interrogées constate un manque de sensibilisation faite sur le sujet de l'IVG dans les universités de médecine. Abordée lors de modules facultatifs dans les universités du réseau libre, l'IVG semble complètement passée sous silence dans les cours de médecine donnés dans le réseau catholique. *« Donc moi pendant mes études, comme je le disais, on n'a pas du tout parlé d'IVG dans le cadre de ma formation. Et c'est fou parce qu'en fait, quand j'avais le nez dans le guidon à ce moment-là, quand j'étais aux études, en fait, j'ai même pas réalisé qu'on n'avait pas abordé ce sujet-là. »* (MD3) Cette différence réside dans la grande liberté dont disposent les universités concernant le contenu des cours dispensés.

Or, informer les futurs médecins sur cette thématique semble être la seule manière de les y sensibiliser dans un premier temps. C'est pourquoi les personnes interrogées s'accordent sur le fait qu'elle devrait être systématiquement abordée durant le cursus universitaire ; non pas pour

former tous les futurs médecins à la pratique de l'IVG, mais bien pour les y sensibiliser et les rendre capables d'accompagner ou de référer une femme émettant la demande d'interrompre sa grossesse. Plus largement, ils estiment que cette thématique devrait s'inscrire dans un enseignement de l'éducation à la vie sexuelle et affective. *« Donc le fait d'avoir un cours optionnel dans le cursus de médecine générale, ça positionne déjà la question à un stade très très accessoire par rapport à ce qu'est la réalité. On a des étudiantes en médecine qui elles-mêmes ont recours à l'IVG. Donc c'est important de pouvoir ouvrir la discussion assez rapidement. Et les universités ont un rôle d'influence qu'elles utilisent peut-être pas assez. »* (Org1)

Pour les médecins généralistes qui souhaitent s'y former, une seule formation complémentaire non obligatoire existe. Tandis qu'aucune formation de ce type n'existe dans les universités néerlandophones, seule l'Université Libre de Bruxelles [ULB] a accepté un partenariat avec le GACEHPA et en propose une du côté francophone. Organisée sur 2 ans, elle consiste en une formation théorique et 4 stages de 6 mois auprès de médecins en planning familial. Plusieurs points d'attention sont soulevés. Le premier est que cette formation dispose d'une très faible visibilité : les informations concernant cette formation ne sont accessibles que via le secrétariat de l'ULB. *« Quand on va sur le site du GACEHPA, on ne trouve pas l'info, il n'y a pas de lien pour s'inscrire, pas de date, de lieu. C'est assez frustrant. »* (Org1) Ensuite, elle dispose de très peu de places et a donc de longues listes d'attente. Étant conditionnée par le nombre de praticiens en planning familial disponibles pour accompagner les médecins en formation, elle n'est accessible qu'à 20 à 25 personnes par an. De plus, parmi elles, plusieurs arrêtent en cours de route ou finiront par ne pas pratiquer d'IVG. Une des personnes interrogées l'explique ainsi : *« Et puis, comme cette formation dure 2 ans, on sait que dans les 2 années, il y a des médecins, enfin des personnes, qui arrêtent. Soit parce qu'en fait elles vont faire de la médecine générale ailleurs, soit parce qu'elles l'ont fait 1 an et donc elles arrêtent la formation et prennent un poste quelque part, soit parce qu'à nouveau c'était pas ce qu'elles croyaient, ça leur convient pas et donc elles arrêtent. »* (Org2) Aussi, cette formation est difficilement conciliable avec l'assistantat des jeunes médecins. En effet, ils doivent pouvoir se libérer 1 jour par semaine de leur activité professionnelle et ce, de manière bénévole. Enfin, pour les médecins généralistes issus d'autres universités que l'ULB, cette formation n'est pas reconnue comme faisant partie de leur cursus. Pour pallier ce manque de formation, des médecins généralistes arrivent à se faire engager dans des structures extrahospitalières sans avoir suivi de formation et sont alors formés sur le terrain par leurs pairs.

Afin de permettre aux médecins généralistes qui désirent s'y former, les personnes interrogées estiment qu'une formation sur la pratique de l'IVG devrait être accessible dans plusieurs universités. Aussi, cette formation devrait bénéficier de plus de visibilité et être plus accessible : elle devrait être moins longue et plus facilement combinable avec leurs études, comme le sont déjà d'autres formations complémentaires.

3.3. La faible reconnaissance des praticiens de l'IVG

Toutes les personnes interrogées estiment que cette pénurie de médecins s'inscrit également dans une faible reconnaissance du travail des médecins pratiquant l'IVG : toutes celles qui en pratiquent parlent du peu de reconnaissance de leur travail, qui se traduit notamment par une très faible rémunération. Une des personnes interrogées qualifie cette pratique de « *parent pauvre de la gynéco* » (Org3). Toutefois, l'important caractère militant de cette pratique semble ne plus suffire aux nouvelles générations de soignants pour s'y engager. « *Et du coup, moi c'est un peu ma difficulté, Je divague un peu... Sous couvert de défendre le droit des femmes... Je suis un peu en révolte contre ça... C'est qu'on nous demande presque du bénévolat.* » (SF1) « *Les plannings, c'est pas des choses qui rapportent des sous. Oui donc on a cet aspect malheureusement, mais il faut bien l'avouer. Et non, les jeunes, ils regardent ça aussi.* » (MD2) Enfin, plusieurs personnes rapportent que la pratique de l'IVG n'est pas un acte facile du point de vue émotionnel, ce qui explique qu'il est rare qu'un médecin n'ait pas d'autre activité en parallèle. D'ailleurs, aucune des personnes interrogées qui pratique ou accompagne des IVG y consacre l'intégralité de son activité professionnelle. Cela demande donc d'autant plus de motivation de leur part en termes d'organisation de leur activité professionnelle, chose qui ne s'avère pas toujours aisée. « *Et ici, comme je suis au forfait, je demande une dérogation à l'INAMI pour pouvoir travailler en planning familial par exemple. Et donc le fait de devoir faire cette démarche, c'est un peu aussi décourager. C'est plus par rapport à la pénibilité administrative, oui, de devoir le faire... Donc oui, donc on ne facilite pas énormément l'accessibilité en fait, que ce soit dans la formation, dans la sensibilisation et puis dans l'accès à la formation et à l'exercice.* » (Org1)

Ainsi, les personnes interrogées estiment qu'il serait nécessaire de reconnaître le travail des praticiens de l'IVG ; non seulement d'un point de vue financier, mais également au niveau sociétal. Ce sujet, encore trop souvent négativement connoté, devrait « *rentrer dans les mentalités* ». (Org6)

3.4. Les différences d'organisation dans l'offre des soins de santé liés à l'IVG

Ils sont nombreux à parler de cette pénurie de médecins pourtant, parmi eux, quelques-uns la questionnent. Une des personnes interrogées estime qu'il serait nécessaire de mieux expliciter ce concept de pénurie. Pour cela, il faudrait pouvoir estimer le nombre de médecins nécessaires, le comparer avec le nombre de médecins praticiens et pointer avec précision les difficultés d'accès engendrées par cette pénurie. Une autre la remet en question. Selon elle, c'est le fonctionnement des centres de planning familial qui doit être repensé. *« Il y a 15-20 ans, quand j'ai téléphoné justement sur cette pénurie... C'est un bruit qu'on entend fort du côté des hôpitaux libres, de l'ULB, des fédérations et tout. Mais j'étais fort déçu parce que j'ai téléphoné 2-3 fois il y a 15-20 ans, à des centres de planning à Braine et à Bruxelles. Et on m'a dit 'oui, vous êtes gynécologue, c'est intéressant. Mais on ne va pas vous retenir... Vous êtes un homme, dans le public. Et c'est plutôt des femmes, comprenez, beaucoup d'étrangères.' J'ai essayé 2 fois, puis j'ai senti qu'on ne voulait pas d'un gynécologue qui spontanément s'offrait une après-midi par semaine ou quoi, pour aller faire ça. »* (MD1) Enfin, sans pour autant la remettre en question, 2 autres personnes estiment qu'elles ne vivent pas cette pénurie. Toutes ces personnes viennent pointer du doigt une différence de taille : celle de l'organisation de l'offre de soins dans les différentes communautés linguistiques du pays.

Il s'avère donc impossible d'aborder le sujet de l'IVG en Belgique sans parler des différences dans l'organisation de l'offre de soins de santé liés à l'IVG. Du côté néerlandophone, 5 centres extrahospitaliers, les centres LUNA, sont agréés pour la pratique des IVG. 4 sont implantés en Flandre et 1 à Bruxelles. C'est là que sont pratiquées toutes les IVG, à l'exception des IVG par aspiration lorsqu'elles sont pratiquées sous anesthésie générale. Dans ce cas, les femmes sont référées vers un hôpital. Ces institutions extrahospitalières ont pour vocation d'apporter un accompagnement global aux femmes ayant recours à une IVG, mais seulement dans ce cadre-là. *« Les seules choses qu'on fait, c'est bien sûr la contraception, à condition qu'il y ait eu un avortement. Parce que si on avait par exemple une patiente, quand elle venait pour l'avortement, il y avait la sœur qui venait. Et on posait le stérilet juste après l'avortement. Et la sœur disait 'je peux aussi ?' Mais c'était non. »* (SF3) Du côté francophone du pays, l'organisation est toute autre. Bien que la majorité des IVG soit pratiquée en centre extrahospitalier (les centres de planning familial), les femmes ont le choix d'avorter dans une structure intra- ou extrahospitalière. Bien qu'ils se soient historiquement développés pour offrir des soins d'avortement, ce n'est pas leur unique vocation. Ce sont des structures de première

ligne qui offrent des services médico-psycho-sociaux. L'IVG n'est donc qu'une thématique parmi d'autres. D'ailleurs, tous les centres de planning familial n'en pratiquent pas et, lorsqu'ils en pratiquent, ces lieux n'y dédient qu'une partie de leur activité. Cette différence d'organisation impacte la taille des centres et le nombre d'IVG qui y sont réalisées quotidiennement : les centres de planning familial disposent généralement de 2 à 4 chambres dédiées aux IVG tandis que les centres LUNA sont bien plus grands. « *On avait 4 chambres. [...] Mais par exemple à Anvers et à Gand, c'est le triple chez nous.* » (SF3) Ayant pourtant un objectif commun, les centres de planning familial et les centres LUNA ne collaborent et ne communiquent que très rarement entre eux.

3.5. L'accessibilité géographique et financière

La dispersion géographique des structures pratiquant des IVG semble également poser problème dans certaines régions francophones de la Belgique. Selon les personnes interrogées, s'ensuivent alors des difficultés pour s'y rendre, des délais d'attente ou la nécessité de référer les femmes vers d'autres centres. Cependant, vu l'importance accordée à l'accès à l'IVG dans ces structures, plusieurs personnes témoignent d'une plus grande flexibilité dans les horaires et dans l'organisation de l'institution pour pouvoir répondre aux demandes. « *C'est un peu une course contre la montre, d'essayer de pas les voir trop tard pour qu'elles aient encore le choix de comment elles le feront. Et donc je trouve que même quand on avait des plages un peu remplies, on essayait, on s'arrangeait, on forçait des places pour les IVG, on était beaucoup plus souples que pour d'autres rendez-vous.* » (MD5) Bien qu'il y ait beaucoup moins d'institutions néerlandophones qui pratiquent des IVG, cela ne semble pas poser problème, au contraire. « *Il y a des gens qui veulent pas dans leur région non plus. Parce qu'on sait jamais que quelqu'un les voit rentrer ou qu'il travaille là ou quoi, voilà. Donc il y en a suffisamment qui venaient de l'autre bout, qui venaient à Bruxelles pour être hors de leur région.* » (SF3) Toutefois, les centres LUNA se voient également parfois dans l'obligation de référer les femmes vers d'autres centres, par manque de place.

Plusieurs personnes interrogées évoquent également l'aspect financier de l'IVG. Tout d'abord, l'accessibilité financière peut s'avérer difficile pour des adolescentes ou pour des femmes vivant dans la précarité. Plusieurs des intervenants interrogés expliquent avoir vu des jeunes filles ou des femmes vivant dans la précarité dépasser le terme légal de 14 SA à cause de difficultés financières.

En ce qui concerne les institutions, on observe de grandes différences entre celles qui sont extra- ou intra-hospitalières. Tandis que pratiquer des IVG assure une certaine pérennité aux centres extrahospitaliers, cela s'avère beaucoup moins rentable pour les institutions hospitalières. « *Les autres hôpitaux, ils le font pas. Mais pourquoi ils le font pas ? Tu vois, je sais que par exemple dans les plannings, ça coûte beaucoup moins cher et qu'ils ont aussi des forfaits. Les hôpitaux n'ont pas de forfait pour ça. Donc financièrement pour les hôpitaux, ça coûte très cher. Oui, c'est vraiment un service qu'on offre entre guillemets. Et c'est pour ça que l'hôpital, au début, a dit 'uniquement nos patientes, uniquement celles où on est sûr qu'elles vont revenir'.* » (SF6)

3.6. L'accès à une information de qualité

Parler de l'accessibilité revient aussi à parler d'accès à une information éclairée par les femmes. Les personnes interrogées estiment que le sujet de l'IVG véhicule encore beaucoup d'idées reçues et déplorent l'absence d'un site fédéral officiel donnant des informations claires et complètes sur la pratique de l'IVG et son cadre légal. Aussi, cette information ne devrait pas se limiter à l'IVG en tant que telle : elle devrait mettre l'accent sur la prévention, la contraception et l'éducation à la santé. « *Donc oui, le délai de 14 semaines, qui n'est basé sur rien d'autre que 'tiens, on mettrait bien 12 semaines'. Et puis en fait, nous on l'a un peu tordu en disant si 'vous dites 12, mais nous on disait qu'on compte à partir de là, et alors comme ça, ça fait 14'. C'est pas une limite... Parfois j'explique ça à nos patientes qui disent 'oui, mais il faut que je me décide vite parce que je suis bientôt à 14 semaines'. Alors c'est vrai, ce sera plus confortable si vous avortez en Belgique. Mais par contre, y a rien qui se passe à 14 semaines et 3 jours comparé à 13 semaines et 3 jours. Enfin, à part que là on a décidé que ce n'était pas permis. Mais du point de vue du développement, des choses comme ça, il n'y a rien qui est plus dangereux. Enfin, c'est une bonne chose. Mais souvent les patientes pensent que cette limite a une bonne raison d'être. Et c'est bien qu'elles croient ça, que les lois belges sont fondées sur quelque chose. Mais ce n'est pas le cas.* » (Org2)

3.7. Les restrictions légales

En parallèle de ces difficultés d'ordre pratique, la plupart des personnes interrogées estiment que la loi actuellement en vigueur pose problème. Elles parlent notamment du délai d'attente obligatoire de 6 jours et du terme légal de 14 SA. Ces limitations sont susceptibles d'entraîner un dépassement du terme légal, et donc l'obligation pour certaines femmes de mener à son

terme une grossesse qu'elles n'ont pas voulue ou la nécessité de se rendre à l'étranger pour l'interrompre. *« Parce qu'à nouveau, qui peut aller se payer un avortement à 1000 € aux Pays-Bas ? Ben pas tout le monde. Pas tout le monde a 1000 € à pouvoir dépenser en 2 semaines. Pas tout le monde peut traverser une frontière sans avoir peur. »* (Org2) Aussi, même si l'IVG n'est plus inscrite au Code pénal, des sanctions restent d'application à l'égard des médecins. La crainte d'encourir des sanctions pénales constitue un réel frein à l'engagement de médecins dans la pratique de l'IVG. Enfin, pour les médecins ne voulant pas pratiquer d'IVG, la loi prévoit la possibilité d'invoquer une clause de conscience. Elle suscite des questionnements auprès des personnes interrogées ; non seulement parce qu'elle réduit fortement le nombre de professionnels en mesure de répondre à une demande d'IVG, mais aussi et surtout à cause des dérives qui en découlent : sentiment des femmes d'être jugées, mauvaise information ou absence de redirection vers d'autres soignants. *« Des histoires de femmes où le gynéco dit 'Ici, on fait pas ça. Nous, on décide pas de la vie ou de la mort des enfants'. Des choses comme ça nous sont revenues. Une autre nana, le gars lui dit 'Aah c'est pour une interruption de grossesse ? Bah reviens la semaine prochaine'. Elle revient la semaine prochaine, le mec n'est pas là. La secrétaire lui dit 'Bah madame, aujourd'hui le médecin ne consulte jamais'. Elle lui dit 'Aah c'est pour votre suivi de grossesse ?' 'Non en fait je voudrais interrompre.' 'De toute façon, ici on ne pratique pas d'interruption de grossesse, c'est connu.' Et donc, la nana se retrouve sans rendez-vous à la limite des 12 semaines à se dire 'qu'est-ce que je vais faire ?' »* (SF1)

Ainsi, une nécessaire adaptation de la loi est évoquée, avec principalement la suppression du délai de réflexion obligatoire et l'allongement du terme légal au-delà de 14 SA. Un sondage à ce sujet a d'ailleurs été adressé aux gynécologues-obstétriciens par le Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique [CRGOLFB]. Concernant la clause de conscience, bien qu'elle réduise le nombre de médecins pratiquant des IVG, plusieurs des personnes interrogées estiment qu'il est préférable qu'elle soit maintenue. Selon elles, mieux vaut un petit nombre de praticiens qui la réalisent par conviction, qu'un grand nombre qui la font par obligation. En effet, forcer un médecin réfractaire à l'IVG à en pratiquer, c'est risquer qu'il ne soit pas adéquat ou bienveillant vis-à-vis des femmes. *« Je pense que le plus gros problème, c'est ceux qui font mais qui accueillent mal. [...] Moi j'ai l'impression que le problème, c'est les hôpitaux qui le font, mais qui le font qu'à moitié. Et qui peuvent être violents d'une certaine manière avec les femmes ; soit parce qu'ils sont jugeants, soit parce qu'ils sont pas bien formés. »* (Org4) Toutefois, selon les personnes interrogées, cette clause de conscience ne devrait pas entraver l'accessibilité à l'IVG de par un trop faible nombre de praticiens. C'est

pourquoi divers organismes plaident auprès des pouvoirs publics pour une extension des compétences de différents paramédicaux en matière d'IVG. *« Ça ferait en sorte que les sages-femmes travaillant donc en centre de planning familial puissent prescrire et délivrer de manière autonome les médicaments nécessaires à une IVG médicamenteuse. [...] Cette note a été présentée au Cabinet Vandenbroucke. » (Org4)*

Tandis que pour certaines des personnes interrogées, l'extension des compétences des sages-femmes en matière d'IVG pourrait représenter une solution à un problème d'accessibilité, elle n'est pour d'autres qu'un prétexte pour tenter de faire reconnaître la sage-femme à la hauteur de ses compétences. *« Je pense que la pénurie de médecins, c'est un peu l'occasion qui fait le larron. Mais qu'il y ait pénurie ou pas, je pense qu'il faudrait pouvoir le faire en fait. » (Org4)*

4. Les sages-femmes et l'IVG médicamenteuse

4.1. L'accompagnement de l'IVG médicamenteuse par les sages-femmes

Dans le cadre de l'accompagnement d'une IVG médicamenteuse, le rôle d'une sage-femme s'apparente à celui d'une accueillante. En amont de l'interruption de grossesse, elle fait partie des personnes qui gèrent les rendez-vous et la partie administrative. Elle rencontre également la femme qui formule une demande d'IVG, à différents moments, selon les habitudes de l'institution, en collaboration avec d'autres professionnels : elle fait l'entretien psycho-social, essaye d'y être présente avec un autre collègue ou rencontre la femme avec le médecin durant l'entretien médical. Ces temps de rencontre sont l'occasion d'accueillir la femme, d'accueillir sa demande, de lui permettre ou de l'aider à verbaliser ce qu'elle ressent, de la déculpabiliser, de l'informer, d'identifier une potentielle ambivalence, ... Dans certains cas, la sage-femme réalise elle-même l'échographie de datation. Elle est alors la pierre angulaire de l'accompagnement de la femme demandant une IVG, en associant les aspects médicaux et psycho-sociaux. *« Et puis elle va arriver dans le médical et moi j'amène quelque chose d'un peu plus rond, j'ai envie de dire, dans le sens où bon voilà, il va y avoir un peu le questionnaire, l'anamnèse médicale, et puis cette échographie, et cetera. Et je fais un peu un lien physique aussi, et on est vraiment... En fait, c'est vraiment une co-consultation. » (SF5)*

Le jour de l'interruption de grossesse, la sage-femme est également présente. Lorsque l'IVG se déroule dans l'institution, elle accueille la femme, s'assure qu'elle prend ou lui donne ses comprimés abortifs, se rend disponible pour la femme qui en fait la demande, répond aux

questions et accompagne, tant d'un point de vue physique que psychique. Elle gère la douleur, vérifie les pertes de sang et s'assure que le processus expulsif se met en route. Elle accompagne également la femme émotionnellement, la rassure et la soutient durant ce processus. Si l'IVG médicamenteuse est réalisée à domicile, elle reste disponible par téléphone et appelle elle-même la femme à plusieurs reprises, selon un schéma défini en interne. *« Quand les femmes étaient installées, c'est vraiment de s'asseoir, d'être en empathie, de voir comment elles géraient la douleur, d'amener tous nos petits remèdes naturels : la bouillotte, un peu d'homéopathie, un peu d'huiles essentielles, ... Faire attention à la manière dont on parle, un peu de massage, de la respiration, ... » (SF1)* *« En général, la MyféGINE, on n'entre pas beaucoup dedans. On a des actes délégués pour ça, donc on donne la MyféGINE. Et pour les Cytotec, si elle le fait ici, elle vient 48 heures ou 24 heures après. Et puis alors, elle les prend ici. Et c'est un accompagnement plutôt basé sur la gestion de la douleur, la gestion des émotions, la présence. Mais tout en gardant nos activités à côté. Donc elles sont dans nos chambres et puis voilà, elles nous appellent si besoin et on passe régulièrement. On diagnostique aussi si la fausse couche a été réalisée. Et puis voilà, on accompagne aussi sur les conseils... Il y a une grosse part d'EDS [éducation à la santé], de l'information, des conseils et la contraception. » (SF2)*

Lors du rendez-vous de contrôle, son rôle est moins défini. Elle repasse dire bonjour, reparle de l'IVG avec la femme qui en exprime le besoin, ... Mais sa présence n'est pas systématique.

L'expertise et les compétences développées par la sage-femme durant ses études semblent être une réelle plus-value. À ce sujet, les personnes interrogées, qu'elles soient sages-femmes ou médecins, s'accordent. En effet, de par sa connaissance du corps de la femme, de sa physiologie, de la grossesse, de la gestion de la douleur, de sa capacité à gérer des situations d'urgences telles que l'hémorragie, la sage-femme est capable de gérer *« avec une philosophie et un savoir-faire qui est pour moi fort fort important dans la gestion d'une interruption de grossesse. Parce qu'au fond, on est quand même sur la prise en charge d'une expulsion. » (MD2)* *« Tu vois, tout ça, j'avais amené, parce que tout ça n'était pas bien différent d'une femme en travail pour moi, ou en tout cas qui traversait quelque chose de similaire. Voilà, dans l'écoute active, la relation thérapeutique, ... Tout ça était vraiment très très fort. Et puis j'avais pas peur de l'hémorragie, quand elles saignaient, ... Parce que c'était très clair pour moi les quantités de sang. Donc je crois que c'était un atout en tous cas. » (SF1)*

Toutefois, les sages-femmes font face à des questionnements quant à leur rôle dans l'accompagnement des IVG. En effet, certaines personnes interrogées expliquent que, pour la

société, la sage-femme semble renvoyer l'image de la famille hétéronormée et de la grossesse désirée. Il semble donc difficile d'imaginer qu'elle puisse avoir sa place dans l'accompagnement d'une interruption de grossesse. Face à cela, les sages-femmes interrogées expriment avoir le sentiment de devoir se justifier. *« Et pour moi en tant que sage-femme, on me demande encore maintenant, on me demande 'mais pourquoi t'as fait ça ? Toi qui es sage-femme, qui es dans la lumière, qui accompagnes la naissance, le merveilleux, ... Pourquoi t'as choisi un jour d'être dans l'accompagnement d'interruptions de grossesse... De décider de mettre un terme à la vie ? ' J'ai entendu ce genre de discours. » (SF1)*

4.2. L'identité professionnelle des sages-femmes

Encore aujourd'hui, de nombreuses personnes méconnaissent le métier de sage-femme, le rôle et les compétences qu'elles ont. Elles ont longtemps été vues comme des assistantes des gynécologues-obstétriciens. Ensuite, lorsque leur rôle dans l'accompagnement de l'accouchement à domicile s'est vu remis en question, différentes associations se sont formées pour s'y opposer. Depuis lors, en accord avec les représentations que les sages-femmes elles-mêmes se font de leur métier, ces associations défendent la profession de sage-femme et tentent de faire reconnaître leurs compétences. Une des personnes interrogées rapporte que, tandis qu'elles se cantonnaient au volet obstétrical du suivi de la femme, les sages-femmes sont de plus en plus désireuses d'élargir leur champ de compétences en matière de santé gynécologique et reproductive. C'est ainsi que plusieurs personnes interrogées observent qu'un nombre croissant de sages-femmes désire quitter la pratique hospitalière et s'intéresse à la santé de la femme de manière plus générale, ce qui comprend notamment la contraception, l'accompagnement de l'IVG et le suivi global de la femme. Toutefois, à l'heure actuelle, ce sont des compétences qui ne leur sont pas reconnues au niveau légal. *« Moi je crois que la sage-femme a une place autonome dans la santé génésique, dans la santé reproductive. Donc je pense qu'on a tout à fait notre place dans ce processus-là. Maintenant, en Belgique, la pratique chez la femme et en gynécologie de façon autonome n'existe pas, n'est pas selon moi décrite. Et selon moi, dans le temps, le profil professionnel de la sage-femme belge du Conseil Fédéral de 2016, je n'ai pas l'impression que la pratique gynéco, elle tombe dans nos cordes. Et donc, selon moi, c'est à ce niveau-là que c'est compliqué. Parce que pour l'instant, il n'y a pas de pratique des sages-femmes en gynéco de façon reconnue. » (Org7)*

La manière dont les sages-femmes se représentent leur profession et le cadre imposé par la loi a un impact sur leur pratique, mais également sur leur formation. Ainsi, l'enseignement donné aux futures sages-femmes s'intéresse de plus en plus à la santé globale et sexuelle des femmes. Toutefois, chaque école dispose d'une grande liberté quant au contenu des cours qu'elle dispense, ce qui peut entraîner des différences dans ce qui y est enseigné. Une des personnes interrogées l'illustre parfaitement : « *Le problème de l'enseignement supérieur, c'est que moi je peux mettre un titre 'CPN' [consultation prénatale], et je peux mettre tout et n'importe quoi dans ce cours de CPN. Mais comme je peux mettre un cours post-partum, je peux parler 80 % de l'allaitement maternel ou pas. Et donc je pense que ça dépend aussi d'où tu sors. Je pense que quand tu sors du réseau ULB, t'as peut-être plus facile d'aborder l'IVG que quand tu sors du réseau UCL [Université Catholique de Louvain].* » (SF6)

Les différences dans la formation de sage-femme ne se limitent pas à son contenu. En effet, elle n'est pas organisée de la même manière dans les communautés linguistiques. Tandis que les écoles néerlandophones dispensent cette formation en 3 ans, elle est organisée en 4 ans dans les institutions francophones.

Ces différences semblent avoir un impact sur la manière dont les sages-femmes sont perçues par des tiers : là où elles s'inscrivent dans une réelle collaboration et complémentarité avec les médecins dans la partie francophone du pays, elles sont moins autonomes en Flandre. « *Le problème majeur de sages-femmes, c'est quoi en Belgique ? Une sage-femme néerlandophone qui a fait 3 ans d'études ou francophone qui en a fait 4, une française qui en a fait 6. Donc déjà moi j'ai un problème parce que moi je travaille avec des gens qui ont fait 3 ans d'études, 4 ans d'études ou plus. Donc déjà, la définition de sage-femme en Belgique, pour moi, elle est compliquée. Parce que 3 ans d'études, c'est pas la même chose que 4 ou 5 ans en fait.* » (MD1)

4.3. La place des sages-femmes dans les centres de planning familial

Lorsque l'on parle du rôle des sages-femmes dans l'IVG et dans le suivi global de la femme, plusieurs des personnes interrogées abordent leur place dans les centres de planning familial. Là aussi, les sages-femmes rencontrent des difficultés à faire reconnaître leurs compétences et leur rôle.

Le premier élément frappant est qu'elles sont peu nombreuses à y travailler ; non pas par manque d'intérêt pour ce type d'activité, mais parce qu'il s'avère difficile pour des sages-femmes d'être engagées en tant que telles dans un centre de planning familial. La raison principale est simple : elles ne sont pas prévues dans le financement de ces structures. Les

centres de planning familial désireux de les engager doivent donc user de stratagèmes pour arriver à leurs fins : les engager sur fonds propres, via des financements particuliers, en tant qu'infirmière ou demander une dérogation auprès de l'INAMI. *« Le financement pour une sage-femme dans un planning... ça n'existe pas. Mais donc les sages-femmes qui avaient un double diplôme, avec un diplôme d'infirmière du coup, faisaient valoir leur diplôme d'infirmière mais aptes à appliquer leurs compétences de sage-femme. » (Org5)*

Ce manque de reconnaissance de leur titre professionnel, de leurs compétences, les sages-femmes interrogées le déplorent. Contrairement à ce qu'il leur est parfois renvoyé, elles ont un rôle, des compétences et une place en centre de planning familial. *« Et donc souvent je dois me justifier, je dois justifier pourquoi je travaille en planning et expliquer en fait quel est le rôle de la sage-femme en planning. Et c'est vrai que ça, ça a été assez frustrant. » (SF4)*

4.4. L'extension des compétences des sages-femmes à l'IVG médicamenteuse

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on les questionne sur l'intérêt d'étendre les compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse, les 18 personnes interrogées répondent 'oui' de manière unanime et cela, pour plusieurs raisons. Tout d'abord, au vu du coût des médecins pour le système de santé et de la pénurie de médecins annoncée, il s'avère nécessaire de repenser la manière de pratiquer la médecine, notamment en déléguant certains actes à du personnel paramédical. Ensuite, afin de préserver un droit aussi fondamental que celui de l'accès à l'IVG, toute aide semble être bonne à prendre. Aussi, cela permettrait d'offrir une approche plus globale et respectueuse des femmes. Enfin, cette extension de compétences s'inscrit dans la demande de reconnaissance pour laquelle plaident les sages-femmes. *« Ça permettrait peut-être alors de mieux répartir les médecins qui pratiquent l'IVG, de manière à ce que des sages-femmes puissent servir d'appui, de pilier important pour faire fonctionner le centre. Ça offrirait plus de plages de consultations, probablement. Et puis il y a une autre expertise. Et dans un monde où on dénonce de plus en plus la violence obstétricale, peut-être qu'avoir des sages-femmes qui pratiquent des IVG ou des soins gynéco, ça diminuerait la possibilité qu'on ait des vieux docteurs qui aient des comportements inadéquats, voire des vieux docteurs qui ont de vieilles idéologies. » (Org1)*

Ce 'oui' unanime est tout de même nuancé. Lorsqu'on aborde les conditions et modalités d'extension de leurs compétences, au moins autant de cas de figure que de personnes interrogées sont évoqués. Toutefois, de grandes idées se dégagent. La première est que les

sages-femmes ont des compétences en matière d'IVG médicamenteuse et qu'il serait nécessaire de les reconnaître au niveau légal. Pour certaines des personnes interrogées, l'IVG devrait rester sous la responsabilité finale d'un médecin, les sages-femmes se verraient alors confier des actes. Pour d'autres, elles pourraient assumer de manière autonome l'accompagnement global d'une femme ayant recours à l'IVG, en ce compris le volet médical de l'accompagnement : datation de la grossesse, réalisation de l'anamnèse et des examens de dépistage, prescription des médicaments abortifs et d'un moyen de contraception. Toutefois, le terme 'autonome' doit être mis entre guillemets. Aucune des personnes interrogées n'envisage que les sages-femmes puissent le faire tout à fait seules, dans un cabinet privé ou à domicile. Pour ces personnes, le travail d'équipe représente une vraie plus-value ; non seulement en termes de qualité de l'accompagnement des femmes, mais également en termes de sécurité. Pour elles, cette autonomie a aussi des limites, qui doivent être clairement établies : il serait nécessaire d'établir précisément quand référer à un médecin en cas de pathologie ou en cas de doute.

Cette autonomie poussée à l'extrême suggère un travail parallèle entre sages-femmes et médecins. Et tandis que certains estiment que cela serait tout à fait faisable, d'autres expriment le besoin d'avoir confiance en elles. Cela amène une grande question : cette extension de compétences, s'agirait-il d'un transfert ou d'une délégation de compétences ? Elle soulève elle-même 2 grands points : la différence de taille entre participer à une IVG et la pratiquer, mais également la question de la responsabilité, qui devrait incomber au praticien. *« Et c'est pour ça que la sage-femme qui fait des IVG, voilà, la responsabilité médico-légale, elle devra être pour elle. [...] Quand t'es là et que c'est toi qui es responsable, ça rigole pas. Mais après, tu vois, je ne parle pas que de responsabilité légale. Je parle de responsabilité psychologique et de conscience. C'est qu'après tu sais, c'est toi qui as ça sur la conscience pendant toute ta vie »* (Org3)

En termes de formation, différents cas de figure sont évoqués. Pour certains, c'est une formation qui pourrait être intégrée aux études de sage-femme. Pour d'autres, il pourrait s'agir d'une formation complémentaire sur base volontaire. Mais devrait-elle être adaptée aux sages-femmes ou en commun avec les médecins généralistes se formant à l'IVG ? Devrait-elle être diplômante ? Aucune des personnes interrogées n'a la réponse. Une personne interrogée estime qu'il est important que cette formation soit organisée et donnée par plusieurs types d'intervenants. *« Il ne faut pas que ce soit juste entre les mains des gynécos, tu vois, faut trouver un truc interuniversitaire, qui implique plusieurs personnes. Qu'on discute de ça entre les écoles de sages-femmes et 2 ou 3 universités. »* (Org3)

En termes de contenu, 2 grandes idées ressortent : la nécessité pour les sages-femmes d'être formées à l'échographie et à la prescription d'une contraception adaptée. « *Le seul truc qu'il faudrait un petit peu changer... Enfin en tout cas moi, de ce que j'ai vu en consultation prénatale, c'est que l'échographie endovaginale pose souvent problème. Et que pour dater, c'est en tous cas souvent à moins de 14 semaines, c'est souvent endovaginal. Donc il faudrait une formation ou quelque chose comme ça.* » (MD5) Une fois les bases théoriques acquises, un compagnonnage devrait être effectué par un médecin. Il permettrait aux sages-femmes d'acquérir une certaine expérience et expertise dans le domaine, tout en étant guidées et accompagnées par un médecin plus expérimenté. Aussi, cela permettrait de rassurer le médecin sur les compétences de ces sages-femmes.

Tout comme pour les compétences qu'elles ont déjà, cette extension de compétences devrait être reconnue au niveau légal.

On observe des différences entre les avis des médecins et des sages-femmes concernant leurs compétences en matière d'IVG médicamenteuse. Tandis que ces dernières sont convaincues d'avoir presque, voire toutes, les compétences nécessaires à l'accompagnement d'une IVG médicamenteuse, les médecins semblent majoritairement un peu plus sur la réserve. « *Mais comment se fait-il qu'en ayant toutes les compétences que l'on a, on ne puisse pas pratiquer l'interruption de grossesse ?* » (SF1) Cette même différence s'observe entre les personnes interrogées ayant 20-30 ans et leurs pairs plus âgés. Les jeunes médecins ne se sentent pas plus légitimes qu'une sage-femme, alors que, forts de leur expérience, c'est moins le cas chez leurs confrères plus âgés. « *En tout cas moi, en tant que médecin généraliste tout juste diplômée, je ne me sens pas du tout plus légitime qu'une sage-femme, en sachant que votre formation, elle est vraiment axée de A à Z sur les femmes, l'accompagnement des femmes, l'intimité des femmes et vraiment ce volet gynéco-obstétrical.* » (MD3)

Un seul frein, mais majeur est évoqué par les personnes interrogées : celui du veto des médecins. Par méconnaissance des compétences qu'ont réellement les sages-femmes ou par crainte qu'une partie de leurs compétences ne leurs soient ôtées, certains médecins pourraient s'opposer à un tel transfert ou à une telle délégation de compétences. « *Mais donc les freins, c'est qu'en fait on se dit que ce qu'on a fait nous, pourrait être fait par quelqu'un... C'est un drôle de truc hein... Qui a fait moins d'études. C'est beaucoup les gynécos privés aussi, parce qu'on leur bouffe les accouchements, on va bouffer les avortements, mais finalement ils les font pas. Mais en fait, c'est se dire que ce qu'on fait, ils vont te dire 'en fait non, c'est trop dangereux,*

ils n'en ont pas l'expertise, et cetera'. Mais alors t'as envie de leur dire 'mais alors fais-le et fais-le avec volonté et envie pour que cette femme soit bien prise en charge'. Et donc effectivement, pourquoi ils diraient non ? Mais parce que c'est faire un travail qu'ils pensent, à mon avis, être les seuls à pouvoir faire. Parce que tu leur dis qu'en fait leur expertise, quelqu'un d'autre peut le faire. En fait, tu leur prends un peu leur travail, leur vie, leur truc. Et ils ont peur que ça aille de plus en plus loin. Et ça va aller de plus en plus loin ! » (Org3)

Ainsi, certaines personnes interrogées estiment que l'idée d'étendre les compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse aurait plus de chances d'aboutir si elle venait des médecins, voire même des gynécologues. « *Je pense que déjà, donc de manière très classique, les gynécos c'est des docteurs en blouse blanche qui travaillent à l'hôpital et qui ont fait plus d'années d'études que les sages-femmes. Et que donc si on a des personnes, j'allais dire des messieurs, mais des personnes chefs de service en blouse blanche qui disent qu'elles donnent leur bénédiction pour que les sages-femmes fassent les IVG à leur place, on sera peut-être plus enclin à dire oui. Alors que si c'est des sages-femmes excitées qui disent 'nous on milite pour l'IVG et donc on veut prendre ça aux gynécos', ce sera très vite un non. Et en termes de stratégie, influencer d'abord les gynécos, vu que c'est eux qui sont encore dans cette pyramide presque au sommet donc, ça aiderait vachement. Et c'est triste d'en arriver là, mais dans la pratique c'est pas eux qui se mouillent la plupart du temps. » (Org1)* Pour une autre personne interrogée, cette demande aurait plus de poids si elle venait des femmes elles-mêmes, pour leur propre santé.

Pour certaines personnes interrogées, il ne faudrait pas se limiter aux sages-femmes et aux IVG médicamenteuses, mais bien demander que tout le personnel paramédical puisse à la fois réaliser des IVG médicamenteuses et par aspiration. Pour d'autres, il vaut mieux faire avancer les choses petit à petit, pour que ces changements s'inscrivent dans notre société et dans les mentalités. « *Donc je suis pour une formation spécifique pour les sages-femmes qui veulent réaliser des IVG et je veux qu'elles soient sous supervision médicale, qu'il y ait toujours des binômes dans les endroits où on pratique des IVG. Donc voilà. Ça, je trouve que c'est important. Et je le veux, un, parce que je trouve qu'on commence et que c'est important quand on commence ces choses. Deux, parce que je pense que c'est le seul moyen que ça passe et qu'il faut être pragmatique aussi, et qu'on ne peut pas revendiquer des trucs complètement incroyables. Mais, deux, parce que je pense que c'est important et qu'il faut commencer doucement et voir au fur et à mesure comment les choses se passent et changer les lois éventuellement. Mais donc voilà, en résumé. » (Org3)* Enfin, bien qu'elle pense que les sages-

femmes ont des compétences en matière d'IVG médicamenteuse, une dernière personne se demande si envisager de les reconnaître ou de les étendre aujourd'hui n'est pas un peu prématuré. Selon elle, la profession de sage-femme est aujourd'hui en plein remaniement et n'est pas assez reconnue de manière générale. Elle explique que plusieurs organismes travaillent aujourd'hui à la reconnaissance de compétences plus fondamentales, telles que celles en matière de contraception et de santé sexuelle. Bien que l'IVG en fasse partie, elle semble, pour cette personne, semble moins prioritaire que d'autres plus larges et plus à l'ordre du jour.

Quelles compétences en matière d'IVG médicamenteuse accorder aux sages-femmes ? Sous quelles conditions et dans quel cadre ? Comment organiser cette formation et la mise en pratique concrète de ces compétences ? Quand ? Au vu du caractère hypothétique de ces scénarii, cela semble encore extrêmement abstrait pour les personnes interrogées. Quoi que...
« C'est plus que dans l'air. Ça n'a jamais été aussi présent. [...] En fait ce qu'il manque, c'est le coup de pouce du ministre pour légitimer finalement ce travail autour de cette question. »
(Org6)

Discussion, perspectives & conclusions

VI. Discussion

1. Synthèse des résultats en regard de la littérature

L'IVG représente un enjeu majeur de santé publique et avoir accès à des soins sûrs constitue un droit fondamental. Au vu des nombreux obstacles pouvant rendre ce service de santé essentiel difficile d'accès, il s'avère impératif d'organiser le système de santé et la politique en faveur d'une accessibilité à l'IVG. Ces obstacles sont notamment le délai d'attente obligatoire entre la demande et l'acte, une limite maximale d'AG, l'exigence d'avoir des raisons justifiant le cours à une IVG, la clause de conscience des professionnels de la santé et le faible nombre de prestataires aptes à pratiquer des IVG (OMS, 2022). La Belgique s'inscrit dans l'optique d'une reconnaissance du droit à l'avortement. En effet, elle dépénalisait l'avortement en 1990 et la sortait du Code pénal en 2018 (Moniteur belge, 1990 ; Moniteur belge, 2018). Aussi, des soins complets d'avortement sont organisés et pris en charge par la sécurité sociale (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

Concrètement, l'avortement peut être réalisé à la demande de la femme jusqu'à 14 SA. En-dessous de 9 SA, tant la méthode médicamenteuse que la méthode par aspiration peuvent être utilisées. Au-delà de ce terme, seule la deuxième méthode est pratiquée.

Au-delà de 14 SA, un avortement ne peut être réalisé que pour des raisons médicales (Moniteur belge, 2018). Si une femme désire interrompre sa grossesse en-dehors du cadre prévu, les personnes interrogées expliquent qu'elle peut y avoir accès aux Pays-Bas ou en Grande-Bretagne. Dans ces pays, les délais auxquels un avortement à la demande peut être pratiqué sont plus longs.

Bien que l'IVG soit autorisée sous certaines conditions depuis plusieurs années (Moniteur belge, 1990), les personnes interrogées estiment que son accès reste problématique. Au premier plan de leurs craintes se place la pénurie de médecins qui pratiquent l'IVG. Ils sont plusieurs à constater non seulement une pénurie de médecins généralistes, mais annoncent également une pénurie de gynécologues-obstétriciens dans les années à venir, qui semble se confirmer (Claes, 2023). De plus, tant les auteurs de certains documents (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023 ; Cueppens et al., 2021 ; Watillon, 2020) que plusieurs personnes interrogées estiment qu'il manque des médecins formés à la pratique de l'IVG. Selon les acteurs de la santé génésique interrogés, cette pénurie est multifactorielle. Tout d'abord, ils

constatent un manque de sensibilisation des futurs médecins à cette problématique. En effet, tandis que certains expliquent que le sujet de l'IVG est abordé lors de modules de cours facultatifs, d'autres rapportent que le sujet est tu dans certaines universités. Cette pénurie s'inscrit également dans une difficulté d'accès à une formation en la matière. Une seule formation pour les médecins généralistes souhaitant pratiquer des IVG existe. Toutefois, elle dispose de peu de visibilité, de peu de places et est difficilement conciliable avec l'assistantat des jeunes médecins. Ces derniers doivent trouver du temps dans leur formation pour s'y former de manière bénévole. Aussi, les personnes interrogées expriment percevoir une faible reconnaissance, notamment financière, des praticiens de l'IVG. Enfin, pour ceux qui souhaitent travailler dans le domaine, certains sont freinés par la pénibilité administrative engendrée. Ces éléments, pour la plupart, sont également relayés par la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2023) dans son dernier rapport.

Plusieurs pistes de solutions sont évoquées lors de ces entretiens : améliorer la sensibilisation faite sur ce sujet auprès des futurs professionnels de la santé en l'abordant de manière systématique durant les études de médecine et mettre en place une formation à la pratique de l'IVG dans toutes les universités. Elle devrait également être plus facilement conciliable avec la formation des jeunes médecins. Aussi, les personnes interrogées estiment que le travail des médecins pratiquant l'IVG devrait être reconnu et valorisé, notamment d'un point de vue financier. C'est également ce que recommande la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2023).

L'avis selon lequel il existe une pénurie de médecins pratiquant l'IVG n'est pas partagé par toutes les personnes interrogées. Selon certaines d'entre elles, elle mériterait d'être évaluée avec plus de précision et recadrée selon l'organisation des soins d'IVG. Elle semble en effet être surtout décriée du côté francophone du pays et moins vraie dans la partie néerlandophone, alors que le contingentement est fédéral. Ainsi, cette différence de discours met en lumière une différence de taille : celle de l'organisation des soins de santé relatifs à l'IVG au nord et au sud du pays.

Les 7 centres d'avortement du côté néerlandophone offrent un accompagnement global des femmes faisant une demande d'IVG, mais seulement dans ce cadre-là. Les centres de planning familial du côté francophone ont une approche différente puisque la réalisation d'IVG n'est qu'une de leurs missions parmi d'autres. Le temps alloué à la réalisation des IVG n'est donc que partiel. Aussi, parmi les 110 centres francophones, seuls 33 d'entre eux réalisent des IVG (LoveAttitude, s.d.).

Toujours du côté francophone, certains observent également une inaccessibilité géographique à des centres pratiquant des IVG dans des régions moins desservies. Du côté néerlandophone du pays, seuls 7 centres réalisent la grande majorité des IVG pratiquées sur leur territoire. Ils ne constatent ni un manque de médecins ni des difficultés d'accessibilité.

Il semble compréhensible que 33 institutions nécessitent plus de personnel que 7, mais un peu moins que ces 33 institutions ne sachent pas répondre à toutes les demandes d'IVG qui leur sont adressées ; cela, surtout lorsque l'on sait que près de la moitié des IVG sont réalisées en Flandre (7834 en Flandre, 5851 en Wallonie et 2850 à Bruxelles) (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023). 2 éléments doivent néanmoins être soulevés. Le premier est que la répartition des avortements entre les structures francophones et néerlandophones à Bruxelles n'est pas disponible. Ensuite, par rapport aux centres néerlandophones, les centres de planning familial semblent avoir une approche plus globale de l'avortement. Plutôt que d'en faire un soin à part, ils l'incluent dans leurs missions de prévention et de soins de première ligne.

Il apparaît donc non seulement légitime de s'interroger sur les raisons de ces différences de discours, mais également de questionner la manière dont les soins sont organisés de part et d'autre du pays, comme le suggérait une des personnes interrogées.

Face aux difficultés d'accessibilité, notamment vécues lors de la pandémie de la Covid-19, la réalisation d'IVG médicamenteuses à domicile s'est répandue. Recommandée par l'OMS (2022), cette pratique fait également l'objet d'une recommandation dans le dernier rapport de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2023). Développer et pérenniser cette pratique pourrait s'apparenter à une forme de solution aux difficultés d'accessibilité géographique mentionnées plus haut.

Enfin, questionner cette organisation semble d'autant plus important dans un contexte où il est envisagé que le délai de recours à l'IVG soit étendu au-delà de 14 SA (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

Les personnes interrogées estiment que certaines restrictions légales sont problématiques. C'est notamment le cas de la limitation de l'IVG à la demande à 14 SA et l'obligation d'attendre 6 jours entre la demande et l'acte en tant que tel. Selon l'OMS (2022), de telles restrictions constituent des entraves à l'accès à des soins d'avortements sûrs. La Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2023) préconise que le délai de 14 SA soit rallongé et que la période de 6 jours soit supprimée.

Cette pénurie de médecins pratiquant l'IVG, mais également l'ensemble des difficultés mentionnées, qu'elles soient d'ordre légal ou pratique, soulèvent un deuxième élément important : les représentations que la société se fait de l'IVG et de ses praticiens. Bien que légalisée (Moniteur belge, 2018), l'IVG reste une pratique soulevant de nombreuses questions d'ordre éthique, culturel et religieux. Ainsi, tant les femmes qui y ont recours que les soignants qui y participent peuvent ressentir de la honte, de la culpabilité et peu sont prêts à en parler ouvertement. Selon une personne interrogée, ce sujet reste tellement sensible que, lors de la formation du gouvernement, il fut décidé que le sujet ne serait pas traité. Il semble donc difficile de ne pas s'interroger sur la manière dont l'IVG est perçue en Belgique. Est-elle aujourd'hui reconnue comme un droit, un acte de santé reproductive ou l'avortement est-il encore trop empreint d'une connotation négative ? En poussant la réflexion plus loin, il est possible de se demander si la manière dont l'IVG est perçue pourrait expliquer, du moins en partie, le manque de formation et de sensibilisation sur le sujet dans les universités de médecine, la faible reconnaissance des praticiens ainsi que l'absence de pratique officielle dans certaines institutions. Enfin, la manière dont l'IVG est perçue n'aurait-elle pas également une influence sur les lois en la matière qui sont votées ? C'est ce que soutiennent Guillaume & Rossier (2018).

Certains pays reconnaissent aux sages-femmes les compétences nécessaires à la réalisation d'IVG médicamenteuses, comme le recommande l'OMS (Abortion Right, 2022 ; Endler et al., 2020 ; OMS, 2022). En Belgique, certaines travaillent dans des institutions qui en réalisent, mais pas de manière autonome.

Lorsqu'on interroge les personnes sur les compétences des sages-femmes en la matière, elles sont unanimes : les sages-femmes ont un rôle et des compétences en matière d'IVG médicamenteuse. Leur expertise est même considérée comme une plus-value, de par leur connaissance de la physiologie de la grossesse, du corps de la femme et de leur capacité à gérer certaines complications comme l'hémorragie. Toutefois, la loi belge cadre la pratique des sages-femmes dans le domaine obstétrical et ne leur reconnaît pas des compétences en matière de santé sexuelle et gynécologique.

En amont de l'IVG, ou en aval pour prévenir une prochaine grossesse non désirée, les sages-femmes ont des compétences en matière d'information et d'éducation à la santé, notamment concernant la contraception. Ces propos tenus par plusieurs sages-femmes interrogées sont corroborés par l'ICM (2019) et le profil professionnel de la sage-femme belge (CFSF, 2016). Dans le cadre de l'accompagnement d'une IVG médicamenteuse, les sages-femmes peuvent

être présentes à différentes étapes : elles peuvent mener l'entretien psycho-social ou y assister, conseiller, donner des informations ainsi qu'accompagner la femme lors de l'entretien médical. Durant l'IVG, elles s'assurent de la bonne prise des médicaments abortifs par les femmes, elles ont un rôle de soutien, d'accompagnement, gèrent la douleur et s'assurent que le processus expulsif se met en route. Pour plusieurs des personnes interrogées, cet accompagnement s'apparente à celui que les sages-femmes mettent en place lors d'un accouchement. Enfin, plus rarement, elles revoient les femmes lors de l'entretien post-IVG. Leur rôle varie d'une institution à l'autre : elles peuvent accompagner la femme de manière ponctuelle ou être présentes aux différentes étapes et établir un lien entre ces différents moments et les personnes impliquées.

Tous ces éléments mettent en avant le rôle que les sages-femmes ont et pourraient développer en matière de prévention et d'éducation à la santé, surtout lorsqu'on sait que la majorité des grossesses non désirées sont interrompues (Bearak et al., 2020 ; OMS, 2022).

Lorsqu'on aborde le rôle que pourraient jouer les sages-femmes dans l'IVG médicamenteuse, de nombreuses idées sont émises, allant d'une simple reconnaissance de ce qu'elles font déjà jusqu'à envisager qu'elles puissent accompagner de manière autonome tout le suivi d'une IVG médicamenteuse. Au-delà du cadre légal qui devrait être adapté en conséquence, cette notion d'autonomie suppose des connaissances et des compétences qu'elles devraient acquérir par le biais d'une formation théorique et pratique, principalement en matière de contraception et d'échographie. Selon une des personnes interrogées, cette formation devrait s'organiser de manière conjointe entre plusieurs universités et plusieurs corps de métiers. Ensuite, un compagnonnage devrait être effectué par des médecins, permettant aux sages-femmes d'acquérir de l'expérience et aux médecins de leur accorder leur confiance.

Concernant l'échographie, bien que toutes les personnes interrogées rapportent qu'elle est le moyen utilisé pour dater la grossesse, l'OMS (2022) ne recommande pas son utilisation de manière systématique. Dans une étude comparant l'IVG médicamenteuse précédée d'une échographie et celle réalisée sans, Aiken et al. (2021) concluaient que les 2 méthodes étaient aussi efficaces, sûres et acceptables. Ainsi, on peut se demander si la réalisation d'une échographie reste nécessaire et si les sages-femmes doivent y être formées.

Envisager que les sages-femmes soient autonomes suppose de définir clairement les limites de leurs compétences, la responsabilité qui leur incomberait et le cadre dans lequel elles seraient autorisées à pratiquer. Il semble impensable pour les intervenants qu'une sage-femme accompagne des IVG seule dans un cabinet privé et ce, pour 2 raisons. Tout d'abord, parce que

la collaboration reste un gage de sécurité, tant pour les femmes que pour les professionnels impliqués. En deuxième lieu, l'accompagnement pluridisciplinaire d'une femme demandant une IVG semble être un critère de qualité.

Enfin, dans un contexte où les violences gynécologiques et obstétricales sont de plus en plus dénoncées, une des personnes interrogées émet l'idée qu'intégrer les sages-femmes dans la pratique de l'IVG médicamenteuse permettrait des soins plus en accord avec les besoins des femmes.

Finalement, à la question « Que pensez-vous d'attribuer cette compétence aux sages-femmes ? », plus de questions que de réponses subsistent. Cette perspective est encore tellement abstraite et hypothétique pour les personnes interrogées, qu'il semble difficile d'imaginer de manière concrète comme l'organiser. Une formation complémentaire intégrée aux études de sage-femme ou en formation continue ? Diplômante ou non ? Quels en seraient la forme et le contenu ? Jusqu'où les rendre autonomes ? Quelles seraient leurs limites ? Dans quel type de structure pourraient-elles exercer ? Comme le dit une des personnes interrogées : « *Enfin voilà, je dis ça, je pense que vu que c'est quelque chose qui n'existe pas et qui est à définir, tout est possible. Il faut voir comment les choses peuvent se mettre en place.* » (MD4) Pour commencer à réfléchir à la manière d'opérer concrètement cette extension de compétences, certains organismes interrogés attendent seulement que la demande émane du gouvernement. Toutefois, une chose est sûre, afin d'être acceptées, ces modifications doivent être faites pas à pas. Puisque certains pays de l'Union européenne ont déjà sauté le pas (Abortion Right, 2022 ; Endler et al., 2020), il pourrait être intéressant de s'inspirer de la manière dont ils ont organisé la formation et implémenté cette extension des compétences des sages-femmes.

En réalité, même si une extension des compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse pourrait s'avérer être un facilitateur d'accès à l'IVG (OMS, 2022), s'intéresser aux compétences des sages-femmes en la matière nous invite à nous questionner sur leurs compétences en matière de santé reproductive et sexuelle ainsi que sur la manière dont elles sont perçues.

Selon plusieurs personnes interrogées, la profession de sage-femme est encore largement méconnue, tant dans la société que dans les professions de soins de santé. Il n'est donc pas toujours aisé de savoir ce qui relève ou non de leurs compétences. D'un point de vue légal, elles sont encore fortement cantonnées au suivi obstétrical des femmes (CFSF, 2016), contrairement aux sages-femmes exerçant en France. Elles n'ont pas de compétences en matière de

gynécologie reconnues légalement, en ce compris l'accompagnement de l'avortement. D'ailleurs, les personnes interrogées expliquent que les sages-femmes ne sont pas prévues dans le financement des centres de planning familial. Enfin, certaines des personnes interrogées observent une modification dans la perception que les sages-femmes ont de leur propre rôle. Elles sont de plus en plus nombreuses à s'intéresser à la santé gynécologique et globale des femmes ainsi qu'à l'IVG. Ainsi, toutes les sages-femmes interrogées et diverses associations qui les représentent plaident pour une plus large reconnaissance de leurs compétences et de leur rôle de professionnelle de première ligne en ce qui concerne la santé des femmes (de Koster, 2016 ; ICM, 2019). Toutefois, les compétences en matière d'IVG sont un sujet précis, qui s'insère dans la santé gynécologique et sexuelle. Comme les compétences en santé gynécologique ne sont pas reconnues aux sages-femmes, une des personnes interrogées estime qu'il serait nécessaire de travailler là-dessus au préalable.

Nous terminerons ainsi : l'intégralité des personnes interrogées estime que les sages-femmes ont des compétences en matière d'IVG médicamenteuse et qu'il serait nécessaire qu'elles soient reconnues légalement. Concernant leur extension, bien que quelques grandes idées se dégagent, nombreux sont les cas de figure évoqués. Aussi, elle semble encore un peu trop hypothétique. Se posent alors différentes questions : l'extension des compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse répond-elle à un manque de praticiens de l'IVG ou à une demande des sages-femmes de plus de reconnaissance de leurs compétences ? Ne devrait-elle pas venir du corps médical susceptible de mettre son veto ? Ou même des femmes elles-mêmes ? Enfin, l'extension des compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse apporterait-elle réellement une solution alors que les différences d'organisation des soins de santé en matière d'IVG entre les communautés mises en évidence par une des personnes interrogées suggèrent des difficultés plus fondamentales encore ?

2. Atouts et limites de cette recherche

Une recherche qualitative a pour but de comprendre, en profondeur, les propos tenus par les personnes interrogées. Nous estimons avoir pu atteindre cet objectif. Toutefois, bien qu'une recherche qualitative n'ait pas pour vocation de présenter des résultats généralisables, il semble important de mettre en avant différentes limites ou difficultés rencontrées. Parmi ces 18 personnes, seule 1 d'entre elles exerce dans une institution néerlandophone. La barrière de la langue ne nous a pas permis d'entrer en contact avec certains intervenants, notamment des

médecins et sages-femmes exerçant dans des centres LUNA. Il est donc important de soulever que leur avis sur la question n'a pas pu être recueilli et que ces personnes auraient pu amener d'autres éléments de compréhension.

Aussi, nous avons fait le choix de nous limiter à interroger des médecins, des sages-femmes et différents organismes. Or, nombreux sont les types de professionnels travaillant autour de la thématique de l'IVG. Il est donc important de soulever que l'avis notamment d'infirmiers, d'assistants sociaux ou de psychologues accompagnant des IVG n'a pas été pris en compte. Aussi, ni les femmes ni les représentants politiques n'ont été interrogés.

Parmi les médecins et sages-femmes interrogés, tous pratiquent ou accompagnent des IVG. Il serait intéressant de permettre une réflexion plus large, notamment en interrogeant des sages-femmes qui n'accompagnent pas ou ne veulent pas accompagner d'IVG.

Au vu du sujet particulier et encore empreint d'un certain tabou, plusieurs personnes ou institutions d'obédience catholique ont refusé de participer à cette recherche. Aussi, mal connu par les sages-femmes, nombreuses sont celles qui ont estimé ne pas être compétentes pour répondre à un entretien sur le sujet.

Parmi les organismes, il était prévu d'avoir l'avis du CRGOLFB. Après avoir contacté cet organisme, nous avons reçu les coordonnées d'une personne qui s'est avérée ne pas faire partie de ses membres. Son entretien n'a donc pas pu être utilisé à cette fin.

Enfin, il est important de souligner que mon statut de sage-femme pourrait constituer un sérieux biais, au vu de l'intérêt porté dans ce mémoire aux compétences que l'on reconnaît à ma profession. Afin d'agir en transparence, toutes les personnes interrogées ont été mises au courant de ma profession. Toutefois, leurs propos ont été scrupuleusement enregistrés, retranscrits et respectés.

D'un autre côté, ce mémoire portant sur le rôle qu'ont et pourraient avoir les sages-femmes belges dans l'IVG s'inscrit dans un contexte où le droit à l'IVG s'avère encore et toujours fragile. Il s'inscrit dans la reconnaissance du droit à l'IVG en s'intéressant aux sages-femmes comme une forme de solution à différentes difficultés d'accès.

Aussi, il se veut dans l'ère du temps et ce, pour plusieurs raisons. D'abord, parce que permettre aux sages-femmes de réaliser des IVG fait partie des recommandations de l'OMS (2022) et de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse (2023). Ensuite, s'inscrivant dans la lignée d'une reconnaissance croissante des sages-femmes belges, de leurs compétences et de leur autonomie, il vient confronter ce désir de reconnaissance de compétences à la vision que s'en font d'autres professionnels de la santé.

Enfin, il s'agit d'un travail d'envergure puisqu'il vient traiter 2 sujets en 1 : à la fois celui de l'accès à l'IVG mais aussi les représentations que différents acteurs de la santé génésique se font des sages-femmes belges. Nous avons pu apporter des éléments de réponse à notre question initiale, mais cette recherche a également mis en lumière la complexité du sujet de l'IVG et soulève dès lors d'autres questions fondamentales.

D'abord, les résultats nous invitent à nous questionner sur la manière dont les soins d'avortement sont organisés en Belgique. On constate de grandes différences entre le nord et le sud du pays. Ensuite, les répondants insistent sur le caractère tabou et sensible du sujet. Le fait qu'il soit peu ou pas abordé durant les études de médecine questionne. Ainsi, il nous est permis de nous demander si la manière dont l'IVG est perçue a une influence sur la manière dont elle est enseignée. Plus largement, la vision que se fait la société de l'IVG peut-elle avoir un impact sur les lois ou sur la manière dont les soins de santé en la matière sont organisés ? Enfin, plusieurs personnes interrogées ont rapporté que la profession de sage-femme est mal connue des personnes extérieures et que la loi ne leur reconnaît pas certaines compétences, notamment en matière de gynécologie. Aussi, ces personnes ont expliqué observer des différences dans la formation et la perception du métier de sage-femme entre le nord et le sud du pays. Elles observent également des modifications dans la perception que les sages-femmes ont d'elles-mêmes. Or, il semble indéniable que la manière dont les sages-femmes perçoivent leur métier a une influence sur la manière dont elles sont vues par des personnes extérieures.

VII. Perspectives & conclusions

Ce mémoire avait pour objectif principal de mettre en lumière les représentations des acteurs de la santé génésique concernant les compétences des sages-femmes belges en matière d'IVG médicamenteuse. Au terme de cette recherche, plusieurs éléments ressortent.

Tout d'abord, bien qu'elles ne leur soient pas reconnues légalement, les sages-femmes ont des compétences en matière d'IVG médicamenteuse ainsi que dans la prévention des grossesses non désirées. Ensuite, la majorité des personnes interrogées estiment que les sages-femmes représentent une plus-value dans l'accompagnement des IVG. Dans un cadre sécuritaire et pluridisciplinaire, étendre leurs compétences en la matière permettrait de pallier certaines difficultés. Cette extension de compétences s'inscrirait également dans l'évolution de leur profession. Bien que cette idée s'aligne avec les recommandations émanant d'organismes internationaux et nationaux, les modalités de cette extension restent floues et hypothétiques.

Quoi que... Certains organismes n'attendent que la demande du ministre pour travailler concrètement sur le sujet. À moins que cette demande ne doive plutôt venir des médecins ou des femmes elles-mêmes ?

L'analyse des résultats a permis d'apporter des éléments de réponse à notre question de recherche initiale. Elle a également montré l'ampleur de la complexité du sujet de l'avortement et soulève des questions plus fondamentales encore. À l'heure du bilan, ces 3 questions soulevées constitueront nos pistes de réflexion.

Comment les soins d'avortement sont-ils organisés et dispensés en Belgique ? S'intéresser à la manière dont ces soins sont organisés et aux différences entre le nord et le sud du pays semble impératif. De telles différences dans leur organisation et dans les difficultés rencontrées sur le terrain posent question. S'y intéresser de plus près pourrait mettre en lumière les causes de ces difficultés et identifier des pistes de solution.

Comment l'IVG est-elle perçue en Belgique ? Bien que reconnue comme un enjeu majeur de santé publique, l'IVG semble être encore un sujet sensible dans notre société. S'intéresser à la manière dont elle est perçue permettrait de mieux comprendre la manière dont elle est vécue par les femmes, légiférée et abordée dans la société et dans le monde médical. Aussi, cela pourrait permettre d'identifier des points de départ pour faire évoluer les mentalités et que cet acte soit reconnu comme un droit fondamental et/ou médical.

Comment les sages-femmes se représentent-elles leur rôle professionnel ? Cette profession est en pleine évolution, désireuse d'être reconnue et valorisée. Mais elle est encore mal connue et fait l'objet de différences entre le nord et le sud du pays. S'intéresser à ses fondements, à leur uniformisation et à leur reconnaissance légale et sociétale semble aujourd'hui important.

Cela veut-il pour autant dire qu'il faut oublier l'idée d'étendre les compétences des sages-femmes en matière d'IVG médicamenteuse ? Certainement pas. L'accès à des soins d'avortement sûrs doit rester une priorité. Ainsi, dans un contexte où s'entremêlent pénurie de médecin et demande de reconnaissance croissante d'autres professionnels de la santé, mais aussi accessibilité et coût des soins de santé, la nécessaire refonte du système de santé a toute sa place. Puisque toute réflexion nécessite un mot de la fin :

« Our findings highlight the need for continued commitment and investment to ensure access to the full spectrum of quality comprehensive sexual and reproductive health care »

(Bearak et al., 2020, p.1161).

Bibliographie

- Abortion Right. (2019). *Mémoire de la plateforme Abortion Right. Un droit à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes*. Consulté le 02.11.2022 sur <https://www.abortionright.eu/2019/05/06/memorandum-de-la-plateforme-abortion-right-un-droit-a-linterruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/>
- Abortion Right. (2022). *États des lieux de l'avortement en Europe*. <https://www.laicite.be/app/uploads/2022/09/etat-des-lieux-IVG-europe-2022-WEB.pdf>
- Académie Nationale de Médecine. (2021a). *Avortement*. Consulté le 01 septembre 2022 sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search?titre=avortement>
- Académie Nationale de Médecine. (2021b). *Maïeutique*. Consulté le 01 novembre 2022 sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=ma%C3%AFeutique>
- Académie Nationale de Médecine. (2021c). *Nullipare*. Consulté le 26 mai 2023 sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=nullipare>
- Académie Nationale de Médecine. (2021d). *Parité*. Consulté le 26 mai 2023 sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search/results?titre=parit%C3%A9>
- Académie Nationale de Médecine. (2021e). *Stérilité secondaire*. Consulté le 13 décembre 2022 sur <http://dictionnaire.academie-medecine.fr/search?titre=st%C3%A9rilit%C3%A9%20secondaire>
- Aiken, A., Lohr, P. A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 128(9), 1464–1474. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16668>
- Amnesty International. (2022). *Éléments clés sur l'avortement*. Consulté le 29.12.2022 sur <https://www.amnesty.org/fr/what-we-do/sexual-and-reproductive-rights/abortion-facts/>

Assemblée parlementaire. (2008). *Résolution 1607 (2008). Accès à un avortement sans risque et légal en Europe*. Conseil de l'Europe. Consulté le 07.01.2022 sur <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=17638&lang=FR>

Barnard, S., Kim, C., Park, M. H. & Ngo, T. (2015). Doctors or mid-level providers for abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011242.pub2>

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A.-B., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990-2019. *Lancet Global Health*, 8, e1152-1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

Bredael, J. (1990). *Avortement : impossibilité de régner du Roi Baudouin* [Bulletin d'information]. Sonuma les archives audiovisuelles. <https://www.sonuma.be/archive/avortement-impossibilite-de-regner-du-roi-baudouin>

Centre d'Action Laïque. (2015) *Dossier pédagogique. 25 ans du droit à l'avortement en Belgique*. CAL. <https://www.laicite.be/app/uploads/2016/11/ivg-dossier-pedagogique-2015.pdf>

Claes, V. (2023). *La pénurie de médecins et de soignants va encore s'aggraver (Pr Gillet)*. Consulté le 26 mai 2023 sur le site du Spécialiste : https://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/la-penurie-de-medecins-et-de-soignants-va-encore-s-rsquo-aggraver-nbsp.html?email=meriem.bouzar@hotmail.com&mtoken=b548af5123bd30b9e1c8f7a374b495c4dcdcca389fb35db28c8a4851a123a16e437f695567fe00846d44d796a3ca0f95e6f3ba1991710d216c4b43958fda4c58&return_url=https%3A%2F%2Fenews.mobiledoc.be%2Fnewsletter%2F11733&utm_campaign=eLS%20Apr3D%20FR%20%7C%202023&utm_content=&utm_medium=email&utm_source=RMNet&utm_term=

Comité régional du Pacifique occidental. (1995). *Santé génésique*. Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/248480/WPR_RC046_15_RH_1995_fr.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse. (2021). *Rapport à l'attention du Parlement. 1 janvier 2018 – 31 décembre 2019*. Disponible à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_ivg_2018-2019.pdf

Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse. (2023). *Rapport à l'attention du Parlement. 1^{er} janvier 2020 – 31 décembre 2021*. Disponible à l'adresse : https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_2020-2021_fr_-_fevrier_2023.pdf

Conseil Fédéral des Sages-Femmes [CFSF]. (2016). *Profil professionnel et de compétences de la sage-femme belge*. CFSF. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_annexe_profil_professionnel.pdf

Cueppens, C., Piessens, A., & Tixier-Thomas, C. (2021). *IVG. Améliorer l'accessibilité, déconfiner la loi !* FLCPF. https://www.planningfamilial.net/fileadmin/Analyses/2021_IVG_deconfiner_la_loi_PDFI.pdf

Datta, N., Davidashvili, M., Donadio, I. & Luyckfasseel, L. (2021). *European Abortion Policies Atlas*. Disponible à l'adresse : https://www.epfweb.org/sites/default/files/2021-09/ABORT%20Atlas_EN%202021-v5.pdf?fbclid=IwAR21o5hpoZWk1xl7dDYc5E7GObgseUuqeDXRUfrXnXKPbi_Y_-9bwjzI3Y

de Koster, K. (2014). *Avis du Conseil Fédéral des Sages-Femmes concernant le rôle de la sage-femme dans le contexte du planning familial*. CFSF. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/federale_raad_voor_de_vroedvrouwen-fr/19103089_fr.pdf

de Koster, K. (2016). *Avis du Conseil Fédéral des Sages-Femmes concernant la réforme de la loi du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé*. CFSF. https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/2016_01_cfsf_frvv_avis_loi_-_wet_10.05.2015.pdf

Endler, M., Cleeve, A., Sääv, I. & Gemzell-Danielsson, K. (2020). How task-sharing in abortion care became the norm in Sweden: A case study of historic and current determinants and events. *Int J Gynaecol Obstet*, 150(1), 34-42. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13003>

Eurostat. (2022). *Indicateurs d'avortement*. Consulté le 06.01.2022 sur https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/demo_fabortind/default/table?lang=fr

Exelgyn. (2022). *European data*. AbortReport.eu. Consulté le 06.01.2022 sur <https://abort-report.eu/europe/>

Gabriëls, K., Lachaert, E. & Liekens, G. (2019). *Proposition de loi relative à l'avortement*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0652/55K0652001.pdf>

Glenton, C., Sorhaindo, A. M., Ganatra, B. & Lewin, S. (2017). Implementation considerations when expanding health worker roles to include safe abortion care: a five-country case study synthesis. *BMC public health*, 17(1), 730. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4764-z>

Grando, C. (2020). *Les mains des femmes : paroles de médecins sur l'avortement* [Vidéo]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?app=desktop&v=tnY6m-ASEDA&fbclid=IwAR3hibKSEqv8dxjF7K2zvCNluWsOdNnQiUYEXuWCLqylJHAI4Ht6dJRdjGE>

Gouvernement. (2023). *Qu'est-ce que l'IVG ?* Consulté le 26 mai 2013 sur <https://ivg.gouv.fr/quest-ce-que-livg>

Guillaume, A. & Rossier, S. (2018). L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*, 73, 225-322. <https://doi.org/10.3917/popu.1802.0225>

Guttmacher Institute. (2022). *Country profile*. Belgium. Consulté le 26 mai 2023 sur <https://www.guttmacher.org/regions/europe/belgium>

Hugon, C., Calvo, K., de Laveleye, S. & Platteau, E. (2022). *Proposition de révision de l'article 22 de la Constitution en vue de reconnaître le droit à l'interruption volontaire de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/2832/55K2832001.pdf>

International Confederation of Midwives [ICM]. (2019). *Compétences essentielles pour la pratique du métier de sage-femme*. ICM. https://internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/11/icm-competencies-fr-screens---28-oct-2019-final.pdf?fbclid=IwAR23cTqqm_VxttvEiNrpMVyzLIIfwIf7Gmi-HGB6_5pJ8iJY7SFpj02gp1NE

Jadin, K., Clarinval, D., Goffin, P., Taquin, C., Reuter, F., Bacquelaine, D., Burton, E. & De Maegd, M. (2019). *Proposition de loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0740/55K0740001.pdf>

Jamin, T. & Loriaux, F. (n.d.). *L'évolution de la législation sur l'Interruption volontaire de grossesse en Belgique et dans quelques pays d'Europe*. L'Histoire à l'ESAS. Consulté le 02.09.2022 sur <https://perso.helmo.be/jamin/euxaussi/famille/avortbel.html#:~:text=en%20Belgique%20et%20dans%20quelques%20pays%20d'Europe,-Page%20r%C3%A9alis%C3%A9e%20%C3%A0&text=La%20Belgique%20na%C3%AEt%20en%201830,et%20de%20la%20moralit%C3%A9%20publique%20%22>.

- Jiroflée, K. (2019). *Proposition de loi assouplissant les conditions pour recourir à une interruption de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0676/55K0676001.pdf>
- Jones, R. K., Nash, E., Cross, L., Philbin, J. & Kirstein, M. (2022). Medication Abortion Now Accounts for More Than Half of All US Abortions. Consulté le 26 mai 2023 sur <https://www.guttmacher.org/article/2022/02/medication-abortion-now-accounts-more-half-all-us-abortions>
- Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L. & Gemzell-Danielsson, K. (2015). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives : a randomised controlled equivalence trial. *BJOG*, 122(4), 510-517. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.12982>
- LoveAttitude. (s.d.). *Centre de planning. Trouve le centre de planning familial le plus proche de chez toi*. Consulté le 26 mai 2023 sur <http://www.loveattitude.be/centres-de-planning/>
- LUNA. (2023). *Comment nous pouvons aider ?* Consulté le 26 mai 2023 sur <https://abortus.be/fr/>
- MacFarlane. (2022). *Comprendre l'imperceptible. Agir pour résoudre la crise oubliée des grossesses non intentionnelles*. Fonds des Nations Unies pour la population. https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/FR_SWP22%20report_0.pdf
- Mainey, L., O'Mullan, C., Reid-Searl, K., Taylor, A. & Baird, K. (2020). The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. *J Clin Nurs*, 29(9-10), 1513-1526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15218>
- Malcourant, E. (2016). *Analyse. La médecine en centre de planning familial : un travail spécifique et méconnu*. FPS. <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/analyse2016-La-medecine-en-centre-de-planning-familial.pdf>

Malcourant, E. (2019). Interruption volontaire de grossesse : l'hypocrisie de la loi. *Femmes plurielles*, 65, 12-13. https://www.soralia.be/wp-content/uploads/2019/03/Femmes-plurielle_Mars2019.pdf

Merckx, S., Vindevoghel, M., Moscufo, N., Daems, G., Warmoes, T., Boukili, N., Mertens, P. & Hedeboew, R. (2022). *Proposition de loi modifiant diverses dispositions législatives en vue d'assouplir les conditions pour recourir à l'interruption volontaire de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/2794/55K2794001.pdf>

Moniteur belge. (1867). 8 JUIN 1867 – Code pénal. Consulté le 02.09.2022 sur https://www.ejustice.just.fgov.be/img_l/pdf/1867/06/08/1867060850_F.pdf

Moniteur belge. (1990). 3 AVRIL 1990 – Loi relative à l'interruption de grossesse, modifiant les articles 348, 350, 351 et 352 du Code pénal et abrogeant l'article 353 du même Code (1). Consulté le 01.09.2022 sur https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/loi_03_04_1990_interruption_grossesse.pdf

Moniteur belge. (1991). 1 FÉVRIER 1991.- Arrêté royal relatif à l'exercice de la profession de sage-femme. Consulté le 02.11.2022 sur https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=1991020135&table_name=loi

Moniteur belge. (2013). 15 DÉCEMBRE 2013. – Arrêté royal fixant la liste des prescriptions médicamenteuses pouvant être rédigées de manière autonome par les sages-femmes dans le cadre du suivi de la grossesse normale, de la pratique des accouchements eutociques et des soins aux nouveau-nés bien portants dans ou en dehors d'un hôpital. Consulté le 02.11.2022 sur https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2013121552&table_name=loi

Moniteur belge. (2015). *10 MAI 2015. – Loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé.* Consulté le 02.11.2022 sur https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2015051006&table_name=loi

Moniteur belge. (2018). *15 OCTOBRE 2018 – Loi relative à l'interruption de grossesse, abrogeant les articles 350 et 351 du Code pénal et modifiant les articles 352 et 383 du même Code et modifiant diverses dispositions législatives (1).* <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/15.10.18.pdf>

Nations Unies. (1994). *Rapport de la Conférence internationale sur la population et le développement.* Nations Unies. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/27/PDF/N9523127.pdf?OpenElement>

Nations Unies. (2019). *Déclaration de Nairobi sur la CIPD25 : Accélérer les promesses.* Nations Unies. https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/2020/02/2019_nairobi_statement.pdf

Nations Unies. (s.d.). *Déclaration et Programme d'action de Beijing.* Nations Unies. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20F.pdf>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2021). *Avortement.* Consulté le 06.01.2022 sur <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2022). *Lignes directrices sur les soins liés à l'avortement : Résumé d'orientation.* OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352892/9789240047532-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2023). *Santé sexuelle.* Consulté le 26 mai 2023 sur https://www.who.int/fr/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Parlement européen. (2022). *La santé et les droits génésiques et sexuels dans l'Union, dans le cadre de la santé des femmes. Résolution du Parlement européen du 24 juin 2021 sur la situation concernant la santé et les droits génésiques et sexuels dans l'Union, dans le cadre de la santé des femmes.* (Publication no 2020/2215(INI)). Journal de l'Union européenne. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:52021IP0314&qid=1672481250359&from=EN>

Proctor, A., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R. & Hensley, M. (2011). Outcomes for Implementation Research: Conceptual Distinctions, Measurement Challenges, and Research Agenda. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 38, 65-76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>

Région de Bruxelles-Capitale. (2023). *Centres de planning familial*. Consulté le 26 mai 2023 sur <https://be.brussels/vivre-a-bruxelles/famille-et-vie-privee/aide-aux-personnes-et-aux-familles/centres-de-planning-familial?fbclid=IwAR2J6dh9DJK9ml22naAWO2SxhtZxkx2B7l0d-PtC4xJpV0dkgKsuW127xWE>

Renner, R.-M., Brahmi, D. & Kapp, N. (2013). Who can provide effective and safe termination of pregnancy care? A systematic review. *BJOG*, 120(1), 23-31. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2012.03464.x>

Rohonyi, S. & De Smet, F. (2019). *Proposition de loi visant à dépénaliser l'interruption volontaire de grossesse et à assouplir les conditions pour y recourir*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0385/55K0385001.pdf>

Schlitz, S., Soors, J., de Laveleye, S., Willaert, E., Thibaut, C., Creemers, B., Leroy, M.-C., Buyst, K., Chanson, J. & Hennuy, L. (2019). *Proposition de loi visant à dépénaliser l'interruption volontaire de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0614/55K0614001.pdf>

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

(2021a). *Commission nationale d'évaluation interruption de grossesse*. Rubrique Fonctionnement. Consulté le 08 septembre 2022 sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse#:~:text=Elle%20%C3%A9value%20l'application%20des,%2C%20n'est%20plus%20punissable.>

Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement.

(2021b). *Commission nationale d'évaluation interruption de grossesse*. Rubrique Tâches & pouvoirs. Consulté le 08 septembre 2022 sur <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-nationale-devaluation-interruption-de-grossesse#:~:text=Elle%20%C3%A9value%20l'application%20des,%2C%20n'est%20plus%20punissable.>

Sjöström, S., Kopp Kallner, H., Simeonova, E., Madestam, A. & Gemzell-Danielsson, K.

(2016). Medical Abortion Provided by Nurse-Midwives or Physicians in a High Resources Setting: A Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS ONE*, 11(6), 1-9. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158645>

Sorhaindo, A. & Ganatra, B. (2020). Expanding health worker roles and decentralizing safe abortion and postabortion care: Experiences in diverse settings. *Int J Gynecol Obstet*, 150(1), 1-3. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13012>

Statbel. (2023). *Naissances et fécondité*. Consulté le 26 mai 2023 sur

<https://statbel.fgov.be/fr/themes/population/naissances-et-fecondite#figures>

Thiran, Y. (1990). *Vote de la loi sur la dépénalisation de l'avortement* [Bulletin d'information].

Sonuma les archives audiovisuelles. https://www.sonuma.be/archive/vote-de-la-loi-sur-la-depenalisation-de-l_avortement

- Tillieux, E., Désir, C., Prévot, P., Özen, Ö., Zanchetta, L., Hanus, M., Délizée, J.-M. & Thémont, S. (2019). *Proposition de loi visant à assouplir les conditions pour recourir à l'interruption volontaire de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0158/55K0158001.pdf>
- Van Hees, M., Hedeboew, R., Vindevoghel, M., Moscufo, N., Merckx, S. & Daems, G. (2019). *Proposition de loi dépénalisant l'avortement et actualisant la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0458/55K0458001.pdf>
- Van Hoof, E., Dierick, L., Bogaert, H., Demon, F., Farih, N. & Matheï, S. (2020). *Proposition de loi modifiant diverses dispositions relatives à l'interruption de grossesse*. Chambre des représentants de Belgique. <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/1012/55K1012001.pdf>
- Watillon, C. (2020). *Le plaidoyer politique et l'éducation permanente au service de l'accès à l'avortement*. FLCPF. https://www.planningfamilial.net/fileadmin/Analyses/2020_Plaidoyer_acces_a_l_avortement_PDFI.pdf

Annexes

Liste des annexes

Annexe I – L’IVG d’un point de vue légal en Belgique : de la loi Lallemand-Michielsens à aujourd’hui p.63

Annexe II – Tableau comparatif des lois concernant l’avortement dans les pays de l’Union européenne p.66

Annexe III – European Abortion Policies Atlas p.68

Annexe IV – Guide d’entretien pour les interviews menées auprès de médecins p.70

Annexe V – Guide d’entretien pour les interviews menées auprès de sages-femmes p.72

Annexe VI – Guide d’entretien pour les interviews menées auprès des membres d’organisme p.73

Annexe I

L'IVG d'un point de vue légal en Belgique : de la loi Lallemand-Michielsens à aujourd'hui

L'introduction de l'IVG dans la législation belge remonte à bien avant 1990. C'est en 1867 qu'elle est inscrite au Code pénal sous la rubrique des « Crimes et des délits contre l'ordre des familles » (Moniteur belge, 1867). Considérée comme un crime jusque-là, l'IVG est remise sur le devant de la scène médiatique lorsqu'éclate l'« affaire Peers ». En 1973, ce gynécologue namurois est dénoncé anonymement pour avoir pratiqué des IVG. Sa mise en détention soulève une vague de protestations, qui permet sa libération et oblige les politiques à se pencher sur le sujet (Jamin & Loriaux, n.d.). Il faudra cependant attendre 1990 et plusieurs propositions de lois avortées pour que la loi Lallemand-Michielsens, du nom de ses auteurs, soit retenue (Thiran, 1990). C'était sans compter sur le refus du Roi Baudouin de signer cette loi pour des raisons personnelles. Afin de ne pas mettre à mal le gouvernement, Il est temporairement déclaré dans l'« impossibilité de régner ». Ce n'est qu'une fois la loi signée par le Gouvernement Martens VIII qu'il réintègre ses fonctions (Bredael, 1990).

Cette loi ne légalise pas l'IVG, elle la dépénalise partiellement, sous certaines conditions. Ainsi, le Moniteur belge (1990) stipule que l'IVG ne revêt pas le caractère d'une infraction si elle remplit les conditions suivantes :

- La femme enceinte doit être « en situation de détresse » (p.1), laissée à l'appréciation du médecin, et doit formuler sa demande par écrit ;
- L'acte doit être pratiqué avant 14 SA par un médecin, minimum 6 jours après la demande et dans un établissement prévu à cet effet ;
- La femme doit être prévenue des risques encourus, recevoir des informations en matière de contraception et des « possibilités d'accueil de l'enfant à naître » (p.2) ;
- La loi prévoit qu'aucun soignant n'est obligé d'accéder à la demande de la femme mais doit, dans ce cas, l'en informer ;
- Au-delà du terme de 14 SA, une interruption de grossesse ne peut avoir lieu qu'en cas de danger pour la vie de la femme ou si l'enfant à naître souffre d'une pathologie incurable. Cet état doit être attesté par 2 médecins. Hors de ce cadre, tant les femmes enceintes que les soignants encourent une peine d'emprisonnement et une amende (Moniteur belge, 1990).

En parallèle, la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse est créée par la loi du 13 août 1990. (Service public fédéral Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2021a) Son rôle est d'évaluer « l'application des dispositions légales

relatives à l'interruption de grossesse » (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2021a) et de « formuler des recommandations pouvant modifier la législation, en vue de diminuer le nombre d'interruptions de grossesse et/ou d'améliorer la guidance et l'accueil des femmes en situation de détresse » (SPF Santé publique, sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, 2021b). Cette évaluation et ces recommandations sont rédigées dans des rapports bisannuels dont le dernier porte sur les années 2020 et 2021 (Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2023).

La loi de 1990 dépénalisant partiellement l'IVG est revue en 2018 et quelques modifications y sont apportées :

- La notion d' « état de détresse » (Moniteur belge, 1990, p.2) est supprimée ;
- Le délai de 6 jours entre la demande d'IVG et l'acte est assoupli « s'il existe une raison médicale urgente pour la femme d'avancer » (p.82140) l'IVG ;
- Le médecin qui refuse de pratiquer une IVG est tenu de rediriger la femme vers un professionnel ou une institution qui pourra accéder à sa demande ;
- Cette loi modifie ou abroge plusieurs articles du Code pénal mais des sanctions pénales restent d'application, tant à l'égard des femmes que des soignants (Moniteur belge, 2018).

Suite à l'adoption de cette loi, pas moins de 10 propositions de loi concernant l'IVG ont été publiées entre 2019 et 2022 sur le site de la Chambre des Représentants. (Gabriëls et al., 2019 ; Hugon et al., 2022 ; Jadin et al., 2019 ; Jiroflée, 2019 ; Merckx et al., 2022 ; Rohonyi et al., 2019 ; Schlitz et al., 2019 ; Tillieux et al., 2019 ; Van Hees et al., 2019 ; Van Hoof et al., 2020) Toutes proposent :

- Un rallongement du délai d'accès à l'IVG, allant de 18 à 22 SA ;
- Une diminution du délai de réflexion à 48 heures, à l'exception de Van Hees et al. (2019) qui préconisent de supprimer le délai de réflexion tout en stipulant que « l'intervention ne peut avoir lieu le même jour que la première consultation, sauf en cas de circonstances exceptionnelles ayant pour effet de mettre gravement en danger la vie de la patiente. » (p.10) ;
- Une réelle dépénalisation de l'IVG. En effet, cette loi est à plusieurs reprises qualifiée de « pseudo dépénalisation ». (Merckx et al., 2022, p.7 ; Tillieux et al., 2019, p.3) Même si certains articles du Code pénal sont abrogés, d'autres sont modifiés afin d'y inclure des notions sur l'IVG. Pour ce faire, il est proposé de supprimer du Code pénal toute référence à cet acte et de l'inscrire dans l'une ou l'autre loi, selon les auteurs. Tandis que certains

proposent d'insérer le droit à l'IVG dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, d'autres estiment qu'il devrait être inscrit comme un acte relevant de l'exercice de la médecine comme l'entend l'arrêté royal 78 du 10 novembre 1967. Pour d'autres encore, il devrait être inséré dans la loi coordonnée relative à l'exercice des professions des soins de santé du 10 mai 2015 ou dans la loi relative à la qualité des soins de santé du 22 avril 2019. Enfin, une dernière proposition concerne la révision de la Constitution pour y insérer le droit à l'IVG.

À ce jour, aucune d'entre elles n'a été acceptée.

Annexe II

Tableau comparatif des lois concernant l'avortement dans les pays de l'Union européenne

Pays	IVG à la demande	Autre raisons	Délai d'attente	Accord d'un tiers	Professionnel / Clause de conscience	Taux d'avortement (‰)
Allemagne	14 SA	Pas d'AG maximum	3 jours	Oui	Médecin / Oui	5.4
Autriche	16 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin / Oui	NC
Belgique	14 SA	Pas d'AG maximum	6 jours	Non	Médecin / Oui	8.4
Bulgarie	14 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin / Oui	11.9
Chypre	14 SA	21 SA	Non	Oui	Médecin / Oui	NC
Croatie	12 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin / Oui	2.7
Danemark	14 SA	24 SA	Non	Oui	Médecin / Oui	11.4 (2018)
Espagne	16 SA	Pas d'AG maximum	3 jours	Oui	Médecin / Oui	7.5
Estonie	14 SA	24 SA	Non	Oui	Médecin / Oui	12.4
Finlande	14 SA	Pas d'AG maximum	Non	Non	Médecin / Non	6.5
France	16 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin et sages-femme / Oui	15.4
Grèce	14 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin / Oui	NC
Hongrie	14 SA	Pas d'AG maximum	3 jours	Oui	Médecin / Oui	9.8
Irlande	12 SA	26 SA	3 jours	Oui	Médecin / Oui	NC
Italie	90 jours	Pas d'AG maximum	7 jours	Oui	Médecin / Oui	4.9
Lettonie	14 SA	24 SA	3 jours	Oui	Médecin / Oui	6.4
Lituanie	14 SA	24 SA	Non	Oui	Médecin / Non	4.3
Luxembourg	14 SA	Pas d'AG maximum	3 jours	Oui	Médecin / Oui	NC
Pays-Bas	24 SA	Pas d'AG maximum	Non	Non	Médecin / Oui	8.9

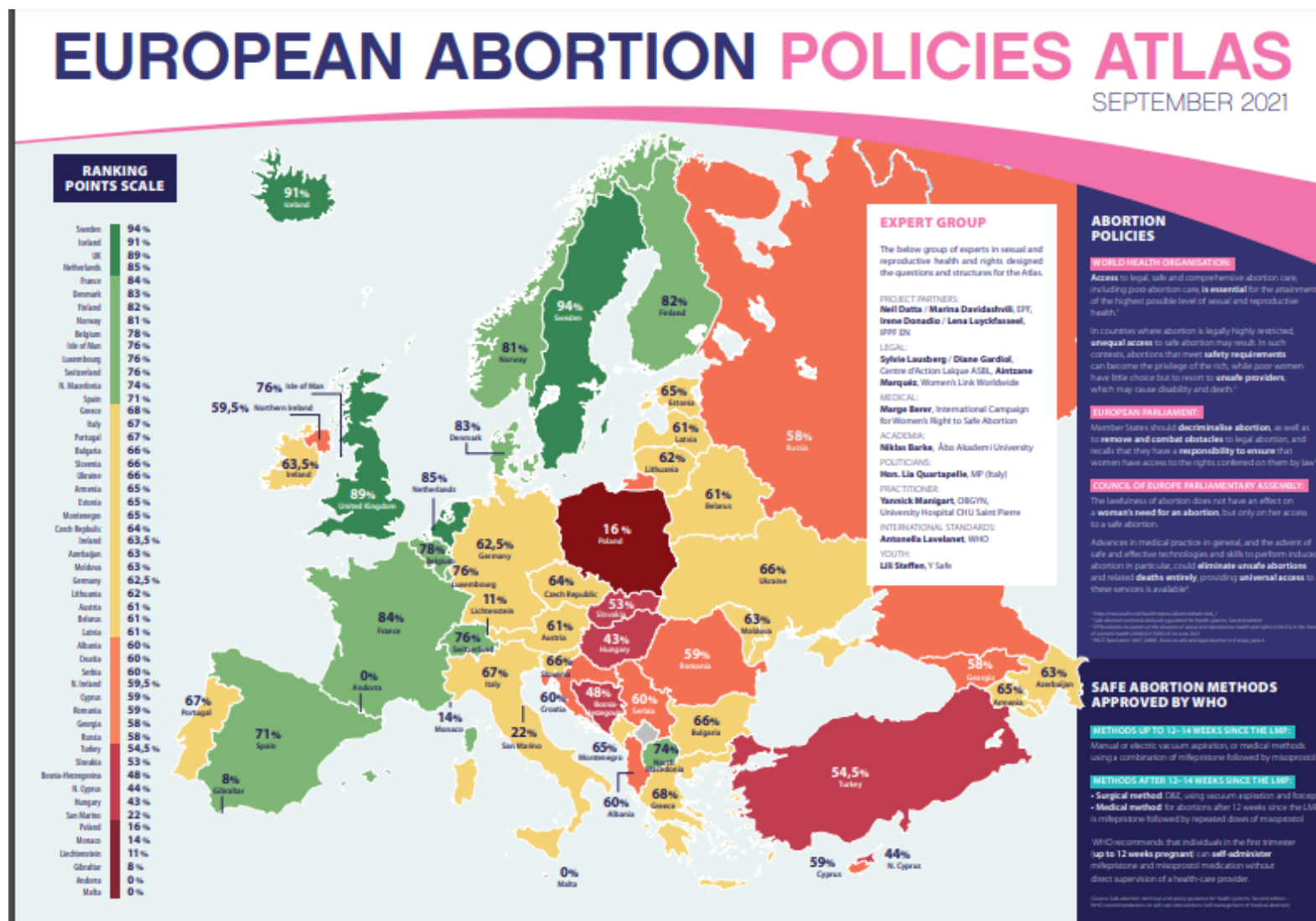
Pologne	Non	24 SA	Non	Oui	Médecin / Non	0.1 (2019)
Portugal	12 SA	Pas d'AG maximum	3 jours	Oui	Médecin	5.6
République Tchèque	14 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin	6.4
Roumanie	16 SA	Pas d'AG maximum	Non	Oui	Médecin	6.7
Slovaquie	14 SA	24 SA	2 jours	Oui	Médecin	4.4
Slovénie	12 SA	Pas d'AG maximum	Non	Non	Médecin	6.1
Suède	20 SA	Pas d'AG maximum	Non	Non	Médecin et sage-femme	19.0 (2019)

Notes :

- Malte n'est pas reprise puisqu'elle interdit l'avortement.
- IVG à la demande : AG jusqu'auquel la femme peut recourir à une IVG sur demande.
- Autres raisons : socio-économiques ou médicales – AG jusqu'auquel la femme peut y recourir.
- Accord d'un tiers : consentement ou information d'un tiers ou d'un tuteur légal pour les filles mineures.
- Clause de conscience : permise pour les professionnels de la santé.
- Taux d'avortement : nombre d'avortements sur 1 an pour 1000 femmes de 15 à 49 ans.
- Les taux d'avortement sont présentés pour l'année 2020, sauf exception spécifiée entre parenthèses.
- NC : Données non communiquées.
- Les données sont issues de plusieurs ressources (Abortion Right, 2022 ; Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse, 2021 ; Datta et al., 2021 ; Eurostat, 2022 ; Exelgyn, 2022)

Annexe III

European Abortion Policies Atlas (Datta et al., 2021)



[illegible]

Who is behind the Atlas?

This initiative is powered by the European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF) and International Planned Parenthood Federation-European Services (IPPF EU). We are grateful to the numerous national organisations and country experts who contributed to gathering the data presented in the Atlas. The Atlas was produced in partnership with a group of experts in sexual and reproductive health and rights (see annex) who designed the questions and structures. The scope and content of the European Contraception Atlas is the sole responsibility of EPF and IPPF EU.

Year
4
2
2
0

Year
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001
2002
2003
2004
2005
2006
2007
2008
2009
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
2017
2018
2019
2020
2021
2022
2023
2024
2025
2026
2027
2028
2029
2030
2031
2032
2033
2034
2035
2036
2037
2038
2039
2040
2041
2042
2043
2044
2045
2046
2047
2048
2049
2050
2051
2052
2053
2054
2055
2056
2057
2058
2059
2060
2061
2062
2063
2064
2065
2066
2067
2068
2069
2070
2071
2072
2073
2074
2075
2076
2077
2078
2079
2080
2081
2082
2083
2084
2085
2086
2087
2088
2089
2090
2091
2092
2093
2094
2095
2096
2097
2098
2099
2100

Annexe IV

Guide d'entretien pour les interviews menées auprès de médecins

- Introduction :
Bonjour – Merci – Réexpliquer le thème du mémoire – Enregistrement de l'entretien – Possibilité de couper l'enregistrement ou de refuser de répondre – Je note certaines choses pour pouvoir rebondir dessus plus tard – Anonymat – Signature du consentement – Questions avant de commencer ?
- **Pouvez-vous commencer par vous présenter en évoquant votre formation et votre parcours professionnel ?** (Spécialisation – Évolution du parcours professionnel et activité actuelle.)
Que vous a-t-on dit de l'IVG durant votre formation ? (Théorie, pratique, obligatoire VS volontaire)
- **Quel est votre rôle dans la pratique de l'IVG ?**
En pratiquez-vous ? Où ? Depuis quand ? Fréquence/nombre par jour, par semaine, ...
- **Avec qui collaborez-vous ?**
Travaillez-vous avec des sages-femmes ? Quelle est la place actuelle des sages-femmes dans l'accompagnement de l'IVG ?
- **Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans votre pratique de l'IVG ?**
Quelles solutions ont été apportées/doivent être apportées ?
- **On entend beaucoup qu'il manque des médecins qui pratiquent l'IVG. Qu'en pensez-vous ?** Est-ce quelque chose que vous observez/vivez dans votre pratique ? Si oui, quelles solutions permettraient d'y pallier ? Selon vous, pourquoi cette pénurie ?
- **Savez-vous que des sages-femmes pratiquent des IVG médicamenteuses dans certains pays de l'UE ?** Qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce que ça solutionnerait ? Pensez-vous que cela pourrait être une solution à la pénurie de médecins actuelle ? Quelles difficultés resteraient quand même ? Quelles sont les compétences qu'il faut/faudrait avoir pour en pratiquer ?
- **Que pensez-vous d'attribuer cette compétence aux sages-femmes ?** Accepteriez-vous de travailler avec elles ? Sous quelles conditions ? Comment ? Pourquoi ? Quelles sont les freins/réticences ? (Personnelles et générales)

- Clôture de l'entretien : Merci – Feedback des points clés de l'entretien – Envie de rajouter ou de modifier quelque chose ? – Puis-je vous recontacter si j'ai d'autres questions ? – Merci.

Annexe V

Guide d'entretien pour les interviews menées auprès de sages-femmes

- Introduction :
Bonjour – Merci – Réexpliquer le thème du mémoire – Enregistrement de l'entretien – Possibilité de couper l'enregistrement ou de refuser de répondre – Je note certaines choses, pour pouvoir rebondir dessus plus tard – Anonymat – Signature du consentement – Questions avant de commencer ?
- **Pouvez-vous commencer par vous présenter en évoquant votre formation et votre parcours professionnel ?** (Spécialisation – Domaine et lieu d'activité.)
Que vous a-t-on dit de l'IVG durant votre formation ?
- **Votre pratique (actuelle ou passée) est-elle liée à la pratique de l'IVG ?**
Si oui : Où ? Depuis quand ? Quel est votre rôle ?
- **Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées dans la pratique des IVG ?**
Quelles solutions ont été apportées/doivent être apportées ?
- **On entend beaucoup qu'il manque des médecins qui pratiquent l'IVG. Qu'en pensez-vous ?** Est-ce quelque chose que vous observez/vivez/entendez dans votre pratique ou autour de vous ? Si oui, quelles solutions permettraient d'y pallier ? Selon vous, pourquoi cette pénurie
- **Dans quelle mesure les sages-femmes ont leur place dans l'accompagnement/la pratique de l'IVG actuellement ?**
- **Savez-vous que des sages-femmes pratiquent des IVG médicamenteuses dans certains pays ?** Qu'en pensez-vous ? Pensez-vous que cela pourrait être une solution à la pénurie de médecins actuelle ? Qu'est-ce que ça solutionnerait ? Quelles difficultés resteraient quand même ? Quelles sont les compétences qu'il faut/faudrait avoir pour en pratiquer ?
- **Si un jour cette compétence était accordée aux sages-femmes, pensez-vous qu'il y aurait une demande pour se former et la pratiquer ?** Sous quelles conditions ? Comment ? Pourquoi ? Et les sages-femmes en général ? Quelles sont les freins/réticences ? (Personnelles et générales)
- Clôture de l'entretien :
Merci – Feedback des points clés de l'entretien – Envie de rajouter ou de modifier quelque chose ? – Puis-je vous recontacter si j'ai d'autres questions ? – Merci.

Annexe VI

Guide d'entretien pour les interviews menées auprès de membres d'organisme

- Introduction :
Bonjour – Merci – Réexpliquer le thème du mémoire – Enregistrement de l'entretien – Possibilité de couper l'enregistrement ou de refuser de répondre – Je note certaines choses pour pouvoir rebondir dessus plus tard – Anonymat – Signature du consentement – Questions avant de commencer ?
- **Pouvez-vous commencer par vous présenter en évoquant votre formation et votre parcours professionnel ?** (Spécialisation – Évolution du parcours professionnel et activité actuelle.)
Que vous a-t-on dit de l'IVG durant votre formation ? (Théorie, pratique, obligatoire VS volontaire)
- **Pouvez-vous présenter XX (organisme que vous représentez) ?** (Rôle dans l'IVG/maïeutique/gynécologie)
- **Quel est son rôle dans la pratique de l'IVG ?**
- **Quel est votre rôle dans la pratique de l'IVG ?**
En pratiquez-vous ? Où ? Depuis quand ? Fréquence/nombre par jour, par semaine, ...
- **Avec qui collaborez-vous ?**
Travaillez-vous avec des sages-femmes ? Quelle est la place actuelle des sages-femmes dans l'accompagnement de l'IVG ?
- **Quelles sont les difficultés rencontrées dans la pratique de l'IVG ?**
Quelles solutions ont été apportées/doivent être apportées ?
- **On entend beaucoup qu'il manque des médecins qui pratiquent l'IVG.** Qu'en pensez-vous ? Est-ce quelque chose que vous entendez/observez/vivez dans votre pratique ? Si oui, quelles solutions permettraient d'y pallier ? Selon vous, pourquoi cette pénurie ?
- **Savez-vous que des sages-femmes pratiquent des IVG médicamenteuses dans certains pays de l'UE ?** Qu'en pensez-vous ? Qu'est-ce que ça solutionnerait ? Pensez-vous que cela pourrait être une solution à la pénurie de médecins actuelle ? Quelles difficultés resteraient quand même ? Quelles sont les compétences qu'il faut/faudrait avoir pour en pratiquer ?

- **Que pensez-vous d'attribuer cette compétence aux sages-femmes ?** Accepteriez-vous de travailler avec elles ? Sous quelles conditions ? Comment ? Pourquoi ? Quelles sont les freins/réticences ? (Personnelles et générales)
- Clôture de l'entretien : Merci – Feedback des points clés de l'entretien – Envie de rajouter ou de modifier quelque chose ? – Puis-je vous recontacter si j'ai d'autres questions ? – Merci.

