

Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking

Comité interuniversitaire multidisciplinaire indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la législation sur l'interruption volontaire de grossesse

Studie en evaluatie van de abortuswet en -praktijk in België

Etude et évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique

Samenvatting en aanbevelingen

Synthèse et recommandations

Academisch rapport op verzoek van de “Vivaldi” meerderheid op federaal niveau

Rapport académique à la demande de la majorité “Vivaldi” au niveau fédéral

Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking

Comité interuniversitaire multidisciplinaire indépendant en charge de l'étude et de l'évaluation de la pratique et de la législation sur l'interruption volontaire de grossesse

Members

| | |
|--------------------|--------------------|
| Patrick Emonts | ULg |
| Yvon Englert | ULB (Co-Président) |
| Martin Hiele | KUL |
| Yves Jacquemyn | UA |
| Luc Roegiers | UCL |
| Kristien Roelens | UG (Covoorzitster) |
| Anne Verougstraete | VUB |

Academic support team

Aurélie Aromatario
Fien De Meyer

Administrative support

Vlaams Interuniversitaire Raad (VLIR)

Citation of this report: Scientific Committee for the evaluation of abortion law and practice in Belgium. Executive summary and recommendations. March 2023

Maart/Mars 2023

Boodschap van de Covoorzitters

De samenvatting en de lijst van aanbevelingen hieronder belichten de conclusies van een jaar werk door een groep academische experts aangesteld door de rectoren van de 7 Belgische universiteiten die een volledige medische opleiding aanbieden, op verzoek van de federale meerderheid “Vivaldi”.

Deze groep van experts werd bijgestaan door 28 collega's verdeeld in 4 werkgroepen en door twee academische medewerkers, met respect voor multidisciplinariteit, genderevenwicht en de twee voornaamste nationale gemeenschappen. Mogen ze hartelijk worden bedankt.

Dit is een uitzonderlijke bijdrage van de academische wereld aan een zeer gevoelig maatschappelijk onderwerp waar fundamentele waarden botsen die we allemaal in ons dragen tot op een zekere hoogte. De expertengroep was zich hiervan bewust zoals het zich bewust was van de grote evolutie van de plaats van de vrouw in de samenleving van vandaag.

In 30 jaar zijn de problematiek en de samenleving ingrijpend veranderd en wij waarderen dat de federale meerderheid ons de kans gaf om dit te bestuderen. We willen de federale meerderheid bedanken voor het vertrouwen dat in ons werd gesteld.

Deze samenvatting verwijst naar de tekst van het rapport en de bijhorende bijlagen. Deze zijn nuttig om de betekenis van elk van de 25 aanbevelingen die in het rapport staan en die aan het einde van deze samenvatting van ons werk worden opgesomd te begrijpen.

Brussel, maart 2023

Kristien Roelens Yvon Englert

Covoorzitters

Mot des Co-Présidents

La synthèse et la liste des recommandations ci-dessous mettent en avant les conclusions d'une année de travail d'un groupe d'experts académiques désignés par les rectrices et recteurs des 7 universités belges en charge d'un cursus médical complet à la demande de la majorité fédérale « Vivaldi ».

Ce groupe d'experts a été assisté par 28 collègues répartis en 4 groupes de travail et par deux collaboratrices académiques, en respectant la multidisciplinarité, l'équilibre des genres et les deux principales communautés nationales. Qu'elles et ils en soient chaleureusement remerciés.

Il s'agit là d'une contribution exceptionnelle du monde académique à un sujet de société d'une très grande sensibilité où s'entrechoquent des valeurs fondamentales que nous portons à un certain degré toutes et tous en nous. Le groupe d'experts en a été conscient comme il a été conscient de l'évolution majeure de la place des femmes dans la société d'aujourd'hui.

La problématique et la société ont profondément évolué en 30 ans et nous sommes reconnaissants à la majorité fédérale de nous avoir donné l'opportunité de l'étudier. Qu'elle soit remerciée pour la confiance qu'elle nous a faite.

Cette synthèse renvoie au texte du rapport et à ses annexes qui sont utiles pour saisir le sens de chacune des 25 recommandations que comprend le rapport et qui sont listés à la fin de cette synthèse de nos travaux.

Bruxelles, mars 2023

Kristien Roelens Yvon Englert

Co-Présidents

Samenvatting

Achtergrond en methodologie

In de loop van oktober 2021 hebben de fractieleiders van de Vivaldi-meerderheid op federaal niveau de VLIR en de CREF verzocht om, overeenkomstig het regeerakkoord ter zake, de rectoren van de Belgische universiteiten te vragen hun expertise ter beschikking te stellen zodat “een onafhankelijk multidisciplinair wetenschappelijk comité een studie en evaluatie uitvoert van de praktijk en de wetgeving [inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking in België *nvdrl*]”. De brief ging vergezeld van een lijst van 60 vragen om het verzoek toe te lichten en de werkzaamheden toe te spitsen op de bezorgdheden van de politieke wereld (de lijst is opgenomen in **bijlage I**). In de brief wordt erop gewezen dat “de zeven partijen van de Vivaldi-meerderheid in hun akkoord hebben aangegeven dat zij verder willen werken aan deze teksten [met betrekking tot wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking *nvdrl*] in het Parlement, in de commissie Justitie, [zodra zij het werk van dit onafhankelijk multidisciplinair comité in handen hebben *nvdrl*]”.

Als antwoord op dit verzoek heeft elk van de 7 universiteiten die verantwoordelijk zijn voor de volledige artsopleiding een vertegenwoordiger benoemd in een onafhankelijk multidisciplinair wetenschappelijk comité (hierna “het wetenschappelijk comité”) om het proces aan te sturen. Deze laatste hebben, in volledige onafhankelijkheid, het denkproces gestructureerd in 4 multidisciplinaire werkgroepen van elk 9 leden die verantwoordelijk zijn voor de volgende thema's:

WG1: Huidige werking en mogelijke verbeteringen in centra en ziekenhuizen met betrekking tot zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen binnen de huidige termijn, inclusief vraagstukken in verband met preventie en opvolging.

WG2: Zwangerschapsafbrekingen om medische redenen

WG3: De behandeling van vragen om zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen na een termijn van 12 weken, met inbegrip van een internationaal vergelijkende analyse.

WG4: De wetgeving betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking: ethiek en recht.

In elk van deze 4 werkgroepen zetelden twee leden van het wetenschappelijk comité. Het geheel bestond uit 35 (Frans- en Nederlandstalige) leden, waaronder 20 vrouwen en 15 mannen. Het betrof 17 artsen (waarvan 13 gynaecoloog-verloskundigen), 4 juristen, 6 psychologen, en 8 experten uit de vakgebieden filosofie of sociale wetenschappen. Elke werkgroep, evenals het wetenschappelijk comité, werd geleid door twee covoorzitters, in evenwicht wat gender en taal betreft. De samenstelling van het wetenschappelijk comité en van de 4 werkgroepen is opgenomen in **bijlage II**.

Synthèse

Rétroactes et méthodologie

Dans le courant du mois d'octobre 2021, les chefs de groupe de la majorité « Vivaldi » au niveau fédéral se sont adressés au VLIR et au CREF pour demander aux rectrices et recteurs des Universités belges, conformément à l'accord de gouvernement sur cette question, de fournir leur expertise afin « qu'un comité scientifique multidisciplinaire indépendant mène une étude et une évaluation de la pratique et de la législation [de l'interruption de grossesse ('IVG') en Belgique *ndlr*] ». A ce courrier était jointe une liste de 60 questions destinée à expliciter la demande et orienter le travail vers les préoccupations du monde politique (la liste est reprise en **annexe I**). Le courrier souligne que « les sept partis de la majorité Vivaldi ont précisé dans leur accord souhaiter poursuivre le travail sur ces textes [de la législation concernant l'IVG *ndlr*] au Parlement, en Commission de la justice [une fois le travail de ce comité multidisciplinaire indépendant entre leurs mains *ndlr*] ».

Pour répondre à cette demande, chacune des 7 universités ayant la responsabilité de la formation complète des médecins a désigné un représentant dans un comité scientifique multidisciplinaire indépendant chargé de piloter le processus (ci-dessous « le Comité scientifique »). Ceux-ci ont, en toute indépendance, structuré la réflexion au sein de 4 groupes de travail multidisciplinaires de 9 membres chacun en charge des thématiques suivantes :

GT1 : Fonctionnement actuel et améliorations potentielles dans les centres et les hôpitaux en ce qui concerne l'interruption de grossesse pour cause psychosociale dans le délai actuel, y compris les questions de prévention et suivi.

GT2 : Les interruptions de grossesse pour raison médicale.

GT3 : La question de la prise en charge des demandes d'interruption de grossesse pour cause psychosociale au-delà de 12 semaines y compris par l'analyse de la comparaison internationale.

GT4 : La loi sur l'IVG : éthique et droit.

Deux membres du Comité scientifique siègent dans chacun de ces 4 GT. L'ensemble est donc constitué de 35 membres, francophones et néerlandophones, 20 femmes et 15 hommes, 17 médecins (dont 13 gynécologues-obstétriciens), 4 juristes, 6 psychologues, 8 membres issus de la philosophie ou des sciences sociales. Chaque groupe de travail et le Comité scientifique ont été gérés par deux co-Présidents, équilibrés au plan des genres et des langues. La composition du Comité scientifique et des 4 GT est reprise en **annexe II**.

De werkzaamheden werden in alle onafhankelijkheid verricht, waarbij ieder ten persoonlijke titel sprak en gebonden was aan geheimhoudingsplicht. Daarop werden de besluitvormingsprocedures door het wetenschappelijk comité als volgt geformaliseerd: 'standpunt unaniem ondersteund' (ook consensuspositie genoemd in de teksten), 'standpunten ondersteund door een groep aan de ene kant en een groep aan de andere kant', en indien slechts één lid een standpunt ondersteunt, wordt in het rapport vermeld dat het om een 'individueel standpunt' gaat. De communicatietalen waren Frans, Nederlands en Engels, wat resulteerde in werkdocumenten in die talen. Werkdocumenten werden niet altijd vertaald tijdens de werkzaamheden gelet op de tijd en middelen.

Het werk werd logistiek ondersteund door de VLIR en in het bijzonder door zijn secretaris-generaal, de heer Koen Verlaeckt, en werd ondersteund door twee universitaire medewerkers met deskundigheid betreffende het behandelde onderwerp. Deze werden aangeworven na een openbare oproep en selectie door een jury bestaande uit de twee covoorzitters van het wetenschappelijk comité en de secretaris-generaal van de VLIR. Het betreft mevr. Fien De Meyer (Nederlandstalig en juriste) en mevr. Aurélie Aromatario (Franstalig en sociologe).

Naast de 44 vergaderingen van de werkgroepen en van het wetenschappelijk comité, meestal via teleconferentie, werden deskundigen gehoord en organisaties geraadpleegd (de lijst van deelnemers aan deze hoorzittingen is opgenomen in **bijlage III**).

Elke werkgroep heeft haar eindverslag goedgekeurd en uiterlijk op 16 december 2022 aan het wetenschappelijk comité bezorgd. Het wetenschappelijk comité heeft het eindrapport, dat hieronder wordt samengevat, opgesteld en is hiervoor verantwoordelijk. Het wetenschappelijk comité heeft het eindrapport goedgekeurd op 21 december 2022. De bijlagen ervan bevatten onder meer de verslagen van de werkgroepen en de referenties naar gebruikte literatuur.

Het eindrapport, de samenvatting en de lijst met aanbevelingen, opgesteld in beide landstalen, zijn door het wetenschappelijk comité goedgekeurd en in maart 2023 overhandigd aan onze mandatarissen binnen de Vivaldi-meerderheid. De samenvatting bevat de resultaten van het eindrapport waarin men alle referenties vindt die hebben bijgedragen tot de uiteenzetting van de aanbevelingen en conclusies.

De aanbevelingen werden unaniem goedgekeurd wanneer niet wordt gespecificeerd dat er verschillende standpunten/aanbevelingen waren of wanneer geen individueel standpunt wordt vermeld. Het standpunt van de werkgroepen over de aanbevelingen wordt in herinnering gebracht wanneer dit nuttig is voor de politieke mandatarissen. Echter is het van belang erop te wijzen dat de leden van de werkgroepen zich uitsluitend hebben uitgesproken over hun eigen verslag en niet over de verslagen van de drie andere werkgroepen of over de teksten van het wetenschappelijk comité.

Le travail est mené en toute indépendance, chaque personne s'exprimant à titre personnel en étant tenue à un devoir de confidentialité tandis que les procédures de décision ont été formalisées par le Comité scientifique de la manière suivante : position soutenue à l'unanimité (aussi appelée position de consensus dans les textes), position soutenue d'une part par les uns, d'autre part par les autres, et si un seul membre a soutenu une position, il est stipulé dans le rapport qu'il s'agit d'une position individuelle. Les langues ont été utilisées avec souplesse et ont conduit à des documents de travail en français, néerlandais et anglais qui n'ont pas toujours été traduits pour une question de temps et de moyens.

Le travail a été soutenu logistiquement par le VLIR et tout particulièrement par son secrétaire général, Monsieur Koen Verlaeckt, et a été accompagné de deux collaboratrices de niveau universitaires et compétentes dans le domaine, qui ont été recrutées suite à un appel public et une sélection par un jury formé des deux co-présidents du Comité scientifique et du Secrétaire Général du VLIR. Il s'agit de Mesdames Fien De Meyer (néerlandophone et juriste) et Aurélie Aromatario (francophone et sociologue).

Outre les 44 réunions des groupes de travail et du Comité scientifique, la plupart du temps par téléconférence, des experts ont été entendus et des organismes ont été consultés (l'ensemble des participants à ces auditions est repris en **annexe III**).

Chaque groupe de travail a approuvé son rapport final qui a été adressé au Comité scientifique pour le 16 décembre 2022. C'est le Comité scientifique qui a rédigé et assume la responsabilité du rapport final qui est résumé ci-dessous. Le Comité scientifique a approuvé le 21 décembre 2022 son rapport final qui reprend en annexe notamment les rapports finaux des 4 groupes de travail et les références de la littérature utilisées.

Le rapport final, la synthèse et la liste des recommandations, rédigés dans les deux langues nationales, ont été approuvés par le Comité scientifique et remis à nos mandants au sein de la majorité Vivaldi en mars 2023. Le texte de synthèse présente les résultats du rapport général dans lequel se trouve l'ensemble des références qui ont contribué à élaborer les recommandations et les conclusions.

Les recommandations sont approuvées à l'unanimité lorsqu'il n'est pas spécifié qu'il y avait plusieurs positions/recommandations ou qu'une position individuelle est mentionnée. La position des groupes de travail sur les recommandations est rappelée lorsque c'est utile pour l'information des autorités politiques, mais il faut souligner que les membres de chaque groupe de travail ne se sont prononcés que sur les points traités dans leur propre rapport et non sur ceux des trois autres groupes ou sur les textes du Comité scientifique.

Hoe kunnen we de huidige aandacht voor het vraagstuk van vrijwillige zwangerschapsafbreking en het verzoek vanuit de politieke wereld interpreteren?

De wens om de abortuswet van 1990 te herzien is niet nieuw, aangezien dit onderwerp al minstens drie legislaturen het halfroond van de Kamer beroert. Tijdens de voorgaande legislatuur begon zich een vrij ambitieuze parlementaire dynamiek af te tekenen, waarna in 2018 de toenmalige regering de kwestie weer op tafel legde en een hervorming doorvoerde die velen als teleurstellend en “minimaal” beschouwden. Dat neemt niet weg dat met de Wet betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking van 2018 enkele stappen vooruit werden gezet, en het is op basis daarvan dat het wetenschappelijk comité zijn werkzaamheden heeft verricht, aangezien deze wet momenteel van kracht is.

De beweegredenen voor het verzoek tot hervorming moeten we waarschijnlijk verder terug in de tijd situeren. Enerzijds vloeit dit verzoek voort uit de ervaring die gedurende meer dan 30 jaar op het gebied van vrijwillige zwangerschapsafbreking werd opgedaan, wat op zich al een evaluatie van de wet Lallemand-Michielsen zou kunnen rechtvaardigen. Anderzijds vloeit dit voort uit de ontwikkelingen die de samenleving heeft doorgemaakt, in het bijzonder wat betreft de positie en de autonomie van de vrouw onder de positieve invloed van de feministische beweging. Bovendien is de technische en medische omgeving ingrijpend veranderd door het ontstaan van nieuwe kennis over de ontwikkeling van de foetus, genetica, prenatale echografische beeldvorming, door de plaats die medicamenteuze zwangerschapsafbreking heeft ingenomen, door de ontwikkeling van sociale media en de bredere beschikbaarheid van informatie over seksualiteit, anticonceptie en abortus, alsook door de toenemende digitale evoluties die raadpleging op afstand mogelijk maken (een fenomeen dat tijdens de COVID-19-crisis explosief is toegenomen) en waarbij geneesmiddelen online te verkrijgen zijn. Het verzoek van de politieke wereld moet in het licht daarvan worden begrepen.

Dit betekent niet dat het ethische dilemma van zwangerschapsafbreking is gewijzigd. Er moet steeds een evenwicht worden gezocht tussen de bescherming van de foetus en het recht van de vrouw om over haar eigen lichaam te beschikken, of zelfs een evenwicht tussen de invoering van collectieve juridische, morele en sociale regels en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. In die zin verwijst het wetenschappelijk comité naar de uitvoerige beschouwing die het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek destijds heeft gemaakt in zijn advies nr. 18, en met name de hoofdstukken III en IV, waarin alle (soms zeer uiteenlopende) concepten en standpunten over de status van het menselijke embryo en de foetus worden samengebracht en waarin het ethische en filosofische vraagstuk van de zwangerschapsafbreking zeer expliciet aan bod komt. Het wetenschappelijk comité heeft zich aan zijn mandaat gehouden door de concrete opvolging van de abortusverzoeken en hun evolutie te onderzoeken, rekening houdend met feitelijke elementen zoals nieuwe gegevens over de levensvatbaarheid van de foetus en het vermogen om pijn te ervaren, maar ook de ontwikkelingen met betrekking tot het opsporen van foetale afwijkingen en het

Comment interpréter l'attention actuelle à la question de l'IVG et la demande du monde politique ?

La volonté de revoir la loi de 1990 sur l'IVG n'est pas neuve puisqu'elle agite l'hémicycle de la chambre depuis au moins trois législatures. Une dynamique parlementaire assez ambitieuse s'était dessinée sous la législature précédente mais la question, reprise par le gouvernement de l'époque, a conduit en 2018 à une réforme jugée par beaucoup décevante et « a minima ». Il n'en reste pas moins que certaines avancées ont été introduites dans la Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse de 2018 et que c'est à partir de celle-ci que le Comité scientifique a travaillé puisque c'est la loi actuellement en vigueur.

Les raisons de la volonté de réforme sont à chercher probablement dans le temps long, d'une part dans l'expérience accumulée dans le domaine de l'IVG depuis plus de 30 ans qui justifie en soi une évaluation de la loi Lallemand-Michielsen, mais aussi dans l'évolution de la société depuis cette époque et tout particulièrement la place et l'autonomie des femmes suite aux avancées du mouvement féministe. Enfin, l'environnement technique et médical a profondément évolué, que ce soit par l'apport de nouvelles connaissances sur le développement fœtal, l'apport de la génétique et de l'imagerie échographique anténatale, la place prise par les interruptions de grossesse par voie médicamenteuse, le développement des réseaux sociaux et la plus grande disponibilité d'informations sur la sexualité, la contraception et l'IVG, ou encore par l'informatisation croissante permettant notamment la consultation à distance (un phénomène qui a explosé pendant la crise de la COVID-19) et conduisant à la circulation des médicaments achetables en ligne. La demande du monde politique a été comprise dans cette perspective.

Ceci ne veut pas dire que le dilemme éthique de l'interruption de grossesse ait changé. Il s'agit toujours d'équilibrer la question de la protection du fœtus et du droit des femmes à disposer de leur corps, voire d'équilibrer l'édiction de règles juridiques, morales et sociales collectives et la protection de la vie privée. En ce sens, le Comité scientifique fait référence à la réflexion étendue faite en son temps par le Comité consultatif de bioéthique dans son avis n°18 et particulièrement ses chapitre III et IV où est rassemblé l'ensemble des concepts et positions, parfois très divergents, sur le statut de l'embryon et du fœtus humain, et où la question éthique et philosophique de l'interruption de grossesse est abordée de manière très explicite. Le Comité scientifique a gardé le cap de son mandat en examinant la gestion concrète des demandes d'IVG et leur évolution en tenant compte des éléments factuels, tels que les nouvelles données sur la viabilité fœtale et sur la capacité à percevoir la douleur, mais aussi les développements de la capacité de détection d'anomalies fœtales ou la capacité de pratiquer sur le fœtus des tests génétiques sophistiqués et précoces. Même si la disparition chez nous de l'avortement clandestin et dangereux (« unsafe abortion » selon l'OMS) fait parfois oublier le prix très lourd qu'ont payé les femmes du temps de la répression de l'interruption de grossesse, la dimension de santé publique est toujours d'actualité au plan mondial, y compris dans certains pays développés qui voient s'installer des formes de régression des droits des femmes.

uitvoeren van verfijnde en vroegtijdige genetische tests op de foetus. Ook al doet het verdwijnen van clandestiene en gevaarlijke abortussen (« unsafe abortion » volgens WHO) in ons land soms vergeten welke zeer zware prijs vrouwen hebben betaald in de tijd dat abortus werd verboden, toch blijft het volksgezondheidsaspect wereldwijd actueel, ook in bepaalde ontwikkelde landen waar vrouwenrechten achteruitgaan.

Er wordt op gewezen dat de dynamiek die tot dit rapport heeft geleid grotendeels dateert van vóór de herroeping door het Amerikaanse Hooggerechtshof van een federaal grondwettelijk recht op abortus en de ontwikkelingen in uiteenlopende richtingen die daarop volgden. Deze gebeurtenis vond plaats toen de werkzaamheden van het wetenschappelijk comité volop aan de gang waren. Het wetenschappelijk comité achtte het dan ook nuttig een hoofdstuk toe te voegen over de kwestie van de verankering van het recht op abortus in de grondwet, een actuele kwestie in heel wat Europese landen.

Korte presentatie van de stand van de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking en de huidige praktijk in België

De kwestie van abortus in België wordt geregeld door de wet van 15 oktober 2018, maar ook door een koninklijk besluit over de distributie van geneesmiddelen voor medicamenteuze abortus, en door overeenkomsten tussen de centra die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren en het RIZIV, dat deze activiteit financiert. Bovendien eist de wet van 13 augustus 1990 dat een geanonimiseerde registratie van elke zwangerschapsafbreking gebeurt bij een nationale evaluatiecommissie die analyses en verslagen opstelt voor het Parlement. Bovendien heeft deze commissie onlangs een aantal opmerkingen en suggesties over de werking van de abortuspraktijk in België gemaakt in een memorandum dat bij haar verslag van 2021 werd gevoegd. Op het terrein is de organisatie van zwangerschapsafbreking op verzoek van de vrouw tot 12 weken post-conceptie ('PC') (14 weken amenorroe: 'WA') voornamelijk toevertrouwd aan abortuscentra buiten de ziekenhuizen. Alle instellingen die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren moeten beschikken over een voorlichtingsdienst. Centra die zwangerschapsafbrekingen buiten het ziekenhuis uitvoeren zijn om historische en culturele redenen anders gestructureerd in het Nederlandstalige en het Franstalige landsgedeelte. Aan Nederlandstalige zijde worden zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in 7 centra die zich specifiek met deze activiteit bezighouden en aan Franstalige zijde in 33 van de 44 centra die daarnaast ook andere activiteiten uitvoeren met betrekking tot gezinsplanning in ruime zin (seksualiteit, anticonceptie, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen). Tot slot worden in het hele land bepaalde abortussen in ziekenhuizen uitgevoerd, hetzij op verzoek van de vrouw, hetzij op grond van gevorderde zwangerschapsduur, omwille van een wens tot algehele anesthesie die niet beschikbaar is in abortuscentra of omwille van een bijzonder medisch risico dat een strengere medische begeleiding rechtvaardigt. De centra beschikken over personeel met een aantal competenties op gezondheidvlak (voornamelijk artsen, psychologen, verpleegkundigen, vroedkun-

Il faut encore souligner que la dynamique qui conduit à ce rapport est largement antérieure à la révocation par la Cour suprême des Etats-Unis d'un droit constitutionnel fédéral à l'avortement et les évolutions en divers sens qui lui ont succédé. Cet événement est survenu au milieu des travaux du Comité scientifique qui a jugé utile d'ajouter un chapitre sur la question de l'inscription du droit à l'IVG dans la constitution, une question d'actualité dans beaucoup d'états européens.

Brève présentation de l'état de la législation sur l'IVG et de la réalité de terrain en Belgique

La question de l'IVG en Belgique est régie par la loi du 15 octobre 2018 mais aussi par un arrêté royal sur la distribution des médicaments utilisés dans l'IVG médicamenteuse et par des conventions liant les centres pratiquant les interruptions de grossesse et l'INAMI qui assure le financement de cette activité. De plus, la loi du 13 août 1990 a établi une obligation de déclaration anonyme de chaque interruption de grossesse à l'intention d'une Commission nationale d'évaluation qui analyse et publie un rapport à destination du Parlement et qui a une capacité d'initiative. La Commission a d'ailleurs récemment adressé une série de remarques et suggestions quant au fonctionnement de la pratique de l'IVG en Belgique dans un memorandum associé à son rapport 2021. Sur le terrain, l'organisation de l'accès à ces soins est confiée essentiellement, en ce qui concerne les interruptions de grossesse à la demande de la femme jusqu'à 12 semaines post-conception (soit 14 SA = semaines d'aménorrhée), à des centres extrahospitaliers. Tous les services pratiquant l'IVG doivent disposer d'un centre d'information et de conseil. Les centres extrahospitaliers sont, pour des raisons historiques mais aussi culturelles, structurés de façon assez différente dans la partie néerlandophone et francophone du pays. Du côté néerlandophone, les IVG sont effectuées dans 7 centres spécifiquement dédiés à cette activité et du côté francophone elles sont réalisées dans 33 des 44 centres en charge, en outre des autres activités de planning familial au sens large (sexualité, contraception, lutte contre les maladies sexuellement transmises). Enfin, dans l'ensemble du pays, certaines IVG sont pratiquées en milieu hospitalier soit par choix des femmes, soit en fonction de données médicales comme l'âge de la grossesse, la demande d'une anesthésie générale non disponible dans les centres extrahospitaliers ou de risque médical particulier justifiant un encadrement médical plus lourd. Les centres disposent d'un personnel avec un panel de compétences du domaine de la santé (médecins, psychologues, infirmières, sage-femmes, assistants sociaux principalement) et les

digen, maatschappelijk werkers) en de zwangerschapsafbrekingen worden grotendeels uitgevoerd door huisartsen en door specialisten in gynaecologie-verloskunde. Zwangerschapsafbrekingen na 12 weken PC, die uitsluitend zijn toegestaan op grond van medische indicaties, worden enkel uitgevoerd in ziekenhuizen op afdelingen voor gynaecologie-obstetrie en door medisch-obstetrische teams en/of personen die belast zijn met prenatale diagnostiek.

Het wetenschappelijk comité wenst vooral te onderlijnen hoezeer de wet van 1990 en sommige bepalingen van de wijzigingen ervan in 2018 een echte vooruitgang hebben betekend, zowel voor de rechten van de vrouw als voor de volksgezondheid in ons land, en het benadrukt aan het einde van dit evaluatie- en denkproces de positieve visie op de uitvoering van abortus in België die hieruit naar voren komt. Zowel de experten op het terrein als de werkgroepen benadrukken bepaalde verbeteringen die voortvloeien uit de herziening van de wet in 2018 en die een positief effect hebben gehad op de opvolging van ongewenste zwangerschappen. Onder deze verbeteringen wordt het schrappen van de vereiste noodtoestand van de zwangere vrouw die om een abortus verzoekt als een belangrijke stap beschouwd om het stigma te reduceren dat soms nog wordt geassocieerd met zwangerschapsafbreking. Ook de introductie van het misdrijf van verhindering wordt als een vooruitgang beschouwd, evenals de verplichting voor elke arts met gewetensbezwaren tegen abortus om de patiënt door te verwijzen naar een andere arts. Het behouden van een verplichte periode van 6 dagen tussen de eerste raadpleging en de abortusprocedure blijkt daarentegen een teleurstelling voor de professionals in de sector. Deze onderstrepen daarnaast wel het belang van het feit dat in medische noodsituaties de wachtperiode niet meer gehandhaafd moet worden.

Dit rapport bevat een gedetailleerde analyse van al deze elementen.

Op kwantitatief vlak wordt in het verslag van de Nationale Evaluatiecommissie aangegeven dat volgens de door haar geanalyseerde registraties jaarlijks tussen 18.000 en 19.000 vrijwillige zwangerschapsafbrekingen worden uitgevoerd in België, waarvan de meeste (82%) in abortuscentra, en 18% in ziekenhuizen. Het afgelopen decennium lijkt de trend te evolueren naar een zwangerschapsafbreking uitgevoerd op een gemiddeld vroeger tijdstip in de zwangerschap. Het betreft ook meer vrouwen in de leeftijdscategorie 29-35 jaar, met een verminderd aandeel afbrekingen bij jongere vrouwen.

De cijfers weerspiegelen een abortuscijfer van 8,8 per 1.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-44 jaar), wat ons in een zeer gunstige positie plaatst ten opzichte van het Europese gemiddelde (18 per 1.000 vrouwen) en het mondiaal gemiddelde (39 per 1.000 vrouwen). Dat neemt niet weg dat inspanningen op het gebied van preventie, voorlichting en toegang tot anticonceptie, met inbegrip van noodanticonceptie en de preventie van SOA's, uitdagingen blijven waar nog vooruitgang kan worden geboekt om het aantal ongewenste zwangerschappen verder te verminderen. Het wetenschappelijk comité was van oordeel dat het in zijn rapport enkele voorstellen ter zake moest opnemen, ook al bevinden deze zich op de grens van de opdracht die ons werd toevertrouwd.

interruptions sont pratiquées très largement par des médecins généralistes ainsi que par des spécialistes en gynécologie obstétrique. Les interruptions de grossesse après 12 semaines post-conception, autorisées uniquement pour des raisons médicales, ne sont pratiquées que dans les hôpitaux, les unités de gynécologie-obstétrique et par les équipes médicales obstétricales et/ou les personnes chargées du diagnostic anténatal.

Le Comité scientifique souhaite souligner avant toutes choses combien la loi de 1990 et certaines des dispositions de son évolution en 2018 ont été de réelles avancées tant pour les droits des femmes que pour la santé publique de notre pays, et relève en fin de ce processus d'évaluation et de réflexion la vision positive de l'implémentation de l'IVG en Belgique qui s'en dégage. Les experts de terrain ainsi que les groupes de travail insistent en effet sur certaines avancées issues de la révision de la loi en 2018 et qui ont eu un effet positif sur le suivi des grossesses non désirées. Parmi ces avancées, la suppression de toute référence à l'état de détresse de la femme enceinte requérant un avortement est un pas important vers une levée du stigmata parfois encore associé à l'interruption de grossesse. L'apparition de la notion de délit d'entrave est elle aussi considérée comme un progrès, de même que l'obligation, pour tout praticien émettant une objection de conscience à la pratique de l'avortement, de référer la patiente à un autre praticien. Le maintien d'un délai obligatoire de 6 jours entre la première consultation et la procédure d'interruption a été l'objet d'une déception parmi les professionnels du secteur, qui soulignent en revanche l'avancée constituée par la possibilité d'annuler ce délai en cas d'urgence médicale pour la femme enceinte demandant l'avortement.

Une analyse détaillée de tous ces éléments se trouve dans le rapport.

En termes quantitatifs, le rapport de la Commission nationale d'évaluation indique qu'il se pratique en Belgique de l'ordre de 18 000 à 19 000 IVG par an d'après les déclarations analysées par la Commission d'évaluation, la plupart (82%) en centre extrahospitalier et pour 18% dans un hôpital. La tendance depuis une décennie semble être à une interruption en moyenne plus précoce et qui concerne plus fréquemment les femmes dans la tranche d'âge 29-35 ans avec une moindre proportion d'interruptions chez les femmes plus jeunes.

Ces chiffres représentent un taux d'IVG de 8,8 pour 1000 femmes en âge de reproduction (15-44 ans) ce qui nous situe très favorablement par rapport à la moyenne européenne (18 pour 1000 femmes) et plus encore par rapport à la moyenne mondiale (39 pour 1000 femmes). Il n'en demeure pas moins que les efforts de prévention, d'éducation et d'accessibilité à la contraception y compris la contraception d'urgence et de prévention des IST restent des enjeux où des avancées pourraient être faites dans le but de diminuer encore les grossesses non désirées et le Comité scientifique a considéré devoir inclure quelques propositions dans ce sens dans son rapport, même si celles-ci sont à la frontière de la mission qui nous a été demandée.

Aanbevelingen met toelichting van het wetenschappelijk comité

Het wetenschappelijk comité is zich bewust van de versnippering van de bevoegdheden in ons institutionele landschap. Het was echter van mening dat deze institutionele versnippering niet mag leiden tot het beperken van nuttige aanbevelingen tot het federale bevoegdheidsniveau dat dit rapport heeft opgevraagd. Niettemin moet worden vastgesteld dat het merendeel van de gestelde vragen het federale niveau aanbelangt.

Preventie van ongewenste zwangerschappen en een zo vroeg mogelijke zwangerschapsafbreking

De beste abortus is er een die niet moet worden uitgevoerd, en wanneer wordt gevraagd om een ongewenste zwangerschap af te breken, is er een unanieme voorkeur om de zwangerschap zo vroeg mogelijk af te breken, zowel om psychologische, ethische als medische redenen.

Daarom wenst het wetenschappelijk comité de aandacht van de politieke overheid in de eerste plaats te vestigen op een aantal specifieke punten.

Een opmerking van de Nationale Evaluatiecommissie is het vermelden waard. In de afgelopen jaren blijkt het aantal abortussen bij jongeren onder 25 jaar afgenomen, vooral in de categorie tienerzwangerschappen (rode lijn in onderstaande tabel) en bij 25-39-jarigen toegenomen. Aangezien de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen een abortus krijgen hoger ligt dan 25 jaar (2018: 28,63 jaar; 2019: 28,77 jaar), moet ook aan vrouwen boven 25 jaar aandacht besteed worden wat betreft preventie van ongewenste zwangerschappen en toegang tot anticonceptie.

Het Wetenschappelijk Comité stelt vast dat het aantal abortussen bij –21jarigen een eerder dalende trend kent sinds de terugbetaling van contraceptiva in voege trad (2004). Het Wetenschappelijk Comité beschikt over te weinig wetenschappelijke data om een causaal verband vast te stellen tussen terugbetaling van contraceptiva en een daling van abortuscijfers, doch acht dergelijk effect eerder plausibel. De effecten van de uitbreiding van de terugbetaling van anticonceptiva tot 25 jaar kunnen nog niet geëvalueerd worden wegens een te recente inwerkingtreding van de maatregel (2021). Desalniettemin, mede gelet op de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen een abortus verzoeken, acht het Comité een uitbreiding van de tegemoetkoming bij anticonceptie voor vrouwen boven 25 jaar ook voor langdurige anticonceptie (LARC), een gepaste aanbeveling. **[Aanbeveling 13]**

Recommandations commentées du Comité Scientifique

Le Comité scientifique n'ignore pas l'éclatement des compétences de notre paysage institutionnel, mais a considéré que ce morcellement institutionnel ne devait l'amener à se « censurer » de recommandations utiles du fait du niveau de pouvoir fédéral qui nous a interrogé. Néanmoins, force est de constater que l'essentiel des questions posées relève bien du niveau fédéral.

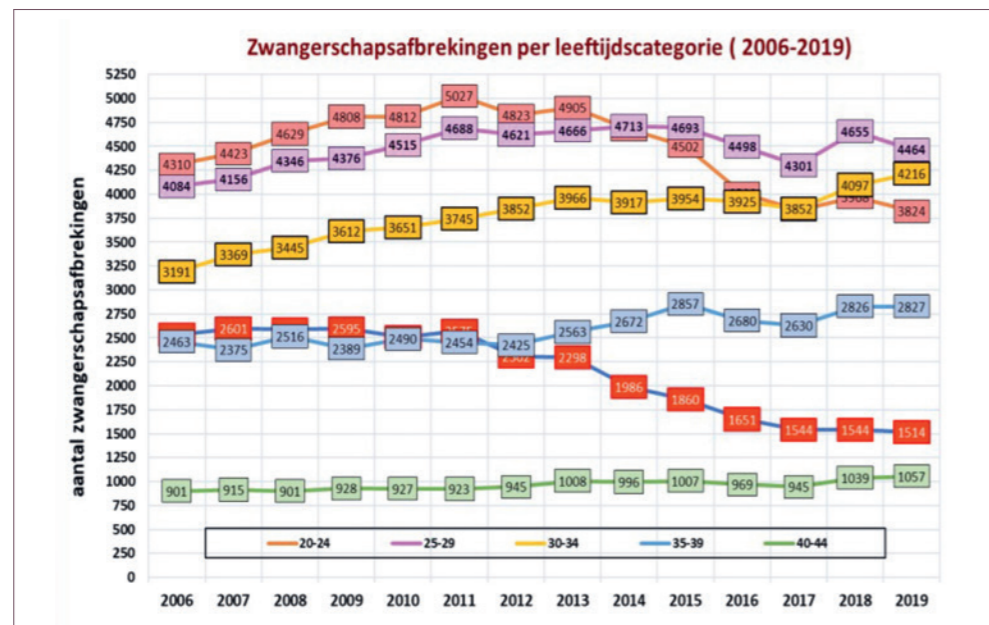
La prévention de la grossesse non désirée et l'IVG la plus précoce possible

La meilleure IVG étant celle qu'on ne doit pas faire et lorsqu'une grossesse non désirée fait l'objet d'une demande d'interruption, il est consensuel de préférer que cette interruption puisse se faire le plus précocement possible, tant psychologiquement, éthiquement que médicalement.

C'est pour cela que le Comité scientifique souhaite en priorité attirer l'attention de l'autorité politique sur quelques éléments particuliers.

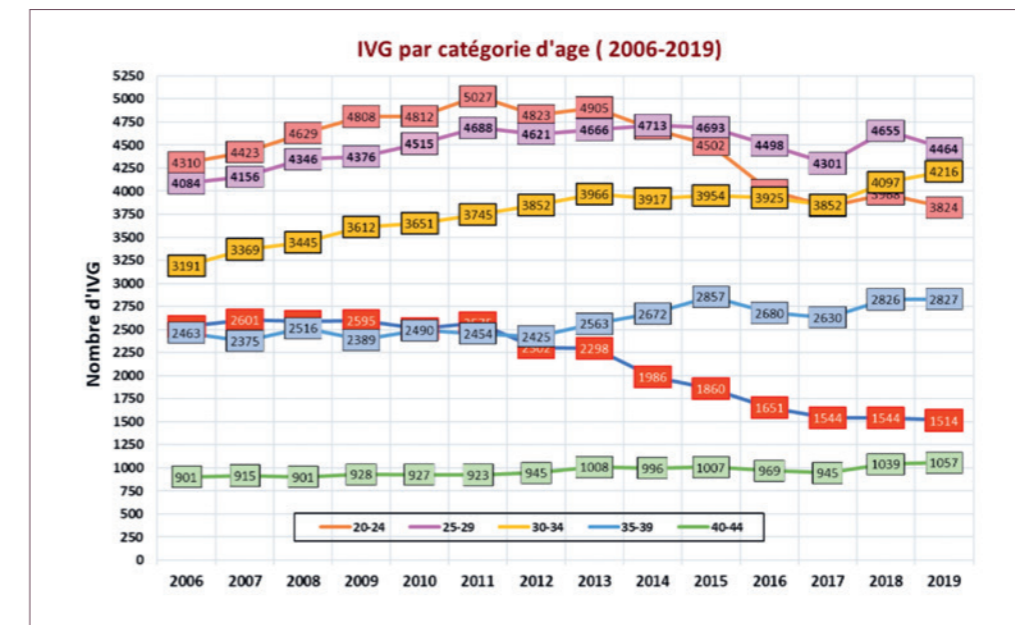
Un commentaire de la Commission nationale d'évaluation mérite d'être mentionné, à savoir que ces dernières années, le nombre d'IVG chez les jeunes de moins de 25 ans a diminué, en particulier dans la catégorie des grossesses d'adolescentes (ligne rouge dans le tableau ci-dessous) alors que les IVG ont augmenté pour la tranche 25-39 ans. Etant donné que l'âge moyen auquel les femmes obtiennent un avortement est au-dessus de 25 ans (2018: 28,63 ans; 2019: 28,77 ans), ceci conduit à considérer qu'une attention particulière doit être portée aux femmes de plus de 25 ans en matière de prévention des grossesses non désirées et d'accessibilité à la contraception.

Le Comité scientifique note que le nombre d'avortements chez les moins de 21 ans montre une tendance plutôt à la baisse depuis l'entrée en vigueur du remboursement des contraceptifs (2004) pour cette tranche d'âge. Le Comité scientifique dispose de trop peu de données scientifiques pour établir un lien causal entre le remboursement des contraceptifs et une diminution des taux d'avortement, mais considère un tel effet plutôt plausible. Les effets de l'extension du remboursement des contraceptifs jusqu'à 25 ans ne peuvent pas encore être évalués du fait de l'entrée en vigueur trop récente de la mesure (2021). Néanmoins, compte tenu en partie de l'âge moyen auquel les femmes demandent un avortement, le Comité considère l'élargissement de l'allocation contraceptive pour les femmes de plus de 25 ans, y-inclus pour la contraception à long terme (LARC), comme une recommandation appropriée. **[Recommandation n°13]**

Bron: Nationale Evaluatiecommissie, Rapport 2018-2019¹

Maatregelen met betrekking tot relationele en seksuele voorlichting (RSV), regelmatige bewustmakingscampagnes over anticonceptie, inclusief over noodanticonceptie, en een vlotte toegang tot anticonceptiemiddelen zijn essentiële preventieve aspecten die ondersteund moeten blijven. [Aanbeveling 13]

Voorts blijven “langwerkende” anticonceptiemiddelen (intra-uteriene koperspiraal-tjes, intra-uteriene hormoonspiraaltjes, implantaten) moeilijk toegankelijk door hun hoge aankoopprijs, wanneer zij niet onder de voorwaarden voor kosteloosheid vallen waarin de regelgeving voorziet. Deze anticonceptiemiddelen zijn echter minder duur per beschermingscyclus (gezien hun zeer lange werkingsduur) en zijn bijzonder doeltreffend (verhoogde praktische doeltreffendheid), omdat het gebruik ervan niet “gebruikersafhankelijk” is (geen vergeetachtigheid, geen interferentie door spijsverteringsproblemen, geen impulsieve onderbreking, geen gebrekkig gebruik door beperkte kennis van de juiste voorschriften). Hierdoor zijn deze anticonceptiemiddelen bijzonder aantrekkelijk voor gebruik na een zwangerschapsafbreking, vooral omdat ze bij de zwangerschapsafbreking zelf kunnen worden ingebracht. **Het wetenschappelijk comité beveelt daarom aan om de toegang tot langwerkende anticonceptie te versoepelen door de plaatsing ervan na zwangerschapsafbrekingsprocedures en als noodanticonceptie gratis aan te bieden.** Het wetenschappelijk comité ondersteunt de resolutie van 8 juli 2022 (*Parl.St.* Senaat doc. nr. 7-81/7) van de Senaat die gericht is op de verstrekking van orale noodanticonceptie door de instanties die belast zijn met de opvang, voorlichting en begeleiding van personen in het kader van affectieve en seksuele relaties. [Aanbeveling 13]

¹ Er ontbreekt één element in de legende van de tabel: de rode lijn staat voor vrouwen van 15 tot 19 jaar.Source : Commission Nationale d'Évaluation, Rapport 2018-2019¹

Les mesures de développement de l'éducation sexuelle (EVRAS), la publicité régulière pour la contraception, y compris la contraception d'urgence, la facilité d'accès des contraceptifs restent des éléments de prévention essentiels à soutenir. [Recommandation n°13]

Par ailleurs, les contraceptifs « long acting » (DIU (stérilet) au cuivre, DIU (stérilet) hormonal, ou implants) restent d'accès difficile vu leur coût d'achat élevé lorsqu'on n'est pas dans les conditions de gratuité prévues par la loi. Or, ce sont en fait les contraceptifs les moins onéreux par cycle de protection (vu leur très longue durée d'action) et ils sont particulièrement efficaces (efficacité pratique élevée) puisque leur utilisation n'est pas « utilisateur dépendant » (pas d'oubli, pas d'interférence liée à des problèmes digestifs, pas d'arrêt impulsif, pas de mauvaise utilisation par manque de connaissance des bonnes règles d'utilisation). Ceci en fait des contraceptions particulièrement séduisantes en post interruption de grossesse d'autant plus qu'ils peuvent être insérés au moment de l'interruption même. **Le Comité scientifique recommande donc de faciliter l'utilisation de contraceptifs à longue durée d'action en proposant la pose gratuite après les procédures d'avortement, ainsi que comme contraception d'urgence (pour le DIU).** Le Comité Scientifique soutient par ailleurs la résolution du 8 Juillet 2022 (*Parl.Doc.* Sénat, doc n° 7-81/7) du Sénat visant la dispensation de la contraception d'urgence orale par les organismes chargés de l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle. [Recommandation n°13]

¹ Un élément est manquant dans la légende du tableau : la ligne rouge représente les femmes de 15 à 19 ans.

In dezelfde logica merken wij op dat er met de ontwikkeling van medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen een tendens wordt waargenomen naar zwangerschapsafbreking in een vroeger zwangerschapsstadium dan voordien, wat een ontwikkeling is die moet worden gesteund. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan om de toegang tot mifepriston (Mifegyne®) en misoprostol (Cytotec®) te versoepelen door de procedures voor distributie, registratie en controle zowel in ziekenhuizen als in centra buiten het ziekenhuis te vereenvoudigen. Dit vereist een wijziging van het koninklijk besluit dat het reguleert, des te meer omdat het gebruik van deze moleculen bij de behandeling van miskramen, mors in utero, postpartumbloedingen, inducties van de bevalling, enz. zeer wijdverspreid is. [Aanbeveling 18]**

De doelstelling om de zwangerschapsafbreking in een vroeger stadium uit te voeren is een aanvullend argument om de bedenktijd van 6 dagen, die de duur van het proces en bijgevolg de zwangerschapsduur op het moment van de afbreking automatisch doet toenemen, te verkorten/schrappen (zie hieronder).

Onderbrenging van vrijwillige zwangerschapsafbreking in wetgeving met betrekking tot gezondheidszorg

Waar de wet inzake gedeeltelijke depenalisering van zwangerschapsafbreking van 1990 deze materie in het Strafwetboek behield, werd deze er bij de hervorming van 2018 uit gehaald. Dit gebeurde echter zonder de logica volledig door te trekken en vrijwillige zwangerschapsafbreking expliciet onder wetgeving inzake gezondheidszorg te situeren. Het wetenschappelijk comité is echter van mening dat de status van abortus als gezondheidszorg zou moeten worden bevestigd en dat dit ten goede zou komen aan de rechtszekerheid en aan alle actoren (in het bijzonder patiënten). Patiënten zouden worden beschermd door de wet betreffende de rechten van de patiënt, wat bijvoorbeeld inhoudt dat alle vereisten inzake informatie en de geïnformeerde toestemming van toepassing zijn, maar eveneens door de Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, die voorziet in een aantal maatstaven voor een verbeterde kwaliteit van gezondheidszorg. Bovendien laat een erkenning van abortus als gezondheidszorg toe dat de kwalificatie- en bekwaamheidsvereisten van de betrokken beroepsbeoefenaars door de Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen geregeld kan worden. **Het wetenschappelijk comité beveelt deze wettelijke verduidelijking aan** en stelt dat dit geenszins uitsluit dat een bijzondere wet vrijwillige zwangerschapsafbreking regelt. Het verhindert evenmin dat, indien de wetgever dit wenst, specifieke sancties kunnen worden behouden voor inbreuken op deze wet, naast de sancties die voor alle zorgverleners bestaan. [Aanbeveling 1]

Dans la même logique, nous observons, avec le développement de l'IVG médicamenteuse, une tendance à un avortement à un âge gestationnel plus précoce qu'auparavant, ce qui est une évolution à soutenir. **Le Comité scientifique recommande d'assouplir l'accès à la mifépristone (Mifegyne®) et au misoprostol (Cytotec®) en en simplifiant les procédures de distribution, d'enregistrement et de contrôle tant en milieu hospitalier que dans les centres extrahospitaliers. Ceci nécessite de modifier l'arrêté royal qui la régleme**, d'autant plus que l'usage de ces molécules dans le traitement des fausses couches, morts in utero, hémorragies post-partum, inductions du travail, ...s'est très largement développé. **[Recommandation n°18]**

Cet objectif de réduction de l'âge gestationnel au moment de l'avortement est un argument complémentaire à la recommandation de supprimer/réduire le délai de réflexion de 6 jours (voir plus bas), qui augmente mécaniquement la durée de la procédure et donc l'âge de la grossesse au moment de l'interruption.

L'inscription de l'IVG dans le cadre législatif des soins de santé

La loi de dépénalisation partielle de l'IVG de 1990 avait laissé cette matière dans le code pénal, la réforme de 2018 l'en avait sortie sans néanmoins aller au bout de la logique qui eut consisté à la situer explicitement dans le cadre législatif des soins de santé. Or, une telle inscription serait de nature, estime le Comité scientifique, à confirmer le statut de l'acte d'interrompre volontairement une grossesse comme soin de santé et ferait bénéficier tous les acteurs (et en priorité les patientes) de l'ensemble des dispositions prévues dans les lois sur les soins de santé et renforcerait la certitude juridique. Les patientes seraient protégées par la loi relative aux droits du patient, impliquant par exemple que toutes les exigences d'information et de recueil du consentement éclairé s'appliqueraient, mais aussi par la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé (loi « qualité ») qui prévoit quant à elle un certain nombre de critères pour améliorer la qualité des soins. De plus, la reconnaissance de l'IVG comme soin de santé permettrait que soient explicitées dans la loi sur les professions de soins de santé les exigences de qualification et de compétences des professionnels impliqués. **Le Comité scientifique recommande cette clarification législative** et souligne qu'une telle inscription n'exclut en rien qu'une loi particulière régleme l'IVG, ni n'empêche, si le législateur le souhaite, de maintenir des sanctions spécifiques en cas de violation de ces dispositions à côté de celles existantes pour tous prestataires de soins. **[Recommandation n°1]**

Zwangerschapsafbreking uitsluitend op verzoek van de vrouw

Het wetenschappelijk comité steunt de huidige abortusorganisatie waarbij vroegtijdige abortus bij voorkeur wordt uitgevoerd in abortuscentra die hierin gespecialiseerd zijn of die deze activiteit opnemen binnen hun activiteiten rond gezinsplanning. Dit standpunt is gebaseerd op de kwaliteit van de opvang en de behandeling in deze structuren, de opgedane ervaring, en aspecten inzake logistiek en kosten die zwaarder en dwingender zijn in een ziekenhuisomgeving. **[Aanbeveling 15]**

Naast het behoud van hun huidige opdrachten (zorgverlening rond abortus, preventie van ongewenste zwangerschappen, andere vormen van zorg), **beveelt het wetenschappelijk comité aan om de toediening van lichte sedatie** (d.w.z.: een beperkte verdoving die geen aanwezigheid van een anesthesist vereist) **in deze centra te vergemakkelijken, mits aan structurele kwaliteitscriteria wordt voldaan.** Deze certificeringscriteria zouden kunnen inhouden dat in het centrum een minimumaantal abortusprocedures per jaar wordt uitgevoerd, dat de teamleden de nodige opleiding krijgen, dat specifieke medische apparatuur aanwezig is, en dat een deskundige zorgverlener aanwezig is die zich uitsluitend met sedatie bezighoudt, enz. Deze aanbeveling is gebaseerd op de vaststelling dat veel zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in ziekenhuizen worden gemotiveerd door de vraag naar pijnstilling (algehele anesthesie). De aanbeveling steunt zowel op internationale guidelines als op de positieve ervaringen in het buitenland over sedatie in centra buiten het ziekenhuis die werden gerapporteerd in de hoorzittingen over praktijken in het buitenland. **[Aanbeveling 15]**

De evolutie van de technieken inzake abortus (met name door middel van medicatie), alsook de evoluties omtrent digitalisering en de lessen die zijn getrokken uit het beheer van abortus tijdens de Covid-crisis en uit ervaringen van het buitenland, tonen aan dat het nuttig is praktijken inzake abortus op afstand, of zelfs inzake *self-managed* abortus, te ontwikkelen. Verschillende activiteiten kunnen tegenwoordig op afstand worden beheerd voor patiënten die dat wensen, zolang dezelfde kwaliteit van zorg kan worden gegarandeerd als bij een persoonlijke raadpleging. We denken in het bijzonder aan de eerste raadpleging (tijdwinst) en psychosociale ondersteuning op afstand. Zo werd tijdens de Covid-crisis, om potentieel besmettelijke contacten in de centra te beperken, de opvolging op afstand voor bepaalde fasen van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking uitgebouwd. Zo kon de patiënt de tweede fase van de abortusprocedure thuis laten plaatsvinden, met de mogelijkheid tot telefonische begeleiding vanuit de abortuscentra. Deze ervaring bleek positief en moet – zonder afbreuk te doen aan de mogelijkheid om de volledige procedure in het abortuscentrum te doorlopen – worden toegelaten onder de Wet betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking, de RIZIV-conventies voor de financiering van de centra en het Koninklijk Besluit dat de distributie en het gebruik van de gebruikte geneesmiddelen regelt. **[Aanbeveling 17]**

L'interruption de grossesse a la seule demande de la femme

Le Comité scientifique soutient l'organisation actuelle qui privilégie la prise en charge de l'IVG précoce dans des centres extrahospitaliers, soit dédiés, soit qui incluent cette activité dans la prise en charge du planning familial. Cette prise de position est motivée à la fois par des questions de qualité d'accueil et de prise en charge de ces structures, par l'expérience accumulée, et par des aspects de logistique et de coût plus lourds et contraignants en milieu hospitalier. **[Recommandation n°15]**

Outre le fait de maintenir les centres extrahospitaliers pratiquant des avortements ainsi que leurs missions actuelles (soins relatifs à l'avortement, prévention des grossesses non désirées, autres formes de soins), **le Comité scientifique recommande de faciliter les possibilités de sédation légère dans ces centres** (c'est-à-dire une sédation de profondeur limitée afin de ne pas nécessiter la présence d'un anesthésiste), **à condition que des critères structurels de qualité soient respectés.** Ces critères de certification pourraient inclure l'exercice d'un nombre minimum de procédures d'avortement par an dans le centre, la formation nécessaire des membres de l'équipe, la présence d'équipements médicaux spécifiques, la présence d'un prestataire de soins qualifié exclusivement en charge de la sédation, etc... Cette recommandation est basée sur l'observation que beaucoup d'interruptions faites en milieu hospitalier sont motivées par la gestion de la douleur (anesthésie générale). Elle s'appuie en outre tant sur les guidelines internationales que sur l'expérience positive de l'utilisation de la sédation dans des structures extrahospitalières rapportée dans les auditions des pratiques à l'étranger. **[Recommandation n°15]**

L'évolution des techniques d'IVG, et particulièrement le développement de l'IVG médicamenteuse, mais aussi l'évolution du monde digital et les leçons de la gestion de cette activité pendant la crise COVID et des expériences menées à l'étranger, montrent qu'il est utile de développer des pratiques d'avortement à distance, voire d'avortement en partie autogéré. Plusieurs activités peuvent aujourd'hui être gérées à distance pour les patientes qui le souhaitent. On pense particulièrement à la première consultation (gain de délai), le soutien psychosocial à distance dans la mesure où il est possible de garantir la même qualité de soins qu'une consultation en personne. En outre, la crise COVID a conduit, pour limiter les contacts potentiellement infectants dans les centres, à développer un suivi à distance pour certaines étapes de l'interruption médicamenteuse, permettant à la patiente de suivre la deuxième étape de la procédure d'avortement à domicile, avec la possibilité de conseils par téléphone depuis les centres d'avortement. Cette expérience s'est révélée positive et – tout en maintenant la possibilité de garder cette étape en centre – elle mériterait d'être permise par la loi IVG, ainsi que par les conventions INAMI de financement des centres et l'Arrêté Royal régissant la distribution et l'utilisation des médicaments utilisés. **[Recommandation n°17]**

Het wetenschappelijk comité heeft unanieme kritiek van het terrein gehoord ten aanzien van de opgelegde bedenktijd van 6 dagen tussen de eerste raadpleging en de zwangerschapsafbreking zelf. Deze kritiek situeert zich op principieel en procedureel vlak.

Op principieel vlak wordt deze termijn vandaag als vernederend beschouwd, omdat het een immaturiteit van vrouwen suggereert aan wie een verplichte bedenktijd zou moeten worden opgelegd, veronderstellende dat zij niet in staat zijn om de nodige bedenktijd zelf in te bouwen. Alle actoren en leden van de werkgroepen benadrukken dat het denkproces van de vrouwen al lang voor deze eerste raadpleging is begonnen en dat de nodige bedenktijd zodanig varieert dat een vaste termijn als een ondraaglijke belasting wordt ervaren door vrouwen wiens beslissing zeer duidelijk is, en onvoldoende is voor vrouwen die de behoefte of wens hebben om hun bedenktijd in geval van ambivalentie te verlengen. Naast deze fundamentele kritiek kunnen we wijzen op onduidelijkheden die tot verwarring leiden (wanneer begint deze wachttijd te lopen?), evenals op de vertraging die de uitvoering van de abortus oploopt, wat reeds hogerop vermeld werd. Hierbij moet ook de bijkomende belasting worden vermeld voor sommige vrouwen in een zeer kwetsbare situatie die meerdere en soms moeizame verplaatsingen moeten maken. In de hervorming van 2018 werd het problematische karakter van deze wachttijd aan het einde van de periode van 12 weken PC (14 WA) erkend, en werden voorwaarden gecreëerd waarbij deze uiterste termijn van 12 weken PC kon worden omzeild. Hierdoor werden zwangerschapsafbrekingen na de uiterste termijn van 12 weken PC de facto mogelijk.

Het wetenschappelijk comité beveelt aan de wettelijke wachttijd van 6 dagen te schrappen en

ofwel elke verwijzing naar een verplichte wachttijd te schrappen door te steunen op good practices inzake geïnformeerde toestemming. Die zouden automatisch van toepassing zijn indien vrijwillige zwangerschapsafbreking aan gezondheidsrechtelijke wetgeving en deontologische principes onderhevig is. Deze moet teams ertoe aanzetten een passende wachttijd te handhaven bij elke situatie waar dit nodig blijkt opdat een moeilijke beslissing in goede banen wordt geleid. Ook moet worden vermeld dat de zwangerschapsafbreking om organisatorische redenen in de meeste gevallen hoe dan ook niet zal plaatsvinden op de dag van de verkennende raadpleging.

ofwel een verplichting in te voeren om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren op de kalenderdag van de eerste raadpleging, in combinatie met de mogelijkheid om de eerste raadpleging op afstand te houden als een verplaatsing moeilijk blijkt.

De eerste optie met betrekking tot de volledige afschaffing van de wachttijd krijgt de voorkeur van het Wetenschappelijk Comité. **[Aanbeveling 2]**

Le Comité scientifique a entendu le terrain unanime à critiquer le délai de réflexion imposé de 6 jours entre la première consultation et l'interruption elle-même pour des raisons principielles et procédurales.

Au plan principiel, ce délai est aujourd'hui vécu comme humiliant, suggérant une immaturité des femmes auxquelles il faudrait imposer un délai de réflexion obligatoire, supposant qu'elles ne seraient pas aptes à le prévoir elles-mêmes. Tous les acteurs et les membres des groupes de travail soulignent que la réflexion des femmes a débuté bien avant ce premier rendez-vous et que les délais de réflexion utiles sont tellement variables qu'un délai fixe est vécu comme une contrainte insupportable par les femmes dont la décision est bien clarifiée, et inadaptée à celles qui souhaitent ou ont besoin de prolonger leur réflexion en cas d'ambivalence. Au-delà de cette critique principielle, on peut relever des imprécisions qui créent la confusion (quand commence ce délai) et le retard dans la réalisation de l'IVG soulignée au début de ce rapport, auquel semble s'ajouter la contrainte, parfois dommageable pour des femmes en situation de grande vulnérabilité, de devoir multiplier des déplacements parfois laborieux. La réforme de 2018 avait reconnu en outre le côté problématique de ce délai en fin de la période de 12 semaines post-conception (14 SA) et a créé des conditions d'extension de la limite de 12 semaines post-conception pour le contourner, permettant de facto d'interrompre au-delà de la limite des 12 semaines post-conception.

Le Comité scientifique recommande de supprimer le délai légal d'attente de 6 jours

soit de supprimer toute référence à un délai obligatoire en s'appuyant sur les bonnes pratiques sur le consentement éclairé (qui s'imposeraient automatiquement si l'IVG se plaçait sous l'égide des lois relatives aux soins de santé et leurs principes déontologiques). Ceci devrait conduire les équipes à préserver un délai de durée adaptée à chaque situation où cela apparaîtrait comme nécessaire à gérer une décision difficile. Il faut par ailleurs reconnaître que, pour des raisons d'organisation, l'interruption ne se fera de toutes façons la plupart du temps pas le jour de la consultation d'accueil.

soit d'installer une obligation de ne pas effectuer l'interruption le jour calendrier de la première consultation, assortie d'une possibilité de réaliser une première consultation à distance en cas de réelle difficulté de déplacement.

La première option concernant la suppression complète du délai est celle qui a la préférence du Comité scientifique. **[Recommandation n°2]**

En ce qui concerne les interruptions pour raison médicale (voir plus bas), les examens de diagnostic et la consultation multidisciplinaire incluant un praticien spécialisé dans la pathologie en cause s'avèrent des sauvegardes supplémentaires suffisantes à garantir un processus de décision attentif et consciencieux. **[Recommandation n°2 et n°6]**

Voor zwangerschapsafbrekingen om medische redenen (zie hieronder) blijken diagnostisch onderzoek en multidisciplinair overleg met onder meer een beroepsbeoefenaar die gespecialiseerd is in de betrokken aandoening, additionele waarborgen te bieden die volstaan om een zorgvuldig en bewust besluitvormingsproces te waarborgen. [Aanbeveling 2 en 6]

Er wordt eveneens gelijkaardige kritiek geuit op de informatieverplichtingen die in de huidige wet zijn opgenomen, en die volgens beroepsbeoefenaars op het terrein soms zeer onaangepast blijken aan de klinische situatie of het profiel van mensen die om een zwangerschapsafbreking vragen. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan de verplichting te schrappen om elke patiënte die om een zwangerschapsafbreking verzoekt te informeren over adoptie en over de verschillende “opvangmogelijkheden” voor het kind dat geboren zal worden. Het beveelt voorts aan de verplichting te schrappen om de vrouw voor de abortus te informeren over “de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen”.** [Aanbeveling 3]

In plaats daarvan beveelt het wetenschappelijk comité aan per geval informatie te verstrekken, afhankelijk van de specifieke context van het abortusverzoek en de belangen van de patiënte. Het comité wijst erop dat, indien de aanbeveling om vrijwillige zwangerschapsafbreking onder de wetgeving inzake gezondheidszorg te laten ressorteren gevolgd wordt, de plicht om gepersonaliseerde informatie te verstrekken zeer uitgebreid aanwezig is in de wet betreffende de rechten van de patiënt. [Aanbeveling 3]

Het wetenschappelijk comité beveelt echter aan dat de verplichte informatie over anticonceptie gehandhaafd blijft, alsook over, in zoverre dit relevant wordt geacht voor de zwangere vrouw, “haar hulp en raad (...) over de middelen waarop zij een beroep zal kunnen doen voor de oplossing van de psychologische en maatschappelijke problemen welke door haar toestand zijn ontstaan.”. [Aanbeveling 3]

Tot de kwetsbare groepen voor wat betreft zwangerschapsafbreking behoren minderjarigen, aan wie ook vóór 1990 al bijzondere aandacht besteed werd door beroepsbeoefenaars op het terrein. De gemiddelde leeftijd van de eerste geslachts-gemeenschap in België ligt voor meisjes rond 16,5 - 17 jaar (UNMS, 2009 en Sexpert Vlaanderen, 2013). Seksualiteit is een van de domeinen waar zelfstandigheid wordt opgebouwd, en de meeste jongeren praten niet met hun ouders over hun seksuele ervaringen. Het wordt aanvaard dat beroepsbeoefenaars bij de behandeling van een verzoek om abortus van een minderjarig meisje niet verplicht zijn de ouders te informeren en hun toestemming te vragen. Het wetenschappelijk comité wijst er niettemin op dat in de praktijk de ouders de jonge vrouw die een abortus verzoekt vaak vergezellen op het moment van de interventie. Het is aan de deskundigen om te beoordelen wat in het belang is van de minderjarige, en in de meeste gevallen is geen toestemming van de ouders vereist als dit de wens is van de verzoekster, zolang de beroepsbeoefenaar oordeelt dat de minderjarige “tot een redelijke beoordeling van

Des critiques assez similaires ont été faites pour les devoirs d'information repris dans la loi actuelle et que les professionnels de terrain considèrent parfois gravement inadaptés aux situations cliniques ou aux profils des personnes requérant l'interruption de grossesse. **Le Comité scientifique recommande de supprimer le devoir d'informer chaque patiente qui demande une interruption de grossesse sur l'adoption et les différentes “possibilités d'accueil” de l'enfant à naître. Il recommande en outre de supprimer l'obligation d'informer la femme avant l'avortement sur “les droits, aides et les avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants”.** [Recommandation n°3]

A la place, Le Comité scientifique recommande de privilégier l'information au cas par cas en fonction du contexte spécifique de la demande d'IVG et de l'intérêt de la patiente. Le Comité souligne que, si sa recommandation de placer l'IVG sous le cadre législatif qui régit les soins de santé est suivie, le devoir d'information personnalisé et d'obtention d'un consentement éclairé sera alors très extensivement présent dans la loi relative aux droits du patient. [Recommandation n°3]

Le Comité scientifique recommande par contre de maintenir l'obligation d'informations sur la contraception, en tant que mesure préventive, ainsi que d'accorder, lorsqu'il est considéré comme relevant pour la femme enceinte, “une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle peut avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation”. [Recommandation n°3]

Dans le cadre des groupes vulnérables face à l'interruption de grossesses, on retrouve les mineures qui ont, dès avant 1990, fait l'objet d'une attention particulière au niveau des praticiens de terrain. En effet, l'âge moyen des premiers rapports sexuels en Belgique tourne autour de 16,5 -17 ans pour les filles, ce qui implique qu'un grand nombre de jeunes filles ont leurs premiers rapports avant cet âge. La sexualité est un des domaines de construction de l'autonomie et la plupart des jeunes ne discutent pas de leurs expériences sexuelles avec leurs parents. Il a été reconnu que, lors de la prise en charge d'une demande d'IVG d'une fille mineure, les professionnels ne doivent pas obligatoirement informer et obtenir l'autorisation des parents. Le Comité scientifique relève cependant que, dans la pratique, ces derniers accompagnent le plus souvent la jeune femme demandant l'avortement au moment de l'intervention. C'est aux professionnels de juger du meilleur intérêt de la personne mineure, et, la plupart du temps, pour autant que le professionnel puisse apprécier que la personne mineure est bien « capable de discernement », l'autorisation parentale n'est pas requise si telle est la volonté de la demanderesse. Cette position a été d'ailleurs recommandée par l'Ordre des médecins (avis du 23 Mars 2013) et fait partie intégrante des dispositions de la loi relative aux droits du patient. Sur le terrain, la disposition ne semble pas faire de réel problème auprès des praticiens de l'IVG mais régulièrement auprès des anesthésistes en cas d'interruption sous narcose. **Le Comité scientifique recommande de confirmer cette réalité en autorisant explicitement les professionnels de santé à pratiquer un avortement à la suite d'une demande émanant d'une mineure capable de discernement, sans informer les parents et/ou**

zijn belangen” in staat kan worden geacht. Dit standpunt werd bovendien aanbevolen door de Orde der artsen (advies 23 maart 2013) en maakt integraal deel uit van de bepalingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt. Op het terrein lijkt de bepaling geen echt probleem te vormen voor beroepsbeoefenaars die abortus uitvoeren, maar wel regelmatig voor anesthesisten in geval van een zwangerschapsafbreking onder narcose. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan deze realiteit tegemoet te komen door gezondheidswerkers uitdrukkelijk toe te staan een abortus uit te voeren na een verzoek van een minderjarige die in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen, zonder de ouders te informeren en/of hun toestemming te vragen.** Deze toestemming gaat gepaard met een *good practice* aanbeveling voor zorgverleners die erin bestaat rekening te houden met het belang van de minderjarige om de procedure niet alleen te moeten doormaken, de minderjarige aan te moedigen een ouder, partner of vertrouwenspersoon in volledige confidentialiteit te betrekken, en de opvolging van de minderjarige ook na de zwangerschapsafbreking te waarborgen. **[Aanbeveling 4]**

De uitbreiding van de toelaatbaarheid van vrijwillige zwangerschapsafbreking na 12 weken PC (14 WA)

Het wetenschappelijk comité heeft zich lang gebogen over vrijwillige zwangerschapsafbreking in het tweede trimester op verzoek van de zwangere vrouw. Het betreft een delicate kwestie die vrij goed gedocumenteerd is in de specifieke registratie door buitenlandse abortusdiensten, vooral in Nederland, van Belgische vrouwen die bij hun een zwangerschap laten afbreken. Deze vaststelling roept vragen op, enerzijds omdat deze bijzonder moeilijke situaties niet in België zelf worden beheerd, en anderzijds omdat ze vaak – doch niet uitsluitend – betrekking hebben op kwetsbare personen. Volgens de getuigenissen van personen uit het werkveld leiden ze tot ongelijkheid wegens de kosten van de procedure in het buitenland, organisatorische moeilijkheden, eventuele taalproblemen of obstakels in verband met de verplaatsing zelf.

De hoorzittingen met de professionals uit het werkveld waren in dit opzicht veelzeggend. Het wetenschappelijk comité heeft ook de verslagen van de hoorzittingen van 2018 geraadpleegd, die ook in die richting gingen. Het comité sprak met vertegenwoordigers uit Nederland en Engeland en onderzocht de kwestie van de levensvatbaarheid en de perceptie van pijn in de foetale fase. Al deze elementen zijn beschikbaar in het rapport.

Een verlenging tot 22 weken post-conceptie (24 WA) wordt door werkgroep 3 – die zich hierin heeft verdiept – breed gesteund. Een verlenging tot 20 weken post-conceptie (22 WA) werd eveneens adequaat wordt geacht. Een lid van werkgroep 3 acht een 18-weken termijn PC (20 WA) adequaat en stelt dat deze niet zou mogen worden overschreden.

demander leur consentement. Cette autorisation s'accompagne d'une recommandation de bonne pratique pour les professionnels de la santé consistant à prendre en compte les intérêts du mineur à ne pas être seule à affronter la procédure, en l'incitant à impliquer, si ce n'est un parent ou le partenaire, une personne de confiance en toute confidentialité et à s'assurer de la continuité du suivi du mineur également après l'interruption de grossesse. **[Recommandation n°4]**

L'extension de l'autorisation de l'IVG au-delà de 12 semaines post-conception (14 SA)

Le Comité scientifique s'est longuement penché sur les demandes d'IVG du second trimestre à la demande de la femme enceinte, une problématique délicate et assez bien documentée grâce à l'enregistrement spécifique par les services d'avortement des pays tiers (principalement les Pays-Bas), des interruptions faites au bénéfice de femmes belges. Le constat de ces pratiques pose question tant par le fait de ne pas assumer en Belgique la gestion de ces situations particulièrement difficiles mais aussi parce qu'elles concernent souvent - mais pas uniquement - des personnes vulnérables. De ce fait, elles conduisent, sur la base du témoignage des gens de terrain, à des inégalités d'accès dues au coût de la procédure à l'étranger, à des difficultés organisationnelles, éventuellement à des difficultés de langue, voire à des obstacles liés au déplacement lui-même.

Les auditions des praticiens de terrain ont été éloquentes à cet égard. Le Comité scientifique a également consulté les rapports des auditions de 2018 qui allaient eux aussi dans ce sens. Il a auditionné des représentants de ces pratiques aux Pays-Bas et en Angleterre et s'est penché sur la question de la viabilité et de la perception de la douleur pendant la vie foetale. Tous ces éléments sont disponibles dans le rapport.

Au sein du groupe de travail 3 dédié à cette question, une extension à 22 semaines post-conception (24 SA) est largement soutenue, tandis qu'une extension à 20 semaines post-conception (22 SA) est également jugée adéquate. Un membre du groupe de travail au sein duquel a été développée cette question estimait que la limite de 18 semaines post-conception (20 SA) était adéquate et ne devait pas être dépassée.

Il ressort de ce travail **une recommandation consensuelle du Comité scientifique (et du groupe de travail 3) de prolonger la limite gestationnelle maximale actuelle**

Deze werkzaamheden resulteerden in een consensusaanbeveling van het Wetenschappelijk Comité (en van werkgroep 3) om de huidige maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek van de vrouw te verlengen tot minimum 18 weken PC (20 WA). De opvattingen in het Wetenschappelijk Comité zijn verdeeld wat betreft de maximum zwangerschapstermijn; sommigen verkiezen 18 weken PC (20 WA), anderen verkiezen 20 weken PC (22 WA). [Aanbeveling 10]

De optie van een verlenging voorbij 20 weken PC (22 WA) werd niet breed gesteund door het Wetenschappelijk Comité na overweging van diverse argumenten die hieronder worden uiteengezet, niettegenstaande het rapport van de werkgroep.

De aanbeveling om de maximumduur te verlengen is vooral ingegeven door de volgende twee door het wetenschappelijk comité gesteunde principiële argumenten:

Ten eerste moet abortus in België veilig en betaalbaar zijn en mag de toegang daartoe niet afhangen van individuele (financiële of andere) middelen. De huidige wettelijke maximumtermijn verhindert niet dat latere abortussen in het buitenland plaatsvinden, maar betekent echter wel een bijkomende belasting voor vrouwen die deze interventies noodzakelijk achten en vergroot de ongelijkheid bij de toegang tot abortus in het tweede trimester. Het dient benadrukt te worden dat de afgelopen jaren tussen 330 en 800 zwangerschapsafbrekingen jaarlijks worden uitgevoerd in Nederland bij Belgische vrouwen (tegenover 16 000 à 20 000 jaarlijkse zwangerschapsafbrekingen in België voor 12 weken PC) volgens data van de Belgische Nationale Evaluatiecommissie en van de Nederlandse Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ('Jaarrapportages').

Ten tweede moet zowel om medische als om morele redenen rekening worden gehouden met het ontwikkelingsstadium van de foetus. Dit heeft het wetenschappelijk comité ertoe gebracht een uiterste zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek van de vrouw te behouden.

De verlenging van de termijn voor abortus op verzoek vereist een juridische en organisatorische aanpassing: enerzijds de uitwerking van een juridisch kader voor deze verlenging, anderzijds de oprichting en inwerkingtreding van structuren gespecialiseerd in zwangerschapsafbrekingen na 12 weken post-conceptie (14 WA). Afbrekingen na 12 weken na de bevruchting vereisen immers andere en mogelijk zwaardere technieken dan die welke nodig zijn voor afbrekingen in eerdere stadia van de zwangerschap. Het Wetenschappelijk Comité wijst erop dat er om gelijkaardige technische redenen nu reeds een aantal abortuscentra geen zwangerschapsafbrekingen meer uitvoeren na 10 weken na de bevruchting (12 WA) en deze vrouwen naar een ziekenhuis doorverwijzen.

Als deze aanbeveling wordt gevolgd zullen er nieuwe faciliteiten moeten worden opgericht die specifiek zijn gericht op abortus in het tweede trimester, hetzij in centra grenzend aan een ziekenhuis, hetzij in nieuwe ziekenhuisafdelingen. Deze

de l'avortement à la demande de la femme, au minimum jusqu'à 18 semaines post-conception (20 SA). Les avis au sein du Comité scientifique sont partagés en ce qui concerne l'âge gestationnel limite, pour certains membres jusqu'à 18 semaines post-conception (20 SA), pour d'autres jusqu'à 20 semaines post-conception (22 SA). [Recommandation n°10]

L'option d'une prolongation au-delà de 20 semaines post-conception (22 SA) n'a pas été largement soutenue par le Comité scientifique après examen de divers arguments développés ci-dessous, malgré le rapport du groupe de travail.

La recommandation de prolonger la durée maximale est motivée par deux arguments principaux soutenus par le Comité scientifique.

Premièrement, l'avortement doit être sûr et abordable en Belgique et l'accès à celui-ci ne doit pas dépendre de ressources individuelles (financières ou autres). Une limitation légale nationale de l'âge gestationnel n'empêche pas les avortements ultérieurs qui se passent alors à l'étranger, mais ajoute au contraire des charges supplémentaires pour les femmes requérant ces interventions et accroît de la sorte les inégalités d'accès à un avortement du second trimestre. Il convient de souligner que, suivant les années, entre 330 et 800 interruptions annuelles sont pratiquées aux Pays-Bas chez des femmes domiciliées en Belgique (pour 16 000 à 20 000 interruptions annuelles ayant lieu en Belgique jusqu'à 12 semaines post-conception) et que ces nombres sont en diminution, d'après les données des Commissions d'évaluation belges et néerlandaises.

Deuxièmement, le stade de développement du fœtus doit être pris en compte, tant pour des raisons médicales que morales ce qui a conduit le Comité scientifique à maintenir un âge gestationnel limite pour les interruptions à la demande des femmes.

L'extension du délai pour l'avortement à la demande nécessite dès lors une adaptation juridique et organisationnelle : d'une part, la création d'un cadre légal pour cette extension ; d'autre part, la création et la mise en place de structures spécialisées pour les interruptions de grossesse de plus de 12 semaines post-conception (14 SA). En effet, les interruptions au-delà de 12 semaines post-conception (14 SA) nécessitent des techniques distinctes et potentiellement plus lourdes que celles nécessaires lors d'interruptions à des étapes antérieures de la grossesse, de sorte que des dispositions spécifiques s'avèrent nécessaires. Pour des raisons techniques similaires, certains centres extrahospitaliers ne pratiquent pas les interruptions au-delà de 10 semaines post-conception (12 SA) et réfèrent en milieu hospitalier.

Il y aura lieu, si cette recommandation est suivie, de mettre en place de nouveaux établissements spécifiquement dédiés à l'avortement du deuxième trimestre, soit dans des centres adjacents à un hôpital, soit dans de nouvelles unités hospitalières. Cette condition est motivée par la possibilité d'offrir un équipement plus lourd, des

vereiste wordt ingegeven door de mogelijkheid om zwaardere apparatuur, algehele anesthesie en de mogelijkheid tot overnachting te kunnen aanbieden op een gespecialiseerde afdeling. Tot de kwaliteitscriteria die vereist zijn voor faciliteiten die abortus in het tweede trimester uitvoeren behoren ook confidentialiteitswaarborgen en een niveau van deskundigheid met betrekking tot abortus-gerelateerde zorg door een multidisciplinair team, op psychosociaal (psycholoog, maatschappelijk werker) en medisch niveau (gynaecoloog of huisarts gevormd in het uitvoeren van tweede trimester abortus, anesthesist, verpleegkundige, vroedkundige, enz.). Naast een specifieke opleiding moet dit personeel er uitdrukkelijk voor gekozen hebben om in deze centra voor zwangerschapsafbrekingen in het tweede trimester te werken. Nauwe samenwerking met ziekenhuizen en de mogelijkheid tot snelle transfer bij complicaties zijn andere belangrijke criteria. **[Aanbeveling 14]**

De argumenten ter onderbouwing van verschillende standpunten met betrekking tot een uitbreiding van de abortustermijn worden in het rapport uitvoerig uiteengezet. Het Wetenschappelijk Comité is zich bewust van het feit dat de keuze voor een bepaalde termijn altijd het resultaat is van het zoeken naar een delicaat evenwicht tussen verschillende belangen en verschillende waarden, en dat elke voorgestelde termijn onderhevig is aan de kritiek van willekeur. Ondanks deze zwakte en met de indruk het louter willekeurige te hebben overstegen, acht het wetenschappelijk comité het belangrijk en nuttig om de belangrijkste argumenten samen te vatten die tijdens de werkzaamheden van de werkgroep naar voren zijn gebracht en die de voorstellen van het wetenschappelijk comité ondersteunen.

Een groep leden van het wetenschappelijk comité ondersteunt de optie die de termijn situeert op 18 weken PC (20 WA). Zij oordelen dat deze limiet van 18 weken reeds een grote vooruitgang betekent en niet zou mogen overschreden worden op basis van de progressieve fysieke en neurologische ontwikkeling van de foetus aan de ene kant, met daartegenover een sterk dalend aantal abortusverzoeken rond en voorbij deze termijn. Voor deze leden biedt de limiet van 18 weken het professionele comfort van een ruime veiligheidsmarge tussen de leeftijd van mogelijke pijnperceptie bij de foetus en vooral die van foetale levensvatbaarheid (= vanaf wanneer prematuur geboren baby's kunnen worden behandeld).

Het Wetenschappelijk Comité heeft enkele data kunnen verzamelen over het aantal vrouwen die in aanmerking zouden komen voor een abortus bij een termijuitbreiding naar het tweede trimester.

Op basis van gegevens van LUNA verzameld in 2018 over in België wonende vrouwen die zich na de wettelijke termijn aanboden voor abortus in de LUNA centra, blijkt dat ongeveer 80% van die vrouwen in België opgevangen zouden kunnen worden bij een limiet van 18 weken na de bevruchting. Dit betekent ook dat bij die vrouwen een percentage van 20% zich aanbiedt voorbij 18 weken PC. Een vergelijkbare onderverdeling volgt uit Nederlandse statistieken over vrouwen (Nederlandse en andere nationaliteiten) die een abortus nodig hebben in het tweede trimester. Bij ongeveer

anesthésies générales et la possibilité de passer la nuit dans un service spécialisé. Les critères de qualité requis pour les établissements pratiquant l'avortement au deuxième trimestre comprennent également des conditions de confidentialité et un niveau d'expertise relatif aux soins liés à l'avortement fournis par une équipe multidisciplinaire, au niveau psychosocial (psychologue, assistant social) et médical (gynécologue ou médecin généraliste formé à l'interruption du second trimestre, anesthésiste, infirmière, sage-femme...). Outre une formation spécifique, ce personnel doit avoir fait expressément le choix de travailler dans ces centres dédiés aux interruptions de grossesse du second trimestre. La coopération étroite avec les hôpitaux et la possibilité d'un transfert rapide en cas de complications constituent d'autres critères importants. **[Recommandation n°14]**

Les arguments pour départager les différentes positions quant à une extension de l'âge gestationnel maximal sont explicitées in extenso dans le rapport. Le Comité scientifique est conscient du fait que le choix d'une limite particulière est toujours le résultat d'un équilibre délicat entre divers intérêts et diverses valeurs, et que chaque limite proposée peut faire l'objet d'une critique de choix arbitraire. Néanmoins, nonobstant cette faiblesse et ayant le sentiment d'avoir dépassé le simple arbitraire, le Comité scientifique a trouvé important et utile de synthétiser les arguments majeurs qui ont été exposés pendant les travaux du groupe de travail et qui fondent les propositions du Comité.

Un groupe de membres du Comité scientifique soutient la voie qui fixerait la limite du délai à 18 semaines post-conception. Estimant que cette limite de 18 semaines était déjà une avancée énorme et ne serait pas à dépasser sur base de l'argument du développement physique et neurologique progressif du fœtus que l'on peut mettre en miroir avec la diminution progressive du nombre de demandes d'IVG. Pour ces membres, la limite à 18 semaines permet le confort professionnel d'une large zone de sécurité entre l'âge de perception possible de la douleur et surtout celui de la viabilité fœtale à partir duquel des prématurés peuvent être pris en charge.

Le Comité scientifique a cherché à obtenir des données sur le nombre de femmes qui seraient éligibles à un avortement si le terme était prolongé au deuxième trimestre de la grossesse.

Sur la base des données du réseau LUNA récoltées en 2018 concernant les femmes résidant en Belgique et se présentant à un âge de grossesse trop tardif au regard de la limite légale, environ 80% des femmes qui ne peuvent actuellement pas obtenir l'avortement pourraient être accueillies en Belgique grâce à une limite de 18 semaines post-conception. Il faut remarquer que, parmi les femmes résidant en Belgique et se présentant après la limite légale, un taux d'environ 20% des femmes se présentant à plus de 18 semaines post-conception est observé. Une répartition similaire découle des statistiques néerlandaises : de toutes les femmes (néerlandaises et autres nationalités) qui ont recours à un avortement au deuxième trimestre aux Pays-Bas, l'interruption de grossesse a lieu avant 18 semaines post-conception

75% zal een abortus uitgevoerd worden voor 18 weken PC, en bij de andere 25% zal abortus uitgevoerd worden na 18 weken PC.

Een andere groep leden van het wetenschappelijk comité, gevoelig voor het standpunt dat in de werkgroep werd verdedigd ten gunste van een limiet van 22 weken PC, houdt vol dat de limiet van 18 weken hen te restrictief lijkt. Zonder zover te gaan als de hierboven genoemde 22 weken PC, stellen ze een grens van 20 weken PC voor. Het bijzondere van deze optie is dat het een nagenoeg complete (ongeveer 90%) opvang mogelijk maakt van vrouwen die momenteel niet in België geholpen kunnen worden, en tegelijk op afstand blijft van de huidige drempel van levensvatbaarheid. De optie heeft bovendien betrekking op een minder ontwikkelde foetus dan op 22 weken PC, wat de voorkeursoptie was die door werkgroep 3 werd voorgesteld. Het argument van pijnperceptie door de foetus wordt hier om twee redenen niet weerhouden. Ten eerste overweegt het Comité dat de pijnperceptie van de foetus meer indicatief is voor de noodzaak van sedatie tijdens de procedure dan een afdoend argument is voor het bepalen van een maximumtermijn voor abortus. Ten tweede wordt deze pijnperceptie niet zo vroeg vastgesteld, aangezien deze zich eerder zou ontwikkelen tussen 22 en 26 weken na de conceptie (zie het hoofdstuk over deze belangrijke vraag in het rapport).

Volledigheidshalve vermelden we dat de werkgroep de optie heeft overwogen om geen maximumtermijn vast te stellen, zoals in Canada het geval is, en de beoordelingsbevoegdheid in elke afzonderlijke situatie aan de beroepsbeoefenaars over te laten. Om een aantal redenen die in het rapport zijn samengevat, is niet voor deze optie gekozen door de werkgroep, noch door het Wetenschappelijk Comité.

Het Comité wijst erop dat een verlengde wettelijk termijn gepaard kan gaan met een aantrekking van vrouwen uit buurlanden (bv. Frankrijk, Duitsland) die momenteel naar Nederland reizen en zich in centra in België zouden kunnen aanmelden. Dit geldt voor elke verlenging van de termijn, maar zal des te pertinenter zijn naarmate de gekozen zwangerschapstermijn hoger is.

Wat betreft de wettelijke bepalingen die de termijnnuitbreiding mogelijk moeten maken, heeft de werkgroep drie pistes overwogen om deze verlenging concreet te implementeren. Deze drie pistes werden overwogen ongeacht de maximale zwangerschapsduur waartoe zou worden besloten.

a) Een verlenging van de maximale zwangerschapsduur binnen het huidige wettelijke kader.

Het bestaande wettelijk kader voor abortus op verzoek wordt gehandhaafd en de verlenging van de maximumtermijn voor het verkrijgen van een abortus wordt erin opgenomen. De bepalingen van de wet voor afbrekingen tot 12 weken blijven hier van toepassing, met inbegrip van de andere aanbevelingen van het wetenschappelijk comité die door de wetgever kunnen worden overgenomen. Het is deze werkwijze

dans environ 75% des cas, tandis que dans environ 25% des cas, l'interruption a lieu au-delà de 18 semaines.

Un autre groupe de membres du Comité scientifique, sensible à la position défendue dans le groupe de travail en faveur d'une limite à 22 semaines post-conception, soutient que la limitation à 18 semaines leur semble trop restrictive. Sans aller jusqu'aux 22 semaines post-conception susmentionnées, il propose la voie qui fixerait la limite du délai à 20 semaines post-conception. La particularité de cette option est de permettre un accueil presque complet (environ 90%, sur la base des données issues de LUNA) des femmes qui ne sont actuellement pas prises en charge en Belgique, tout en étant à distance du seuil de viabilité et avec un fœtus de maturation moindre qu'à 22 semaines post-conception, qui constitue l'option favorisée par le groupe de travail 3 dédié à cette question. L'argument de la perception de la douleur par le fœtus est ici doublement écarté. Premièrement, le Comité considère que la perception de douleur du fœtus indique davantage la nécessité d'une sédation au cours de la procédure qu'un argument concluant de choix d'une limitation de l'âge gestationnel. Deuxièmement, cette perception de douleur n'est de toutes façons pas considérée comme aussi précoce puisque cette perception se développerait plutôt entre 22 et 26 semaines post-conception (voir le chapitre sur les connaissances scientifiques sur cette question dans le rapport).

Enfin, pour être complet, il faut mentionner que le groupe de travail 3 a examiné l'option de ne pas poser de limite au délai comme cela se pratique au Canada, laissant aux praticiens la responsabilité d'appréciation dans chaque situation. Pour un nombre de raisons qui sont synthétisées dans le rapport, cette option n'a été retenue ni par le groupe de travail, ni par le Comité scientifique.

Le Comité fait remarquer qu'une nouvelle limite pourrait déplacer des femmes de pays voisins (par exemple France, Allemagne) qui vont actuellement aux Pays-Bas et qui s'adresseraient à des centres chez nous. C'est vrai pour toute extension du délai mais sera d'autant plus important que l'âge gestationnel limite choisi sera élevé.

En ce qui concerne les dispositions légales permettant d'étendre le seuil gestationnel auquel sont autorisés les avortements, trois voies de matérialisation ont été examinées par le groupe de travail, quelle que soit l'extension de l'âge gestationnel maximal qui serait décidé.

a) Une extension de l'âge gestationnel maximal dans le cadre de la loi actuelle.

Le cadre juridique existant pour l'avortement à la demande est maintenu et l'extension du délai maximal d'obtention d'une interruption de grossesse y est inscrit. Les dispositions de la loi pour les interruptions jusqu'à 12 semaines post-conception (14 SA) sont applicables ici y compris les modifications recommandées par le Comité scientifique qui seraient reprises par le législateur. C'est cette façon de procéder que recommande le Comité scientifique, estimant qu'elle est la plus claire et que les dispo-

die het wetenschappelijk comité aanbeveelt, in de overtuiging dat dit het duidelijkst is en dat de huidige bepalingen met betrekking tot begeleiding en kwaliteit van zorg van vrouwen met een abortusverzoek voor 12 weken PC even relevant zijn voor en kunnen worden gehanteerd voor vrouwen die zich aanbieden in het tweede trimester. **[Aanbeveling 10]** Het wordt niettemin noodzakelijk geacht om deze termijnuitbreiding hand in hand te laten gaan met de oprichting van de hierboven genoemde structuren voor de specifieke opvang van deze gevallen.

b) Een verlenging in het kader van een procedure met specifieke bepalingen, anders dan de door de wet vastgestelde procedure voor onderbrekingen in het eerste trimester.

Volgens een tweede piste is bij de opvolging van deze aanvragen een meer gestructureerde begeleiding aangewezen, in de vorm van een zorgtraject binnen de structuren gespecialiseerd in zwangerschapsafbrekingen van het tweede semester. Deze specifieke ondersteuning kan worden toegepast vanaf 12 weken zwangerschap na de conceptie (14 WA), of kan worden gedifferentieerd naar zwangerschapsduur en worden geïmplementeerd vanaf 14/15 weken zwangerschap, waarbij zwangerschappen tussen 12 en 14/15 weken onderworpen zouden blijven aan de bestaande wettelijke bepalingen. De specifieke bepalingen moeten worden opgevat als kwaliteitscriteria voor de medische en psychosociale opvang die nodig wordt geacht bij een abortus in het tweede trimester.

Deze voorwaarden moeten een zorgtraject in twee fasen omvatten met zorgverleners die gespecialiseerd zijn in abortus. Bij de eerste fase, het psychosociale consult, moeten verplicht een psycholoog en een maatschappelijk werker betrokken zijn, die allebei gespecialiseerd zijn in abortus; de tweede fase vindt plaats bij de tussenkommende arts. De discussie moet toegespitst zijn op de specifieke kenmerken van abortus in het tweede trimester om tot een informed consent te komen, conform de wet betreffende de rechten van de patiënt. Het aanbieden van kwalitatieve, interdisciplinaire counseling en een hoog niveau van medische en sociale expertise staan centraal in deze piste.

c) Er werd nog een derde optie onderzocht door de werkgroep, die erin bestond verzoeken in het tweede trimester gelijk te stellen aan een verzoek op grond van een medische indicatie, zonder fundamentele wetswijziging. Na de vaststelling van belangrijke en symbolische belemmeringen die in het rapport worden beschreven, werd deze derde optie verworpen.

In alle gevallen dient aandacht besteed te worden aan de rekrutering en de opleiding van geschikt personeel, waarop verder in dit document wordt ingegaan.

sitions actuelles en termes d'accompagnement psycho-social et de qualité de soin des interruptions de grossesse jusqu'à 12 semaines post-conception sont tout aussi pertinentes et pourraient s'appliquer pour les interruptions du deuxième trimestre. **[Recommandation n° 10]** Il est bien entendu nécessaire de compléter cette extension par la création des structures spécialisées de prise en charge évoquées ci-dessus.

b) Une extension sous une procédure de dispositions spécifiques distincte de la procédure actuellement définie par la loi pour les interruptions du premier trimestre.

Selon cette deuxième option, un accompagnement plus structuré est recommandé dans le suivi de ces demandes, sous la forme d'un parcours de soin au sein des structures spécialisées dans les interruptions de grossesse du second semestre. Cet accompagnement spécifique peut soit être d'application dès 12 semaines de grossesse post-conception (14 SA), soit faire l'objet d'une différenciation selon l'âge gestationnel et être mis en œuvre à partir de 14/15 semaines de grossesse post-conception (16/17 SA) – tandis que les grossesses entre 12 et 14/15 semaines seraient soumises aux dispositions légales déjà existantes. Les dispositions spécifiques doivent être comprises comme des critères de qualité de soin pour les consultations médicales et psychosociales requises dans le cadre d'un avortement du second trimestre.

Ces conditions doivent inclure un parcours de soins en deux étapes, avec des prestataires de soins spécialisés dans l'avortement. La première étape, la consultation psychosociale, doit obligatoirement inclure un psychologue et un assistant social, tous deux spécialisés dans la prise en charge de l'avortement, la deuxième ayant lieu avec l'intervenant médical. La discussion doit se concentrer sur les spécificités de l'avortement du deuxième trimestre afin d'obtenir un consentement éclairé, conformément à la loi relative aux droits du patient. Fournir un accompagnement interdisciplinaires de qualité et un haut niveau d'expertise médicale et sociale sont les objectifs centraux de cette option.

c) Une troisième option a été examinée par le groupe de travail qui consisterait à assimiler les demandes du second trimestre à une demande d'indication médicale, sans changement fondamental de la loi. Suite à l'identification d'obstacles majeurs et symboliques détaillées dans le rapport, cette troisième option a été écartée.

Dans tous les cas, un enjeu de recrutement et de formation de personnel adéquat a été souligné et est repris plus bas dans le présent document.

Toegang tot abortus op financieel vlak

Het wetenschappelijk comité beveelt aan om gelijke en betaalbare toegang tot abortuszorg te garanderen voor alle zwangere vrouwen die in België verblijven, ongeacht het statuut van de patiënte of de instelling waar de procedure wordt uitgevoerd. [Aanbeveling 23]

De financieel, sociaal en psychologisch meest kwetsbare vrouwen blijken bijzondere moeilijkheden ondervinden om toegang tot abortus te krijgen, ongeacht de duur van de zwangerschap op het ogenblik van de diagnose van de zwangerschap. Bovendien blijkt dat deze moeilijkheden resulteren in een langere tijd die nodig is om de zwangerschapsafbreking te verkrijgen. Dit is vooral problematisch voor personen zonder papieren, migranten, vluchtelingen en daklozen. De ngo Dokters van de Wereld heeft hierover een memorandum opgesteld dat wordt besproken in het rapport van het wetenschappelijk comité.

Zowel vanuit het oogpunt van gelijkheid als vanuit het oogpunt van aandacht voor de meest kansarme personen beveelt het wetenschappelijk comité aan adequate maatregelen te nemen op dit vlak, zodat in ieder geval de financiële belemmeringen worden weggenomen.

Twee opties zijn onderzocht en worden als realistisch en constructief beschouwd, en enkele leden van het Wetenschappelijk Comité hebben voorkeuren voor de ene of andere optie uitgedrukt:

ofwel abortus gratis maken voor de vrouw, door de financieringsprocedure tussen de overheid en de centra te regelen zonder tussenkomst van de vrouw of haar mutualiteit (wat de kwestie van de confidentialiteit zou vergemakkelijken - zie hieronder) op een wijze die vergelijkbaar is met die welke in Portugal van kracht is;

ofwel het huidige financieringssysteem behouden, doch de toegang tot dringende medische hulp (DMH) voor abortus-gerelateerde zorg te vergemakkelijken door deze automatisch als dringende zorg te erkennen, zoals voorgesteld in het memorandum van Dokters van de Wereld. Dit zou de tijd die nodig is om DMH te verkrijgen inkorten en interventie mogelijk maken zonder het antwoord van het bevoegde OCMW te hoeven afwachten.

Elk van die opties zou een grote stap voorwaarts betekenen wat betreft billijkheid en zou leiden tot gemiddeld kortere periodes tussen het ontdekken van de ongewenste zwangerschap en de uitvoering van de zwangerschapsafbreking. [Aanbeveling 23]

In ieder geval beveelt het wetenschappelijk comité aan dat de kosten van abortus voor de patiënte in alle stadia van de zwangerschap gelijk zijn, ook wanneer de maximale zwangerschapsduur wordt verlengd voor abortus op verzoek. [Aanbeveling 23]

L'accès à l'avortement au plan financier

Le Comité scientifique recommande de garantir un accès égalitaire et abordable aux soins liés à l'avortement pour toute femme enceinte résidant en Belgique, quel que soit le statut de la patiente ou l'établissement où se déroule la procédure. [Recommandation n°23]

Quel que soit l'âge de la grossesse au moment où elle est diagnostiquée, il apparaît que les femmes les plus vulnérables financièrement, socialement et psychologiquement ont des difficultés particulières d'accès à l'avortement et que ces difficultés se traduisent par un allongement du délai nécessaire à obtenir l'interruption de la grossesse. C'est particulièrement problématique pour les personnes sans papiers, migrantes, réfugiées et sans domicile fixe. L'ONG « Médecins du Monde » a produit un mémorandum à ce sujet qui se trouve rapporté dans le rapport du Comité scientifique.

Le Comité scientifique, tant dans une perspective d'égalité que d'attention pour les personnes les plus précarisées, recommande de prendre des mesures adéquates dans ce domaine pour qu'au moins les barrières financières soient levées.

Deux pistes ont été examinées et apparaissent comme réalistes et constructives, certains membres du Comité scientifique ayant émis une préférence pour l'une ou pour l'autre:

soit rendre l'IVG gratuite pour la femme, en réglant la procédure de financement entre l'autorité publique et les centres, sans intervention de la femme ou de sa mutuelle (ce qui faciliterait la question de la confidentialité - voir plus bas) sur un mode semblable à celui en vigueur au Portugal;

soit garder le système de financement actuel, mais faciliter l'accès à l'Aide Médicale Urgente (AMU) pour les soins liés à l'avortement en le reconnaissant automatiquement comme un soin urgent, comme proposé dans le mémorandum de Médecins du Monde, ce qui raccourcit le délai d'obtention de l'AMU et permet d'intervenir sans attendre la réponse du CPAS compétent.

L'une ou l'autre piste permettrait une avancée décisive dans le domaine de l'équité et se traduirait par un raccourcissement du délai entre l'identification d'une grossesse non désirée et la procédure d'avortement. [Recommandation n°23]

En tout état de cause, le Comité scientifique recommande que le coût de l'avortement pour la patiente soit similaire à tous les stades de la grossesse, y compris en cas d'allongement de la durée maximale de la grossesse pour l'avortement à la demande. [Recommandation n°23]

Zwangerschapsafbreking op grond van medische indicatie

De wet van 1990 voorzorg in een speciale regeling voor verzoeken om zwangerschapsafbreking op grond van medische indicatie, enerzijds in het geval van een ernstig gevaar voor de gezondheid van de zwangere vrouw, anderzijds wanneer vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose. In deze gevallen is er geen andere limiet aan de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken dan de aanvang van het bevallingsproces. Deze bepalingen zijn bij de herziening van de wet in 2018 opnieuw bevestigd.

Aangezien de context (afbreking van een gewenste zwangerschap), procedures, actoren en locatie van uitvoering sterk verschillen van die van een abortus op (niet-medisch) verzoek, **beveelt het wetenschappelijk comité aan de regeling van zwangerschapsafbreking om ernstige medische redenen in een afzonderlijk artikel van de wet op de vrijwillige zwangerschapsafbreking onder te brengen om de duidelijkheid van de tekst en de rechtszekerheid te vergroten. [Aanbeveling 11]**

Het wetenschappelijk comité beveelt aan de wettelijke mogelijkheid om een zwangerschap ongeacht de zwangerschapsduur om deze ernstige medische redenen af te breken te handhaven onder de huidige voorwaarden van de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking. Niettemin moeten bepaalde aspecten worden verduidelijkt of aangepast om rekening te houden met de ontwikkelingen van de wetenschappelijke kennis en de verworven ervaring in de praktijk. De actoren uit het werkveld en de werkgroep hebben dit standpunt unaniem verdedigd. **[Aanbeveling 5]**

Met betrekking tot de gezondheid van de zwangere vrouw, **beveelt het wetenschappelijk comité aan duidelijk te maken dat de deze “gezondheid” ook ernstige bedreigingen voor de mentale gezondheid omvat.** Een voorbeeld van een formulering zou kunnen zijn: “Een zwangerschap kan worden afgebroken (...) wanneer dit gepast wordt geacht gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere vrouw.” **[Aanbeveling 7]**

Dankzij de evolutie van de kennis over aandoeningen en de ontwikkeling van genetische testen kan een groot aantal aandoeningen waarvoor een prenatale diagnose mogelijk is beter worden opgespoord. Deze ontwikkelingen hebben ook bijgedragen tot het beter begrijpen en meten van de risico's en prognose van afwijkingen die doorgaans geen alles-of-niets scenario betreffen. **Om die reden beveelt het wetenschappelijk comité aan om, in overeenstemming met de huidige stand van zaken, de “zekerheid” van de bijzonder ernstige en ongeneeslijke aandoening van het ongeboren kind te vervangen door een risicobegrip.** Verschillende opties werden geschikt geacht, waaronder “(zeer) hoog risico” / “aanzienlijk risico” / “substantieel risico” / “verhoogde kans”. **[Aanbeveling 6]**

L'interruption de grossesse pour indication médicale

La loi de 1990 a prévu des dispositions particulières concernant les demandes d'interruptions de grossesse pour indication médicale, « si la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou lorsqu'il est certain que l'enfant à naître sera atteint d'une affection d'une particulière gravité et reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». Dans ces cas, il n'y a pas d'autre limite à la possibilité d'interrompre la grossesse que le déclenchement du processus d'accouchement. Ces dispositions ont été reconfirmées lors de la révision de la loi de 2018.

Le contexte (l'interruption d'une grossesse désirée), les procédures, les acteurs et les lieux de la pratique étant très différents de celles d'un avortement pour des raisons autres que médicales, **le Comité scientifique recommande de placer la réglementation relative à l'interruption de grossesse pour motif médical grave dans un article distinct dans la loi sur l'interruption volontaire de grossesse afin de renforcer la clarté du texte et la certitude juridique. [Recommandation n°11]**

Le Comité scientifique recommande de conserver la possibilité légale d'interrompre une grossesse pour ces raisons médicales graves dans les conditions prévues actuellement dans la loi IVG quelle que soit la durée de la grossesse, en précisant ou adaptant certains aspects, afin de tenir compte de l'évolution des connaissances scientifiques et de l'expérience acquise sur le terrain. Les acteurs de terrain et le groupe de travail ont unanimement défendu cette disposition. **[Recommandation n°5]**

En ce qui concerne la santé de la femme enceinte, **le Comité scientifique recommande de préciser que la “santé” de la femme enceinte inclut bien les périls graves pour la santé mentale.** Un exemple de formulation pourrait être qu'« Une grossesse peut être interrompue (...) lorsque cette mesure est jugée appropriée en raison d'un péril grave pour la santé physique et/ou mentale de la femme enceinte. » **[Recommandation n°7]**

L'évolution des connaissances sur les affections et le développement des outils génétiques ont permis de mieux identifier un grand nombre d'affections accessibles au diagnostic anténatal, mais ont aussi permis de comprendre et de mesurer le risque d'exprimer des anomalies qui ne sont généralement pas un élément de tout ou rien. Pour cette raison, **le Comité scientifique, en concordance avec les données actuelles, recommande de remplacer la « certitude » de l'état particulièrement grave et incurable de l'enfant à naître par la notion de risque (élevé).** Plusieurs options ont été jugées adéquates, notamment “risque (très) élevé” / “risque significatif” / “risque substantiel” / “probabilité élevée”. **[Recommandation n°6]**

Voorts beveelt het wetenschappelijk comité aan om geen lijst op te stellen van ernstige aandoeningen die aanleiding kunnen geven tot een wettige zwangerschapsafbreking. Dergelijke lijst strookt niet met de aanbeveling om een bepaalde klinische situatie in al haar dimensies in aanmerking te nemen, noch met de ethiek van deze delicate materie. Het opstellen van een lijst van deze aandoeningen zou er immers toe leiden dat deze aandoeningen worden geïnterpreteerd als zijnde “ongewenst” in de samenleving en zou bijdragen tot een afglijden naar een vorm van staatseugenetica, in strijd met de democratische visie waaraan wij zoveel waarde hechten. Het verzoek om een zwangerschapsafbreking moet een individueel verzoek blijven van een zwangere persoon of een koppel in deze situatie en moet met de nodige empathie en geïndividualiseerde zorg worden opgevangen en begeleid. **[Aanbeveling 6]**

Het wetenschappelijk comité beveelt aan de betrokkenheid van een tweede arts te behouden zoals momenteel wordt voorzien in de wet, mits verduidelijking dat deze laatste gespecialiseerd moet zijn in de hoofdaandoening van de vrouw/ de foetus. Het wetenschappelijk comité raadt tevens aan de bestaande positieve praktijken te formaliseren en een consultatief multidisciplinair overleg in te voeren alvorens een zwangerschap om ernstige medische redenen af te breken, zonder evenwel de uiteindelijke beslissing toe te vertrouwen aan het multidisciplinaire team. Die beslissing moet in handen blijven van de twee artsen en de vrouw of het koppel. Overleg met het multidisciplinaire team mag geen verplichting zijn in geval van een medische noodsituatie. **[Aanbeveling 8]**

Om zowel principiële redenen op het gebied van de gezondheidszorg als ethische redenen **beveelt het wetenschappelijk comité aan uitdrukkelijk de rol van de zwangere vrouw in dit proces te erkennen.** Zij moet haar bekommernissen en wensen kenbaar kunnen maken en samen met de artsen aan het besluitvormingsproces kunnen deelnemen. **[Aanbeveling 8]**

Een voorbeeld van een formulering zou kunnen zijn: “Een zwangerschap kan, ongeacht de zwangerschapsduur, worden afgebroken wanneer de verantwoordelijke arts en een tweede arts die gespecialiseerd is in de hoofdaandoening waaraan de vrouw/ het ongeboren kind lijdt, na de zwangere vrouw te hebben gehoord en een multidisciplinair team te hebben geraadpleegd, concluderen dat de afbreking van de zwangerschap noodzakelijk is om een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw te voorkomen of dat er een aanzienlijk risico bestaat dat het ongeboren kind zal lijden aan een bijzonder ernstige aandoening die op het moment van de diagnose als ongeneeslijk wordt beschouwd. De betrokken artsen en het multidisciplinaire team houden rekening met de stand van de medische kennis, de professionele normen en de deontologie. Het bovenstaande besluitvormingsproces dient niet te worden gevolgd indien er voor de zwangere vrouw een dringende medische reden bestaat om de zwangerschapsafbreking te bespoedigen.” **[Aanbeveling 8]**

Par ailleurs, le Comité scientifique recommande d'éviter de dresser une liste des affections sévères pouvant donner lieu à une interruption légale de grossesse. Une telle liste ne serait pas en accord avec la recommandation de prise en compte holistique d'une situation clinique donnée avec toutes ses dimensions ni à l'éthique de cette matière délicate. L'établissement d'une liste des affections serait interprétée comme celle des affections « non désirables » dans la société et participerait à une dérive d'eugénisme d'État contraire à la vision démocratique à laquelle nous sommes attachés. La demande d'interruption doit rester une demande individuelle d'une personne enceinte ou d'un couple dans cette situation et accueillie et accompagnée avec l'empathie et la prise en charge individualisée qu'elle nécessite. **[Recommandation n°6]**

Le Comité scientifique recommande de garder l'intervention d'un deuxième médecin actuellement prévue par la loi, en précisant que ce dernier doit être spécialisé dans l'affection principale de la femme/du fœtus. Le Comité scientifique recommande aussi de formaliser des pratiques de terrain positives et d'instaurer une concertation pluridisciplinaire consultative avant l'interruption de grossesse pour raison médicale sévère, sans pour autant confier la décision finale à l'équipe pluridisciplinaire, la décision devant rester entre les mains des deux praticiens et de la femme ou du couple. La consultation de l'équipe multidisciplinaire ne doit pas être obligatoire en cas d'urgence médicale. **[Recommandation n°8]**

Autant pour des raisons de principe des soins de santé que pour des raisons éthiques, et même si c'est largement le cas sur le terrain, **le Comité scientifique recommande de reconnaître explicitement le rôle de la femme enceinte dans ce processus, qui doit pouvoir exprimer ses préoccupations et ses souhaits et prendre part au processus de décision avec les médecins. **[Recommandation n°8]****

Un exemple de formulation pourrait être qu' “Une grossesse peut être interrompue, quel que soit l'âge gestationnel, lorsque le médecin responsable et un second médecin spécialisé dans l'affection principale dont souffre la femme/l'enfant à naître, après avoir entendu la femme enceinte et consulté une équipe pluridisciplinaire, concluent que l'interruption de grossesse est appropriée étant donné un péril grave pour la santé physique et/ou mentale de la femme enceinte ou un risque substantiel que l'enfant à naître souffre d'une affection particulièrement grave considérée comme incurable au moment du diagnostic. Les médecins impliqués et l'équipe multidisciplinaire tiennent compte de l'état des connaissances médicales, des normes professionnelles et de la déontologie. Le processus décisionnel susmentionné ne doit pas être suivi s'il existe une raison médicale urgente pour la femme enceinte d'avancer l'interruption de grossesse.” **[Recommandation n°8]**

Het multidisciplinaire overleg moet worden erkend en ondersteund, bijvoorbeeld door ze op te nemen als een door het RIZIV gefinancierde multidisciplinaire overleg. **[Aanbeveling 22]**

Voorts, net zoals dat het geval is voor vrouwen en koppels die een laat miskraam of de bevalling van een levenloos kind hebben doorgemaakt, **beveelt het wetenschappelijk comité maatregelen aan om vrouwen en koppels te begeleiden en te steunen na een zwangerschapsafbreking ten gevolge van een ernstige medische aandoening.** Dergelijke begeleiding omvat initiatieven die administratieve, psychologische, juridische en sociale bijstand verlenen aan patiënten/koppels die een gewenste zwangerschap afbreken na de ontdekking van ernstige medische aandoeningen. **[Aanbeveling 19]**

Dit vereist ook dat **de verschillende wettelijke verplichtingen en rechten in verband met de zwangerschapsafbreking na een bepaalde zwangerschapsduur, waaronder die die verband houden met de (vrijwillige of verplichte) registratie van een levenloos kind bij de burgerlijke stand, voor zowel de ouders als de zorgverleners worden verduidelijkt.** **[Aanbeveling 21]**

Meer in het algemeen stelt het comité vast dat het moeilijk is om een volledige registratie door ziekenhuizen te verkrijgen van de zwangerschapsafbrekingen, in het bijzonder de afbrekingen op grond van medische indicaties. Deze situatie is nadelig voor de opbouw van onmisbare collectieve kennis die nodig is om *good practices* en initiatieven ter preventie te bevorderen. Enerzijds lijkt het erop dat sommige ziekenhuisartsen zich niet aangesproken voelen door de meldingsplicht vanwege het bijzondere karakter van de medische zwangerschapsafbreking, en dat bewustmakingsinitiatieven moet worden ondernomen. Anderzijds wordt de activiteit van de zwangerschapsafbreking en de registratie ervan in de ziekenhuizen niet gefinancierd, in tegenstelling tot in de ambulante centra. **Het Comité beveelt financiële steun aan voor de organisatie, documentatie en rapportage van de zwangerschapsafbrekingen in het ziekenhuis, met name in het kader van een zwangerschapsafbreking wegens een ernstige medische aandoening.** **[Aanbeveling 22]**

Bovendien, en dit zou kunnen gebeuren via de nieuwe bevoegdheden die later in dit document voor de Nationale Evaluatiecommissie worden voorgesteld, stelt het wetenschappelijk comité voor initiatieven te ondersteunen die de zorgverleners van verschillende instellingen de kans bieden hun ideeën, protocollen en benaderingen inzake zwangerschapsafbreking om ernstige medische redenen uit te wisselen. **[Aanbeveling 22]**

La concertation multidisciplinaire devrait être reconnue et soutenue par exemple en l'incluant dans les Concertations Multidisciplinaires financées par l'INAMI. **[Recommandation n°22]**

Par ailleurs, et ce comme pour les femmes et couples ayant vécu une fausse couche tardive ou un accouchement d'un enfant mort-né, **le Comité scientifique recommande des mesures d'accompagnement et de soutien aux femmes et aux couples après une interruption de grossesse due à une affection médicale grave.** Un tel accompagnement passe par le soutien aux initiatives qui fournissent une assistance administrative, psychologique, juridique et sociale aux patients/couples qui interrompent une grossesse désirée après avoir découvert des conditions médicales graves. **[Recommandation n°19]**

Il implique aussi de **clarifier, tant pour les parents que pour les professionnels de la santé, les divers obligations légales et droits existant dans le cadre d'une interruption de grossesse après un certain âge gestationnel, y compris ceux liés à la déclaration à l'état civil (soit volontaire, soit obligatoire) d'un enfant né sans vie.** **[Recommandation n°21]**

Plus généralement, le Comité relève une difficulté d'obtenir de la part des hôpitaux une déclaration exhaustive des interruptions de grossesse, tout particulièrement celles pour indication médicale. Cette situation est préjudiciable à l'accumulation de l'expérience collective indispensable à faire progresser les bonnes pratiques et les activités de prévention. Il semble, d'une part, que certains prestataires hospitaliers ne se sentent pas impliqués par la déclaration obligatoire, du fait du côté particulier de l'interruption médicale, et qu'une action pédagogique devrait donc être entreprise. D'autre part, l'activité d'interruption de grossesse et son encodage ne sont pas financées dans les hôpitaux, contrairement aux centres extrahospitaliers. **Le Comité recommande un soutien financier pour l'organisation, la documentation et le reporting des interruptions de grossesse hospitalières tout particulièrement dans le cadre d'une interruption de grossesse motivée par une affection médicale grave.** **[Recommandation n°22]**

Par ailleurs – et cela pourrait se faire par l'intermédiaire des nouvelles compétences suggérés plus bas dans le présent document pour la Commission nationale d'évaluation – le Comité scientifique suggère de soutenir les initiatives permettant aux professionnels de la santé de différentes institutions de partager leurs idées, protocoles et approches en matière d'interruption de grossesse pour des raisons médicales graves. **[Recommandation n°22]**

De kwestie van zorgverleners, een sleutelement in de toepassing van de wet

Alle actoren wijzen op de moeilijkheid om gekwalificeerd personeel, in het bijzonder medisch personeel, aan te werven. Dit probleem doet zich ook voor in de buurlanden, die allen geconfronteerd worden met een zeker gebrek aan belangstelling voor een activiteit die niet meer de militante mobilisatie van de vorige eeuw kent. Over het algemeen beschouwen zowel het publiek als de professionals het recht op abortus als een verworven recht. Deze perceptie zal toenemen met het geleidelijk verdwijnen van de historische actoren, tenzij de repressieve tegenkanten aan de andere kant van de Atlantische Oceaan en in bepaalde Europese landen de mensen ervan bewust maakt dat, op juridisch vlak, niets definitief verworven is.

Op dit vlak **beveelt het wetenschappelijk comité aan** de kwalificaties beter te omschrijven die nodig zijn om abortussen (volgens zwangerschapsduur of methoden) in alle veiligheid aan te bieden. Dankzij een dergelijke analyse zouden **activiteiten in kaart kunnen worden gebracht waarbij zorgverleners die geen arts zijn (bijvoorbeeld vroedkundigen, verpleegkundigen, enz., wat een aanpassing van de opleiding en de wet vereist), kunnen worden ingeschakeld voor het uitvoeren van zwangerschapsafbreking, in het bijzonder voor medicamenteuze abortus in het eerste trimester**, ter aanvulling van de bestaande teams die te kampen hebben met een tekort aan abortusartsen. **[Aanbeveling 16]**

Om het huidige tekort aan medische hulpverleners te bestrijden **moeten bewustmaking en opleiding over abortus veel meer als verplichte basiskennis worden opgelegd aan alle studenten geneeskunde** (met inbegrip van kennis over de geschiedenis, de sociale en psychologische context, de juridische en volksgezondheidsoverwegingen en de algemene gegevens inzake abortus in België). **[Aanbeveling 14]**

Op het niveau van de abortuspraktijk **beveelt het wetenschappelijk comité aan financiële stimulansen in te voeren voor zorgverleners**. Dit kan door middel van een gecertificeerde (doch niet verplichte) opleiding op het niveau van het ministerie van Volksgezondheid, gepaard met verhoogde RIZIV-codes voor de terugbetaling van medische handelingen gerelateerd aan de abortuspraktijk door gekwalificeerde zorgverleners, zoals die voorhanden zijn voor geaccrediteerde artsen of gespecialiseerde verpleegkundigen. **[Aanbeveling 14]**

De mogelijke verlenging van de termijn voor abortus op verzoek in het tweede trimester impliceert een bijzondere inspanning om nieuwe medische faciliteiten op te richten, evenals de rekrutering van artsen met reeds bestaande deskundigheid en ervaring op het gebied van abortus in het tweede trimester en/of het aanmoedigen van opleidingen in het buitenland om de nodige deskundigheid te verwerven. **[Aanbeveling 14]** In dit verband wijzen we erop dat afbrekingen in het tweede trimester ofwel medicamenteus kunnen worden uitgevoerd, waarbij een kleine bevalling wordt geïnduceerd (de techniek die momenteel door obstetrische afdelingen in ziekenhuizen voor medische zwangerschapsafbrekingen wordt gebruikt),

La question des prestataires de soin, un élément clé de l'applicabilité de la loi

L'ensemble des acteurs soulignent la difficulté à recruter du personnel qualifié, particulièrement du personnel médical – un souci présent aussi dans les pays voisins, partout confrontés à un certain désintérêt pour une activité qui ne connaît plus la mobilisation militante du siècle dernier. D'une manière générale, le public comme les professionnels considèrent le droit à l'avortement comme acquis et ce sentiment risque de s'accroître avec la disparition progressive des acteurs historiques, à moins que les retours répressifs outre-Atlantique et dans certains pays européens ne fassent prendre conscience que rien n'est jamais acquis en matière de droits.

Dans ce domaine, **le Comité scientifique recommande** de définir les qualifications nécessaires pour proposer des avortements (selon l'âge gestationnel ou les méthodes) en toute sécurité. Une telle analyse permettrait **d'identifier des activités où l'on peut envisager d'associer des professionnels de la santé autres que des médecins à la prestation de services (par exemple, des sage-femmes, des infirmières, etc. – ce qui impliquerait une adaptation de la formation et de la loi), en particulier pour les avortements médicamenteux du premier trimestre**, afin de compléter les équipes existantes, confrontées à un manque de médecins pratiquant l'avortement. **[Recommandation n°16]**

Pour lutter contre la pénurie actuelle de prestataires médicaux, le Comité recommande **d'inscrire beaucoup mieux la sensibilisation et la formation à l'avortement comme base obligatoire pour tout étudiant en médecine** (comprenant des connaissances sur l'histoire et le contexte psycho-social de l'avortement, des considérations juridiques et de santé publique et des données générales sur l'avortement en Belgique). **[Recommandation n°14]**

Au niveau de l'activité, **le Comité scientifique recommande de mettre en place des incitants financiers pour les prestataires** par le biais d'une formation certifiée (mais non obligatoire) au niveau du ministère de la santé, avec des codes INAMI majorés pour le remboursement des actes médicaux liés à la pratique de l'avortement par des praticiens de santé qualifiés, comme cela existe pour les médecins accrédités ou les infirmiers spécialisés. **[Recommandation n°14]**

L'extension éventuelle du délai pour l'avortement à la demande au second trimestre implique un effort particulier de mise en place de nouvelles structures médicales avec le recrutement de praticiens ayant une expertise et une expérience préexistantes en matière d'avortement du deuxième trimestre et/ou l'encouragement de la formation à l'étranger pour acquérir l'expertise nécessaire **[Recommandation n°14]**. Dans ce contexte, il faut souligner que les interruptions du second trimestre peuvent être pratiquées soit par voie médicamenteuse, provoquant l'équivalent d'un accouchement (qui est la technique actuellement utilisée dans les centres d'obstétrique pour les interruptions médicales de grossesse) soit par voie chirurgicale, impliquant un morcellement et extraction des débris fœtaux et placentaires.

ofwel chirurgisch, waarbij er een fragmentatie plaatsvindt en foetale en placentastukjes worden verwijderd.

Het algemene standpunt in de wetenschappelijke literatuur, de internationale richtlijnen en de hoorzittingen aangaande de praktijk in Nederland en Engeland wijzen erop dat de twee benaderingen vergelijkbaar zijn wat betreft veiligheid en doeltreffendheid, met aanvaardbaar lage, doch enigszins verschillende complicatierisico's afhankelijk van de benadering. De algemene consensus is dat beide technieken beschikbaar moeten zijn en kunnen worden gekozen afhankelijk van de situatie en de voorkeur van de vrouwen (een grote meerderheid van vrouwen lijkt in het tweede trimester te kiezen voor de chirurgische benadering om een reeks redenen die in het rapport worden uiteengezet). Niettemin sprak een lid van werkgroep 3 zich uit tegen de invoering van chirurgische abortus als zijnde gewelddadig, anachronistisch en incoherent wanneer er een andere techniek beschikbaar is, en betwijfelde het lid of er artsen kunnen worden gevonden die de techniek willen toepassen. De rest van de werkgroep en het wetenschappelijk comité waren van mening dat beide technieken beschikbaar moeten zijn en dat de nieuw opgerichte centra zoals hierboven aanbevolen in dat geval beide moeten aanbieden. Niettemin acht het Wetenschappelijk Comité het niet aan de wetgever om de te gebruiken medische technieken te bepalen, mede gelet op het feit dat deze technieken steeds kunnen evolueren naargelang de ontwikkeling van de beschikbare wetenschappelijke en medische gegevens.

Registratie, gegevensverzameling en de rol van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking

Het wetenschappelijk comité vestigt de aandacht op het werk van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking op het vlak van transparantie en goede voorstellen. **Het beveelt aan de missies van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking uit te breiden om de Evaluatiecommissie, naast haar huidige, te handhaven rol, een actieve rol te geven bij de verbetering van de kwaliteit van de voor wetenschappelijke en preventieve doeleinden verzamelde gegevens.** Deze missies hebben steeds tot doel bij te dragen tot een beter begrip van de sociale en maatschappelijke context waarin abortussen worden uitgevoerd en tot een verbeterde bijstand van vrouwen. **[Aanbeveling 20]**

Om een grondigere wetenschappelijke en kwalitatieve analyse van de gegevens mogelijk te maken, zou de Nationale Evaluatiecommissie over een budget moeten beschikken waarmee ze, naast de analyse van systematisch verzamelde gegevens, het initiatief voor specifieke studies kan nemen. Een dergelijke aanpak zou een verdere evolutie van de gegevensverzameling en een betere beoordeling, harmonisatie en vereenvoudiging van de verschillende vereisten inzake gegevensregistratie voor gezondheidsprofessionals in het kader van de zwangerschapsafbreking mogelijk maken. **[Aanbeveling 20]**

La littérature scientifique, les recommandations internationales et les auditions portant sur les pratiques aux Pays-Bas et en Angleterre indiquent que ces deux approches sont comparables en termes de sécurité et d'efficacité, avec des risques de complications acceptablement faibles, quoique légèrement différents suivant l'approche. Le consensus général est de recommander que les deux techniques soient disponibles et puissent être choisies en fonction de la situation et de la préférence des femmes (une grande majorité de femmes au second trimestre semble opter pour l'approche chirurgicale pour une série de raisons développées dans le rapport). Néanmoins, un membre du groupe de travail s'est exprimé contre l'introduction de l'avortement par voie chirurgicale le considérant violent, anachronique et incohérent alors qu'une autre technique est disponible, doutant que l'on trouve des praticiens enclins à la pratiquer. Le reste du groupe de travail et le Comité scientifique ont considéré que les deux techniques devaient être disponibles et que les centres nouvellement mis sur pieds comme recommandé plus haut devraient proposer chacune d'elles, même si le Comité scientifique considère qu'il ne revient pas au législateur de choisir les techniques médicales à utiliser, techniques par ailleurs toujours susceptibles d'évoluer en fonction des données scientifiques et médicales disponibles

Enregistrement, collecte de données et rôle de la Commission Nationale d'Evaluation de l'interruption de grossesse

Le Comité scientifique souligne le travail effectué par la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse en termes de transparence et de force de proposition. **Il recommande de développer les missions de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse afin de lui donner, parallèlement à son rôle actuel à préserver, un rôle actif dans l'amélioration de la qualité des données recueillies à des fins scientifiques et de prévention,** toujours dans le but de permettre une meilleure compréhension du contexte social et sociétal dans lequel les avortements sont pratiqués et d'améliorer l'assistance aux femmes. **[Recommandation n°20]**

Pour cela, il serait nécessaire, pour permettre une analyse scientifique et qualitative plus poussée des données, que la Commission nationale d'évaluation dispose d'un budget permettant d'impulser des études spécifiques à côté de l'analyse des données recueillies systématiquement. Une telle approche permettrait de faire évoluer les collectes de données et de mieux évaluer, harmoniser et simplifier les différentes exigences d'enregistrement de données qui existent pour les professionnels de la santé dans le contexte de l'interruption de grossesse. **[Recommandation n°20]**

Par ailleurs, toujours dans sa mission d'amélioration de la qualité, le Comité scien-

Voorts beveelt het wetenschappelijk comité, nog steeds met oog op kwaliteitsverbetering, aan om de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking de opdracht toe te vertrouwen om *good practices* en professionele richtlijnen met betrekking tot abortus uit te werken, waarbij de zorgverleners en de universiteiten worden betrokken. **[Aanbeveling 20]**

Ten slotte beveelt het wetenschappelijk comité aan om de gezondheidsprofessionals bewust te maken van het wetenschappelijke belang van een nauwkeurige registratie van de uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, in het bijzonder bij zorgverleners die zwangerschapsafbrekingen verrichten op grond van ernstige aandoeningen van de foetus/zwangere vrouw. **[Aanbeveling 20]**

Om registratie te faciliteren is het aanbevolen dat de wetgever de verschillende registratieverplichtingen die bestaan voor zorgverleners in het kader van zwangerschapsafbreking evalueert, synchroniseert en vereenvoudigt. **[Aanbeveling 20]**

Structuur en terminologie van de wet

Het wordt aanbevolen de algemene structuur van de wet inzake vrijwillige zwangerschapsonderbreking te verbeteren en de gebruikte terminologie te herzien door bepaalde gedateerde en (onnodig) genderspecifieke formuleringen, alsook taalkundige inconsistenties, te vermijden. **[Aanbeveling 11]**

Om onduidelijkheid bij de berekening van de zwangerschapsduur te voorkomen, beveelt het Comité aan om in de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking en aanverwante wetgeving de zwangerschapsduur op te nemen in zowel weken post-conceptie (PC) en weken amenorroe (WA). **[Aanbeveling 11]**

Ten slotte achtte het wetenschappelijk comité het niet zinvol om de specifieke procedure af te schaffen waarbij de vrouw op de dag van de zwangerschapsafbreking een document ondertekent waarin zij haar verzoek tot zwangerschapsafbreking bevestigt, zowel in het geval van zwangerschapsafbreking op verzoek als in het geval van medische zwangerschapsafbreking. Het beveelt aan deze enigszins specifieke procedure ter verkrijging van een bijzondere en uitgebreide geïnformeerde toestemming, te handhaven.

De strafsancities

Het Wetenschappelijk Comité, dat blijkt geeft van begrip voor de moeilijke situaties waarin deze vrouwen zich vaak bevinden, beveelt aan om het bekomen of zelf uitvoeren door zwangere vrouwen van zwangerschapsafbreking in strijd met de wet uitdrukkelijk te decriminaliseren. Om aan te sluiten bij een groeiende mensenrechtenconsensus, en ongeacht het ontbreken van juridische precedentes waarbij

tifiek recommande de charger la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse d'initier un travail d'observation et de formulation des bonnes pratiques et des directives professionnelles relatives à l'avortement, travail associant les prestataires et les universités. **[Recommandation n°20]**

Enfin, le Comité scientifique recommande de sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance scientifique d'un enregistrement précis des interruptions de grossesse pratiquées, en particulier chez les prestataires d'interruptions de grossesse pour cause d'état fœtal/maternel grave. **[Recommandation n°20]**

Pour faciliter cette démarche, il est recommandé au législateur d'évaluer, d'harmoniser et de simplifier les différentes obligations d'enregistrement qui existent pour les prestataires de soins dans le cadre de l'interruption de grossesse. **[Recommandation n°20]**

Structure et terminologie de la loi

Il est recommandé d'améliorer la structure générale de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse et de réviser la terminologie utilisée en évitant certaines formulations datées et (inutilement) genrées, ainsi que les incohérences linguistiques. **[Recommandation n°11]**

Afin d'éviter toute ambiguïté quant au calcul de l'âge gestationnel, le Comité recommande d'inclure l'âge gestationnel en semaines post-conception (PC) et en semaines d'aménorrhée (SA) dans la législation traitant de l'interruption de grossesse et des fausses couches. **[Recommandation n°11]**

Enfin, le Comité scientifique n'a pas jugé utile de revenir sur la procédure particulière de signature par la femme, le jour de l'interruption, d'un document confirmant sa demande d'interrompre la grossesse, aussi bien dans les IVG à la demande que dans les interruptions médicales de grossesse. Il recommande de maintenir cette procédure un peu particulière de recueillir ce qui s'apparente au recueil d'un consentement éclairé, particulier et étendu.

Les sanctions pénales

Le Comité scientifique, eu égard aux situations difficiles dans lesquelles ces femmes peuvent se trouver, recommande de décriminaliser explicitement l'obtention ou la pratique par les femmes enceintes d'interruptions volontaires de grossesse en violation de la loi. En vue de s'aligner avec un consensus croissant sur le plan des droits humains et nonobstant l'absence de précédent en Belgique, le Comité considère inappropriée la possibilité, même théorique, de sanctionner d'une

vrouwen gestraft worden na abortus in België, acht dit Comité de theoretische mogelijkheid om vrouwen op te sluiten of te beboeten voor een abortus in strijd met één of meerdere voorwaarden van de wet ongepast. Daarentegen beschouwt het wetenschappelijk comité het als een plicht van de zorgverleners om ervoor te zorgen dat de voorwaarden van de wet worden gerespecteerd en dat vrouwen in nood worden geïnformeerd over hun mogelijkheden. **[Aanbeveling 9]**

Met betrekking tot de zorgverleners die, zoals bij alle handelingen die ze stellen in de gezondheidszorg, verantwoordelijk zijn voor de goede uitvoering van die handelingen, beveelt het wetenschappelijk comité aan in de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking de voorkeur te geven aan abortus-specifieke sancties boven de toepassing van algemene misdrijven voor zorgverleners die de voorwaarden van de wet zouden overtreden. Een diversificatie van de strafrechtelijke sancties kan worden overwogen, afhankelijk van de aard van de overtreding. **[Aanbeveling 9]**

Communicatie en voorlichting over abortus

In de huidige context van sociale netwerken en initiatieven van anti-abortus-groepen, is de toegang tot correcte informatie voor personen die hulp zoeken bij een ongewenste zwangerschap een uitdaging geworden. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan om een moderne en evolutieve website op federaal niveau te lanceren die objectieve en concrete informatie over abortus en de beschikbare structuren waar abortussen worden uitgevoerd, bundelt.** Deze website moet gemakkelijk vindbaar zijn aan de hand van geschikte trefwoorden. **[Aanbeveling 24]**

De officiële websites van de regering, het ministerie van Volksgezondheid, het RIZIV, ziekenhuizen, abortuscentra en ziekenfondsen moeten naar deze algemene website verwijzen. Het doel is ervoor te zorgen dat de informatie in overeenstemming is met de Belgische wetgeving, volledig en gecentraliseerd is en dat vrouwen die informatie over zorgverlening rond abortus zoeken niet worden misleid en geen tijd verliezen. **[Aanbeveling 24]**

Voorts moeten moderne communicatietools worden gebruikt om **op nationaal niveau voorlichtingscampagnes over contraceptie en abortus te voeren**, met vermelding van de juridische context en het soort structuren waar abortussen worden aangeboden. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de verspreiding van informatie over abortus en contraceptie onder de meest kwetsbare groepen. **[Aanbeveling 24]**

peine de prison ou d'une amende les femmes qui auraient demandé un avortement en violation d'une ou plusieurs conditions de la loi. En revanche, le Comité considère qu'il relève du devoir des prestataires de soin de s'assurer du respect des conditions de la loi et que les femmes requérant un avortement soient informées de leurs possibilités. **[Recommandation n°9]**

En ce qui concerne les prestataires qui, comme dans tous les actes qu'ils posent en matière de soins de santé, sont comptables de la bonne exécution de ceux-ci, le Comité scientifique recommande de préférer des sanctions spécifiques à l'avortement dans la loi IVG plutôt que l'application d'infractions pénales générales pour les praticiens de la santé qui enfreindraient les termes de la loi. Une diversification des sanctions pénales peut être envisagée au regard de la nature de l'infraction. **[Recommandation n°9]**

Communication et information au sujet de l'avortement

Dans le contexte actuel d'usage du web, des réseaux sociaux mais aussi de l'activité des groupes anti-choix, l'accès à une information correcte aux personnes cherchant de l'aide face à une grossesse non désirée est devenu un enjeu. **Le Comité scientifique recommande de créer un site web moderne et évolutif, au niveau de l'Etat fédéral, qui centralise des informations objectives et concrètes sur l'avortement et les structures disponibles qui le pratiquent.** Ce site doit être facile à trouver et correctement référencé grâce à des mots-clés appropriés. **[Recommandation n°24]**

Les sites web officiels du ministère de la santé, de l'INAMI, des hôpitaux, des centres d'avortement et des caisses d'assurance maladie doivent renvoyer à ce site principal. L'objectif est de garantir une information conforme à la législation belge, complète et centralisée et d'éviter des erreurs d'orientation et des pertes de temps pour les femmes qui cherchent des informations sur les soins liés à l'avortement. **[Recommandation n°24]**

Par ailleurs, il y a lieu d'utiliser les outils modernes de communication pour **mettre en place des campagnes d'information sur la contraception et l'avortement au niveau national**, mentionnant la situation légale et le type de structures proposant des avortements. Une attention particulière devrait être accordée à la diffusion d'informations sur l'avortement et la contraception auprès des groupes les plus vulnérables. **[Recommandation n°24]**

Confidentialiteit van zorgverlening rond abortus

In de context van digitalisering en geautomatiseerde stromen van gezondheidsdata is de confidentialiteit van abortusprocedures en aanverwante zorg voor patiënten die dat wensen, problematisch geworden. Het RIZIV lijkt zich bewust van dit probleem (dat ook op andere gevoelige gebieden van gezondheidszorg speelt), maar er zijn nog geen passende maatregelen genomen om het op te lossen.

Het wetenschappelijk comité beveelt aan prioriteit te geven aan de ontwikkeling van procedures die nodig zijn om deze confidentialiteit te garanderen wanneer vrouwen of koppels dit wensen. Deze procedures moeten de patiënte in staat stellen per geval te beslissen welke gezondheidsprofessional toegang heeft tot haar gegevens in haar dossier (ziekteverzekeringsdossier, gedigitaliseerd algemeen medisch dossier, ziekenhuisdossier, medicatiedossier, gegevens van de klinische biologie, en informatie die aan de huisarts wordt verstrekt). **[Aanbeveling 25]**

Zolang de gepaste oplossingen op vlak van confidentialiteitsgaranties niet effectief zijn, suggereert het Comité dat de mogelijkheid moet worden geboden, niettegenstaande de Kwaliteitswet, om de gegevens over de abortusingreep en de daarmee verband houdende zorg in een papieren dossier te bewaren of in een lokaal elektronisch dossier dat, indien nodig, met gezondheidsprofessionals kan worden gedeeld. **[Aanbeveling 25]**

Aan de kwestie van confidentialiteit zijn meerdere facetten verbonden, met inbegrip van voorschriften voor specifieke geneesmiddelen, de terugbetaling van medische handelingen door ziekteverzekeraars, of analyses die alleen zichtbaar en toegankelijk zouden mogen zijn voor de voorschrijvende arts (bv. resultaten van hCG-bloedtests). **[Aanbeveling 25]**

Abortus en de grondwet

Ten slotte heeft het Wetenschappelijk Comité, gelet op verwerping van een grondwettelijk recht op abortus in de Verenigde Staten, het vraagstuk van een grondwettelijke verankering van een recht op vrijwillige abortus in België overwogen. Het stelt vast dat de bescherming van de toegang tot abortus onder het huidige recht op eerbiediging van het privéleven in artikel 22 Gw. reeds aanwezig lijkt, doch eerder onzeker is naar draagwijdte. Artikel 22 Gw. verwijst terug naar de wetgever, die invulling geeft aan dit recht en de uitzonderingen daarop bepaalt. De uiteindelijke overeenstemming van abortuswetgeving met een grondwettelijk recht op eerbiediging van het privéleven van de vrouw zal afhangen van een grondwettelijke toets door het Grondwettelijk Hof. **Het Wetenschappelijk Comité acht een explicietere grondwettelijke verankering van het recht op abortus mogelijk, doch geeft aan dat, afhankelijk van de gekozen formulering, dat recht eveneens in meerdere of mindere mate onderhevig kan zijn aan juridische en politieke inmenging.** Het beveelt aan

Confidentialité de soins relatifs à l'avortement

Dans le contexte de digitalisation et de circulation automatisée des données de santé, la confidentialité des procédures d'avortement et des soins connexes pour les patientes qui le souhaitent est devenue problématique. L'INAMI semble bien sensibilisée à ce problème (qui touche aussi d'autres domaines sensibles des données de santé) mais il n'existe pas de mesure appropriée déjà implémentée pour le résoudre.

Le Comité scientifique recommande de développer en priorité les procédures nécessaires pour garantir cette confidentialité quand elle est souhaitée par les femmes ou les couples. Ces procédures devraient permettre aux patientes de décider au cas par cas quel professionnel de la santé a accès aux données de son dossier (dossier d'assurance maladie, dossier médical général numérisé, dossier hospitalier, dossier pharmaceutique, données de biologie clinique et informations transmises au généraliste). **[Recommandation n°25]**

Dans le cas où des solutions satisfaisantes en termes de garanties de la confidentialité du dossier ne seraient pas obtenues, le Comité scientifique suggère, nonobstant la loi « qualité », de permettre de conserver les dossiers relatifs à l'intervention d'avortement et aux soins connexes uniquement localement, que ce soit dans un dossier papier ou un dossier informatique local, et qui sera partagé avec les professionnels de santé si nécessaire. **[Recommandation n°25]**

Cette confidentialité comporte des volets aux ramifications multiples, comme les prescriptions de médicaments spécifiques, les remboursements de prestations médicales par l'assurance maladie, ou les analyses qui devraient n'être visibles et accessibles uniquement par le médecin prescripteur (par exemple, les résultats des tests sanguins hCG). **[Recommandation n°25]**

Droit à l'avortement et Constitution

Enfin, face à la suppression du droit constitutionnel à l'avortement aux États-Unis, le Comité scientifique s'est penché sur la question d'une consécration constitutionnelle d'un droit à l'avortement volontaire en Belgique. Le Comité note que la protection de l'accès à l'avortement en vertu de l'actuel droit au respect de la vie privée prévu à l'article 22 de la Constitution semble déjà présente, mais est plutôt incertain quant à sa portée. L'article 22 renvoie au législateur, en charge de donner corps à ce droit et à ses exceptions. En ce sens, la conformité finale de la législation sur l'avortement au regard du droit constitutionnel au respect de la vie privée de la femme dépendra toujours d'un contrôle par la Cour constitutionnelle. **Le Comité scientifique considère qu'une constitution plus explicite sur le droit à l'avortement est possible, mais indique que, selon la formulation choisie, ce droit peut encore faire l'objet d'ingérences juridiques et politiques plus ou moins importantes.** Le Comité appelle, indépendamment d'une éventuelle inscription constitutionnelle du droit à

om, ongeacht een potentiële grondwettelijke verankering van het recht op abortus, een maatschappelijk debat te behouden over en waakzaam te blijven voor ontwikkelingen in de context van reproductieve en seksuele rechten. **[Aanbeveling 12]**

Conclusie

Al eeuwenlang worden vrouwen geconfronteerd met de gevolgen van ongewenste zwangerschappen, veelal alleen en met gevaar voor hun gezondheid of eigen leven, en dit in een voornamelijk door mannen meedogenloos bestuurde wereld. Deze realiteit evolueerde wereldwijd, in Europa en in België vanaf het einde van de 19e eeuw, onder impuls van feministische bewegingen. De Peers-affaire betekende een keerpunt voor ons en maakte de weg vrij voor toegang tot veilige zwangerschapsafbreking zonder winstoogmerk, wat werd bekrachtigd door de Lallemand-Michielsen-wet van 1990. Hierbij werden beperkingen en procedures ingevoerd (waarvan sommigen werden opgeheven tijdens de herziening van 2018) die niet langer overeenstemmen met de opvattingen in de huidige samenleving, noch met de plaats die vrouwen innemen, noch met de wetenschappelijke vooruitgang, de medische praktijk, en de ervaring die gedurende meer dan drie decennia werd opgedaan. Om die redenen beveelt dit rapport aan de wet te herzien, op een manier die meer ruimte voor de autonomie van de vrouw inhoudt; een aanbeveling die het Wetenschappelijk Comité eerbiedig voorlegt aan de vertegenwoordigers van de natie aan wie de besluitvorming toekomt. De voorstellen die hier zijn opgenomen moeten geen angst opwekken voor een banalisering van abortus in onze samenleving, voornamelijk omwille van wat Simone Veil voor het Franse parlement heeft gezegd tijdens de debatten aangaande de wet van 1975: “Je voudrais tout d’abord vous faire partager une conviction de femme - je m’excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d’hommes: aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l’avortement. Il suffit d’écouter les femmes.”

l’avortement, à maintenir un débat citoyen et à rester vigilant quant aux évolutions liées aux droits reproductifs et sexuels. **[Recommandation n°12]**

En conclusion

Depuis des siècles, les femmes ont été confrontées, souvent seules et au péril de leur santé, voire de leur vie, aux conséquences de grossesses non désirées, et ce dans un monde souvent impitoyable régenté par les hommes. Cette réalité a évolué dans le monde, en Europe et en Belgique à partir de la fin du 19^{ème} siècle sous l’impulsion des mouvements féministes. L’affaire Peers a marqué chez nous un tournant, ouvrant la voie à un accès à l’interruption de grossesse sûre et sans esprit de lucre, ce qu’a consacré la loi Lallemand-Michielsen de 1990. Celle-ci a maintenu des contraintes et des procédures, partiellement levées lors de la révision de 2018, qui ne correspondent plus ni à l’état d’esprit de la société d’aujourd’hui, ni à la place qu’y occupent les femmes, ni aux avancées de la science, de la pratique médicale, ou de l’expérience accumulée depuis plus de trois décennies. C’est pourquoi la révision de la loi est recommandée dans le présent rapport, dans le sens d’une plus grande place laissée à l’autonomie des femmes, rapport que le Comité scientifique remet respectueusement aux représentants de la nation à qui il revient de trancher. Les propositions reprises ici ne doivent pas faire craindre une banalisation de l’avortement dans notre société, essentiellement par ce qu’en avait déjà dit en son temps Simone Veil devant le parlement français lors de la discussion de la loi de 1975 «Je voudrais tout d’abord vous faire partager une conviction de femme — je m’excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d’hommes : aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l’avortement. Il suffit d’écouter les femmes».

Dankwoord

Het Wetenschappelijk Comité dankt de leden van de “Vivaldi”-meerderheid voor het in haar gestelde vertrouwen en het feit dat zij het werk en de reflecties vrij heeft kunnen organiseren. De tijd en middelen die aan dit project zijn besteed, ook al vormden ze soms een onvermijdelijke beperking, hebben ertoe bijgedragen dat dit rapport in volledige autonomie en op een serene manier is opgesteld.

Het Wetenschappelijk Comité wenst de niet aflatende logistieke steun van de VLIR en haar secretaris-generaal, de heer Koen Verlaeckt, met oog op een goede organisatie van de werkzaamheden, te benadrukken. Zij worden hartelijk bedankt.

Dank moet ook worden gericht aan alle mensen die hebben deelgenomen aan het werk en die tijd hebben besteed en inspanningen hebben geleverd aan het voeren van dit proces, waaronder de leden van het wetenschappelijk comité en de werkgroepen, en de deskundigen die tijdens hoorzittingen zijn gehoord.

De som van al deze inspanningen heeft het mogelijk gemaakt om dit rapport te schrijven, waarvan we hopen dat het zal beantwoorden aan de vragen van de leden van de federale meerderheid en dat het nuttig zal zijn om de zorg bij verzoeken tot zwangerschapsafbreking in ons land te verbeteren. Het Wetenschappelijk Comité hoopt, ongeacht de hem toevertrouwde opdracht, dat dit rapport een zo betrouwbaar mogelijke weergave is – hoewel geenszins exhaustief - van de realiteit in de praktijk, maar ook dat het analysesleutels biedt, enerzijds door rekening te houden met eerder werk en de huidige kennis, en anderzijds door nieuwe perspectieven te bieden. Het Comité richt zicht tot het Federaal Parlement wat betreft de appreciatie van de situaties en analyses die in dit rapport worden beschreven, alsook van de aanbevelingen die op basis daarvan werden geformuleerd.

Remerciements

Le Comité scientifique remercie les mandants de la majorité «Vivaldi» pour la confiance qui lui a été accordée et qui lui a permis d'organiser librement le travail et les réflexions. Le temps et les moyens dédiés à ce projet, même s'ils ont constitué parfois une limitation inévitable, ont contribué à élaborer le présent rapport en toute autonomie et de manière sereine.

Le Comité scientifique entend souligner le soutien logistique sans faille apporté par le VLIR et par son secrétaire général, Monsieur Koen Verlaeckt, à la bonne organisation des travaux. Qu'ils en soient chaleureusement remerciés.

Des remerciements doivent aussi être adressés à toutes les personnes ayant pris part aux travaux, qu'il s'agisse des membres du Comité scientifique, des groupes de travail ou des experts entendus lors d'auditions, et qui ont consacré du temps et du travail à nourrir le processus.

La somme de ces énergies a permis la rédaction du présent rapport, dont nous espérons qu'il répondra aux demandes émises par les membres de la majorité fédérale et qu'il sera utile pour améliorer la prise en charge des demandes d'interruption de grossesse dans notre pays. Le Comité scientifique a souhaité, outre la mission qui lui a été attribuée, que ce rapport soit un reflet aussi fidèle que possible – quoique nullement exhaustif – des réalités de terrain, mais aussi qu'il propose des clés d'analyse, à la fois en tenant compte de travaux antérieurs et de l'état des connaissances et à la fois en offrant des perspectives nouvelles. Le Comité s'en remet au Parlement fédéral pour apprécier les situations et les analyses détaillées dans ce rapport ainsi que les recommandations qui ont été formulées sur cette base.

Aanbevelingen

Aanbevelingen aangaande de Wet betreffende de Vrijwillige Zwangerschapsafbreking (Wet VZA)

1. Erkennen van abortus als gezondheidszorg

Erken vrijwillige zwangerschapsafbreking expliciet als gezondheidszorg. Dit sluit de mogelijkheid niet uit om abortus als een bijzondere vorm van gezondheidszorg te reguleren in de Wet betreffende de Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, noch om bepaalde schendingen van die wet te bestraffen, indien de wetgever een dergelijke regulering passend en noodzakelijk acht.

2. Verplichte wachttijd

Verwijder de verplichte wachttijd van zes dagen uit de wet. Er worden twee opties voor hervorming voorgesteld:

- a) Schrap elke verwijzing naar een verplichte wachttijd.
- b) Voer een verplichting in om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren op de kalenderdag van de eerste raadpleging.

In beide scenario's acht het Wetenschappelijk Comité het tevens van belang dat de vrouw de mogelijkheid wordt aangeboden om de eerste consultatie op afstand te laten plaatsvinden (bijvoorbeeld in geval van specifieke verplaatsingsproblemen).

De eerste optie met betrekking tot de volledige afschaffing van de wachttijd krijgt de voorkeur van het Wetenschappelijk Comité.

In beide scenario's worden beroepsbeoefenaren aangemoedigd om, bij wijze van kwalitatieve zorg, een op de zwangere vrouw afgestemde beslissings- en voorbereidingstermijn te waarborgen. Zoals reeds wordt gewaarborgd door de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, door de algemene gezondheidswetgeving en door deontologische beginselen, blijven beroepsbeoefenaren verplicht om patiënten naar behoren te informeren, geïnformeerde toestemming te verkrijgen en zich te vergewissen van hun "vaste wil".

In de context waarin om abortus wordt verzocht op grond van een ernstige medische aandoening, wordt het advies van een multidisciplinair team en het betrekken van een in de hoofdaandoening gespecialiseerde arts, beschouwd als bijkomende waarborgen voor bewuste besluitvorming (zie aanbeveling nr. 8).

Recommandations

Recommandations concernant la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse

1. Reconnaissance de l'avortement comme soin de santé

Reconnaître explicitement l'interruption volontaire de grossesse en tant que soin de santé. Ceci n'exclut en rien la possibilité de soumettre l'avortement à réglementation en tant que forme spécifique de soin de santé dans la Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse, ni de sanctionner le non-respect de cette loi, si le législateur estime appropriée et nécessaire ce type de réglementation.

2. Délai d'attente obligatoire

Supprimer le délai d'attente de six jours de la loi. Deux options de réforme légale sont proposées :

- a) Supprimer toute référence à un délai obligatoire.
- b) Instaurer une obligation de ne pas effectuer l'interruption le même jour calendrier que la première consultation.

Dans les deux cas, le Comité scientifique estime également qu'il est important d'offrir la possibilité d'une consultation initiale à distance (par exemple en cas de difficultés spécifiques de déplacement).

La première option concernant la suppression de toute référence à un délai obligatoire est celle qui a la préférence du Comité scientifique.

Dans les deux scénarios, les professionnels du secteur sont encouragés, à des fins de qualité des soins, à conserver un temps dédié à la prise de décision et à la préparation, qui soit établi au cas par cas pour chaque femme enceinte. Ainsi que le garantissent déjà la Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et l'ensemble des lois sur la santé et les principes déontologiques, les professionnels demeurent tenus de dûment informer les patients, d'obtenir leur consentement éclairé et de s'assurer de leur volonté ferme.

Dans le contexte d'une demande d'avortement pour raison médicale grave, l'avis d'une équipe multidisciplinaire et l'implication d'un médecin spécialisé dans la pathologie principale sont considérés comme des garanties supplémentaires de prise de décision éclairée (voir recommandation n° 8).

3. Informatieverplichtingen

Hanteer de in de Wet Patiëntenrechten verankerde informatieverplichtingen om het proces van geïnformeerde toestemming van de patiënt voor de ingreep te waarborgen (deze omvatten onder meer informatie over het doel, de aard, de mate van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante contra-indicaties, bijwerkingen en risico's van de ingreep, de nazorg, mogelijke alternatieven en de financiële consequenties).

Schrap de specifieke wettelijke verplichting om elke patiënt die om een zwangerschapsafbreking verzoekt te informeren over adoptie en de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind. Schrap tevens de plicht om de vrouw vóór de abortus te informeren over “over de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen”. Bied geïndividualiseerde informatie aan, afhankelijk van de specifieke context van het verzoek om abortus en het belang van de patiënt.

Handhaaf de plicht om te informeren over anticonceptie met het oog op preventie, en behoud de plicht, indien dit voor de zwangere vrouw in kwestie relevant wordt geacht, informatie te verstrekken over “de hulp en het advies over de middelen waarop zij kan terugvallen om de psychologische en sociale problemen die door haar toestand zijn ontstaan, op te lossen”.

4. Toestemming/vertegenwoordiging van minderjarigen

Machtig zorgverleners uitdrukkelijk om een abortus uit te voeren na een verzoek van een minderjarige die tot een redelijk oordeel van zijn belangen in staat is, zonder de ouders te informeren en/of om hun toestemming te vragen.

Deze machtiging gaat gepaard met een *good practice* richtlijn voor zorgverleners die erin bestaat rekening te houden met het belang van de minderjarige om niet alleen de procedure niet alleen te moeten doormaken, door deze aan te moedigen om een ouder, partner of vertrouwenspersoon in volledige confidentialiteit te betrekken en om de continuïteit van de opvolging van de minderjarige ook na de zwangerschapsafbreking te waarborgen.

5. Wettelijke mogelijkheid tot zwangerschapsonderbreking bij ernstige medische aandoeningen

Behoud de wettelijke mogelijkheid tot zwangerschapsafbreking bij ernstige medische aandoeningen, ongeacht de zwangerschapsduur, zoals thans wordt gewaarborgd door de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking.

3. Obligations en matière d'information

Appliquer les obligations en matière d'information inscrites dans la Loi relative aux droits du patient afin de garantir le consentement éclairé du patient à l'égard de l'intervention (il s'agit notamment d'informations sur le but, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications pertinentes pour le patient, les effets secondaires et les risques de l'intervention, le suivi, les alternatives possibles et les conséquences financières).

Supprimer l'obligation légale spécifique d'informer toute patiente demandant une interruption de grossesse sur l'adoption et les différentes “possibilités d'accueil” de l'enfant. Supprimer également l'obligation d'informer la femme avant l'avortement sur “les droits, aides et avantages garantis par la loi et les décrets aux familles, aux mères célibataires ou non, et à leurs enfants”. Fournir des informations individualisées et adaptées au contexte particulier de la demande d'avortement et à l'intérêt supérieur de la patiente.

Maintenir l'obligation d'informer sur la contraception à des fins de prévention et maintenir l'obligation, si elle est jugée pertinente pour la femme enceinte, d'accorder à elle « une assistance et des conseils sur les moyens auxquels elle peut avoir recours pour résoudre les problèmes psychologiques et sociaux posés par sa situation.

4. Consentement/représentation des mineurs d'âge

Autoriser explicitement au personnel soignant à pratiquer un avortement à la suite d'une demande émanant d'une mineure capable de jugement quant à ses propres intérêts, sans informer les parents et/ou demander leur consentement.

Cette autorisation s'accompagne d'une recommandation de bonne pratique pour les professionnels de la santé consistant à prendre en compte les intérêts du mineur à ne pas être seule à affronter l'épreuve, en l'incitant à impliquer, si ce n'est un parent ou le partenaire, une autre personne de confiance en toute confidentialité et à s'assurer de la continuité du suivi du mineur également après l'interruption de grossesse.

5. Possibilité légale d'interruption de grossesse pour des raisons médicales graves

Conserver la possibilité légale d'interrompre une grossesse pour des raisons médicales graves, quel que soit l'âge de la grossesse, comme le garantit actuellement la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse.

6. Niveau van zekerheid van ernstige foetale aandoening

Vervang de “zekerheid” van de uiterst ernstige en ongeneeslijke aandoening van het kind dat geboren zal worden door een (hoog-) risiconorm. Verschillende opties werden geschikt geacht, waaronder “(zeer) hoog risico”/ “substantieel risico”/ “aanzienlijk risico”/ “grote waarschijnlijkheid”.

Stel geen lijst op van ernstige medische aandoeningen die in aanmerking kunnen komen voor een rechtmatige zwangerschapsafbreking.

7. Abortus op grond van gezondheidsrisico voor de zwangere vrouw

Verduidelijk dat het ernstig gevaar voor de ‘gezondheid’ van de zwangere vrouw ook de mentale gezondheid omvat.

Voorbeeld van formulering:

“Een zwangerschap kan worden afgebroken ... wanneer dit gepast wordt geacht gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere vrouw.”

8. Besluitvormingsproces inzake zwangerschapsafbreking op grond van een ernstige medische aandoening

Betrek een tweede arts, gespecialiseerd in de aandoening van de vrouw/foetus, bij de *counseling* en de besluitvorming.

Installeer een ad-hoc raadgevend multidisciplinair overleg voordat de zwangerschap op grond van een ernstige medische aandoening wordt afgebroken, zonder het multidisciplinaire team met de uiteindelijke beslissing te belasten. De raadpleging van het multidisciplinaire team is niet verplicht in het geval van een medische noodsituatie.

Erken de inspraak van de zwangere vrouw in dit proces, die haar zorgen en wensen kenbaar moet kunnen maken en betrokken dient te worden in een gedeeld besluitvormingsproces met de artsen.

Voorbeeld van formulering:

“Een zwangerschap kan worden afgebroken, ongeacht de zwangerschapsduur, wanneer de verantwoordelijke arts en een tweede arts die gespecialiseerd is in de belangrijkste aandoening waaraan de vrouw/kind zal lijden, na de zwangere vrouw te hebben gehoord en een multidisciplinair team te hebben geraadpleegd, tot de conclusie komen dat [dit gepast is gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere

6. Degré de certitude des affections fœtales sévères

Remplacer la “certitude” de l'état particulièrement grave et incurable de l'enfant à naître par la notion de risque (élevé). Plusieurs options ont été jugées adéquates, notamment “risque (très) élevé” / “risque substantiel” / “risque significatif” / “probabilité élevée”.

Ne pas dresser de liste des affections médicales sévères pouvant donner lieu à une interruption légale de grossesse.

7. Avortement pour cause de mise en péril grave de la santé de la femme enceinte

Préciser que la mise en péril grave de la ‘santé’ de la femme enceinte inclut la santé mentale.

Exemple de formulation :

“Une grossesse peut être interrompue (...) lorsque cette mesure est jugée appropriée en raison d'un péril grave pour la santé physique et/ou mentale de la femme enceinte..”

8. Processus décisionnel au sujet de l'interruption de grossesse pour cause d'affection médicale sévère et incurable

Inclure dans le conseil et la prise de décision un deuxième médecin spécialisé dans l'affection de la femme/du fœtus.

Instaurer une concertation pluridisciplinaire consultative ad hoc avant de procéder à l'interruption de grossesse pour cause d'affection médicale sévère, sans pour autant confier la décision finale à l'équipe pluridisciplinaire. La consultation de l'équipe multidisciplinaire ne doit pas être obligatoire en cas d'urgence médicale.

Reconnaître le rôle actif de la femme enceinte dans ce processus, qui doit pouvoir exprimer ses préoccupations et ses souhaits et prendre part au processus de décision avec les médecins.

Exemple de formulation :

“Une grossesse peut être interrompue, quel que soit l'âge gestationnel, lorsque le médecin responsable et un second médecin spécialisé dans l'affection principale dont souffre la femme/l'enfant à naître, après avoir entendu la femme enceinte et consulté une équipe pluridisciplinaire, concluent que [cela est appropriée étant donné un péril grave pour la santé physique et/ou mentale de la femme enceinte ou un risque substantiel que l'enfant à naître souffre d'une affection particulièrement grave considérée comme incurable au moment du

vrouw of op een substantieel risico dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een bijzonder ernstige aandoening die op het moment van de diagnose als ongeneeslijk wordt beschouwd]. De betrokken artsen en het multidisciplinaire team houden rekening met de stand van de medische kennis de professionele normen en de deontologie. Het voornoemde besluitvormingsproces hoeft niet te worden gevolgd indien er voor de zwangere vrouw een dringende medische reden bestaat om de zwangerschapsafbreking te bespoedigen.”

9. Strafsancties

Decriminaliseer uitdrukkelijk de zwangere vrouw die een vrijwillige abortus ondergaat of zelf uitvoert in strijd met de wet.

Verkiez abortus-specifieke sancties in de Wet Vrijwillige Zwangerschap boven de toepassing van algemene misdrijven voor abortusverstrekkers die de wettelijke voorwaarden overtreden. Een diversificatie van de sancties naargelang de aard en ernst van de wettelijke beperking is aanbevolen.

10. Maximumtermijn voor abortus op verzoek

Verleng de huidige maximumtermijn voor abortus op verzoek.

Een verlenging tot 22 weken post-conceptie (24 WA) wordt door de betrokken werkgroep breed gesteund, terwijl een verlenging tot 20 weken post-conceptie (22 WA) tevens adequaat wordt geacht. Een lid van de werkgroep acht een 18-weken termijn adequaat en stelt dat deze niet zou mogen worden overschreden.

Deze werkzaamheden resulteerden in een consensusaanbeveling van het Wetenschappelijk Comité (en van werkgroep 3) om de huidige maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek van de vrouw te verlengen tot minimum 18 weken PC (20 WA). De opvattingen in het Wetenschappelijk Comité zijn verdeeld wat betreft de maximum zwangerschapstermijn; sommigen verkiezen 18 weken PC (WA), anderen verkiezen 20 weken PC (22 WA).

De optie van een verlenging voorbij 20 weken PC (22 weken WA) werd, na overweging van uiteenlopende medische en ethische argumenten, niet breed gesteund door het Wetenschappelijk Comité

diagnostic]. Les médecins impliqués et l'équipe multidisciplinaire tiennent compte de l'état des connaissances médicales, des normes professionnelles et de la déontologie. Le processus décisionnel susmentionné ne doit pas être suivi s'il existe une raison médicale urgente pour la femme enceinte d'avancer l'interruption de grossesse.”

9. Sanctions pénales

Décriminaliser explicitement l'obtention ou la pratique par une femme enceinte d'une interruption volontaire de grossesse en violation de la loi.

Préférer des sanctions spécifiques à l'avortement dans la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse plutôt que l'application d'infractions pénales générales pour les praticiens de l'avortement qui enfreindraient les termes de la loi. Une diversification des sanctions selon la nature et la sévérité des limitations légales est recommandée.

10. Âge gestationnel maximal pour les interruptions volontaires de grossesse

Prolonger la limite gestationnelle maximale actuelle de l'avortement à la demande.

Une extension à 22 semaines post-conception (24 SA) est largement soutenue par le groupe de travail, tandis qu'une extension à 20 semaines post-conception (22 SA) est également jugée adéquate. Un membre du groupe de travail estimait que la limite de 18 semaines était adéquate et ne devait pas être dépassée.

Il ressort de ce travail une recommandation consensuelle du Comité scientifique (et du groupe de travail 3) de prolonger la limite gestationnelle maximale actuelle de l'avortement à la demande de la femme, au minimum jusqu'à 18 semaines PC (20 SA). Les avis au sein du comité scientifique sont partagés en ce qui concerne l'âge gestationnel limite, pour certains membres jusqu'à 18 semaines PC (20 SA), pour d'autres jusqu'à 20 semaines PC (22 SA).

L'option d'une prolongation au-delà de 20 semaines PC (22 semaines WA) n'a pas été largement soutenue par le Comité Scientifique après examen de divers arguments médicaux et éthiques.

Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om de huidige 12-wekentermijn te verlengen en alle abortussen die plaatsvinden voor de verlengde termijn aan éénzelfde juridische procedure te onderwerpen. Het huidige juridisch kader voor abortus op verzoek is daarbij van toepassing, met inachtneming van de in deze lijst aanbevolen wetswijzigingen. Een andere overwogen optie is om specifieke bepalingen aangaande het zorgtraject voor abortus in het tweede trimester in de wet op te nemen, al was dit niet de voorkeursoptie van het Wetenschappelijk Comité.

Deze uitbreiding kan volgens het Wetenschappelijk Comité slechts doorgevoerd worden op voorwaarde van de oprichting van bijzondere faciliteiten voor de afbreking van zwangerschappen van meer dan 12 weken na de bevruchting, waar gespecialiseerde multidisciplinaire teams en onmisbare infrastructuur aanwezig zijn (zie aanbeveling 15).

11. Structuur en terminologie van de wet

Verbeter de algemene structuur van de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking.

Situeer de regeling met betrekking tot zwangerschapsafbreking op grond van een ernstige medische aandoening in een apart artikel in de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking om de leesbaarheid te vergroten.

Herzie de in de abortuswet gebruikte terminologie. Vermijd gedateerde formuleringen en taalinconsistenties, en hanteer genderneutrale bewoordingen.

Om verwarring over de berekening van de zwangerschapsduur te voorkomen, overweeg om zowel de zwangerschapsduur na de bevruchting als de zwangerschapsduur bij obstetrische echografie (WA) te vermelden in de wetgeving die betrekking heeft op zwangerschapsafbreking en doodgeboorte.

12. Abortus en de grondwet

Het Wetenschappelijk Comité acht een explicietere grondwettelijke verankering van het recht op abortus mogelijk, doch geeft aan dat, afhankelijk van de gekozen formulering, dat recht eveneens in meerdere of mindere mate onderhevig kan zijn aan juridische en politieke inmenging. Het beveelt aan om, ongeacht een potentiële grondwettelijke verankering van het recht op abortus, een maatschappelijk debat te behouden over en waakzaam te blijven voor ontwikkelingen in de context van reproductieve en seksuele rechten.

Le Comité scientifique recommande de prolonger la durée actuelle de 12 semaines post-conception et de soumettre tous les avortements qui ont lieu avant le terme nouvellement établi à la même procédure légale. Le cadre juridique actuel de l'avortement sur demande s'appliquera, sous réserve des modifications législatives recommandées dans cette liste. Une autre option envisagée est d'introduire dans la loi des dispositions spécifiques concernant la trajectoire de soins pour l'avortement du deuxième trimestre, bien que cette option n'ait pas été retenue par le comité scientifique.

Selon le Comité Scientifique, cette extension ne peut être implémentée qu'à la condition que soient mises en place des structures spécifiques pour les interruptions de grossesse de plus de 12 semaines post-conception, avec la présence d'équipes pluridisciplinaires spécialisées et des infrastructures indispensables (voir recommandation 15).

11. Structure et terminologie de la loi

Améliorer la structure générale de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse.

Placer la réglementation relative à l'interruption de grossesse pour motif médical grave dans un article distinct de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse afin de renforcer la lisibilité.

Réviser la terminologie utilisée dans la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. Éviter les formulations datées et les incohérences linguistiques et favoriser les formulations neutres du point de vue du genre.

Afin d'éviter toute ambiguïté quant au calcul de l'âge gestationnel, envisager d'inclure l'âge gestationnel en semaines post-conception et en semaines d'aménorrhée selon l'échographie obstétricale (SA) dans la législation traitant de l'interruption de grossesse et des fausses couches.

12. L'avortement et la Constitution

Le Comité scientifique considère qu'une constitution plus explicite sur le droit à l'avortement est possible, mais indique que, selon la formulation choisie, ce droit peut encore faire l'objet d'ingérences juridiques et politiques plus ou moins importantes. Le Comité appelle, indépendamment d'une éventuelle inscription constitutionnelle du droit à l'avortement, à maintenir un débat citoyen et à rester vigilant quant aux évolutions liées aux droits reproductifs et sexuels.

Aanbevelingen aangaande bredere abortusbeleid en –praktijk

13. Anticonceptie en preventie

Versterk de huidige voorzieningen met betrekking tot anticonceptie als middel ter preventie van ongewenste zwangerschappen.

Bespreek anticonceptie tijdens de consultatie als preventiemaatregel.

Breid de terugbetaling van anticonceptie uit na 25 jaar, in het bijzonder voor langwerkende anticonceptie.

Faciliteer het gebruik van langwerkende anticonceptiemiddelen door gratis inbrenging na de abortusprocedure, en gratis inbrenging van IUD als noodanticonceptie.

Pas de resolutie van de Senaat toe die gericht is op de verstrekking van noodanticonceptie door instanties die belast zijn met de opvang, voorlichting en begeleiding van personen in het kader van hun affectieve en seksuele relaties (*Parl.St.* Senaat. nr. 7-81/7).

14. Opleiding en beschikbaarheid van abortusverstrekkers

Pak het huidige tekort aan abortusverstrekkers aan.

Neem een gemeenschappelijke kennisbasis voor abortus op als verplichte basis voor elke student in de geneeskundige opleiding (met inbegrip van kennis over de geschiedenis en psychosociale context van abortus, juridische en volksgezondheids-overwegingen en algemene gegevens over abortus in België).

Ontwikkel financiële prikkels om de aantrekkelijkheid voor abortusverstrekkers te vergroten.

Ontwikkel nieuwe faciliteiten met zorgverleners opgeleid in abortus in het tweede trimester in geval van een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek.

Neem beoefenaars met een reeds bestaande deskundigheid en ervaring op het gebied van abortus in het tweede trimester in dienst en stimuleer het volgen van opleidingen in het buitenland om de nodige deskundigheid te bewerkstelligen.

Recommandations concernant les principes généraux gouvernant l'avortement et sa pratique

13. Contraception et prévention

Renforcer les dispositions actuelles sur la contraception comme moyen de prévenir les grossesses non désirées.

Discuter de la contraception pendant la consultation préalable à un avortement, en tant que mesure préventive.

Étendre le remboursement de la contraception au-delà de 25 ans, en particulier pour les contraceptifs à longue durée d'action (LARC).

Faciliter l'utilisation de contraceptifs à longue durée d'action en proposant la pose gratuite après les procédures d'avortement, et la pose gratuite de dispositifs intra-utérins comme contraception d'urgence.

Appuyer la résolution du Sénat visant la dispensation de la contraception d'urgence par les organismes chargés de l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes dans le cadre de la vie affective et sexuelle (*Doc.Parl.* Sénat n° 7-81/7).

14. Formation et disponibilité des praticiens de santé pratiquant l'avortement

Remédier à la pénurie actuelle de prestataires de services d'avortement.

Adopter un socle commun de connaissances sur l'avortement comme base obligatoire pour tout étudiant en médecine (comprenant des connaissances sur l'histoire et le contexte psycho-social de l'avortement, des considérations juridiques et de santé publique et des données générales sur l'avortement en Belgique).

Mettre en place des incitants financiers pour augmenter l'attractivité à l'égard des prestataires de services d'avortement.

Mettre en place de nouvelles structures médicales avec des praticiens de santé formés à l'avortement du deuxième trimestre en cas d'allongement de la durée maximale de grossesse pour l'avortement à la demande.

Employer des praticiens ayant une expertise et une expérience préexistantes en matière d'avortement du deuxième trimestre et encourager la formation à l'étranger pour acquérir l'expertise nécessaire.

15. Abortusvoorzieningen en hun respectieve opdrachten

Faciliteiten eerste trimester

Handhaaf de bestaande ambulante abortuscentra en de huidige opdrachten die zij vervullen (abortuszorg, preventie van ongewenste zwangerschappen, screening op seksueel overdraagbare aandoeningen, andere vormen van zorg).

Faciliteer sedatie in ambulante abortuscentra op voorwaarde dat aan structurele criteria wordt voldaan. De certificeringsvoorwaarden zouden kunnen bestaan in een bepaald minimumaantal abortusprocedures per jaar in het centrum, noodzakelijke opleiding van de teamleden, aanwezigheid van specifiek medisch materiaal, aanwezigheid van een zorgverlener die enkel verantwoordelijk is voor de sedatie, etc..

Faciliteiten tweede trimester

In geval van een uitgebreide abortustermijn: installeer nieuwe afdelingen die hoofdzakelijk gewijd zijn aan abortus vanaf 12 weken na de bevruchting (14 WA), hetzij in centra die grenzen aan een ziekenhuis, hetzij als nieuwe ziekenhuisafdelingen. Deze voorwaarde is ingegeven door de mogelijkheid om in een gespecialiseerde afdeling zwaardere apparatuur, algemene anesthesie en de mogelijkheid tot nachtverblijf aan te bieden. Vereiste maatstaven voor faciliteiten voor abortus in het tweede trimester omvatten tevens de confidentialiteit en de deskundigheid op het gebied van abortuszorg, geleverd door een multidisciplinair team, op psychosociaal (psycholoog, maatschappelijk werker) en medisch niveau (gynaecoloog of huisarts gevormd in het uitvoeren van tweede trimester abortus, anesthesist, verpleegkundige, vroedkundige...). Andere belangrijke elementen zijn een nauwe samenwerking met de ziekenhuizen en de mogelijkheid van snelle transfer in geval van complicaties.

Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om bijzondere faciliteiten op te richten en onder ministerieel toezicht te plaatsen. Op basis van de geraamde volumes worden drie voorzieningen aanbevolen. De spreiding van de faciliteiten moet evenwichtig zijn gelet op territoriale dekking en kwantitatieve noden, met het oog op toegankelijkheid. De zorg moet in de mate van het mogelijke gecentraliseerd worden om een gepaste *case load* te verzekeren en te waarborgen dat de bijzondere centra hun expertise kunnen behouden en verdiepen.

De organisatie en spreiding van abortuscentra dient op regelmatige tijdstippen geëvalueerd te worden, bijvoorbeeld door de Nationale Evaluatie Commissie, en waar nodig, bijgestuurd.

15. Etablissements pratiquant l'avortement et leurs missions respectives

Centres d'avortement du premier trimestre

Maintenir les centres d'avortement extrahospitaliers existants ainsi que leurs missions actuelles (soins relatifs à l'avortement, prévention des grossesses non désirées, dépistage d'affections sexuellement transmissibles, autres formes de soins).

Faciliter les possibilités de sédation légère dans les centres d'avortement extrahospitaliers, à condition que des critères structurels soient respectés. Les critères de certification pourraient inclure l'exercice d'un nombre minimum de procédures d'avortement par an dans le centre, la formation nécessaire des membres de l'équipe, la présence d'équipements médicaux spécifiques, la présence d'un prestataire de soin exclusivement en charge de la sédation, etc.

Centres d'avortement du deuxième trimestre

En cas d'allongement de l'âge gestationnel maximal pour un avortement, mettre en place de nouveaux établissements spécifiquement dédiés à l'avortement à partir de 12 semaines post-conception (14 SA), soit dans des centres adjacents à un hôpital, soit dans de nouvelles unités hospitalières. Cette condition est motivée par la possibilité d'offrir un équipement plus lourd, des anesthésies générales et la possibilité de passer la nuit dans un service spécialisé. Les critères de qualité requis pour les établissements pratiquant l'avortement au deuxième trimestre comprennent également des conditions de confidentialité et un niveau d'expertise des soins liés à l'avortement fournis par une équipe multidisciplinaire, au niveau psychosocial (psychologue, assistant social) et médical (gynécologue ou médecin généraliste formé à l'interruption du second trimestre, anesthésiste, infirmière, sage-femme...). La coopération étroite avec les hôpitaux et la possibilité d'un transfert rapide en cas de complications constituent d'autres critères importants.

Le Comité scientifique préconise de créer des établissements spécifiques, sous responsabilité ministérielle. Sur la base des volumes estimés, un nombre de trois établissements est recommandé. La répartition des infrastructures doit être équilibrée en tenant compte de la couverture territoriale et des besoins quantitatifs, dans un souci d'accessibilité. Les soins doivent être centralisés dans la mesure du possible afin de garantir une charge de travail appropriée et de faire en sorte que ces centres spécialisés puissent maintenir et approfondir leur expertise.

L'organisation et la répartition des centres d'avortement doivent être évaluées à intervalles réguliers, par exemple par la Commission Nationale d'Évaluation, et, le cas échéant, adaptées.

16. Kwalificaties van abortusverstrekkers

Leg vast welke kwalificaties nodig zijn om zwangerschapsafbrekingen veilig uit te voeren (zwangerschapsduur/gebruikte methoden).

Identificeer activiteiten waarbij men kan overwegen andere gezondheidswerkers dan artsen te betrekken bij de dienstverlening (bijvoorbeeld vroedvrouwen, verpleegkundigen, enz.), met name bij medicamenteuze abortus in het eerste trimester, ter aanvulling van de bestaande teams die een tekort aan abortusartsen hebben. Het betrekken van andere gezondheidszorgbeoefenaars impliceert een aangepaste opleiding en een wetwijziging.

17. Abortusdiensten op afstand en *self-managed* abortus

Bied abortuszorg op afstand aan aan patiënten die daaraan de voorkeur geven. Bied psychosociale consultatie op afstand aan als er garanties zijn voor dezelfde kwaliteit van zorg als bij een consultatie in persoon.

Bied begeleiding op afstand bij medicamenteuze zwangerschapsafbreking aan, waarbij de patiënt de tweede fase van de abortusprocedure thuis kan laten plaatsvinden, met mogelijkheid tot telefonische begeleiding van de abortuscentra.

In ieder geval moet elke stap van de procedure (meer in het bijzonder de tweede stap van een medische abortus: de expulsie) ook in het abortuscentrum mogelijk blijven.

18. Verspreiding van en toegang tot medicamenteuze abortus

Vergemakkelijk de toegang tot mifepriston en misoprostol door de distributie-, registratie- en controleprocedures te vereenvoudigen, hetgeen een wijziging vereist van het Koninklijk Besluit van 07/05/2000 dat dit regelt en van de RIZIV-conventies die erop gebaseerd zijn.

19. Ondersteuning van vrouwen/koppels na zwangerschapsafbreking wegens ernstige medische aandoeningen

Ondersteun initiatieven die administratieve, psychologische, juridische en sociale bijstand bieden aan patiënten/koppels die een gewenste zwangerschap afbreken na diagnose van ernstige medische aandoeningen.

16. Qualifications des prestataires d'avortement

Définir les qualifications nécessaires pour pratiquer des avortements (selon l'âge gestationnel ou la méthode) en toute sécurité.

Identifier des activités où on peut envisager d'associer aux médecins des professionnels de la santé pour la prestation de services (par exemple, des sage-femmes, des infirmières, etc.) en particulier pour les avortements médicamenteux du premier trimestre, afin de compléter les équipes existantes confrontées à un manque de médecins pratiquant l'avortement. L'emploi d'autres professionnels de la santé implique une formation appropriée et une modification de la loi.

17. Pratique de l'avortement à distance et avortement autogéré

Proposer des services d'avortement à distance aux patientes qui le souhaitent. Proposer une consultation psychosociale à distance dans la mesure où il est possible de garantir la même qualité de soins qu'une consultation en personne.

Offrir un suivi à distance pour l'interruption médicamenteuse de grossesse, permettant à la patiente de suivre la deuxième étape de la procédure d'avortement à domicile, avec la possibilité de conseils par téléphone depuis les centres d'avortement.

Dans tous les cas, chacune des étapes de la procédure (en particulier la deuxième étape d'un avortement médicamenteux : l'expulsion) doit aussi rester accessible en centre d'avortement.

18. Distribution et accès à l'avortement médicamenteux

Faciliter l'accès à la mifépristone et au misoprostol en simplifiant les procédures de distribution, d'enregistrement et de contrôle, ce qui nécessite de modifier l'arrêté royal du 07/05/2000 qui la régit et les conventions INAMI qui en découlent.

19. Soutien aux femmes ou couples après une interruption de grossesse pour cause d'affection médicale grave

Soutenir les initiatives qui fournissent une assistance administrative, psychologique, juridique et sociale aux patients/couples qui interrompent une grossesse désirée après le diagnostic d'une affection médicale grave.

20. Registratie, gegevensverzameling en de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking

Breid de mogelijkheden van de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking uit om de kwaliteit van de verzamelde gegevens te verbeteren voor wetenschappelijke en preventieve doeleinden, om meer inzicht te krijgen in de sociale en maatschappelijke context waarin abortussen worden aangevraagd, en om de hulp aan vrouwen te verbeteren.

Overweeg een rol voor de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking om een platform of organisatie op te richten die *good practices* en professionele richtlijnen met betrekking tot abortus kan formuleren.

Sensibiliseer zorgverleners over het wetenschappelijke belang van nauwkeurige registratie van uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, meer bepaald zorgverleners betrokken bij zwangerschapsafbreking op grond van een ernstige foetale/maternele aandoening.

Evalueer, synchroniseer en vereenvoudig de verschillende registratieverplichtingen die bestaan voor zorgverleners in het kader van zwangerschapsafbreking.

21. Burgerlijke aangifte en juridische gevolgen na zwangerschapsafbreking/doodgeboorte

Verduidelijk bij zowel ouders als zorgverleners het bestaan van verschillende wettelijke plichten en rechten die bestaan in het kader van een zwangerschapsafbreking na een bepaalde zwangerschapsduur, met inbegrip van deze die verband houden met de vrijwillige/verplichte burgerlijke aangifte van een levenloos geboren kind.

22. Initiatieven tussen zorgverleners/instellingen voor gezondheidszorg om een multidisciplinair debat en uitwisseling van praktijken/protocollen te organiseren

Overweeg financiële ondersteuning voor de organisatie, documentatie en rapportage van het multidisciplinaire teamoverleg in het kader van zwangerschapsafbreking op grond van ernstige medische aandoeningen.

Ontwikkel een RIZIV-code voor het multidisciplinair overleg met betrekking tot een ernstige foetale aandoening/materneel gezondheidsrisico.

Bied steun aan initiatieven waarbij zorgverleners van verschillende instellingen inzichten, protocollen en benaderingen inzake zwangerschapsafbreking bij ernstige medische aandoeningen kunnen uitwisselen.

20. Enregistrement, collecte de données et rôle de la Commission Nationale d'Evaluation de l'interruption de grossesse

Développer les missions de la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse afin d'améliorer la qualité des données recueillies à des fins scientifiques et de prévention, de permettre une meilleure compréhension du contexte social et sociétal dans lequel les avortements sont pratiqués et d'améliorer l'assistance aux femmes.

Envisager pour la Commission nationale d'évaluation de l'interruption de grossesse d'établir une plate-forme ou une organisation chargée d'observer et de formuler les bonnes pratiques et les directives professionnelles relatives à l'avortement.

S'engager à sensibiliser les professionnels de la santé à l'importance scientifique d'un enregistrement précis des interruptions de grossesse pratiquées, en particulier chez les prestataires d'interruptions de grossesse pour cause d'état foetal/maternel grave.

Évaluer, harmoniser et simplifier les différentes obligations d'enregistrement de données qui existent pour les professionnels de la santé dans le contexte de l'interruption de grossesse.

21. Enregistrement à l'état civil et conséquences juridiques après une interruption de grossesse/une fausse couche

Clarifier, tant pour les parents que pour les professionnels de la santé, les divers obligations légales et droits existant dans le cadre d'une interruption de grossesse après un certain âge gestationnel, y compris ceux liés à la déclaration à l'état civil (soit volontaire soit obligatoire) d'un enfant né sans vie.

22. Initiatives entre professionnels de la santé/établissements de soins pour le débat multidisciplinaire et l'échange de pratiques

Envisager un soutien financier pour l'organisation, la documentation et le rapportage de consultations d'équipe multidisciplinaire dans le cadre d'une interruption de grossesse motivée par une affection médicale grave.

Créer un code INAMI pour la concertation multidisciplinaire en rapport avec une affection foetale grave ou un risque pour la santé maternelle.

Soutenir les initiatives permettant aux professionnels de la santé de différentes institutions de partager leurs idées, protocoles et approches en matière d'interruption de grossesse pour des raisons médicales graves.

23. Financiële toegang tot abortus

Zorg voor gelijke en betaalbare toegang tot abortuszorg voor elke zwangere vrouw die in België verblijft, ongeacht het statuut van de patiënt of de faciliteit waar de procedure plaatsvindt.

Het Wetenschappelijk Comité acht verschillende opties mogelijk.

Sommige leden van het Comité stellen voor om abortus voor de vrouw gratis te maken, door de financieringsprocedure tussen de overheid en de centra te regelen zonder tussenkomst van de vrouw of haar mutualiteit (wat de kwestie van de confidentialiteit zou vergemakkelijken - zie hieronder) op een wijze die vergelijkbaar is met de regeling die in Portugal geldt;

Sommige leden van het Comité stellen voor om het huidige financieringssysteem te behouden, doch om de toegang tot Dringende Medische Hulp (DMH) voor abortusgerelateerde te vergemakkelijken door deze te erkennen als dringende zorg, zoals voorgesteld in het memorandum van Dokters van het Wereld, waardoor de tijd die nodig is om DMH te verkrijgen zou worden ingekort en interventie mogelijk zou worden zonder te wachten op het antwoord van het bevoegde OCMW.

De kost van abortus voor de patiënt moet in elk stadium van de zwangerschap gelijk zijn, ook in geval van verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor een abortus op verzoek.

24. Communicatie en voorlichting over abortus

Lanceer een website op het niveau van de federale overheid waar objectieve en volledige informatie over abortus en de beschikbare structuren die abortussen uitvoeren wordt gecentraliseerd. Deze website moet gemakkelijk te vinden zijn en gelinkt zijn aan adequate trefwoorden.

De officiële websites van het Ministerie van Volksgezondheid, het RIZIV, ziekenhuizen, abortusfaciliteiten en ziekenfondsen moeten naar deze hoofdwebsite verwijzen.

Zet op nationaal niveau informatiecampaagnes op over abortus, met vermelding van de wettelijke regeling en het soort faciliteiten dat abortusprocedures aanbiedt. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de verspreiding van informatie over abortus onder meer kwetsbare groepen.

23. L'accès à l'avortement au plan financier

Garantir un accès égalitaire et abordable aux soins liés à l'avortement pour toute femme enceinte résidant en Belgique, quel que soit le statut de la patiente ou l'établissement où se déroule la procédure.

Le Comité Scientifique considère plusieurs options.

Certains membres du Comité proposent de rendre l'IVG gratuite pour la femme, en réglant la procédure de financement entre l'autorité publique et les centres sans intervention de la femme ou de sa mutuelle (ce qui faciliterait la question de la confidentialité - voir plus bas) sur un mode semblable à celui en vigueur au Portugal;

Certains membres du Comité proposent de conserver le système de financement actuel, mais de faciliter l'accès à l'Aide Médicale Urgente (AMU) pour les soins liés à l'avortement en le reconnaissant comme un soin urgent comme proposé dans le memorandum de Médecins du Monde, ce qui raccourcit le délai d'obtention de l'AMU et permet d'intervenir sans attendre la réponse du CPAS compétent.

Le coût de l'avortement pour la patiente doit être similaire à tout stades de la grossesse, y compris en cas d'allongement de la durée maximale de la grossesse pour l'avortement à la demande.

24. Communication et information au sujet de l'avortement

Créer un site web au niveau du gouvernement fédéral qui centralise des informations objectives et complètes sur l'avortement et les structures disponibles qui le pratiquent. Ce site doit être facile à trouver et correctement référencé grâce à des mots-clés appropriés.

Les sites web officiels du ministère de la santé, de l'INAMI, des hôpitaux, des centres d'avortement et des caisses d'assurance maladie doivent renvoyer à ce site principal.

Mettre en place des campagnes d'information sur l'avortement au niveau national, mentionnant la situation légale et le type de structures proposant des avortements. Une attention particulière devrait être accordée à la diffusion d'informations sur l'avortement auprès des groupes les plus vulnérables.

25. Confidentialiteit van abortus- en aanverwante zorg

Waarborg de confidentialiteit van abortusprocedures en de aanverwante zorg voor patiënten die dat wensen.

Overweeg om patiënten geval per geval te laten beslissen welke zorgverlener toegang heeft tot haar dossier (ziekenfonds dossier, algemeen gedigitaliseerd medisch dossier, ziekenhuisdossier, farmaceutisch dossier, en welke informatie naar de huisarts wordt verstuurd).

Zorg ervoor dat specifieke medicatievoorschriften of resultatenanalyses alleen zichtbaar en toegankelijk zijn voor de arts die deze heeft aangevraagd (bijv. resultaten van HCG-bloedtesten).

25. Confidentialité de soins relatifs à l'avortement

Garantir la confidentialité des procédures d'avortement et des soins connexes pour les patientes qui le souhaitent.

Envisager de permettre aux patientes de décider au cas par cas quel professionnel de la santé a accès à son dossier (dossier d'assurance maladie, dossier médical général numérisé, dossier hospitalier, dossier pharmaceutique et informations transmises au généraliste).

Faire en sorte que les prescriptions de médicaments spécifiques ou les résultats d'analyses soient visibles et accessibles uniquement par le médecin prescripteur (par exemple, les résultats des tests sanguins HCG).

