

### **3. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION**

## 1. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION FRANCOPHONES

29 centres extrahospitaliers ont fait parvenir un rapport annuel à la Commission en 2006 et 27 en 2007.

30 hôpitaux et cliniques ont fait parvenir un rapport annuel à la Commission en 2006 et 26 en 2007.

Plusieurs hôpitaux ont fusionné ces dernières années et n'ont renvoyé qu'un seul rapport par entité hospitalière.

Le nombre des IVG déclarées est en augmentation ; les centres et hôpitaux pointent

- le **manque d'éducation sexuelle** à l'école et à destination des populations précarisées, notamment la population allochtone ;
- la **cherté de la contraception**, notamment si on compare son coût au prix demandé pour une IVG aux patientes ayant une couverture sociale.

Les centres qui se trouvent dans des quartiers précarisés signalent que 12 à 15% des patientes n'ont pas de couverture sociale.

Certains mentionnent que leur service d'accueil devient un « **accueil de crise** », étant donné le nombre de consultantes en difficulté (sans papiers, divorce, expulsion, surendettement ...) qui se présentent sans rendez-vous préalable.

## **CENTRES EXTRAHOSPITALIERS**

### **1. Composition et fonctionnement du service**

A Bruxelles et en Communauté française, tous les centres extrahospitaliers sont des centres de planning familial. Les services d'information se composent d'une dizaine de personnes (psychologues, assistants sociaux, médecins, sexologues, juristes) ; on constate néanmoins que 5 centres occupent une vingtaine de personnes et 3 centres en occupent une trentaine (plus grand nombre de médecins) ; les centres sont très soucieux d'offrir un accueil psycho-social de qualité. Tous ces centres nous ont fait parvenir un rapport ; certains rapports sont très détaillés.

Ces services fonctionnent toute la journée, essentiellement de 9 à 17 heures ; De plus en plus de centres ouvrent leurs portes 1 fois par semaine en soirée ; d'autres accordent ces consultations en soirée, uniquement sur rendez-vous.

Comme déjà signalé dans les rapports précédents, les services d'information font tant de la prévention que de la prise en charge de l'IVG ; par prévention on entend une démarche préventive globale prônée par le GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extrahospitaliers Pratiquant l'Avortement) : « favoriser le développement personnel, l'autonomie, la responsabilité dans les domaines affectif, sexuel, familial et social ». Un centre résume son travail comme suit : « débroussailler la demande via un travail psycho-social de qualité pour que la femme puisse faire son choix – vigilance à l'appartenance religieuse, culturelle ou philosophique – prévenir les récurrences – entendre le vécu de l'IVG ».

### **2. Accueil et l'assistance**

La plupart des centres appliquent les méthodes d'accueil et d'accompagnement préconisées par le GACEHPA. Tous les objectifs opérationnels ont été repris dans les rapports des années précédentes : il s'agit d'éclaircir la situation (autres alternatives

pas envisagées faute d'informations, éclaircir la demande (personnelle ou sous influence ?) ; multiplier les entretiens si nécessaire, laisser une place à la souffrance et la culpabilité par la verbalisation, soutenir psychologiquement la femme pendant l'intervention, déculpabiliser et prévenir les récives éventuelles. L'accompagnement est très important car il permet à la femme de prendre une décision en connaissance de cause, prévient les difficultés psychologiques et médicales et facilite la mise en place de la contraception future.

Le travail d'accueil se déroule en 3 phases :

a. Avant l'IVG

Un ou plusieurs entretiens pré-IVG sont prévus pour évaluer la demande : il s'agit d'informer, déculpabiliser et sensibiliser aux méthodes contraceptives : le but de cette première consultation est de créer un climat de confiance et de répondre aux questions, mettre en garde contre des conséquences d'IVG pratiquées dans des conditions insalubres, veiller à ce que la décision et la méthode choisie soient faites en toute connaissance de cause. Ensuite, la consultation médicale sera pratiquée (anamnèse, prise de sang, examen gynécologique, test urinaire, échographie, évaluation de la contraception) ; le médecin informera la patiente sur les différentes techniques utilisées afin d'interrompre la grossesse (hôpital ou centre), ainsi que les dispositions de la loi (délai de réflexion d'une semaine, limite des 12 semaines de conception).

b. Pendant l'IVG

L'IVG se pratique dans le cabinet médical équipé pour cette intervention ; la patiente est soutenue psychologiquement pendant l'intervention ; c'est le médecin rencontré lors de la consultation préalable qui pratiquera l'IVG, et le soutien psychologique tout au long de l'intervention sera assuré par l'accueillante déjà rencontrée.

Un 2<sup>ème</sup> médecin sera présent au centre ; certains centres acceptent que la femme soit accompagnée par une personne proche.

### c. Après l'IVG

Une visite de contrôle est organisée 2 à 3 semaines après l'intervention : afin de voir comment l'intervention a été vécue, vérifier s'il n'y a eu aucune complication et aborder la solution de la contraception future ; une entrevue avec l'accueillante peut être envisagée.

### 3. Cas d'accueil et d'assistance qui doivent être signalés

Certains centres signalent une augmentation constante du nombre de femmes qui se présentent à l'accueil **sans contact préalable**, pour des demandes d'IVG, un test de grossesse, la pilule du lendemain ; il s'agit surtout de jeunes en fugue, de femmes sans papiers, de femmes surendettées suite à un divorce, ou ayant subi une expulsion du domicile ou une exclusion du chômage, ayant des difficultés pour obtenir le minimex, sans couverture sociale ou présentant des problèmes de santé ; il s'agit d'un **accueil de crise**.

### 4. Propositions afin d'améliorer la prévention en matière d'IVG

Comme mentionné dans le préambule, les centres pointent deux éléments récurrents:

- le manque d'éducation sexuelle dans les écoles et auprès des populations précarisées ou récemment arrivées en Belgique ;
- la cherté de la contraception par rapport au coût de l'IVG, pour les personnes ayant une couverture sociale ;

Certains centres mentionnent également la mauvaise utilisation des moyens de contraception, les fausses croyances en matière de contraception et la méconnaissance de la pilule du lendemain.

### Propositions :

- Certains préconisent une meilleure prise en charge, voire une gratuité pure et simple de la contraception ;
- D'autres proposent que la gratuité soit accordée aux personnes en situation de précarité financière (personnes bénéficiant du statut BIM – bénéficiaires de l'intervention majorée – et du statut OMNIO dont peuvent bénéficier les ménages à petits revenus.) ;
- Pour ce qui concerne l'éducation sexuelle dans les écoles, certains centres estiment qu'elle devrait être obligatoire et donnée par des professionnels uniquement; il est suggéré également de diffuser des brochures et infos plus dynamiques, d'utiliser des spots radio-télévision.

La lecture des rapports montre que le choix de l'IVG est souvent dicté par une précarité sociale ou économique ou une pression culturelle ; si elles en avaient eu la possibilité les femmes auraient mené leur grossesse à terme ; il s'agirait donc :

- d'aider les femmes via un travail d'accompagnement (via notamment le Fonds maribel social) ;
- de fournir une aide via des assistantes sociales pour toutes les démarches ;
- de fournir un encadrement aux niveaux social et psychologique afin d'éviter les récides .

Il est important d'éclaircir la situation avant l'IVG : existe-t-il d'autres alternatives que la femme ou le couple n'auraient pas envisagées faute d'informations ?

La demande d'IVG émane-t-elle de la femme seule ou est-elle influencée par son environnement relationnel ?

Multiplier les entretiens si la décision d'avorter est ambivalente.

## **B. CLINIQUES ET HOPITAUX**

### **1. Composition**

Le nombre de personnes affectées à l'accueil est sensiblement moins important que dans les centres de planning familial ; il s'agit également de médecins, juristes, psychologues, assistants sociaux ; il arrive que ce service fasse partie intégrante du service de gynécologie-obstétrique,

Il faut signaler que si le nombre d'hôpitaux et de centres est pratiquement le même, les centres pratiquent plus du double d'IVG que les hôpitaux.

Néanmoins à la lecture des rapports très détaillés que nous recevons de certains hôpitaux, nous constatons que l'accueil des personnes est de très haute qualité, non seulement au point de vue médical, mais également psychologique et social.

Un grand hôpital bruxellois souligne son souci de « toujours parfaire les modalités d'accueil et d'information, aide et soutien, tout en assurant une grande neutralité, en évitant toute intrusion culpabilisante ».

### **2. Fonctionnement du service**

#### ***Voici quelques remarques des hôpitaux***

- l'accueil est assuré par le service social pendant les heures normales « de bureau, », c'est à dire de 8 h 30 à 17 heures ; quant au service psychiatrie, il fonctionne à la demande ; la plupart des personnes ne travaillent pas uniquement dans le cadre des prises en charge des IVG ;
- les demandes d'IVG émanent des patientes et/ou de leur entourage (visite spontanée, appel téléphonique) ou de consultations médicales : certaines femmes prennent connaissance du service via leur médecin traitant ou leur gynécologue, ou d'autres professionnels de la santé ;
- les services travaillent sur base de rendez-vous ; ce rendez-vous renseigne déjà la personne demandeuse d'aide sur le déroulement de la prise en charge

(accueil consultation gynécologique) Il s'agit en quelque sorte d'un pré-accueil qui s'avère dans bien des cas, nécessaire tant la détresse et l'angoisse des femmes sont importantes ;

- Lors de l'entretien d'accueil, les questions relatives à la situation sont abordées sous différents angles : le désir d'enfant est-il présent ou non ; quelle est la réalité sociale, familiale et matérielle ;
- Information sur les droits aides et avantages garantis par la loi et le décret aux familles, aux mères célibataires ainsi que les possibilités offertes pour l'adoption ;
- diverses brochures d'information peuvent être transmises aux femmes lors de l'accueil ;
- les cas d'IVG sont affichés de façon différente que les curetages pour grossesses non évolutives de façon à ce que les membres du personnel puissent prendre en charge ces patientes de façon spécifique.

### **3. Cas d'accueil et d'assistance signalés**

- plusieurs hôpitaux font part des problèmes liés au délai légal d'accession (14 semaines d'aménorrhée ; ils suggèrent d'élargir le champ des situations exceptionnelles – l'appréciation de la détresse devrait être confiée à plusieurs tiers : médecins, psychologues, travailleurs sociaux ; il serait donc opportun d'augmenter le délai légal de 2 semaines (législation comparable à celle des Pays Bas et du Royaume Uni) ; cette situation pénalise les personnes précarisées, qui ne peuvent s'offrir une IVG dans un des pays sus-mentionnés ; si elles le peuvent, il s'agit quand même d'un élément générateur de stress (voyage, hôtel, autres enfants à charge...) ;
- dans le cas de détresse ou d'urgence également, le délai de réflexion de 6 jours imposés par la loi devrait pouvoir ne pas être respecté ;
- le questionnaire destiné aux services internes est souvent beaucoup plus complet que celui destiné à notre commission ;



- l'IVG reste tabou ; il a une connotation négative : il est important de défendre le droit fondamental du choix ;
- méconnaissance de la pilule du lendemain, confusion pilule du lendemain et pilule abortive, manque de développement de la contraception masculine ;
- dans le cas de femmes jeunes, veiller à leur intimité ; pas de contacts en présence de parents.

#### **4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention**

- Les hôpitaux insistent également sur une **politique préventive** ; cette politique doit se faire « dans un climat de liberté, de responsabilité et de non-jugement », et non en érigeant des interdictions temporelles ou des sanctions légales.

## **2. ANALYSE DES RAPPORTS ANNUELS DES SERVICES D'INFORMATION NEERLANDOPHONES**

### **CENTRES**

#### **1. Composition et fonctionnement du service**

Les qualifications des membres du personnel sont analogues dans les 8 centres et majoritairement identiques aux années précédentes, avec ici un accent sur l'accompagnement psychologique et là plutôt sur le soutien médical et social.

Le nombre de membres du personnel n'est pas toujours une donnée pertinente et doit être traduit en équivalent temps plein.

Il est courant qu'une équipe multidisciplinaire de base soit assistée par quelques collaborateurs à temps partiel.

Tous les services d'information ont recours à un ou plusieurs psychologues, médecins, infirmiers(ères) sociaux(ales), assistant(e)s sociaux(ales), sexologues, conseillers en planning familial, experts en sciences morales, coordinateurs, employés administratifs, membres du personnel d'accueil et d'entretien.

Cinq des huit services établissent un rapport détaillé qui met en lumière l'attention et l'accompagnement psychosocial et médical en faveur des femmes.

Les trois autres se limitent à des données sommaires et à un renvoi répétitif aux rapports d'années précédentes. Quant à la question relative aux propositions du centre en vue d'une amélioration de la prévention, six centres néerlandophones ont une position commune qui est abordée en détail au point 4.

L'information écrite mise à disposition en matière d'avortement et de méthodes appliquées est principalement constituée de dépliants édités précédemment par la *Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortuscentra (C.C.N.A.C. vzw)*,

et actuellement par l'organisation coupole *vzw LUNA (Unie van Nederlandstalige Abortuscentra)*. Les centres établis dans les grandes villes disposent en outre de dépliants rédigés dans toutes les langues européennes majeures.

De plus, des dépliants d'information sont disponibles en diverses langues sur tous les moyens contraceptifs possibles. L'importance de documents écrits rédigés dans la langue des personnes sur les différents types de contraception est soulignée. Néanmoins, les brochures en diverses langues de Sensoa, p. ex., traitant de contraception et de santé sexuelle n'atteignent toujours pas le groupe cible parce que, dans la culture Rom, p. ex., l'aptitude à se familiariser par la lecture avec cette matière fait défaut. Les soins et la prévention à l'intention des "primo-arrivants" impliquent la nécessité de remplir un certain nombre de conditions en matière de communication, notamment de recourir à des interprètes (jurés) lorsque personne dans l'entourage immédiat n'est en mesure d'effectuer une traduction correcte.

La majorité des patientes entrent en contact avec un centre à la suite d'un renvoi par leur médecin ou gynécologue, quoique l'obtention d'information via Internet soit en nette progression.

## **2. Méthodes d'accueil et d'assistance appliquées**

L'accueil proposé aux femmes avant, pendant et après l'interruption de grossesse n' a pas fondamentalement changé par rapport aux années antérieures.

### **a. Avant l'interruption de grossesse**

Le premier entretien avec un collaborateur du centre (l'accueillante) est généralement précédé d'un contact téléphonique.

L'entretien a pour but la prise en charge psychosociale et émotionnelle de la femme et l'encadrement de l'examen médical.

L'équipe du centre assiste la femme (ou le couple) dans sa/leur prise de décision et l'/les aide à s'assurer du caractère non désiré de la grossesse. La femme est informée des alternatives envisageables. Cette information l'aide à faire un choix mûrement réfléchi quant aux moyens de contraception futurs.

Le premier entretien vise également à sonder la maturité psychique de la femme, voir comment elle songe assumer l'avortement.

Dans le cas de la jeune fille vivant au domicile parental, les parents participent également à la prise de décision, moyennant l'accord de la jeune fille.

D'autres entretiens peuvent suivre si la femme demeure indécise.

L'entretien avec l'accueillante n'aboutit pas toujours à un avortement, et ce, pour des raisons diverses et personnelles.

#### b. Pendant l'interruption de grossesse

Tous les centres offrent un accompagnement psychosocial du traitement. Un deuxième entretien s'effectue au préalable avec une assistante sociale, afin de vérifier que la femme ne nourrit aucun doute, ni n'a de raisons de connaître des problèmes pour accepter sa décision. Il est ensuite discuté du traitement post-opératoire et des moyens contraceptifs existants.

Le délai diffère en fonction de l'intervention (aspiration ou avortement médicamenteux), mais un dernier entretien est toujours prévu avec la femme.

Un centre insiste sur le fait que pour parvenir à faire changer les comportements en matière de contraception, le message doit être répété et ce, sur une période supérieure à un mois.

#### c. Après l'interruption de grossesse

Il va de soi que l'opération est suivie d'un contrôle médical et éventuellement d'un entretien avec le médecin.

Si nécessaire, la femme a la possibilité de recevoir un soutien psychologique ou d'être renvoyée vers un centre d'assistance ou un psychothérapeute.

Le droit à l'autodétermination de la femme joue un rôle prépondérant dans le déroulement et le contenu des entretiens.

## **2. Cas d'accueil et d'assistance signalés**

Au sein de la CCNAC, aujourd'hui LUNA, la prise en charge et les méthodes d'aide sont optimisées chaque année par une concertation entre les centres.

La confrontation de l'expérience pratique belge à celle de contextes internationaux est une plus-value. Les congrès de l'organisation internationale en matière d'avortement FIAPAC – International Federation of Abortion and Contraception Associates – en offrent l'opportunité tous les deux ans. Les imperfections des législations nationales sont un thème récurrent. Le délai de réflexion obligatoire de six jours, les régimes de délais comme ceux applicables en Belgique sont évalués de façon critique et comparés entre eux. Le congrès présente toujours une mise à niveau des techniques médicales, ce qui dans la pratique au quotidien, assure la modernisation et l'amélioration des procédures.

Il s'agit d'un élément important dans l'accompagnement des patientes parce que le déroulement d'un processus d'avortement, qu'il soit ou non douloureux et traumatisant dans son parcours médical, est susceptible d'hypothéquer la suite de la procédure. Veiller à un apaisement optimal de la douleur reste un point d'attention qui est suivi avec intérêt tant par les médecins que les intervenants psychosociaux.

Ensuite, référence est faite aux congrès organisés à l'étranger et en Belgique où les thèmes traités visaient à améliorer les méthodes d'aide et de prise en charge.

## **4. Suggestions en vue d'améliorer la prévention des grossesses non désirées**

Voici le texte intégral (traduction libre) du point de vue commun de six centres néerlandophones concernant la question susmentionnée :

"Dans le rapport annuel de leur service d'information, les six centres d'avortement affiliés à la vzw LUNA ([www.abortus.be](http://www.abortus.be)) tiennent à attirer l'attention sur la problématique spécifique des grossesses non désirées arrivées à un stade avancé.

Il s'agit en l'espèce de femmes dont l'avancement de la grossesse ne permet plus une interruption dans le cadre de la législation belge en matière d'avortement.

L'expérience des centres d'avortement apprend que les femmes qui posent la question d'une interruption de grossesse après le délai légal en Belgique sont souvent confrontées à un contexte psychosocial et relationnel difficile. La plupart du temps, ces circonstances complexes sont précisément à l'origine d'un processus de décision problématique ou d'une négation de la grossesse pendant une certaine période.

En Europe, les Pays-Bas et la Grande-Bretagne disposent de lois qui autorisent également une interruption de grossesse au cours du deuxième trimestre. Les femmes belges qui demandent une interruption de grossesse après 14 semaines d'aménorrhée ont alors souvent recours, d'une manière ou d'une autre, aux centres établis dans les deux pays précités. Outre les problèmes psychosociaux auxquelles les femmes dans cette situation sont confrontées, un problème financier se pose fréquemment lorsque ces femmes veulent subir une interruption de grossesse à l'étranger. Dès lors, pour les femmes dont les possibilités financières sont limitées, la réalité est qu'elles sont contraintes d'avoir un enfant non désiré parce qu'elles ne sont pas en mesure de payer une intervention à l'étranger.

Les six centres d'avortement affiliés à la vzw LUNA jugent important d'attirer l'attention de la commission d'évaluation sur ce type de situations navrantes. Ils s'interrogent sur la possibilité de rechercher une solution à ce type de situations au travers d'un accord financier entre les pays de l'Union européenne. Le cas échéant, une application de l'arrêt Decker-Kohl de 1998 serait-elle envisageable?

Cet arrêt oblige les mutualités à rembourser les soins aux personnes prodigués à l'étranger parce que ces soins ne sont pas disponibles dans le pays de résidence.

Un centre suggère l'obtention de la contraception orale sans prescription médicale et enfin, un centre reprend intégralement trois propositions d'amélioration de la prévention déjà avancées lors de la rédaction du rapport précédent :

1. meilleure diffusion de l'information relative à la pilule du lendemain, dont l'existence et la disponibilité sont encore trop méconnues, surtout chez les jeunes;
2. davantage d'informations à l'école sur l'emploi correct des contraceptifs et pour briser le tabou qui entoure la sexualité;

Dans l'information sur l'utilisation du préservatif, il faudrait insister sur la nécessité d'un moyen contraceptif supplémentaire ;

3. nouvel abaissement du coût des contraceptifs, car les jeunes, les personnes à faible revenu, les demandeurs d'asile, les illégaux ne peuvent souvent pas se les permettre financièrement.

Un centre attire l'attention sur le sous-groupe des patientes "à avortements répétés". En dépit de l'accompagnement ciblé, ce sous-groupe revient dans les statistiques à raison d'une moyenne de 25 à 30%, avec une nette croissance ces dernières années. Sur les personnes appartenant à ce sous-groupe, toutes sortes d'hypothèses ont été émises et ce sujet nécessite une étude complémentaire.

## **B. HÔPITAUX ET CLINIQUES**

### **1. Composition**

Les services d'information, là où ils ont été créés, sont composés de collaborateurs disposant des qualifications suivantes: médecin, juriste, psychiatre et, si nécessaire pour le suivi post-hospitalisation, psychologue, infirmier(ère) social(e), sage-femme, conseiller en planning familial, assistant(e) social(e), employé(e) administratif(ive).

Le service d'information ne s'occupe pas uniquement de la problématique de l'avortement, mais est intégré notamment dans le service de Gynécologie-Andrologie-Obstétrique, une Clinique gynécologique ou en tant qu'élément du service Accompagnement des patients.

Un service d'information fait appel à une équipe multidisciplinaire de médecins, de travailleurs sociaux et de psychologues. Une concertation régulière permet de faire le point et d'échanger des informations sur la nouvelle documentation etc.

Plusieurs établissements n'ont pas de service d'information organisé. Dans ceux-ci, les interruptions de grossesse sont pratiquées exclusivement sur indication médicale. Les patientes reçoivent l'information appropriée et requise de la part des médecins occupés au service de périnatalogie à la suite de l'état pathologique qui donne lieu à la procédure d'interruption.

Concernant la documentation utilisée, il est renvoyé aux brochures, à l'information et aux sites web du CRZ, de Kind en Gezin, au site [www.abortuscentra-vlaanderen.be](http://www.abortuscentra-vlaanderen.be), à l'information sur les structures sociales, au site [www.pleegzorgvlaanderen.be](http://www.pleegzorgvlaanderen.be) et aux brochures d'information de Sensoa sur la contraception.

### **2. Méthodes de prise en charge et d'aide mises en œuvre**

Un hôpital donne seul un rapport détaillé du fonctionnement de son service d'information. En l'occurrence, les méthodes de prise en charge et d'aide mises en œuvre sont parallèles à celles des centres d'avortement, à savoir: il est demandé quelle information la femme a déjà reçu de son gynécologue et ce qu'elle attend de



l'entretien. Le but de l'entretien est expliqué. On s'attarde sur la situation d'urgence, sur les alternatives possibles à l'avortement: adoption, soutien social et pédagogique, famille d'accueil,...

Les motifs sous-jacents de l'interruption de grossesse et la motivation à la pratiquer, la situation familiale et de vie et l'état psychique sont abordés. Des explications sont fournies sur le déroulement et les risques de l'intervention et sur les droits, l'assistance et les avantages dont on peut bénéficier en tant que mère célibataire.

Enfin, il est discuté des aspects émotionnels de la décision et des suites éventuelles.

Ce même établissement décrit en détail les tâches de son service d'information en matière de prise en charge de la femme avant qu'elle prenne sa décision et, au besoin, après l'exécution de l'interruption de grossesse, à savoir.

Donner de l'information: sur les droits, l'assistance et les avantages garantis aux familles ou aux mères (non)mariées, sur les possibilités en matière d'adoption...Prodiguer de l'aide: à la demande de la femme, une aide et des conseils peuvent être prodigués sur les moyens mis à sa disposition pour résoudre les problèmes sociaux causés par son état.

Enregistrer le nombre de consultations, rédiger le rapport destiné au gynécologue traitant.

Rédiger le rapport annuel à l'intention de la Commission d'évaluation.

Un établissement joint seul au rapport annuel l'avis éthique de sa Commission d'éthique médicale sur l'interruption de grossesse et les soins pour grossesse non désirée et un "trajet de soins" pour la pratique ou non d'une interruption de grossesse après un diagnostic prénatal grave.

Il convient de signaler que la plupart des cliniques ne pratiquent d'interruptions de grossesse que sur indication médicale pour cause d'anomalies du fœtus dans le cas de grossesses intrinsèquement désirées.

Dans la plupart des rapports, la rubrique "méthodes de prise en charge et d'aide mises en œuvre" est complétée sommairement, voire pas du tout.

### **3. Cas de prise en charge et d'aide qui méritent d'être mis en avant et proposition d'amélioration de la prévention en matière de grossesses non désirées**

Les deux rubriques n'ont pas, ou peu été complétées par de nouvelles informations pertinentes.

Un établissement souligne une nouvelle fois que la notion de contraception est insuffisamment ancrée, d'une part chez les femmes en situation précaire, d'autre part chez celles originaires des Pays de l'Est, notamment la Bulgarie, la Slovaquie.

Il est suggéré d'améliorer l'information, l'accès à la contraception et son accessibilité financière pour les personnes en situation précaire et pour celles originaires de pays où l'avortement est une forme de contraception.